Projeto para gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24h/dia, no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO),** que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 001/2023 – SES/GO.

SUMÁRIO

1 MODELO GERENCIAL – FA1 5
1.1 ÁREAS DE ATIVIDADE 7
1.1.1 Urgência e Emergência – Pronto Socorro 7
1.1.2 Ambulatório 10
1.1.2.1 Hospital-Dia 12
1.1.3 Centro Cirúrgico 13
1.1.3.1 Cirurgias Eletivas 14
1.1.4 Medicina Diagnóstica 19
1.1.5 Unidades de Internação 21
1.1.5.1 Clínica Médica e Neurologia 22
1.1.5.2 Clínica Cirúrgica 23
1.1.5.3 Unidades de Terapia Intensiva Adulta 24
1.1.6 Protocolos e Organização de Atividades Assistenciais 25
1.1.7 Filosofia da Enfermagem e Modelo Assistencial 25
1.1.8 Protocolos e Organização do Serviço de Farmácia 30
1.1.9 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar 30
1.1.10 Serviço de Nutrição e Dietética – SND 31
1.1.11 Atividades de Apoio, Administrativas e Financeiras 33
1.1.11.1 Engenharia Clínica 33
1.1.11.2 Manutenção 39
1.1.11.3 *Facilities* 47
1.1.11.3.1 Higiene Predial 48
1.1.11.3.2 Rouparia 51
1.1.11.3.3 Uniformes 54
1.1.11.3.4 Resíduos 55
1.1.11.3.5 Controle de Pragas 69
1.1.11.3.6 Ambientação/Paisagismo 70
1.1.11.3.7 Entreposto 72
1.1.11.3.8 Central de Serviços 73
1.1.11.4 Segurança Patrimonial 75
1.1.11.5 Bombeiro Civil 84
1.1.11.6 Gestão e Projetos e Obras 89

1.1.11.7 Administração Financeira e Gestão de Custos 93
1.1.11.7.1 Controladoria 93
1.1.11.8 Faturamento e SAME 100
1.1.11.9 Tecnologia da Informação 100
1.1.11.10 Suprimentos e Logística Hospitalar 102
1.1.12 Gestão de Pessoas 108
1.1.13 Programas Especiais e Novas Especialidades de Atendimento 108
1.1.13.1 Telemedicina Einstein 108
1.1.13.2 Implantação Protocolo ERAS/RACE 111
1.1.13.3 Navegação de Pacientes Cirúrgicos 112
1.1.13.4 Matriciamento da Linha de Cuidado do AVC na cidade de Goiânia e Estado de Goiás 113
1.1.13.5 Implantação do Conselho Consultivo de Pacientes 113
1.1.13.6 Implantação do Núcleo de Melhoria Contínua 114
1.1.13.7 Gestão de Continuidade de Negócio 115
1.1.13.8 Corpo de Voluntários Einstein 115
1.1.14 Propostas de Melhorias 116
1.1.14.1 LTCAT 116
1.1.14.2 LIP 116
1.1.14.3 Prática Supervisionada Beira Leito 117
1.1.14.4 Tecnologia da Informação 117
1.1.14.5 Inventário de todos os ativos permanentes 158
1.1.14.6 Assessment 158
1.1.14.7 Diagnóstico Situacional de equipamentos de prevenção e combate a incêndio 158
1.1.14.8 Adequações das áreas assistenciais e apoio aos requisitos de RDC, legislações e vigilância sanitária 161
1.1.15 Estimativa Mensal de Atividades – Metas de Produção 161
2 ÁREA DE QUALIDADE – FA2 162
2.1 Princípios do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança (SEQS) 163
2.2 Princípios e Diretrizes do SEQS 164
2.3 Finalidade, Missão e Visão do Programa Einstein de Qualidade e Segurança 167
2.4 Estrutura de Suporte à Qualidade e Segurança 167
2.5 Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente 174
2.6 Metas Internacionais de Segurança do Paciente 176
2.7 Magnet 178

2.8 Qualidade Objetiva – FA.2.1 180
2.8.1 Comissões 180
2.8.2 Mapa Estratégico – Visão de Futuro 182
2.8.3 Ensino 184
2.8.4 Pesquisa 185
2.9 Qualidade Subjetiva 186
2.9.1 Programa Experiência do Paciente 187
3 QUALIDADE TÉCNICA – FA3 189
3.1 Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 189
3.2 Certificações, Acreditações e Reconhecimentos 203
3.3 Estrutura e Experiência da Diretoria 207
3.4 Implementação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar 213
3.5 Recursos Humanos 219
3.6 Custeio Mensal 287
3.7 Considerações Finais 288
ANEXOS DO PROJETO 289
ANEXO 01 – ÁREA DE ATIVIDADE 289
IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS 290
IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO 444
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS 698
ANEXO TÉCNICO 02 – ÁREA DE QUALIDADE 1162
QUALIDADE OBJETIVA 1163
QUALIDADE SUBJETIVA 1955
ANEXO TÉCNICO 03 – QUALIDADE TÉCNICA 2336
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR 2337
ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA 2545
IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE DISCIPLINAR E OUTROS SERVIÇOS 2636
POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS 3621

O objetivo deste Plano de Trabalho é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO**, que assegure assistência universal e gratuita à população dentro dos preceitos do SUS, com qualidade e busca constante da excelência do cuidado ofertado, conforme Chamamento Público nº 001/2023 – SES/GO. Esta Proposta de Projeto tem duração de **120 (cento e vinte) dias**, contados a partir da data de abertura do Chamamento público.

I. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL ASSISTENCIAL

O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz — HUGO é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência, prestando assistência ambulatorial, internação, atendimentos de urgência e SADT. Com atendimento de especialidades como: Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Torácica, Otorrinolaringologia); Clínica Médica (Geral, Cardiologia, Neurologia, Geriatria), oferece suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

Inaugurado em 1991, o HUGO é o segundo maior hospital de urgência e emergência de Goiás e possui, atualmente, 288 (duzentos e oitenta e oito) leitos gerais e 57 (cinquenta e sete) leitos complementares sendo todos leitos de UTI adulto e disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, todos voltado ao atendimento de pacientes adultos.

Considerando o perfil epidemiológico estadual e regional, bem como os leitos existentes, o estabelecimento opera hoje com 212 leitos cirúrgicos, 60 leitos de clínica, 6 leitos de população carcerária, 10 leitos de enfermaria neurológica, 15 leitos de Hospital-dia, 57 leitos de UTI Adulto, 10 salas cirúrgicas, 10 leitos de recuperação anestésica e 10 consultórios.

O HUGO é regulado pela Central de Regulação Estadual sendo, então, hospital com porta em urgência e emergência referenciada e entrada também via ambulatorial.

Além dessa porta referenciada, o Hospital dispõe de uma equipe de acolhimento e classificação de risco que atende o usuário que o procurar por iniciativa própria e o encaminhará a Unidade de Pronto Atendimento ou Unidade Básica de Saúde nos casos em que se adequarem

e, nas situações em que o usuário necessitar do atendimento do próprio hospital, o encaminhará ao setor de emergência do mesmo.

O Pronto Socorro possui sala de estabilização com 2 leitos, isto além de sala de emergência com 10 leitos e sala de decisão clínica com 08 leitos. Possui, ainda, sala de pequenos procedimentos, sala de gesso e sala para procedimentos maiores.

O paciente hospitalizado no estabelecimento após ter seu atendimento prestado e situação resolvida ou controlada será referenciado para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, conforme grades de referência e contrarreferência da SES de Goiás.

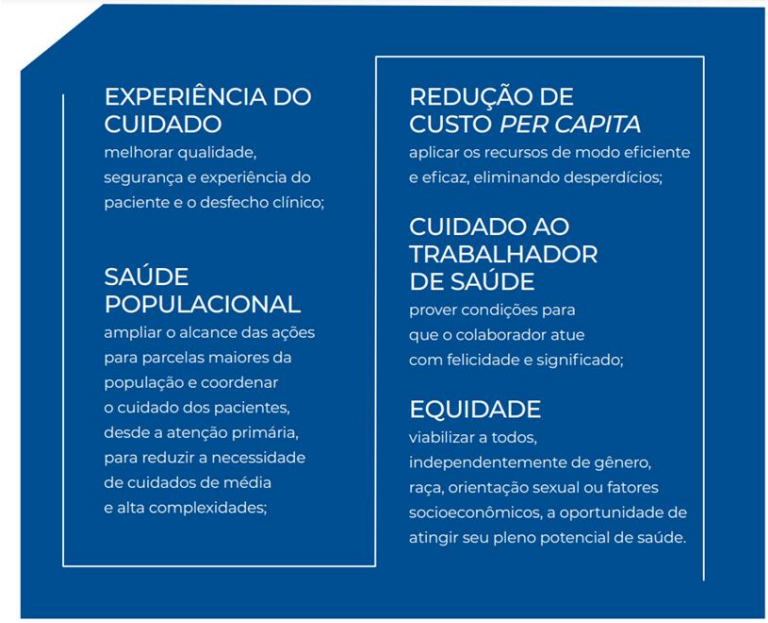
Detém, ainda, área de apoio diagnóstico que conta com 02 Tomografias computadorizadas (16 e 64 canais), aparelhos de USG, aparelho de RX, endoscopia, colonoscopia e broncoscopia, eletrocardiograma, somado a área para laboratório.

O Centro Cirúrgico dispõe de 10 salas destinadas à alas cirúrgicas e leitos de recuperação com intuitos pós-anestésicos.

O Ambulatório possui 10 consultórios para atendimento médico e multiprofissional.

A presente proposta prevê a implantação de modelo assistencial voltado para otimização de fluxos, uso racional de recursos, acolhimento e melhor experiência para o paciente, atendimento e acompanhamento de metas e demandas propostas, baseados em cultura de qualidade e segurança do paciente e em legislações vigentes. Busca aprimoração dos processos para requerer habilitações cabíveis e certificações de qualidade, além de ser centro de Educação e Pesquisa.

A atuação do Einstein é orientada pelo Quintuple Aim, ou Objetivo Quíntuplo, criado pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI), isto com o objetivo de que o planejamento, a tomada de decisão e a execução de ações pelas organizações de saúde devem considerar cinco objetivos inter-relacionados:



Todas as propostas descritas abaixo estão detalhadas nos cadernos anexos a este Projeto, com índice ao final desta proposta.

FA.1. ÁREA DE ATIVIDADE

O HUGO funcionará com sua capacidade total implementada visando atender às necessidades da população e demandas da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Conta com Pronto Socorro referenciado, ambulatório de especialidades, medicina diagnóstica, Unidades de Internação, Unidades de Terapia Intensiva, Hospital-Dia e Centro Cirúrgico. Possui todas as áreas de apoio necessárias para o bom funcionamento de uma unidade hospitalar, com as linhas de serviço descritas abaixo:

1. <u>Urgência e Emergência - Pronto Socorro</u>

O Pronto Socorro do HUGO funcionará 24 horas por dia, 7 dias por semana, para atendimento de urgência e emergência trazidos pelo SAMU, SIATE, demanda referenciada pela Central de Regulação Estadual, ambulatório do Hospital e demandas espontâneas que

justifiquem o atendimento imediato do paciente no próprio Hospital, conforme acolhimento por classificação de risco.

Médicos emergencistas, equipe de enfermagem e fisioterapia estarão dedicados ao atendimento dos pacientes deste setor, capacitadas para atendimentos de urgência e emergência clínica e ou cirúrgica.

Demais especialidades médicas e multiprofissionais estarão à disposição no próprio hospital sob acionamento, como cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia geral, cirurgia torácica, ortopedia e traumatologia, neurocirurgia, otorrinolaringologia, neurologia e cirurgia vascular.

Possui sala de estabilização para atendimento inicial de casos graves, com 02 (dois) leitos de estabilização e salão de observação, com 10 (dez) boxes de atendimentos.

Ademais, há sala de acolhimento com classificação de risco para atendimento inicial à demanda espontânea a fim de, após atendimento de enfermagem e médico, determinar pela classificação o correto destino do paciente (sala de emergência do Hospital ou contrarreferência para a rede).

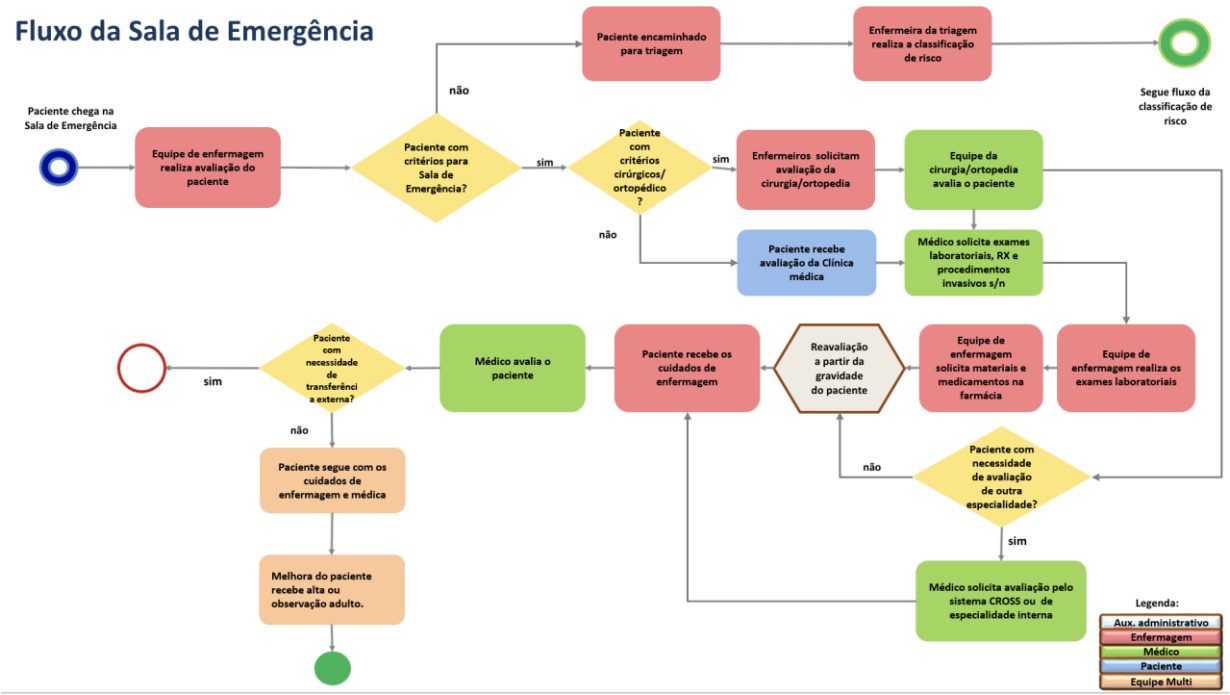
Protocolos assistenciais tempo dependentes terão início deste a entrada do paciente (tanto pela classificação de risco quanto pela sala de emergência), visando a segurança do atendimento e melhor desfecho para o paciente, como protocolo de trauma, de hemorragias (código H), protocolo AVC, protocolo sepse, entre outros.

Os exames solicitados, tanto de imagem quanto laboratoriais terão SLA de acompanhamento, não excedendo 2 horas para o laudo, exceto nas situações que o processamento do exame seja superior a este prazo.

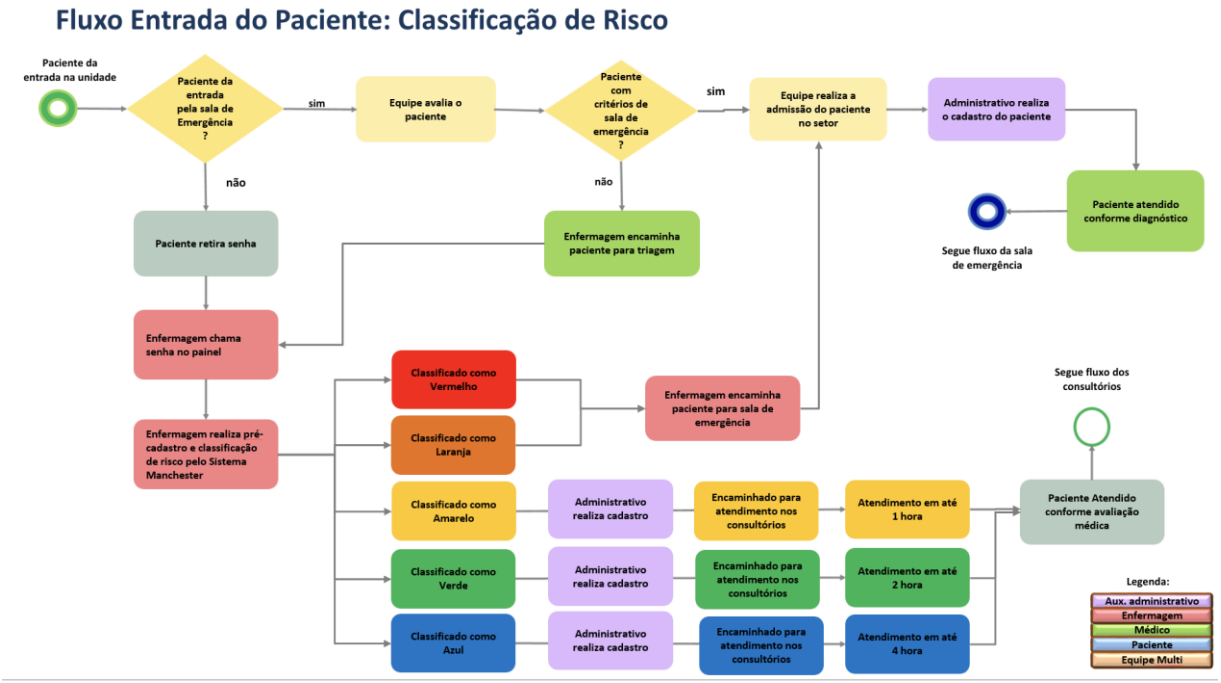
O manejo do paciente em observação, aguardando internação, será customizado para o nível de necessidade de cada paciente, de acordo com seu perfil de gravidade e dependência, garantindo saída segura do mesmo para a radiologia, centro cirúrgico, unidade de internação (UTI ou enfermaria) ou transferência externa. O Núcleo interno de regulação e o fluxo do paciente acompanharão a jornada do mesmo ao longo de sua hospitalização.

O fluxo do paciente no pronto atendimento será baseado na classificação de risco de forma a garantir o recurso e equipe adequada para condução segura da urgência e emergência. Os pacientes que derem entrada pela sala de emergência serão atendidos por equipe enfermagem e médica e serão avaliados critérios de emergência para permanência em sala de emergência. Pacientes sem critérios de emergência serão encaminhados para fluxo de classificação de risco.

Pacientes com critérios de emergência passarão por primeiro atendimento conforme protocolo institucional e posterior acionamento de equipes multiespecialidade necessárias para tratamento do caso. Após primeiro atendimento serão encaminhados para observação, enfermaria ou alta.



Outros pacientes que chegarem à unidade para atendimento que não pela sala de emergência serão conduzidos à triagem para classificação de risco e receberão o atendimento necessário baseado na gravidade.



2. Ambulatório

O ambulatório tem 10 salas para atendimento médico e multiprofissional funcionando, das 07 às 19 horas, de segunda à sexta, conforme demanda dos usuários do Hospital e do Complexo Regulador, para as atividades programadas e atingimento da meta de 4.000 consultas médicas ao mês de atenção especializada e 1.000 consultas multiprofissionais ao mês de atenção especializada, sendo classificadas em:

- Primeira consulta: consulta inicial de paciente encaminhado pelo Complexo Regulador, em determinada especialidade;

- Primeira consulta de egresso: consulta inicial de paciente encaminhado pelo próprio Hospital, em determinada especialidade, após alta hospitalar;

- Interconsulta: consulta inicial realizada por outra especialidade, solicitado pelo próprio ambulatório do Hospital, dentro da linha de cuidado;

Consulta subsequente: consultas sequenciais à primeira visita, em todas as especialidades.

As primeiras consultas (externas ou egressos) serão 40% das vagas ofertadas; 10% das vagas ofertadas serão para interconsulta e o restante serão para as consultas subsequentes.

As especialidades médicas iniciais oferecidas no ambulatório serão: angiologia e cirurgia vascular; anestesia; cardiologia; cirurgia geral; cirurgia torácica; geriatria; neurologia; neurocirurgia; otorrinolaringologia e ortopedia. Outras especialidades serão avaliadas conforme demanda interna ou necessidades da Regulação Estadual. As especialidades multiprofissionais ofertadas serão bucomaxilo facial; enfermagem; fisioterapia; fonoaudiologia; nutrição e psicologia. Da mesma maneira, outras necessidades da Regulação ou do próprio hospital poderão alterar esta grade de oferta.

A grade será distribuída ao longo da semana, com cumprimento da meta mensal, de segunda a sexta, considerando duração de novas consultas de 20 minutos e de retornos e interconsultas de 15 minutos. Ademais, será disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual Entende-se pela produtividade prevista que, funcionando de segunda a sexta feira, o ambulatório atinja as metas solicitadas e tenha capacidade operacional acima destas. Porém, ele pode ter sua grade distribuída de segunda a sábado, de acordo com desejo da SES, sem oneração financeira, apenas ajustando a distribuição dos períodos.

O paciente será referenciado pela Central de Regulação do Estado ou egresso do Hospital, será acolhido por equipe de enfermagem e realizará triagem de sinais vitais e queixa sempre, antes das consultas ambulatoriais.

No atendimento ambulatorial de pré-operatório, será instituído e terá início o protocolo ERAS (*Enhanced recovery after surgery*) ou RACE (Recuperação Acelerada Einstein), que permeia todas as unidades geridas pela SBIBAE. Este protocolo tem o intuito de proporcionar o melhor preparo do paciente cirúrgico, melhor manejo da dor, reduzir as complicações perioperatórias e permitir um menor tempo de internação hospitalar. (em anexo está a publicação referente ao projeto piloto, no Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch).

Outro ambulatório previsto é o de Trauma Ortopédico Eletivo (TOE), com escopo bem definido, evitando internações para espera de procedimento cirúrgico, preparando com agilidade o paciente ambulatorialmente e a internação acontecendo no momento para a cirurgia em até 07 (sete) dias do trauma.

São considerados elegíveis ao TOE os pacientes até 60 anos, sem comorbidades (ASA I e II) com trauma ortopédico de possível resolução cirúrgica que se enquadrem nos casos de: Fraturas de membro superior (Fraturas de mão; Fraturas de antebraço; Fraturas de cotovelo; Fraturas de úmero; Fraturas de ombro; Fraturas de clavícula), Lesões de membro superior (Lesões neurotendíneas - fechadas ou abertas); Luxações de membros superiores), Fraturas de

membro inferior (Fraturas de artelhos; Fraturas de pé; Fraturas de tornozelo; Fraturas de tíbia; Fraturas de patela) e Lesões de membros inferiores (Lesões neurotendíneas - fechadas ou abertas) e que tiverem condições clínicas que permitam o manejo ambulatorial.

São critérios de exclusão do TOE pacientes com lesões traumáticas definidas como de tratamento conservador, pacientes maiores de 60 anos, pacientes com Fraturas de fêmur, Fraturas de coluna, Fraturas de pelve, Fraturas de acetábulo e pacientes com dor importante, comorbidades, ausência de cuidador para auxílio em casa, fraturas expostas e má perfusão. O fluxo detalhado deste ambulatório está descrito nos anexos deste plano.

Será implantado, ainda, o serviço de navegação de pacientes, permitindo a otimização do fluxo ambulatorial, colaborando para o melhor preparo do paciente, otimização do tempo destes dentro do Hospital, redução de desperdícios, melhora da experiência do paciente e o fluxo ambulatorial no Hospital.

O sistema de navegação melhora a performance da equipe, permitindo que a informatização garanta o seguimento de maior número de pacientes por enfermeira navegadora, reduza o absenteísmo e aproveite melhor a disponibilidade de vagas, para garantir a equidade aos pacientes uma vez que, de acordo com os protocolos de cada patologia, haverá prioridade aos pacientes que assim necessitarem em atendimento.

O sistema de navegação é um case de sucesso do Hospital Municipal Vila Santa Catarina, hospital oncológico onde o tempo para início do atendimento é fundamental para o melhor desfecho do paciente. Com a implantação do projeto de navegação e informatização, pelo time local, entregamos inovação, com integração de tecnologia e assistência para o melhor cuidado do paciente.

Pacientes podem ser submetidos a pequenos procedimentos ambulatoriais, definidos como os procedimentos cirúrgicos de pequeno porte realizados nos consultórios ou ambulatório, sob anestesia local e alta imediatamente após. Estes procedimentos têm meta mensal de 405 procedimentos, via BPA e 200 via APAC.

2.1. Hospital-Dia

O HUGO conta com 15 leitos-dia, que deverão ser utilizados para os pacientes em regime de Cirurgia eletiva ambulatorial (procedimento realizado em Centro Cirúrgico sob efeito de

anestesia, sem necessidade de pós-internação) e para pacientes que necessitem de infusão de medicação ambulatorialmente, com meta mensal de 456 procedimentos.

Funcionará de segunda a sexta, das 7 às 19 horas com equipe médica e multiprofissional de referência. A depender da necessidade da SES ou do Hospital, poderá ter seu funcionamento ampliado para os finais de semana. Em situações de necessidade, alguns leitos poderão ser utilizados com o intuito de espera para alta, destinados à pacientes internados que aguardam seus familiares.

3. Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico funcionará com 10 salas ativas para atendimento de demandas de urgência e emergência e das demandas de cirurgia eletiva (inclusive de hospital dia), com meta mensal de realização de 200 cirurgias eletivas hospitalares de alto giro, 150 cirurgias eletivas hospitalares de média ou alta complexidade (sem alto custo), 70 cirurgias eletivas hospitalares de alto custo (com ou sem OPME) e 30 cirurgias eletivas hospitalares de alto custo porte maior (com ou sem OPME), nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Ortopedia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Bucomaxilofacial, Neurocirurgia e Otorrinolaringologia. Procedimentos em pacientes internados no Hospital e que necessitem de intervenção cirúrgica não emergencial (em segundo tempo) também estão previstos.

As atividades preveem a otimização do fluxo do paciente cirúrgico, com gestão do setup e giro de sala cirúrgica, com indicadores definidos, coletados e mensurados para a gestão da unidade, garantindo a melhor utilização das salas e aumento de produtividade cirúrgica, implementação e gerenciamento de protocolo de cirurgia segura (em anexo) e demais protocolos médico/assistenciais por linhas de cuidado, gestão de OPME com criação de célula de OPME dedicada, respeitando a legislação vigente e resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e demais órgãos pertinentes, gestão e operação da CME (Central de Materiais Esterilizados). O centro cirúrgico atenderá demandas de urgência, emergência e eletivas (de pacientes internados ou Hospital dia).

De segunda a sexta, das 7 às 19 horas, o Centro Cirúrgico estará preparado com salas destinadas para cirurgias eletivas (pacientes internados ou Hospital dia) e para urgência/emergência. Sempre haverá 4 salas exclusivas para urgências/emergências, 5 salas para cirurgias eletivas e 1 sala de giro para otimização de setup. A sala de giro, em emergências,

pode ser usada como sala de urgência. No período noturno (19-7h), haverá sempre 4 salas de urgências prontas para uso, com equipamentos e dimensionamento para tal;

Aos finais de semana, das 7-19h, 5 salas estarão sempre prontas, equipadas e dimensionadas para atendimento eletivo de pacientes internados ou de urgência/emergência, sendo 3 salas fixas para urgência, 2 para procedimentos de pacientes internados que se façam necessários. Em casos de necessidade, o destino das salas pode ser alterado. Eventuais aberturas de novas salas aos finais de semana, para realização de mutirões de cirurgias eletivas podem ser programados, conforme necessidade.

3.1. Cirurgias Eletivas

As cirurgias eletivas serão agendadas de acordo com a necessidade dos pacientes e capacidade do Centro Cirúrgico, respeitando o referenciamento pela Central de Regulação, mesmo dos pacientes egressos, os quais terão prioridade para o procedimento em segundo tempo. A fila de espera interna e os pacientes futuros, encaminhados, serão qualificados ambulatorialmente, visando a utilização correta dos recursos e preparo seguro de pacientes para o procedimento definido, prevendo o melhor momento cirúrgico e recursos necessários. Os pacientes oriundos do Pronto Socorro não serão contra referenciados para o ambulatório, exceto em casos de cirurgias ortopédicas em segundo tempo (TOE), retirada de cateter em urologia ou casos aprovados pelo Complexo Regulador.

As cirurgias eletivas que utilizarão o Centro Cirúrgico serão:

3.1.1. Cirurgia eletiva ambulatorial: realizada sob sedação, sem necessidade de internação hospitalar no pós operatório. O paciente utilizará no Hospital dia de admissão e no pós operatório.

3.1.2. Cirurgia eletiva hospitalar: realizada sob sedação, com necessidade de internação hospitalar no pós operatório. Serão classificadas em 3 subtipos:

3.1.2.1. Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: paciente fica em média 4 dias internado, não é procedimento de alto custo e não utiliza OPME de alto custo; Meta mensal de 200 procedimentos;

3.1.2.2. Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência maior de 5 dias, não é procedimento de alto custo e não utiliza OPME de alto custo. Meta mensal de 150 procedimentos.

3.1.2.3. Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência maior de 6 dias, com ou sem uso de OPME, envolvendo alto custo. Meta mensal de 70 procedimentos.

A previsão média é de 4 procedimentos eletivos/sala/dia, podendo variar dependendo do porte e do tipo do procedimento. Sempre estará disponível, exclusivamente, 1 anestesista por sala ativa e 2 médicos cirurgiões na especialidade necessária. As utilizações de salas pelas especialidades serão definidas pela necessidade da fila de espera dos pacientes ou necessidade do serviço.

Para a cirurgia eletiva, a linha de cuidado completa será oferecida, em todos os setores do Hospital:

- Avaliação ambulatorial pré-operatória: consultas com cirurgião e anestesista; exames pré-operatórios adicionais quando necessários (imagem e laboratoriais) para validação da indicação e planejamento cirúrgico. Os pacientes podem realizar interconsultas com outras especialidades, entre elas a cardiologia, garantindo realização de exames diagnósticos e estratificação de risco cardiológico válidos, a depender de sua avaliação pré-anestésica;

- Procedimentos cirúrgicos: em regime ambulatorial, Hospital Dia ou Internação Hospitalar (de acordo com complexidade); os pacientes terão agendamento cirúrgico realizado quando considerados aptos no ambulatório pré-operatório pelo cirurgião e anestesista; Todos os pacientes, no momento do procedimento, estarão dentro do protocolo de cirurgia segura.

- Avaliação ambulatorial pós-operatória breve: média de 2 retornos antes da alta ambulatorial para a UBS (ou o que for necessário para cada caso).

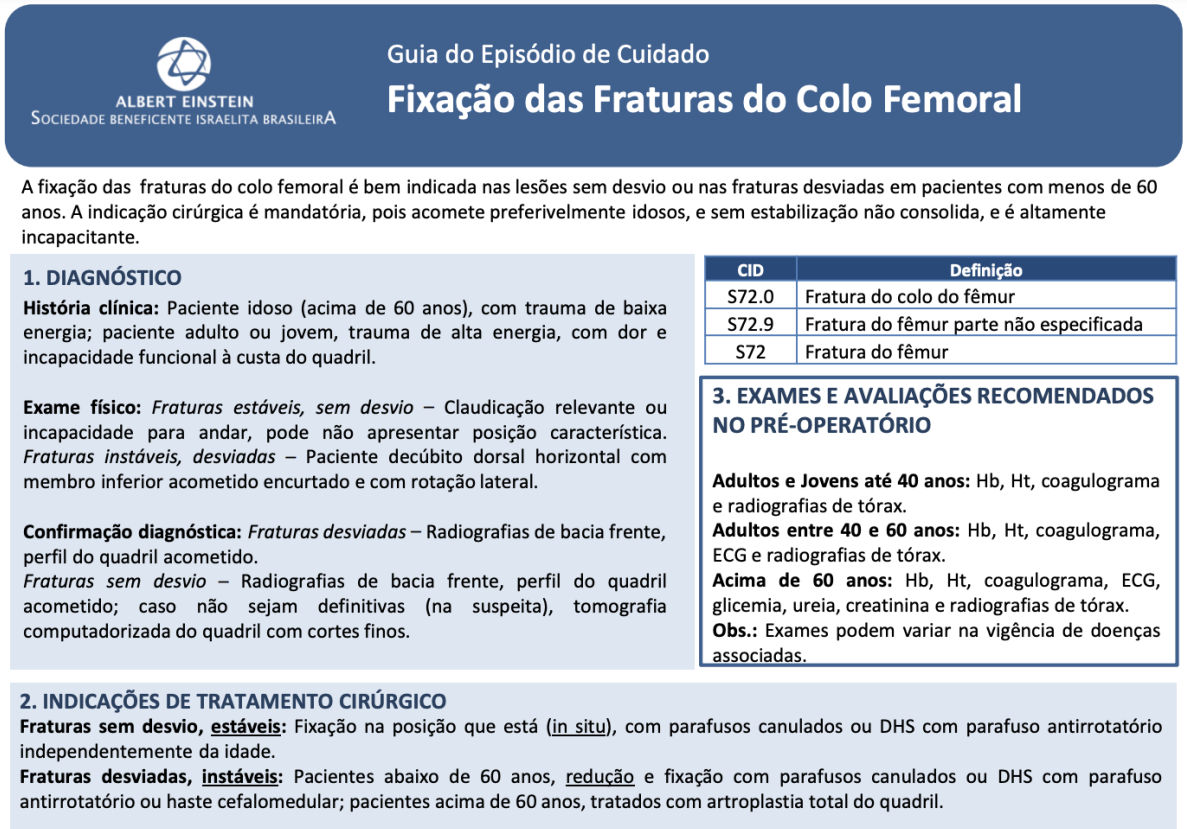
- O protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), conjunto de medidas perioperatórias destinadas a melhorar a recuperação do paciente e diminuir o tempo de internação e as complicações pós-operatórias, será implementado para todas as especialidades cirúrgicas (conforme o anexo exemplificando os resultados do protocolo na Ginecologia no Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch).

As especialidades eletivas sugeridas estão descritas abaixo e poderá ser avaliada a possibilidade de aumento de escopo de cirurgias eletivas, com aumento de especialidades contempladas e tipos de cirurgias realizadas, a depender da necessidade da Secretaria Estadual de Saúde.

- Angiologia e Cirurgia Vascular

- Cirurgia Geral
- Cirurgia Torácica
- Neurocirurgia
- Urologia (para pacientes internados)
- Otorrinolaringologia
- Ortopedia e traumatologia
- Buco maxilo facial

As especialidades cirúrgicas terão protocolos para as principais patologias institucionalizadas, assim como os protocolos assistenciais. Os principais protocolos (não os únicos) estão exemplificados nos anexos desta Proposta. Abaixo, segue Pathway (protocolo) de Fratura de Colo Femoral:



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Fixação das Fraturas do Colo Femoral

A fixação das fraturas do colo femoral é bem indicada nas lesões sem desvio ou nas fraturas desviadas em pacientes com menos de 60 anos. A indicação cirúrgica é mandatória, pois acomete preferivelmente idosos, e sem estabilização não consolida, e é altamente incapacitante.

1. DIAGNÓSTICO

História clínica: Paciente idoso (acima de 60 anos), com trauma de baixa energia; paciente adulto ou jovem, trauma de alta energia, com dor e incapacidade funcional à custa do quadril.

Exame físico: *Fraturas estáveis, sem desvio* – Claudicação relevante ou incapacidade para andar, pode não apresentar posição característica. *Fraturas instáveis, desviadas* – Paciente decúbito dorsal horizontal com membro inferior acometido encurtado e com rotação lateral.

Confirmação diagnóstica: *Fraturas desviadas* – Radiografias de bacia frente, perfil do quadril acometido.
Fraturas sem desvio – Radiografias de bacia frente, perfil do quadril acometido; caso não sejam definitivas (na suspeita), tomografia computadorizada do quadril com cortes finos.

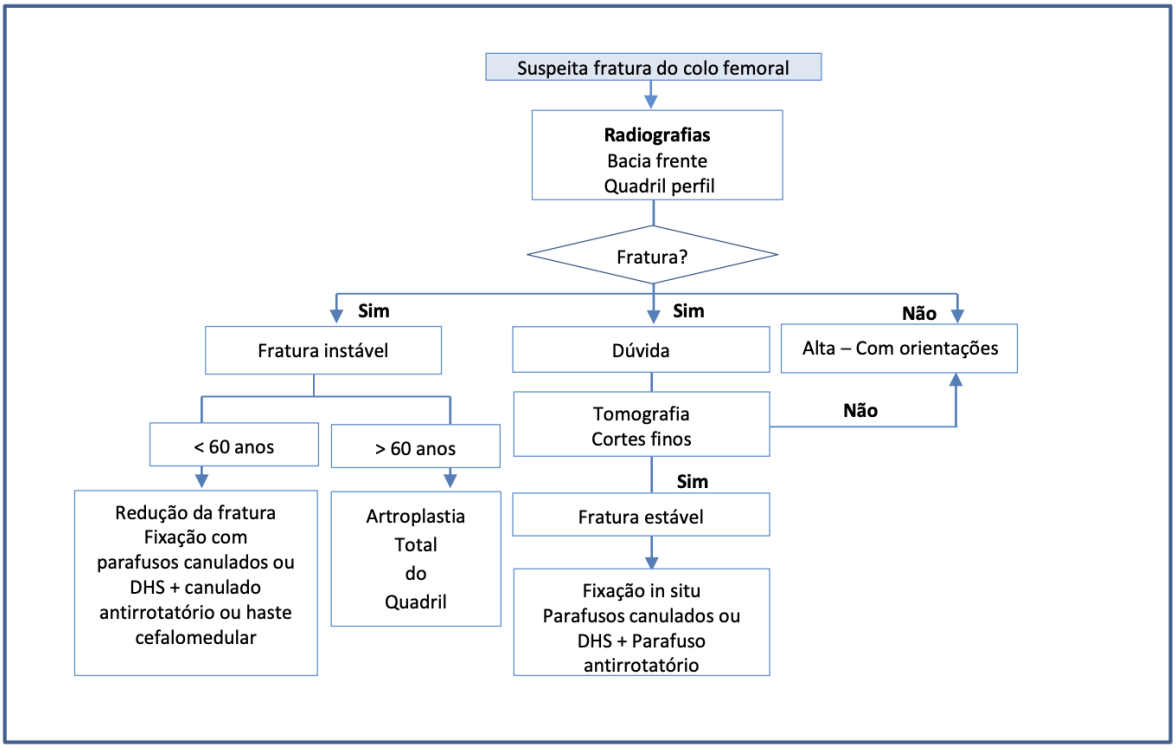
CID	Definição
S72.0	Fratura do colo do fêmur
S72.9	Fratura do fêmur parte não especificada
S72	Fratura do fêmur

3. EXAMES E AVALIAÇÕES RECOMENDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

Adultos e Jovens até 40 anos: Hb, Ht, coagulograma e radiografias de tórax.
Adultos entre 40 e 60 anos: Hb, Ht, coagulograma, ECG e radiografias de tórax.
Acima de 60 anos: Hb, Ht, coagulograma, ECG, glicemia, ureia, creatinina e radiografias de tórax.
Obs.: Exames podem variar na vigência de doenças associadas.

2. INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

Fraturas sem desvio, estáveis: Fixação na posição que está (in situ), com parafusos canulados ou DHS com parafuso antirrotatório independentemente da idade.
Fraturas desviadas, instáveis: Pacientes abaixo de 60 anos, redução e fixação com parafusos canulados ou DHS com parafuso antirrotatório ou haste cefalomedular; pacientes acima de 60 anos, tratados com artroplastia total do quadril.


Suspeita fratura do colo femoral
Radiografias
Bacia frente
Quadril perfil
Fratura?
Sim
Sim
Não
Fratura instável
Dúvida
Alta – Com orientações
Tomografia
Cortes finos
Não
< 60 anos
> 60 anos
Sim
Fratura estável
Redução da fratura
Fixação com
parafusos canulados ou
DHS + canulado
antirrotatório ou haste
cefalomedular
Artroplastia
Total
do
Quadril
Fixação in situ
Parafusos canulados ou
DHS + Parafuso
antirrotatório

5. ALOCAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO

Fraturas sem desvio, estáveis: Independentemente da idade: enfermaria, 1 dia de internação, enfermaria.
Fraturas desviadas, instáveis: Pacientes abaixo de 60 anos: enfermaria, 1 dia de internação, enfermaria.
Pacientes acima de 60 anos tratados com artroplastia total do quadril: Não se enquadra neste protocolo.

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Tempo estimado de cirurgia
1 hora

Anestesia
Raquianestesia e sedação.

Tecnologias necessárias durante a cirurgia
Escopia em qualquer técnica + mesa ortopédica.

Antibioticoprofilaxia

- Cefuroxima
- Dose: 750mg
- Não tem repique durante a cirurgia
- Duração da antibioticoprofilaxia
- 4 doses totais

7. PÓS-OPERATÓRIO

Prescrição médica do PO

	POI	1° PO
Dieta	Leve iniciada 3 horas após término da cirurgia	Geral de acordo com condição clínica do paciente
Analgesia	Dipirona 1,0 g - EV 6/6 horas	Dipirona 1,0 g - VO 6/6 horas
	Tramal 50 mg - EV 8/8 horas	Tramal 50 mg - VO 8/8 horas
Outras medicações	Omeprazol 40 mg EV 1x	Omeprazol 40 mg VO 1x
Profilaxia de TEV	Enoxaparina 40 mg SC 1 dose 12 horas após cirurgia	Enoxaparina 40 mg SC 1 vez
Fisioterapia	Motora crioterapia e treino de marcha com andador 6 horas após cirurgia, 2x	Motora crioterapia e treino de marcha com andador 6 horas após cirurgia, 2x
Ordens e cuidados	Banho chuveiro	Banho chuveiro
	Sentar poltrona	Sentar poltrona
Curativo	Não mexer	Não mexer
Outros	Compressor plantar	
	Meia elástica	

Critérios e momento da alta

- Em que dia do PO deve ocorrer a alta: Alta no 1° PO;
- Critérios mínimos para que o paciente tenha alta: Após deambulação com andador e controle da dor.

Orientações de alta

- Fisioterapia motora com treino de marcha e uso de andador;
- Medicação antitrombótica 28 dias;
- Observar os retornos regulares;
- Retorno fora do programado caso: edema, calor e vermelhidão local, deformidade do membro inferior, aumento da dor que não responda ao repouso e medicação, alterações clínicas diferentes das preexistentes.

Retornos programados

- Dias de PO o paciente deve retornar ao consultório:

- No 14 º PO para curativo e retirada de pontos;

- No 28 º PO com radiografias de bacia frente e perfil do quadril;

- No 3 mês com radiografias de bacia frente e perfil do quadril.

8. INDICADORES DE QUALIDADE

- Deambula com andador sem limitações ortopédicas a partir do momento que chegou em casa?
- Deambula sem andador e sem limitações ortopédicas a partir do 3 º mês de PO?
- Voltou às atividades semelhantes ao padrão anterior à fratura a partir do 4 º mês de PO?

Referências

[1] International Orthopaedics (SICOT) (2013) 37:1327 - 1334

4. Medicina Diagnóstica

O SADT do Hospital foi planejado para atender tanto a demanda interna do Hospital bem como disponibilizar exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários encaminhados pela Central de Regulação Estadual (eletivos ou urgência) de outras unidades ou egressos do próprio HUGO.

O Hospital conta com aparelhos de USG equipados, aparelhos de RX digital e móveis, 02 aparelhos de tomografia (um de 16 canais e outro de 64 canais), equipamentos de broncoscopia (01), endoscopia (02) e colonoscopia (02), endoscopia via urinária além de eletrocardiograma. Os exames eletivos ofertados como SADT externo e suas metas mensais serão:

- Colonoscopia: 100 exames;

- Endoscopia digestiva: 130 exames;

- Radiografia com (100 exames) e sem contraste (600 exames);

- Endoscopia via urinária: 30 exames;

- Tomografia computadorizada com e sem contraste: 250 exames;

- Ultrassonografia: 100 exames;

- Ultrassonografia/doppler: 180 exames;

- Eletrocardiograma: 300 exames.

Terá seu funcionamento adequado às demandas de exames eletivos de segunda a sábado, no período diurno e funcionamento 24 horas por dia, 7 dias na semana para atender exames de urgência e emergência tanto do Pronto Socorro quanto dos pacientes internados do Hospital, quanto da Central de Regulação.

Todos os exames seguem as legislações específicas de radioproteção, de esterilização e protocolos médicos e assistenciais, tendo os principais descritos em anexo. A navegação dos pacientes ambulatoriais tem forte ação integrada na área de diagnóstico, otimizando a jornada do paciente até definição da conduta médica final, agregando custo-efetividade e melhor desfecho e experiência para o paciente, abreviando a jornada para o período necessário, buscando eliminar etapas desnecessárias e visando a melhor integração entre os serviços.

O dimensionamento da medicina diagnóstica ocorreu de acordo com metas estabelecidas no Edital e previsão de demanda hospitalar de internados, com médicos para laudo e realização de exames presencialmente.

Tomografia: funcionamento 24 horas por dia, atendimento a pacientes da urgência, internados e eletivos (preferencialmente durante o dia). Haverá médico radiologista para laudo presencialmente e à distância.

Ultrassom: funcionamento de segunda a sábado das 7-19h para eletivos e 1 sala à noite e fim de semana para urgência/emergências/internados. As demandas de internados e urgência/emergência no período diurno também está contemplada no dimensionamento.

Ecocardiografia: Eletiva e para pacientes internados, funcionamento de segunda a sexta durante o dia e aos finais de semana de dia para agendas de internados. Médico cardiologista estará disponível.

Endoscopia, colonoscopia: 1 salas funcionando de segunda a sexta, das 7-19 horas para casos eletivos e da Central de Regulação e demanda de internados do Hospital. Casos de urgência e emergência terão equipes de sobreaviso.

Cistoscopia: 6 horas/ semana. Médico urologista. Demanda eletiva.

O dimensionamento previsto e oferta de exames pode ser alterado em decorrência da necessidade da Secretaria Estadual de Saúde uma vez realizado nova pactuação.

Gestão e atividades diagnósticas laboratoriais, com laboratório Einstein local e equipe própria contratada para realização de exames, além de serviço de patologia estão contemplados na proposta.

Resultados laboratoriais, patologia e de imagem com SLA para tempo de atendimento e resultado, protocolos e processos que visem redução de re-coletas e de retificação de laudo, garantindo a assertividade do diagnóstico e apoio diagnóstico de excelência para todos os setores do Hospital. Os protocolos clínicos visam evitar solicitação de exames desnecessários, motivo pelo qual não colocamos metas de exames laboratoriais.

5. UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Linha completa de atendimento para os pacientes internados, tanto em unidade de internação (enfermarias) quanto em unidades de terapia intensiva, após atendimento no Pronto Socorro ou no ambulatório, com regulação pela Central de Regulação do Estado, com médicos hospitalistas em todas as unidades, garantindo o seguimento horizontal destes pacientes e continuidade do plano terapêutico definido, além de interconsulta com especialistas quando necessário, reabilitações e fisioterapias necessárias. Protocolos assistenciais e médicos instituídos, fortalecimento dos cuidados paliativos quando necessário, gestão do fluxo do paciente, garantindo a melhor utilização dos leitos hospitalares, visita multiprofissional, com elaboração de plano terapêutico e educacional com planejamento do cuidado durante interação e no pós-alta, visando a continuidade do cuidado e integração com rede básica de referência, farmacêutico clínico e seguimento nutricional. A SCIH apoia ações de vigilância e cuidados de isolamentos indicados para cada caso além da notificação de doenças de notificação compulsória.

Em situações de superlotação, com capacidade máxima ativada, o NIR do Hospital deverá solicitar vaga para pacientes que necessitem internação em outros Hospitais, com o apoio da Central de Regulação.

A implementação do cuidado humanizado desempenha um papel crucial no bem-estar dos pacientes internados e seus familiares, proporcionando-lhes não apenas tratamento médico, mas também conforto emocional e psicológico durante sua estadia no hospital. O cuidado humanizado promove respeito e suporte, uma relação de confiança entre profissionais de saúde

e pacientes, resultando em uma experiência mais positiva e eficaz. A implementação do cuidado humanizado envolve treinamento adequado para a equipe de saúde, a criação de um ambiente acolhedor e a promoção da colaboração interdisciplinar.

5.1. Clínica Médica e Neurologia

Inicialmente, serão destinados 70 leitos de internação clínica, sendo 60 de clínica médica e subespecialidades clínicas e 10 para neurologia com objetivo de atender os pacientes direcionados de unidades internas do Hospital ou da Central de Regulação. Os pacientes serão acompanhados pelos médicos hospitalistas presentes diariamente na unidade de acordo com dimensionamento médico. A horizontalidade garante o melhor acompanhamento da evolução do paciente e planejamento de alta hospitalar, otimizando o fluxo do paciente e o uso racional de recursos. Protocolos médicos e assistenciais permeiam todas as unidades de internação, definidos pela criticidade do paciente, assim como critérios claros de admissão, alta e transferência hospitalar norteiam as ações das equipes. Especialistas médicos serão chamados para interconsulta, sob demanda.

Programa do fluxo do paciente fará a gestão interna dos leitos visando a melhor utilização dos mesmos e garantindo a alta hospitalar no momento mais oportuno. Para tanto, alocará pacientes em leitos de acordo com suas necessidades, participará do plano terapêutico no que tange às previsões de alta e necessidades de exames.

Os pacientes elegíveis terão seu acompanhante presentes durante a internação hospitalar, se assim desejarem. As internações nos leitos serão direcionadas por patologia, necessidade de isolamento, sexo do paciente, garantindo a segurança desta internação e privacidade dos pacientes.

Pacientes com necessidade de hemodiálise, internados na enfermaria, farão sua hemodiálise em leito específico na UTI Adulto, garantindo segurança do procedimento e serão acompanhados pela mesma equipe de nefrologia.

O protocolo AVC terá início na admissão do paciente com a suspeita clínica ou no momento do evento em si em pacientes internados e permeará todas as unidades de internação e de diagnóstico do Hospital. Em alguns casos, o Centro Cirúrgico pode ser necessário.

5.2. Clínica Cirúrgica

Serão destinados 212 leitos de internação Hospitalar para pacientes cirúrgicos que contarão com equipe cirúrgica de sua especialidade de necessidade e, também, por médicos hospitalistas para o co-manejo clínico, garantindo o melhor manejo clínico dos pacientes cirúrgicos e avaliações pré-operatórias e compensações de doenças pré-existentes, com o objetivo de melhor recuperação do paciente.

Estarão disponíveis presencialmente médicos da ortopedia, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia vascular durante 24 horas por dia. Eles serão responsáveis por atendimento de intercorrências cirúrgicas aos pacientes internados além dos cuidados e do atendimento solicitado em Pronto Socorro. As especialidades cirúrgicas farão o seguimento, com evolução médica e conduta.

Os pacientes elegíveis terão seu acompanhante presentes durante a internação hospitalar, se assim desejarem. As internações nos leitos serão direcionadas por patologia, necessidade de isolamento, sexo do paciente, garantindo a segurança desta internação e privacidade dos pacientes.

Em caso de necessidade de leito por especialidade clínica ou cirúrgica, a distribuição de leitos entre especialidades poderá ser alterada para atender às demandas. A integração com a Central de Regulação do Estado será total e realizada através do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital, possibilitando a otimização da ocupação dos leitos hospitalares.

Protocolos médicos e assistenciais estarão disponíveis na unidade (principais descritos em anexo), assim como plano terapêutico multiprofissional também acontecerá nesta unidade. O Protocolo ERAS também tem continuidade na internação de pacientes eletivos cirúrgicos.

Protocolos de Atendimento às Urgências e Emergências dos pacientes internados (Código Azul, amarelo, código H) definem o atendimento médico e destino dos pacientes das unidades de internação, em caso de deterioração clínica, intercorrência e de acordo com a criticidade destes.

Escalas de previsão de deterioração clínica como MEWS são ferramentas utilizadas para antecipar a piora clínica de um paciente. Protocolos assistenciais também são aplicados nas unidades de internação como Protocolo de queda, Lesão por pressão, Broncoaspiração, entre outros. Os protocolos permeiam todas as áreas assistenciais hospitalares, desde a entrada do paciente até sua alta.

Os cuidados domiciliares desempenham um papel essencial na desospitalização de pacientes internados, permitindo que eles continuem a receber o tratamento e cuidado necessário no conforto de seu próprio lar. Essa abordagem não apenas libera recursos hospitalares, como também reduz o risco de infecções hospitalares e proporciona um ambiente mais familiar e menos estressante para o paciente.

Haverá integração com programa de internação domiciliar dos municípios e cuidados domiciliares dos pacientes para desospitalização, sempre que possível. Protocolo de cuidados paliativos serão instituídos ao longo da operação, alinhados ao uso racional dos recursos e humanização do atendimento. À medida que os fluxos e processos forem sendo aprimorados, espera-se redução da média de permanência, com aumento progressivo do volume de saídas hospitalares.

5.3. UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Serão disponibilizados 57 leitos de UTI Adulto, com dimensionamento conforme legislação vigente, com presença de médicos, equipe assistencial e multiprofissional dimensionada adequadamente para o número de leitos.

Critérios de admissão, alta e transferência serão instituídos, apoiando a equipe na melhor utilização dos leitos de acordo com o critério dos pacientes. Unidade apoiada por diversos protocolos médicos e assistenciais, descritos em anexo.

Da mesma maneira que as outras unidades, realiza plano terapêutico multiprofissional para melhor definição terapêutico do paciente. Possui equipe de nefrologia para atendimento e seguimento de pacientes dialíticos presente diariamente, assim como seguimento com equipe de EMTN (Nutrólogo e nutricionistas).

Processos para redução de infecção hospitalar associadas a dispositivos serão bem definidos e embasados em protocolos gerenciados no Hospital, auditados mensalmente, com indicadores de infecção medidos: infecção de corrente sanguínea associada à cateter venoso central, pneumonia associada à ventilação, Infecção do trato urinário associada a sonda vesical de demora. Protocolos como de normocapnia, delirium e outros, também são aplicados na unidade.

Setor do fluxo do paciente atua fortemente na UTI, uma vez que o planejamento cirúrgico de pacientes com necessidade de retaguarda de leito para pós operatório em UTI é fundamental

para a não suspensão de cirurgias. O protocolo ERAS também tem atuação dentro da UTI, esperando que a estadia deste paciente neste setor seja breve e a menor possível.

O Einstein tem atuação matricial em suas unidades na linha de cuidado de Pacientes Graves, com reuniões mensais de benchmarking entre todos os Hospitais (públicos – HMMD, HMVSC, HMAP e privados), uniformizando protocolos, avaliando indicadores e desfechos clínicos. Os indicadores comuns estão na base do EPIMED e permitem comparação adequada. A teleUTI com intensivistas do Einstein também pode ser utilizada quando necessário.

6. Protocolos e organização de atividades assistenciais

As atividades assistenciais estão distribuídas dentro da Gerência Assistencial e Gerência Médica. A Gerência Assistencial é composta pelas equipes de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Multiprofissional (Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social) e Atendimento/Fluxo do Paciente. A Gerência Médica é composta pelos coordenadores médicos e médicos distribuídos nas diversas áreas do hospital.

As atividades assistenciais são realizadas seguindo as recomendações dos órgãos reguladores (legislação), a descrição de cargo institucional, os Manuais de Éticas das categorias e do Hospital e as Políticas, Procedimentos, Regimentos Institucionais, entre outros documentos.

Os Protocolos assistenciais descrevem de forma detalhada as diversas linhas de cuidado, com bases sólidas em preceitos éticos, legais e científicos. A elaboração dos protocolos é realizada por especialistas nas áreas e especialidades envolvidas e validadas em comitês específicos. O acompanhamento dos indicadores dos protocolos é feito pela área de Qualidade e Prática Médico Assistencial, juntamente com os especialistas/referências e gestores. Os resultados alcançados serão analisados periodicamente e planos de ação serão instituídos, para melhoria dos processos.

7. FILOSOFIA DE ENFERMAGEM E MODELO ASSISTENCIAL

A Enfermagem coloca o paciente acima de tudo, desenvolvendo um cuidado integral e individualizado, apoiado na tomada de decisão centrada no paciente/família com qualidade, segurança e sustentabilidade, fundamentada no tratamento compassivo, respeitando a diversidade cultural e sempre atenta aos detalhes que fazem parte da experiência do paciente, baseada em evidências científicas e no trabalho interdisciplinar.

COMPROMISSO

O compromisso da Enfermagem é ser reconhecida regionalmente, nacionalmente e internacionalmente por exercer uma prática baseada em evidências científicas, garantindo a qualidade e segurança, promovendo um ambiente de trabalho seguro e sustentável, integrando as diversas disciplinas, demonstrando a paixão em servir e a atenção aos detalhes para atender o lema "Acima de tudo o Paciente".

A Enfermaria se esforça diariamente para melhorar e fazer a diferença. Juntos, demonstram o compromisso através da:

- Segurança do processo assistencial;
- Compaixão para com os nossos pacientes e familiares;
- Defesa dos interesses e direitos dos pacientes e familiares;
- Dedicação, responsabilidade e ética para com a vida que nos foi confiada;
- Paixão e dignidade em tudo o que fazemos;
- Desenvolvimento de padrões de enfermagem de excelência;
- Compromisso com o crescimento da profissão e desenvolvimento dos nossos profissionais;
- Disponibilidade para aprender, mudar e inovar.
- Atenção aos detalhes

OBJETIVOS

- Assegurar a prestação de assistência de enfermagem com foco na promoção da saúde, na recuperação da doença e no fornecimento de informações relevantes;
- Promover excelência clínica no cuidado de enfermagem através do desenvolvimento de trabalho colaborativo e participativo;

- Garantir a continuidade da educação e o desenvolvimento do profissional, promovendo um ambiente em que a equipe se sinta valorizada e capaz de atingir seu potencial máximo;
- Garantir a autonomia do enfermeiro na tomada de decisão de ações de enfermagem;
- Promover efetiva liderança profissional e gerencial;
- Criar um sistema organizacional de aprendizado contínuo, baseado na liderança compartilhada;
- Incentivar a pesquisa científica para a busca de evidências que sustentem a prática de enfermagem.

DEFINIÇÕES

1. Enfermagem de Excelência – Modelo de Prática de Enfermagem

O Modelo de Prática de Enfermagem estrutura a prática de enfermagem na instituição. O modelo incorpora a missão, visão, valores e princípios Hospital, colocando o paciente acima de tudo e considerando a importância do profissional e da equipe, apoiado pelos pilares da Qualidade, Segurança, Sustentabilidade e Experiência do Paciente, desenvolvendo uma Prática Baseada em Evidência e no Raciocínio Clínico, utilizando o Modelo de Assistência Interdisciplinar, Processo de Enfermagem e a Filosofia de Enfermagem.

O modelo utiliza os conceitos chaves das teorias de Jean Watson "A Filosofia e Ciência do Cuidar" e de Madeleine Leninger "A Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural" para a prática de enfermagem de excelência. O Modelo demonstra o compromisso da Enfermagem em proporcionar um ambiente confortável e a construção de relacionamentos saudáveis para o desenvolvimento de um tratamento humano, seguro e de alta qualidade, respeitando sempre os valores culturais e crenças dos pacientes, para alcançar o bem estar físico, mental e espiritual. Lembrando a interligação existente entre o corpo, mente e espírito e o entendimento de que o indivíduo como pessoa inteira é influenciado pelo ambiente.

A Enfermagem promove continuamente melhorias no processo de cuidados. Para tanto, mantém um processo contínuo de educação e atualização da equipe de enfermagem, encorajando a documentação da sua prática e o desenvolvimento de pesquisas de enfermagem.

Outro fator importante é o monitoramento de nossa prática por meio de indicadores que são acompanhados e que servem como base para a tomada de decisão na instituição.

Assim, o Modelo de Prática de Enfermagem é a força motriz do cuidado de enfermagem. A prática profissional de enfermagem incorpora uma base sólida de conhecimento, habilidades clínicas e competências técnicas, compaixão e um profundo respeito e dedicação para com os pacientes e familiares.

A Enfermagem está comprometida com a excelência no atendimento ao paciente baseada nos valores da instituição e no conhecimento científico. Os profissionais de enfermagem dedicam-se à assistência integral ao paciente, para avaliar e atender as necessidades de cada indivíduo.

O papel do enfermeiro na liderança e coordenação do cuidado é um componente essencial do modelo de prática e articula os serviços necessários para fornecer o melhor atendimento, envolvendo o paciente e família no planejamento dos cuidados.

A Enfermagem tem como objetivos promover o bem estar dos pacientes, incentivando hábitos saudáveis, o autocuidado e a prevenção de agravos à saúde, por meio de um processo educacional contínuo. Na ocorrência do agravo à saúde, a Enfermagem atua no sentido de restaurar e reabilitar a saúde do paciente, considerando com respeito o direito dos doentes terminais para que possam morrer com dignidade.

A fim de garantir um atendimento de excelência, a instituição possibilita que o paciente seja atendido no local (unidade) mais adequado ao seu cuidado e o papel da Enfermagem é garantir a continuidade e a transição segura entre as diversas fases da assistência, mantendo documentados em prontuário os registros pertinentes.

Sendo assim, os profissionais de enfermagem estão continuamente em busca de novos conhecimentos, a fim de propor inovações e melhorias, para promover uma prática de excelência, atingindo melhores resultados.

2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Enfermeiro Assistencial

O enfermeiro é o profissional responsável pelo planejamento de cuidados de enfermagem para o paciente e a família.

Responsabilidades e deveres:

• Avaliar os pacientes sob sua responsabilidade

• Identificar os problemas e as necessidades do paciente

• Prescrever as intervenções de enfermagem

• Prestar cuidado ao paciente

• Liderar o planejamento assistencial

• Modificar o plano de cuidados quando necessário

• Avaliar o resultado do cuidado prestado

• Acompanhar as metas estabelecidas para manutenção da saúde e prevenção de doenças

• Educar o paciente e família

• Liderar e orientar a equipe de Enfermagem

• Promover a integração e a comunicação entre os diversos profissionais de saúde e áreas de apoio para garantir a continuidade, com excelência no cuidado

• Conhecer os resultados dos indicadores de qualidade para aperfeiçoar a prática de enfermagem

Técnicos de Enfermagem

Os técnicos participam ativamente do processo de cuidados, sendo responsáveis por executar o plano assistencial estabelecido:

• Tomar ciência do plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro responsável pelo paciente

• Buscar informações na documentação de enfermagem para realizar suas ações

• Trazer informações sobre mudanças clínicas para a tomada de decisão do enfermeiro responsável

• Buscar orientação do enfermeiro para suas ações

• Executar as ações/intervenções planejadas pelo enfermeiro

8. Protocolos e organização do serviço de farmácia

O serviço da Farmácia é destinado a prover medicamentos e materiais médicos hospitalares de forma racional e segura através das atividades de Farmácia Assistencial e intervenções farmacêuticas pela Farmácia Clínica, garantindo atenção e segurança ao paciente, além de informações sobre medicamentos, com o objetivo de contribuir para que o período de internação do paciente seja seguro e o mais breve possível.

Os farmacêuticos atuam nas unidades de internação, pronto socorro, centro cirúrgico e UTIs, realizando atividades assistenciais e clínicas para detecção de reações adversas, orientação sobre a terapia medicamentosa instalada e como facilitador de integração com a equipe multidisciplinar. Participam, ainda, do plano terapêutico e educacional do paciente e de ações de uso racional de antibióticos, em parceria com SCIH.

Erros na administração de medicamentos são frequentes em serviços de saúde e estão fortemente relacionadas à organização e funcionamento da farmácia. O sistema de dispensação de medicamentos, através da dose unitária é considerada o método mais seguro, sendo imprescindível para a segurança do processo e será adotado no HUGO.

9. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei n° 8.080/90 como "*um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos*".

O setor de vigilância epidemiológica de um hospital desempenha um papel crucial na monitorização, prevenção e controle de doenças. Composto por profissionais de saúde especializados, epidemiologistas e analistas de dados, esse setor trabalha em conjunto para identificar e avaliar ameaças à saúde pública dentro e fora do hospital.

A equipe de vigilância epidemiológica coleta e analisa dados clínicos e demográficos dos pacientes, identificando padrões que possam indicar surtos de doenças. Isso permite uma resposta rápida e eficaz para conter a propagação de infecções. Além disso, eles colaboram com órgãos de saúde pública e outras instituições para rastrear casos e implementar medidas preventivas.

A vigilância epidemiológica também envolve educar profissionais de saúde e pacientes sobre práticas de higiene, imunizações e outras medidas preventivas. A coleta e análise de dados em tempo real auxiliam na identificação de tendências emergentes, possibilitando a tomada de decisões informadas para proteger a saúde dos pacientes e da comunidade em geral.

Os NHE (núcleo hospitalar de epidemiologia) são unidades intra-hospitalares responsáveis pela operacionalização da vigilância epidemiológica nas unidades hospitalares e têm por objetivo central a detecção, o monitoramento, a notificação oportuna e a resposta imediata às potenciais emergências de saúde pública no âmbito hospitalar, monitorando situações específicas, dificilmente observadas fora deles, garantindo um olhar contínuo da situação epidemiológica local, incluindo as mínimas alterações no perfil de morbimortalidade.

A PORTARIA SES-GO Nº 2.743/2022, DE 29 DE NOVEMBRO DE 2022 "*Institui a Rede de Vigilância Epidemiológica nas Unidades de Saúde da Atenção Secundária e Terciária no Estado de Goiás e dá outras providências*."

Em suma, o setor de vigilância epidemiológica de um hospital desempenha um papel fundamental na proteção da saúde pública, monitorando ameaças, coordenando respostas e garantindo a segurança dos pacientes, profissionais de saúde e da comunidade como um todo.

10. Serviço de Nutrição e Dietética - SND

Conforme RESOLUÇÃO CFN Nº 600, DE 23 DE MAIO DE 2018, o nutricionista deve atuar nos cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico nutricional e tratamento de agravos, como parte do atendimento integral ao indivíduo e à coletividade. Deve exercer a profissão de forma crítica e proativa, não contrariando os preceitos técnicos e éticos.

A equipe de Nutrição atua nas áreas: produção de refeições, lactário, posto de coleta, nutrição clínica e ambulatório com a finalidade de fornecer refeições aos pacientes, acompanhantes, médicos plantonistas, além de fórmulas lácteas, leite materno ordenhado, suplementos nutricionais, dietas enterais e de prestar a Assistência Nutricional aos pacientes em

risco nutricional. Participam ativamente de protocolos clínicos e assistenciais como Prevenção de Lesão por pressão e Protocolo ERAS, entre outros.

Os objetivos da nutrição referente ao fornecimento das refeições compreendem o planejamento de produção de refeições, dietas, dieta enteral, fórmulas lácteas e suplementos; a previsão qualitativa e quantitativa dos gêneros alimentícios e materiais; a garantia de qualidade assegurada na seleção, recepção, armazenamento, processamento e distribuição dos alimentos; o controle de qualidade das matérias primas, equipamentos, utensílios e ambiente e a distribuição de: refeições, dietas, dieta enteral, suplementos e formula láctea.

11. Atividades de Apoio, Administrativas e Financeiras

11.1. Engenharia Clínica

As atividades da Engenharia Clínica são essenciais para garantir que os equipamentos médicos estejam em pleno funcionamento, seguros e em conformidade com as normas e regulamentações vigentes, como RDC 330/2019 ANVISA, NBR ISO 13485, NBR IEC 60601, Normativa Nº 90/2021 do Ministério da Saúde e ANVISA dentre outras. O setor realizará a gestão dos equipamentos médicos e tecnologias utilizadas no atendimento aos pacientes através das seguintes atividades:

- Manutenção Preventiva: Desenvolvendo programas de manutenção preventiva para os equipamentos médicos, realizando inspeções regulares, calibrações, ensaios de segurança elétrica, testes para prevenir falhas e garantindo o desempenho adequado dos dispositivos. Qualificações de operações e controles de qualidade, essenciais para proteger a segurança dos pacientes e garantir o correto funcionamento dos dispositivos e cumprindo regulamentações e normas.
- Manutenção Corretiva: Realização de reparo e solução de problemas em equipamentos médicos quando ocorrem falhas ou disfunções. Identificação das causas das falhas e realização dos devidos reparos para retornar o equipamento à operação normal.
- Gestão de Ativos: Acompanhamento e controle de todos os equipamentos médicos do hospital, incluindo inventário, histórico de manutenções, datas de vencimento de certificações e garantias.

- Aquisição de Equipamentos: Participação na avaliação técnica de novos equipamentos a serem adquiridos pelo hospital, garantindo que atendam às necessidades clínicas e estejam em conformidade com as normas de segurança.
- Controle de Qualidade e Segurança: Implementação de processos e protocolos para garantir a qualidade e a segurança dos equipamentos médicos, incluindo a adoção de práticas baseadas em normas e padrões de segurança.
- Treinamento e Capacitação: Desenvolvimento de programas de treinamento para os profissionais que utilizam os equipamentos médicos, visando o uso adequado e seguro dos mesmos.
- Gestão de Riscos: Identificação e avaliação de riscos relacionados aos equipamentos médicos, bem como o estabelecimento de planos de contingência para situações de emergência.
- Integração com as Equipes de Saúde: Colaboração com as equipes médicas e de enfermagem para entender suas necessidades, orientar sobre o uso correto dos equipamentos e fornecer suporte técnico quando necessário.
- Atualização Tecnológica: Acompanhamento das tendências tecnológicas na área médica e avaliação de oportunidades de adoção de novas tecnologias para aprimorar a assistência ao paciente.
- Gestão de Documentação: Manutenção de registros precisos e atualizados de todas as atividades relacionadas aos equipamentos, como manutenções, inspeções, relatórios de segurança, entre outros.
- Auditoria e Conformidade: Realização de auditorias internas para garantir que todos os procedimentos e processos estejam em conformidade com as regulamentações e normas estabelecidas.
- Gerenciamento de Projetos: Coordenação de projetos de grande porte, como a implementação de novos equipamentos ou a renovação de determinadas áreas hospitalares.
- Participará de todas as fases da vida útil do equipamento dentro da instituição: Seleção e Aquisição; Instalação e Comissionamento; Treinamento; Manutenções; Atualização ou Substituição; Desativação e Descarte.

O objetivo desta equipe é assegurar que todos os equipamentos médicos estejam em perfeitas condições de funcionamento, contribuindo para o bem-estar dos pacientes e o sucesso das práticas clínicas. O setor estabelecerá as metas e objetivos alinhados às diretrizes

corporativas, avaliando e planejando as melhores alternativas tecnológicas, buscando a otimização dos investimentos, recursos, utilização dos equipamentos e instalações.

O Plano de Gerenciamento de Equipamentos Médicos é o documento adotado nas condutas Einstein dentro do setor engenharia clínica, com o objetivo estabelecer diretrizes, responsabilidades e procedimentos para garantir o adequado gerenciamento dos equipamentos médicos utilizados na unidade. Este documento é elaborado seguindo as premissas Albert Einstein e normativas vigentes, como RDC 02/2010, RDC 509/2021, NBR 15943, RDC 16/2013, RDC 36/2013, NBR IEC 60601, dentre outras, e nele são mencionadas as seguintes informações:

- Inventário de Equipamentos: Uma lista detalhada de todos os equipamentos médicos presentes na instituição, incluindo informações como modelo, número de série, data de aquisição e localização.
- Responsabilidades: Definição clara das responsabilidades de cada membro da equipe em relação aos equipamentos médicos.
- Procedimentos de Manutenção: Estabelecimento de protocolos para a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a frequência de inspeções, calibrações e procedimentos para reparos.
- Treinamento e Capacitação: Definição de programas de treinamento para os profissionais que utilizam os equipamentos, garantindo que eles saibam operá-los adequadamente e identificar possíveis problemas.
- Registro de Incidentes: Estabelecimento de sistema para registrar e investigar incidentes relacionados aos equipamentos médicos, visando a identificação de falhas e a implementação de medidas corretivas, reportes em tecno vigilância.
- Substituição e Descarte: Definição de critérios para a substituição de equipamentos obsoletos e diretrizes para o descarte seguro de equipamentos fora de uso.
- Monitoramento de Desempenho: Estabelecimento de indicadores e metas para avaliar o desempenho dos equipamentos, garantindo sua eficiência e eficácia.
- Conformidade Regulatória: Verificação e garantia de que todos os equipamentos atendam aos requisitos regulatórios e normas vigentes.

A gestão dos serviços definidos no Plano de Gerenciamento de Equipamentos Médicos é feita através de software online, com o objetivo de facilitar o controle, monitoramento e planejamento eficiente de todos os serviços nos dispositivos médicos presentes na instituição, em conformidade com a RDC 02/2010.

O software de gestão online permitirá:

- Inventário Centralizado: registros detalhados de todos os equipamentos médicos da instituição, incluindo informações como modelo, número de série, localização, data de aquisição e histórico de manutenção;
- Monitoramento em Tempo Real: acompanhamento do status dos equipamentos, verificando se estão em uso, em manutenção ou ociosos;
- Planejamento de Manutenção: agendamento e abertura automática das manutenções preventivas e serviços programados periódicos dos equipamentos;
- Gestão de Contratos e Garantias: acompanhamento dos contratos de manutenção e garantia dos equipamentos para garantir que estejam cobertos adequadamente e que a manutenção seja realizada por fornecedores autorizados;
- Rastreamento de Incidentes: registro e acompanhamento de qualquer incidente ou problema relacionado aos equipamentos médicos, possibilitando uma rápida identificação e correção de falhas.
- Análise de Desempenho: fornecimento de relatórios e análises sobre o desempenho, permitindo uma visão geral do estado dos dispositivos e ajudando na tomada de decisões.
- Conformidade Regulatória: auxiliando na conformidade com as regulamentações e normas pertinentes à gestão de equipamentos médicos.

O software de gestão contemplará acesso a múltiplos usuários, projetado para facilitar o processo de abertura de chamados e o gerenciamento de solicitações relacionadas aos equipamentos médicos na unidade. Cada usuário autorizado recebe um login exclusivo e uma senha para acessar o sistema. Isso garante que apenas pessoas autorizadas tenham acesso às funcionalidades do software.

Os usuários podem abrir novos chamados relacionados aos equipamentos médicos sempre que surgirem problemas ou necessidades de manutenção. Eles preenchem um formulário com a descrição do problema, localização do equipamento, urgência, etc. Acompanhamento de chamados, onde cada chamado possui um número de identificação único e um status associado, como "aberto", "em andamento", "aguardando peças", "concluído", entre outros.

A classificação de criticidade dos equipamentos, para priorização dos atendimentos e definição das periodicidades dos serviços programados é realizada através do fator ABC, onde:

Criticidade A (Alto Risco) – Falta do equipamento impacta diretamente em interrupção do serviço, o resultado é uma grandeza que influencia diretamente em uma decisão clínica, risco de dano direto ao usuário, paciente ou operador, entrega direta de energia ao paciente.

Criticidade B (Médio Risco) – Resultado pode influenciar decisão clínica, mas é subjetivo, equipamento pode ter contato direto com o paciente, porém não apresenta risco de dano direto a ele, equipamento crítico para o processo, mas não para o processo diretamente.

Criticidade C (Baixo Risco) – Resultado não influencia em decisão médica ou somente auxilia, equipamentos de apoio ou auxílio ao tratamento, sendo substituíveis ou dispensáveis.

Os serviços de engenharia clínica poderão ser administrados por uma gerenciadora que desempenhará um papel crucial nas operações e otimização dos serviços essenciais de apoio para o funcionamento eficiente do hospital. A empresa será responsável por contratar e treinar profissionais/empresas qualificadas para os serviços; gerenciar a escala de trabalho dos funcionários; supervisionar diariamente as atividades das equipes de apoio para garantir que as tarefas sejam realizadas corretamente e dentro dos padrões de qualidade e segurança estabelecidos.

Este formato proporcionará diversos benefícios, como por exemplo, equipes com conhecimentos técnicos específicos e experiência na manutenção hospitalar complexa; implementação de melhores práticas e processos eficientes na realização da manutenção, o que aumenta a produtividade das equipes e a disponibilidade dos equipamentos e instalações; gestão centralizada de todas as atividades, facilitando a coordenação e o acompanhamento das ações realizadas; agilidade para responder prontamente a situações de emergência, minimizando os tempos de paralisação e prevenindo danos maiores, dentre outras atribuições e performance eficiente que este formato oferece.

Os principais cargos e responsabilidades dentro da equipe de engenharia clínica serão divididos da seguinte forma:

- Coordenador/Engenheiro Clínico: Gerenciar e acompanhar todas as atividades do núcleo de Engenharia Clínica; Desenvolver e implementar políticas e procedimentos para o setor; coordenar a equipe em suas atividades diárias; manter contato com fornecedores para questões técnicas e de manutenção; garantir o cumprimento das regulamentações e normas aplicáveis; participar de comitês de aquisição de novos equipamentos, dando suporte técnico;

- Supervisor de Engenharia Clínica: Supervisionar as atividades diárias da equipe de engenheiros e técnicos; assegurar que as manutenções preventivas e corretivas sejam realizadas de acordo com os padrões estabelecidos; Auxiliar na investigação e resolução de problemas técnicos e incidentes relacionados aos equipamentos; acompanhar os indicadores de desempenho da equipe e dos equipamentos; participar de treinamentos e capacitações da equipe;

- Técnico em Engenharia Clínica: Realizar manutenção preventiva e corretiva em equipamentos médicos; executar testes de calibração e avaliações de segurança dos dispositivos; registrar as atividades de manutenção e as condições dos equipamentos no software de gestão online; prestar suporte aos profissionais de saúde na utilização dos equipamentos; Fazer ajustes e reparos em equipamentos defeituosos;

- Técnico em Engenharia Clínica no Centro Cirúrgico: Realizar manutenção e testes específicos nos equipamentos do centro cirúrgico, como máquinas de anestesia, bisturis elétricos, entre outros. Garantir que todos os equipamentos do centro cirúrgico estejam em perfeitas condições de funcionamento antes das cirurgias; responder rapidamente a quaisquer problemas técnicos que possam ocorrer durante procedimentos cirúrgicos;

- Técnico de Gasoterapia: Realizar a instalação, manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de gases medicinais (oxigênio, ar comprimido, vácuo); garantir que os sistemas de gases medicinais estejam em conformidade com as normas e regulamentações de segurança; monitorar o consumo e estoque de gases medicinais, solicitando a reposição adequada; realizar testes de vazamento e pressão nos sistemas de gases.

- Auxiliar Administrativo: Prestar suporte administrativo ao núcleo de Engenharia Clínica; organizar e arquivar documentação relacionada aos equipamentos e manutenções; gerenciar o sistema de abertura e acompanhamento de chamados; Auxiliar na

organização de treinamentos e eventos do setor; Auxiliar na gestão de contratos de manutenção e fornecedores.

A equipe técnica estará atuante na instituição para atender às necessidades operacionais durante 24 horas por dia, 7 dias por semana, considerando plantões sob demanda a distância.

Toda esta estrutura de pessoas e empresas, será administrada por gestores Albert Einstein assegurando as atividades de acordo com os padrões e normas estabelecidos pela instituição. Garantirá que as atividades do setor sejam realizadas dentro dos prazos estipulados e que os recursos financeiros sejam adequadamente utilizados, evitando desperdícios. O gestor assegurará que a equipe esteja ciente e cumprindo todas as normas e regulamentações aplicáveis à engenharia clínica, garantindo o cumprimento das exigências legais. Estará focado na performance eficiente dos recursos e em apoio constante das áreas assistenciais.

O gestor monitorará constantemente o desempenho da empresa gerenciadora por meio de indicadores de qualidade e eficiência. Isso permite identificar eventuais problemas e tomar medidas corretivas a tempo.

Incentivará, então, a busca constante por excelência nos serviços prestados. Proporcionará um ambiente de melhoria contínua e contribuição para a satisfação dos pacientes, colaboradores e demais *stakeholder*. Atuará na comunicação entre os diferentes setores assistenciais, facilitará a coordenação e integração das atividades, garantindo que todas as equipes estejam alinhadas com os objetivos e metas do hospital.

As negociações de contratos de serviços específicos e estratégicos serão realizadas diretamente pela administração Albert Einstein e os demais tratados pela gerenciadora, seguindo divisões abaixo.

SERVIÇOS COM NEGOCIAÇÕES ESTRATÉGICAS EINSTEIN
LOCAÇÕES E COMODATOS DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NOS EQUIPAMENTOS DE ESTERELIZAÇÃO
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NOS EQUIPAMENTOS RADIOLÓGICOS

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM GASES MEDICINAIS

SERVIÇOS COM NEGOCIAÇÕES ESTRATÉGICAS GERENCIADORA
SERVIÇOS DE MANUTENÇÕES PREVENTIVAS, CORRETIVAS, ENSAIOS DE SEGURANÇA, QUALIFICAÇÕES, CALIBRAÇÕES E CONTROLES DE QUALIDADE

Determinados sistemas são essenciais para o funcionamento contínuo do hospital, como o fornecimento de oxigênio e equipamentos aptos para a operação. A falha pode levar à paralisação de toda a instituição, prejudicar os cuidados médicos e segurança do paciente. Para que se tenha segurança na operação e normativas vigentes atendidas, alguns preceitos são necessários adequações:

- Adequação do sistema fornecedor de gás oxigênio para oxigenoterapia, para disponibilização de pureza em conformidade com as normativas vigentes e boas práticas, visto que os parâmetros atualmente encontrados (94,3% de pureza) não são satisfatórios e considerados irregulares para disponibilização ao paciente.
- Inventário e vistoria de todos os ativos permanentes do hospital, verificando níveis de deterioração e viabilidade de correções, para mapeamento dos recursos financeiros necessários para correções e substituições.

11.2. Manutenção

A área de Manutenção é responsável pelo planejamento e execução de serviços na infraestrutura e equipamentos não eletromédicos, verificando instalações, efetuando ajustes necessários em acordo com as áreas solicitantes, visando correção, prevenção e adequações. Acompanha a execução de reformas e pequenas obras, colaborando na verificação da qualidade das instalações e na identificação de problemas potenciais, na discussão de alternativas e soluções.

Algumas das principais funções da equipe de engenharia de manutenção são:

- Manutenção preventiva: Planejar e executar rotinas de manutenção preventiva programada em sistemas elétricos, sistemas de climatização, redes hidráulicas, civis entre outros. A manutenção preventiva ajuda a identificar e corrigir problemas antes que

eles se tornem graves, reduzindo o risco de falhas inesperadas e aumentando a vida útil dos equipamentos e infraestrutura.

- Manutenção corretiva: Responder a solicitações de manutenção corretiva quando identificado falhas ou problemas. A equipe de engenharia deve atuar rapidamente para resolver as questões e restaurar o funcionamento adequado dos equipamentos, minimizando o impacto nas atividades do hospital.
- Gestão de estoque de peças de reposição: Manter um controle adequado sobre o estoque de peças de reposição e materiais necessários para realizar as manutenções. Isso garante que as peças estejam disponíveis quando necessárias, evitando atrasos nas atividades de manutenção.
- Inspeção de segurança: Realizar inspeções regulares em todas as instalações e equipamentos para garantir que estejam em conformidade com as normas de segurança e saúde. Essas inspeções são fundamentais para prevenir acidentes e garantir a segurança dos pacientes, funcionários e visitantes.
- Gerenciamento de contratos de manutenção: Coordenar e acompanhar os contratos de manutenção com fornecedores externos para equipamentos e sistemas mais complexos, isso inclui garantir que os serviços contratados sejam executados conforme acordado e dentro dos padrões de qualidade esperados.
- Atualização tecnológica: Acompanhar as inovações tecnológicas e as atualizações dos sistemas prediais utilizados no hospital.
- Suporte a projetos de expansão: Participar de projetos de expansão do hospital, fornecendo suporte técnico para o planejamento e novas instalações.
- Emergências e situações críticas: Em casos de emergências, desastres naturais ou situações críticas, a equipe de engenharia de manutenção é responsável por responder prontamente e ajudar a minimizar danos e restaurar as operações o mais rápido possível.

O Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial (PMOCP) é o documento adotado nas condutas Albert Einstein dentro do setor engenharia de manutenção e tem como objetivo estabelecer diretrizes e procedimentos detalhados para garantir a correta manutenção, operação e controle de todos os sistemas e equipamentos prediais da instituição. Esse plano é essencial para garantir o funcionamento seguro e eficiente de todas as instalações físicas, bem como a conformidade com as normas e regulamentações aplicáveis ao ambiente hospitalar. Algumas das funções do PMOCP incluem:

- Estabelecer rotinas de manutenção preventiva, definindo cronogramas e procedimentos para a realização de manutenções programadas em todos os sistemas e equipamentos prediais do hospital, isso inclui sistemas elétricos, grupo gerador, quadro de distribuição de energia, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA), aterramento, sistemas de ar-condicionado, reservatórios de água, sistemas hidráulicos, caixa de gordura, elevadores, sistema fixo de combate e detecção de incêndio, dentre outros;
- Definir ações corretivas contendo procedimento em caso de falhas ou problemas identificados durante a operação dos sistemas. Estabelece as diretrizes para a rápida identificação da origem do problema e a realização dos reparos necessários para restaurar o funcionamento adequado dos equipamentos.
- Garantir a segurança, incluindo inspeções regulares para garantir a segurança das instalações e equipamentos prediais. Essas inspeções são fundamentais para prevenir acidentes e proteger pacientes, funcionários e visitantes.
- Manter registros detalhados de todas as atividades de manutenção realizadas, isso permite o acompanhamento das ações executadas, o histórico de manutenções e a identificação de padrões que possam indicar problemas.
- Cumprir regulamentações e normas específicas para instalações prediais em hospitais, garantindo que a instituição esteja operando dentro dos padrões exigidos pelos órgãos reguladores.
- Programar substituições e atualizações periódicas de equipamentos e sistemas prediais que estejam chegando ao fim de sua vida útil ou que necessitem de melhorias para atender a novas demandas tecnológicas.
- Responsabilidades e treinamento dos profissionais envolvidos na manutenção predial e estabelece requisitos de treinamento para garantir que a equipe esteja adequadamente qualificada para executar suas tarefas.
- Gerenciamento de contratos de manutenção com fornecedores externos, estabelecendo diretrizes para a contratação de serviços especializados quando necessário.

O documento mencionado acima é elaborado seguindo as premissas Albert Einstein e normativas vigentes como RDC 50, NBR 5410, NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, NBR 13534, Anvisa, Normas ABNT e outras.

O Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC) em sistemas de climatização para ambientes de uso coletivo, em acordo com a Resolução N° 09, também é um documento adotado como referência das diretrizes Albert Einstein. Visa garantir a qualidade do ar interno e prevenir

a proliferação de agentes que possam causar problemas de saúde, como bactérias, fungos e ácaros, além de contribuir para o bem-estar e a saúde dos ocupantes dos ambientes climatizados.

Algumas das principais funções do PMOC de refrigeração:

- Define procedimentos de limpeza e manutenção dos sistemas de climatização, incluindo as unidades de tratamento de ar, dutos, filtros e outros componentes.
- Assegura a qualidade do ar interno fornecido pelos sistemas de refrigeração, garantindo conformidade com as normas de qualidade do ar, evitando a circulação de agentes nocivos à saúde.
- Define a periodicidade de análises microbiológicas do ar e superfícies para monitorar a presença de micro-organismos e identificar potenciais riscos à saúde.
- Mantém registros detalhados de todas as atividades de manutenção e limpeza realizadas, além de resultados de análises microbiológicas.
- Estabelece as responsabilidades dos profissionais envolvidos na manutenção e operação dos sistemas de climatização e define requisitos de treinamento para garantir a qualificação adequada da equipe.
- Programa substituições e atualizações de equipamentos, filtros e componentes dos sistemas de climatização, conforme necessário.
- Cumpre a conformidade com a Resolução N° 09 da ANVISA, Portaria N°3.523, de 28 de agosto de 1998 e outras normas e regulamentações específicas para sistemas de climatização em ambientes coletivos.

A gestão dos serviços definidos no PMOCP e PMOC será feita através de software online, com o objetivo de facilitar o controle, monitoramento e manutenção eficiente de todos os ativos e infraestrutura sob responsabilidade da equipe de manutenção.

O software de gestão online permitirá cadastro de inventário centralizado, com registros detalhados dos itens, monitoramento em tempo real, com acompanhamento relativo ao status dos serviços, planejamento de manutenção, com agendamento automático de manutenções preventivas e serviços programados periódicos, análise de desempenho, fornecendo relatórios e permitindo uma visão geral do estado dos dispositivos, ajudando na tomada de decisões.

Este recurso de gerenciamento online contemplará acesso a múltiplos usuários, projetado para facilitar o processo de abertura de chamados e o gerenciamento de solicitações da unidade. Cada usuário autorizado recebe um login exclusivo e uma senha para acessar o sistema. Isso garante que apenas pessoas autorizadas tenham acesso às funcionalidades do software. Os usuários podem abrir novos chamados relacionados sempre que surgirem problemas ou necessidades de manutenção. Eles preenchem um formulário com detalhes, como descrição do problema, localização do equipamento, urgência, etc. Possibilidade de acompanhamento de demandas, onde cada chamado possui um número de identificação único e um status associado, como "aberto", "em andamento", "aguardando peças", "concluído", entre outros.

As criticidades dos atendimentos das demandas de serviço serão divididas em três níveis básicos:

- Urgente/Alta criticidade: São estruturas prediais ou equipamentos essenciais e únicos que, quando sujeitos a falhas, podem ocasionar em risco de morte ou danos ao ser humano e/ou interrupção completa das atividades do hospital que venha representar alto risco para a segurança dos colaboradores e pacientes.

- Média criticidade: São estruturas prediais ou equipamentos que, quando sujeitos a falhas, podem ocasionar perdas no processo de atendimento, prestação de serviços e demais atividades do hospital.

- Baixa criticidade: São estruturas prediais ou equipamentos que, quando sujeitos a falhas, interferem apenas no bem estar do colaborador e paciente e/ou custos do reparo.

Os serviços de engenharia de manutenção poderão administrados por uma gerenciadora que otimizará a gestão e o desempenho dos serviços prestados, proporcionando diversos benefícios como por exemplo, especialização e expertise na gestão e execução de atividades, equipes com conhecimentos técnicos específicos e experiência na manutenção de instalações hospitalares complexas; implementação de melhores práticas e processos eficientes na realização da manutenção, o que aumenta a produtividade das equipes e a disponibilidade dos equipamentos e instalações; gestão centralizada de todas as atividades de manutenção, facilitando a coordenação e o acompanhamento das ações realizadas; agilidade para responder prontamente a situações de emergência, minimizando os tempos de paralisação e prevenindo danos maiores, dentre outras atribuições e performance eficiente que este formato oferece.

Os principais cargos e responsabilidades dentro da equipe de engenharia de manutenção serão divididos da seguinte forma:

- Coordenador de Manutenção/Engenheiro: Planejar, organizar e supervisionar as atividades de manutenção predial; gerenciar a equipe de manutenção, atribuir tarefas e avaliar o desempenho; garantir o cumprimento dos cronogramas de manutenção preventiva e corretiva; estabelecer e acompanhar indicadores de desempenho da equipe.

- Supervisor de Manutenção: Supervisionar e coordenar as atividades dos técnicos de manutenção e auxiliares; Realizar vistorias e inspeções para garantir a qualidade dos serviços prestados; acompanhar os prazos de execução das tarefas e garantir a eficiência operacional; participar da elaboração de planos de manutenção e orçamentos.

- Técnico de Alta Tensão: Atuar na manutenção de equipamentos de missão crítica, como geradores de energia, cabine primária, centrais de água gelada e sistemas de energia ininterrupta (UPS); Realizar testes e simulações para garantir a disponibilidade e a confiabilidade dos sistemas em casos de emergência.

- Técnico Eletricista: Realizar manutenção preventiva e corretiva em instalações elétricas do hospital; identificar e corrigir falhas em quadros elétricos, disjuntores e circuitos; efetuar a instalação de novos equipamentos elétricos.

- Técnico de Manutenção: Executar atividades de manutenção corretiva e preventiva em sistemas de climatização, hidráulicos e outras instalações prediais; realizar reparos em equipamentos diversos do hospital; Substituir peças e componentes conforme necessário.
- Técnico de Refrigeração: Realizar a manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de refrigeração, câmaras frias, geladeiras e freezers; monitorar e controlar os parâmetros de temperatura e umidade dos ambientes de armazenamento refrigerados.

- Auxiliar de Refrigeração: Auxiliar o técnico de refrigeração nas atividades de manutenção dos sistemas de refrigeração; realizar a limpeza e organização das áreas de armazenamento refrigerado.

- Auxiliar Administrativo: Prestar suporte administrativo ao coordenador de manutenção e à equipe; elaborar e acompanhar documentos, como ordens de serviço e relatórios de manutenção; controlar o estoque de peças e materiais utilizados nas atividades de manutenção.

A equipe técnica estará atuante na instituição para atender às necessidades operacionais durante 24 horas por dia, 7 dias por semana, sem interrupção.

Toda esta estrutura de pessoas e empresas, será administrada por gestores Albert Einstein assegurando as atividades de acordo com os padrões e normas estabelecidos pela instituição. Para mais, garantirá que as atividades de manutenção sejam realizadas dentro dos prazos estipulados e que os recursos financeiros sejam adequadamente utilizados na manutenção predial e evitar desperdícios. O gestor assegurará que a equipe esteja ciente e cumprindo todas as normas e regulamentações aplicáveis à manutenção em ambientes hospitalares, garantindo o cumprimento das exigências legais. Estando, portanto, focado na performance eficiente dos recursos e em apoio constante das áreas assistenciais.

As negociações de contratos de serviços específicos e estratégicos serão realizadas diretamente pela administração Albert Einstein e os demais tratados pela gerenciadora, seguindo divisões abaixo.

SERVIÇOS COM NEGOCIAÇÕES ESTRATÉGICAS EINSTEIN
LOCAÇÃO DE GERADORES DE ENERGIA E DEMAIS EQUIPAMENTOS
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NOS GERADORES DE ENERGIA
LIMPEZA DE RESERVATÓRIOS DE ÁGUA E CAIXA DE GORDURA
MANUTENÇÃO EM SISTEMA DE DETECÇÃO, COMBATE E ALARME DE INCÊNDIO
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NOS ELEVADORES
ANÁLISE DA QUALIDADE DA ÁGUA E AR
QUALIFICAÇÕES DE OPERAÇÃO DE MÁQUINAS DE AR CONDICIOANDO EM ÁREAS LIMPAS
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SISTEMAS DE CLIMATIZAÇÃO

SERVIÇOS COM NEGOCIAÇÕES ESTRATÉGICAS GERENCIADORA

SERVIÇOS DE MANUTENÇÕES PREVENTIVAS, CORRETIVAS, INSPEÇÕES E CALIBRAÇÕES

A missão crítica em um hospital é de extrema importância e refere-se àquelas atividades, processos ou sistemas que têm um impacto direto na segurança, na vida dos pacientes e no funcionamento geral da instituição. Essas são as atividades essenciais para a prestação de cuidados de saúde, cuja interrupção ou falha pode ter consequências graves.

Determinados sistemas são essenciais para o funcionamento contínuo do hospital, como o sistema de energia, fornecimento de oxigênio, sistemas de água e esgoto, sistemas de climatização e pressão. A falha em qualquer um desses sistemas pode levar à paralisação de toda a instituição e prejudicar os cuidados médicos. Para que tenhamos as áreas de missão crítica segura e normativas vigentes atendidas, alguns preceitos são necessários a adequações. São eles:

- Reservatórios de água: para conformidade com a RDC Nº 50, em caso de falta de abastecimento de água da rede pública, devem possuir autonomia mínima de dois dias ou mais, em função da confiabilidade do sistema. Para tal será preciso avaliar consumo diário e adaptar os reservatórios para suprir tal demanda.
- Cloração da água: para atendimento a PORTARIA GM/MS Nº 888 -04/05/2021, os níveis de cloração devem ser verificados e a correção da concentração realizada antes disponibilização ao consumo, através de reservatório de cloro e sistema de bombeamento.
- Sistema de aquecimento de água: objetivando maior eficiência energética e redução das manutenções em sistemas de aquecimento elétrico, recomenda-se a instalação de placas solares em conjunto com boilers de aquecimento a gás para fornecimento de água quente a unidade.
- Cabine primária: Adequações para redundância de transformadores de tensão, permitindo contingenciamento em caso de falha ou manutenção.
- Geradores de energia e tanque de diesel: para conformidade com NBR 13534 e boas práticas Albert Einstein, todo a edificação deve ser alimentada por geradores diante a falta de energia disponibilizada pela concessionária, para tal, será necessário acréscimo de geradores com potências em conformidade com a carga elétrica do hospital e máquinas em redundância em casos de panes. Para segurança da operação, a unidade

deve possuir tanque de combustível com volume suficiente para adequações nos tempos de abastecimento.

- Sistema nobreak e baterias: havendo conformidade com a NBR 13534 para alimentação de segurança em classes 0,5, a alimentação automática deve estar disponível em até 0,5 segundos. Para tanto, deverão ser elaboradas estratégias de contingenciamento na falta de energia, como nobreaks, baterias nos equipamentos etc.
- Central de Água Gelada (CAG): visando a eficiente energética e performance adequada para ambiente hospitalar, o recomendado é que a climatização dos ambientes seja por expansão indireta. Esta modalidade de sistema permite um controle preciso da temperatura e umidade do ar, facilidade de manutenção sem parada dos sistemas, menor ocupação de espaço interno e versatilidade nos posicionamentos das máquinas dentre outros benefícios.
- Unidade de Tratamento de Ar (UTA): para conformidade com a NBR7256, se faz necessário adequação com sistemas de filtragem nas máquinas de climatização, portanto, necessidade de instalação de UTA's na unidade, essencial para manter a qualidade do ar e prevenir a propagação de infecções hospitalares.
- Pressurização de salas: a NBR7256 estabelece a necessidade de adequações nos diferenciais de pressão em diversos ambientes. Para tal, é preciso máquinas projetadas para a demanda e ambientes que possibilitem esta configuração.

11.3. FACILITIES

A área de Facilities desempenha um papel de extrema importância para garantir o bom funcionamento e a eficiência operacional das instalações. Compreendendo uma série de serviços essenciais como Gestão de Limpeza e Conservação Predial, Gestão da Rouparia, Gestão de Uniformes, Controle de Pragas, Central de Serviços, Ambientação, Gestão de Resíduos e Transporte, desempenha um papel crucial na otimização dos processos internos, assegurando o conforto dos pacientes, a segurança dos profissionais de saúde e o cumprimento das normas regulatórias bem como está diretamente envolvido em algumas comissões, sendo essencial para garantir uma abordagem abrangente e eficiente na gestão de resíduos, como:

- **Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde:**

Tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar. Se

trata de uma comissão regida pelo setor de Facilities e equipe composta por membros em diferentes especialidades e setores de forma a compor uma visão multidisciplinar. As reuniões acontecem mensalmente de forma ordinária e as definições são registradas em ata e enviadas à Secretaria Estadual de Saúde.

- **Comissão de Catástrofe:**

Seu objetivo principal é planejar, coordenar e executar ações rápidas e eficientes em emergências ou catástrofes, como desastres naturais, acidentes em massa, surtos de doenças contagiosas, entre outros eventos que possam sobrecarregar os recursos do hospital.

11.3.1. FACILITIES – HIGIENE PREDIAL

A higienização hospitalar é um conjunto de práticas e procedimentos essenciais realizados em ambientes de cuidados de saúde, como por exemplo hospitais, com o objetivo de garantir um ambiente limpo, seguro e livre de micro-organismos que possam causar infecções ou outras complicações aos pacientes, equipe médica e visitantes.

Os principais objetivos da higienização hospitalar são: Prevenção de Infecções Hospitalares - A higienização adequada ajuda a prevenir a propagação dessas infecções, garantindo que as superfícies, equipamentos e materiais estejam livres de bactérias e vírus; Proteção da Equipe - A equipe médica e de enfermagem está em contato constante com pacientes e superfícies contaminadas. A higienização adequada protege a equipe de possíveis exposições; Manutenção da Qualidade do Ambiente - Um ambiente hospitalar limpo e bem cuidado contribui para a confiança dos pacientes e para um ambiente de cura mais eficaz.

Os procedimentos de higienização hospitalar incluem a limpeza e desinfecção regular de superfícies tocadas com frequência, como maçanetas, interruptores de luz, camas e mesas, além de equipamentos médicos e materiais utilizados no atendimento aos pacientes. Isso é feito usando produtos químicos desinfetantes aprovados e técnicas adequadas para garantir a eficácia da limpeza.

Além disso, os funcionários que realizam a higienização hospitalar devem seguir protocolos específicos, incluindo o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) para evitar a exposição à patógenos. A formação adequada é crucial para garantir que os procedimentos sejam realizados de maneira correta e eficaz.

A área de Hotelaria é constituída por colaboradores terceiros que terá como objetivo zelar pelas condições de higiene do hospital garantindo um ambiente confortável para os clientes internos (médicos, pacientes, enfermagem, administração, serviços de apoio, etc.) e externos (visitantes, acompanhantes, pacientes, etc..).

A mão de obra terceirizada possibilitará o controle e racionalização operacional da ocupação hospitalar com finalidades de aumentar o meio de produção devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades: Visualização dos leitos existentes na unidade de saúde (sistema MV), identificando leitos livres, ocupados, bloqueados e seus motivos, pacientes com alta hospitalar e tipos de atendimento (clínico, cirúrgico, isolamento); Visualizar percentual dos leitos, identificando leitos livres, ocupados e bloqueados e desativados; Controlar processo de higienização será feito pela revisora de leito identificando os diversos tipos de higienização que serão realizados na unidade de saúde (terminal, concorrente, rotina, chamados e etc.); Controlar o processo de manutenção, informando o serviço que deverão ser realizado pelos profissionais de manutenção; Controlar o histórico de ocupação de cada leito, indicando os pacientes e o período da ocupação; Controlará mapa de altas da Unidade de Saúde, indicando as altas realizadas e as altas previstas.

Os colaboradores serão alocados nas áreas conforme cronograma de atividades e criticidade das áreas:

Limpeza Concorrente: Procedimento será realizado 3 vezes ao dia e sempre que necessário.

Será uma atividade realizada de forma contínua e regular ao longo do dia em todas as áreas do Hospital (**críticas**, **semicríticas** e **não críticas**) com o objetivo de manter a higienização e a desinfecção desses espaços para reduzir a propagação de patógenos e prevenir a contaminação cruzada.

Essas áreas hospitalares são classificadas conforme o risco de transmissão de infecções. É importante relembrar que, esta medida será adotada para além de todas as outras medidas básicas no controle de infecções hospitalares. Cada área hospitalar possuirá particularidades que facilitem as estratégias de controle na transmissão de infecções, bem como a elaboração dos procedimentos de limpeza e desinfecção dos ambientes.

Essa classificação é fundamental para definir os padrões de segurança e controle de infecções em diferentes ambientes dentro das instituições de saúde. As principais normativas que tratam dessa classificação são:

1. RDC 50/2002: A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA, dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Ela define as áreas críticas, semicríticas e não críticas, com base em critérios como o risco de infecções e a necessidade de controle rigoroso de limpeza e desinfecção.

2. RDC 222/2018: A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, estabelece requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Essa norma inclui diretrizes para o controle de infecções e o gerenciamento de riscos em diferentes áreas hospitalares, considerando as especificidades de cada uma.

3. RDC 216/2004: A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 216, de 15 de setembro de 2004, da ANVISA, dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Essa norma define critérios para o manuseio, preparo e armazenamento de alimentos em áreas hospitalares.

Limpeza Terminal: Semanalmente: Nas áreas críticas conforme cronograma de limpeza terminal ou quando necessário;

Será uma atividade mais abrangente e detalhada, realizada após a alta do paciente ou a desocupação de um leito. Seu objetivo é realizar a desinfecção e a limpeza profunda de todas as áreas e superfícies do quarto ou espaço ocupado anteriormente pelo paciente. Isso inclui a desinfecção de pisos, paredes, mobiliário, equipamentos médicos, cortinas e outras superfícies. A limpeza terminal será essencial para garantir que não haja resíduos contaminados ou patógenos presentes no ambiente, preparando-o adequadamente para receber um novo paciente.

Cronograma de Limpeza: Será um planejamento organizado das atividades de higienização a serem realizadas em diferentes áreas do hospital, garantindo a cobertura de todos os espaços e evitando falhas na limpeza. Esse cronograma definirá a periodicidade das atividades, a equipe responsável por cada tarefa e as técnicas e produtos a serem utilizados em cada tipo de limpeza. Também incluirá a limpeza de áreas críticas, como salas cirúrgicas e unidades de terapia intensiva, que exijam protocolos específicos para evitar infecções hospitalares.

Local / Criticidade		Dia da Semana / Período		Semana 1		Semana 2		Semana 3		Semana 4		Semana 5	
				Dia	Realizada	Dia	Realizada	Dia	Realizada	Dia	Realizada	Dia	Realizada
Posto de Enfermagem Bloco A	S	Domingo	Noturno	2		9		16		23		30	
Administração Bloco A	Q	Sábado	Diurno	1				15					
Prescrição Bloco A	Q	Domingo	Diurno			9				23			
Sala de estudos Bloco A (Repouso)	Q	Sábado	Diurno			8				22			
Sala de Serviço Bloco A	Q	Sábado	Diurno			8				22			
Rouparia Bloco A	Q	Quinta	Diurno					13				27	
Materias e Equipamentos Bloco A	Q	Quinta	Diurno					13				27	
Abrigo temporário de Resíduo Bloco A	S	Quarta	Diurno	5		12		19		26			
Medicamentos Bloco A	S	Sábado	Diurno	1		8		15		22		29	

Limpeza Diária: Nas salas cirúrgicas ao final do turno cirúrgico e no abrigo de resíduos externo, ao final da recolha externa.

Revisão: Procedimento que será realizado após a limpeza concorrente do dia ou quando necessário.

11.3.2. FACILITIES – ROUPARIA

É o serviço de apoio ao atendimento dos pacientes e colaboradores responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação,

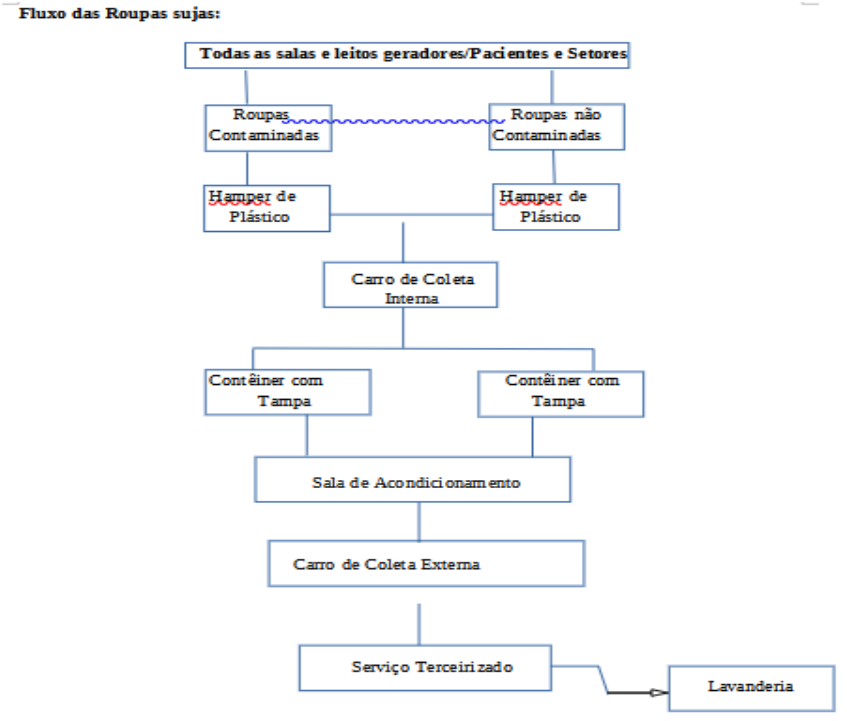
em quantidade adequada a todos os setores da unidade. A negociação de contrato de serviços específicos e estratégicos serão realizadas diretamente pela administração Albert Einstein.

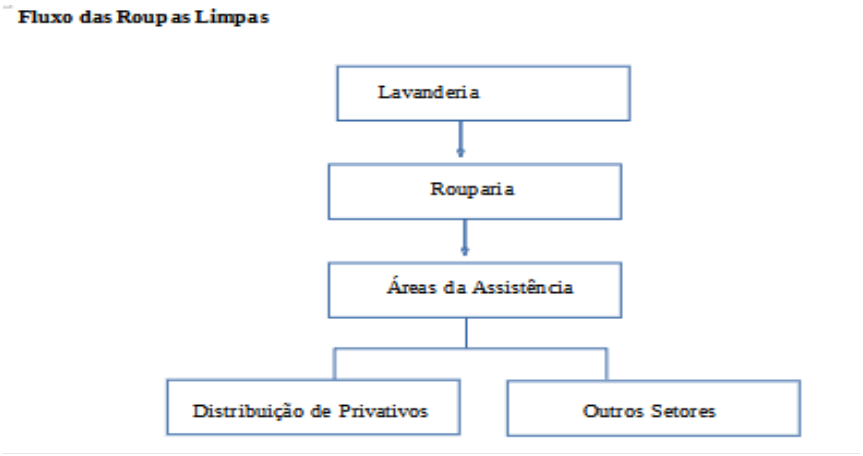
A gerenciadora deverá acompanhar a operação e prestação dos serviços especializados de lavanderia hospitalar, acompanhando todas as etapas, desde sua retirada até seu retorno em condições apropriadas de uso, sobretudo nos aspectos higiênicos e sanitários, livre de micro-organismos, seguindo as legislações vigentes: RDC nº 6 de 30 janeiro 2012.

Esse acompanhamento será essencial para garantir que todas as etapas do processo sejam executadas de forma adequada, eficiente e em conformidade com as normas e padrões de qualidade exigidos para o ambiente hospitalar. Algumas das principais atividades de acompanhamento que a gerenciadora deverá realizar incluem:

- **Controle de Qualidade:** Verificará regularmente a qualidade da lavagem, higienização e esterilização das roupas hospitalares. Isso pode incluir amostragem e testes de qualidade para garantir que os padrões estabelecidos estejam sendo atendidos.
- **Monitoramento dos Prazos:** Acompanhará o cumprimento dos prazos de entrega e devolução das roupas e enxovais lavados, garantindo que o hospital tenha sempre o suprimento necessário para atender suas demandas.
- **Conformidade com Regulamentos:** Certificará de que a lavanderia esteja operando em conformidade com todas as normas e regulamentos de saúde e segurança relacionados à lavagem de roupas hospitalares.
- **Treinamento e Capacitação:** Garantirá que a equipe da lavanderia esteja devidamente treinada e capacitada para realizar as tarefas de forma segura e eficiente.
- **Gestão de Recursos:** Monitorará o uso de recursos como água e energia, para garantir uma operação sustentável e eficiente.
- **Relacionamento com o Hospital:** Manterá uma comunicação frequente com os responsáveis no hospital para entender suas necessidades e receber feedback sobre o serviço prestado.
- **Gestão de Problemas e Soluções:** Resolverá quaisquer problemas que possam surgir durante a prestação do serviço e implementar medidas corretivas para melhorar a eficiência e a qualidade.
- **Auditorias e Avaliações Periódicas:** Realizará auditorias regulares e avaliações periódicas da lavanderia para garantir que ela esteja operando de acordo com os padrões estabelecidos.

O acompanhamento constante da gerenciadora será fundamental para garantir que a lavanderia hospitalar cumpra com os padrões de qualidade e segurança exigidos em um ambiente de saúde. Além disso, essa supervisão ativa pode ajudar a identificar oportunidades de melhoria e otimização dos serviços, garantindo que as necessidades do hospital sejam atendidas de forma eficaz.





11.3.3. FACILITIES – UNIFORMES

O processo de uniformização envolve o fornecimento e uso de uniformes padronizados por todos os profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares e recepcionistas. Esses uniformes são projetados para atender a requisitos específicos de higiene, segurança e identificação, trazendo uma série de benefícios e qualidades para a equipe e para a unidade como um todo.

Para mais, os Uniformes padronizados facilitam a identificação rápida dos diferentes profissionais no ambiente hospitalar. Isso é especialmente importante em emergências ou quando os pacientes e seus familiares precisam se comunicar com a equipe. Os uniformes são feitos de materiais que podem ser facilmente lavados e higienizados, o que é crucial em um ambiente onde a limpeza e a prevenção de infecções são prioridades. Isso ajuda a minimizar o risco de transferência de bactérias. Uniformes padronizados conferem um aspecto profissional a toda a equipe. Isso contribui para uma imagem de confiança e competência aos olhos dos pacientes e visitantes.

A identificação clara dos profissionais através dos uniformes ajuda a evitar a confusão e a garantir que os pacientes estejam cientes de quem está cuidando deles. Isso ajuda a evitar erros e aumenta a segurança dos pacientes.

Uniformes padronizados ajudam a estabelecer normas e expectativas claras quanto à vestimenta adequada no ambiente hospitalar. Isso pode incluir a proibição de acessórios desnecessários, como joias, que podem ser fontes potenciais de contaminação. Os Uniformes

são projetados para permitir conforto durante longos turnos de trabalho e para não restringir a movimentação, o que é crucial para profissionais que estão constantemente em movimento.

11.3.4. FACILITIES - RESÍDUOS

O Albert Einstein adotará o Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) na unidade de saúde. Trata-se de um programa que atua de forma ininterrupta, e após a seleção dos membros para a composição do programa, estabelece-se o escopo e cronograma de treinamentos mensais às equipes, a fim de dirimir todo e qualquer desvio no descarte de insumos hospitalares, assim como qualquer outro tipo de resíduo.

Atingirá as etapas, desde a geração do resíduo até a sua destinação, e envolverá desde o planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais, até a capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo deste. Caberá ao recolhimento dos resíduos de saúde gerados na unidade a implantação de ações que visam desenvolver a sustentabilidade ambiental da Unidade de Saúde, o que não limita o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) conforme segue.

Tem como objetivo planejar as ações de gerenciamento de resíduos, eliminando as fontes de contaminação, reduzindo os índices de acidentes de trabalho relacionados aos resíduos, garantindo a preservação da saúde pública e do meio ambiente, elevando assim a qualidade de vida da comunidade de saúde e entorno.

Neste sentido, estimulará a reciclagem de resíduos comuns não contaminados, através de seleção dos resíduos na fonte geradora, auxiliando no aumento da vida útil nos aterros sanitários municipais, padronizando as condutas para descarte, acondicionamento, armazenamento, manuseio, seleção, coleta e transporte. Ademais, promoverá a formação e capacitação de recursos humanos envolvidos com o PGRSS através de treinamentos e palestras. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde será elaborado por uma equipe técnica da instituição e deve ter um dos membros como responsável.

Deverá contemplar todos os grupos de resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C, D e E), e atender integralmente ao estabelecido no roteiro constante da Resolução RDC no 306 de 711212004 da ANVISA, e demais normas locais complementares.

Manejo dos Resíduos de Saúde

Acondicionar, transportar e dispor o resíduo de saúde requer cuidado especial, uma vez que as operações impróprias ou inadequadas, bem como a presença de insetos e roedores acabam por disseminar doenças infectocontagiosa.

Consideram-se os conceitos a seguir, cuja simbologia, identificação dos locais de geração de resíduos e correspondente fluxo é de responsabilidade do Contratante:

Grupo A. Resíduos que apresentem risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido à presença de agentes biológicos. Enquadram-se neste grupo, dentre outros: sangue e hemoderivados; animais usados em experimentação, bem como as matérias que tenham entrado em contato com os mesmos; excreções, secreções e líquidos orgânicos; meios de cultura; tecidos, órgãos, fetos e peças anatômicas; filtros de gases aspirados de áreas contaminadas; resíduos advindos de área de isolamento; restos alimentares de unidade de isolamento; resíduos de laboratórios de análises clínicas; resíduos de unidades de atendimento ambulatorial; resíduos sanitários de unidade de internação e de enfermaria e animais mortos a bordo dos meios dê transporte.

Grupo B. Resíduos que apresentem risco potencial à saúde e ao meio ambiente devido às suas características químicas. Enquadram-se nesse grupo, dentre outros: a) drogas quimioterápicas e produtos por ela contaminados; b) resíduos farmacêuticos (medicamentos

vencidos, contaminados, interditados, ou não utilizados); e c) demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da norma NBR 0.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos)

Grupo C. Rejeitos radioativos: enquadram-se neste grupo os materiais radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análise clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo Resolução CNEN 6.05.

Grupo D. Resíduos comuns: são todos os demais que não se enquadram nos grupos descritos anteriormente.

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

Normas para acondicionamento e coleta do resíduo de saúde: Os carrinhos de coleta interna e lixeiras deverão ser submetidos após cada coleta de resíduo a limpeza e desinfecção; Os locais de armazenamento de resíduos deverão ser submetidos após cada jornada de trabalho a limpeza e desinfecção; O Uso de luva de látex, respirador com manutenção, avental impermeável e botas é obrigatório no manuseio dos resíduos; nunca pegar maçanetas, portas chamar elevadores, pegar carrinhos, telefones, etc., com as mãos enluvadas.

Fluxograma do Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Coletas dos Resíduos:

A circulação dos carros de coleta de resíduos deverá obedecer à horários pré-definidos; Embalar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo ll da norma NBR 9120, 9190, 9191, í3056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 919 devem constar em saco individual, com identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura a partir de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei Federal N. 6.360/76, regulamentada pelo Decreto federal N. 79. 094n7 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto; trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade.

Utilizar, obrigatoriamente, paramentação, incluindo a bota e luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento. Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para o grupo de resíduo, fechado com tampa, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados, sem emenda na estrutura, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido.

Deve ser provido de rodas revestidas de material que reduza o ruído; os contêineres com mais de 400 litros de capacidade precisam possuir válvula de dreno no fundo. Armazenará os resíduos, devidamente embalado, no depósito de resíduos; os resíduos, uma vez coletados no ponto de geração, devem permanecer no mesmo recipiente até o armazenamento externo, antes da coleta final; e o proceder a lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Tratamento dos Resíduos

Os resíduos comuns serão encaminhados dos depósitos seguindo o manejo de resíduos domiciliares, sem tratamento, diretamente para disposição final; Os resíduos sólidos infectantes serão encaminhados para autoclavação e posterior disposição final, sendo que os resíduos infectantes do grupo 43, membros humanos e fetos, serão encaminhados para incineração e posterior disposição final; Permitir-se-á a disposição de resíduo infectante na vala séptica somente quando este for submetido a tratamento prévio que assegure a eliminação das características de periculosidade do resíduo tornando-o com características de resíduo comum;

Os resíduos químicos serão encaminhados para tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade e capacidade de bioacumulação; Os resíduos químicos sólidos serão encaminhados para incineração e posterior disposição final; Os resíduos químicos líquidos serão encaminhados para reaproveitamento ou tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação e posterior disposição final; Haverá monitoramento permanente do processo de tratamento de forma a garantir a segurança dos resultados conforme condicionantes exibidos no licenciamento.

Existem vários tipos de resíduos e diferentes métodos de tratamento para cada um deles, dependendo de suas características e potenciais impactos ambientais e de saúde. Abaixo estão alguns tipos comuns de resíduos e os métodos de tratamento correspondentes:

Grupo A – Resíduos Infectantes

A segregação dos resíduos do grupo A é feita na origem. São descartados em lixeiras dotadas de tampa de vedação e acionamento por pedal. As lixeiras são revestidas por saco de lixo branco leitoso com simbologia universal de perigo biológico, conforme definido na ABNT NBR 9191:2008.

As lixeiras devem estar disponíveis em todas as áreas onde exista geração de resíduo infectante, cabendo ao gestor da área providenciar a reposição sempre que necessário. Os sacos de lixo devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez cada 24 horas.

Fluidos Corporais

Tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia que gere este tipo de resíduo (fluídos corporais na forma livre) e outros resíduos líquidos que se apresentem na forma líquida devem ser inicialmente descartados em frasco estanque que impeça o seu vazamento. Os frascos deverão ser acondicionados em saco de lixo branco leitoso, com simbologia universal de perigo biológico.

Meios de Cultura

Resíduos gerados em laboratórios como culturas e estoques de microrganismos, meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas e resíduos de laboratórios de manipulação genética devem ser inicialmente descartados em sacos

plásticos para autoclave para que os resíduos sejam submetidos à tratamento, antes da disposição final.

Bolsas de Sangue e Hemoderivados

De acordo com a RDC n° 222/2018 as bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação; com prazo de validade expirado, e aquelas oriundas de coleta incompleta, sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre poderão ser encaminhadas para tratamento externo.

Deverão ser incialmente descartados em caixas tipo Clean Box, cor parda, com identificação de perigo biológico, conforme ABNT NBR 7500:2017. Após o fechamento da caixa esta deve ser embalada em saco de lixo vermelho, com simbologia universal de perigo biológico.

Vacinas

Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas devem ser descartados em coletores para materiais perfurocortante de acordo com a ABNT NBR 13853:1997.

Os coletores precisarão ser substituídos quando atingirem o limite máximo para o descarte e acondicionado em saco de lixo branco leitoso de cor branca, com simbologia universal de perigo biológico.

Resíduo Contaminado por Microrganismo de relevância ou doença emergente

Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

Devem ser acondicionados em saco de lixo branco leitoso, com simbologia universal de perigo biológico que devendo ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas.

Estes resíduos devem ser segregados dos demais logo após a geração e encaminhados para o tratamento interno, antes da disposição final.

Peças Anatômicas

As peças anatômicas possuem duas caracterizações e tratamentos, sendo:

- Pequenas peças que precisam passar por análise são encaminhadas para o Laboratório de Anatomia Patológica, onde serão processadas posteriormente, devendo ser acondicionadas em lixeiras de resíduos infectantes conforme legislação vigente, encaminhada para o abrigo externo de resíduos para serem recolhidas por empresa especializada e seguirem, então para incineração;
- Grandes peças provenientes de amputação ou relacionados serão encaminhadas para o Morgue pelo enfermeiro(a) responsável acompanhado do bombeiro(a) e da responsável pela higiene. A peça será acondicionada no refrigerador até a empresa contratada vir recolhê-la para incineração.

Grupo B – Resíduos Químicos

De acordo com a RDC n° 222/2018 são resíduos que possuem, em sua composição, substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Medicamentos

Os medicamentos vencidos, com prazo de validade expirado ou fora de especificação representam o maior montante de resíduos químicos dentro de estabelecimentos de saúde. Os resíduos de medicamentos, de acordo com suas características, recebem classificação adicional para que o manejo seja efetivo e seguro em todas as etapas.

Resíduo Perigoso de Medicamentos (RPM)

São considerados RPM os resíduos de medicamentos que possuem em sua composição antineoplásicos, imunossupressores, antivirais e antimicrobianos. Estes medicamentos são considerados perigosos por representar risco ocupacional, ambiental e à saúde pública.

Devem ser descartados em caixas coletoras de cor laranja e devem ser substituídas quando atingirem o limite de descarte (linha tracejada).

Resíduo de medicamentos não perigosos

São todos os resíduos de medicamentos que não se enquadram na categoria anterior. Devem ser descartados em caixas coletoras de cor laranja para o descarte de resíduos químicos. As embalagens primárias (blister, cartelas, frascos) devem ser descartadas da mesma forma. Os medicamentos líquidos devem ser mantidos em sua embalagem original para o descarte sendo vedado o descarte na rede pública de esgoto (ralo, vaso sanitário etc.).

As caixas devem ser substituídas quando atingirem o limite de descarte (linha tracejada).

Resíduo de medicamentos controlados

São resíduos de medicamentos ou substâncias com ação no sistema nervoso central e capazes de causar dependência física ou psíquica, controlados pela Portaria MS n° 344/1998 e suas atualizações.

O volume excedente da administração de medicamentos controlados deve ser descartado em caixa coletora de cor laranja. O descarte deverá ser assistido por testemunha e registrado no impresso "Descarte de Medicamentos Controlados", disponível nas unidades

Para a inutilização de medicamentos controlados com prazo de validade expirado ou fora de especificação, o farmacêutico responsável deverá preencher o formulário de Solicitação de Inutilização de Medicamentos Controlados em duas vias originais (sem rasuras) e se dirigir à sede da Vigilância Sanitária em Aparecida de Goiânia, localizada na R. Curitiba, S/N, Qd 13, Lt 11, Jardim Belo Horizonte, Aparecida de Goiânia, Goiás, de segunda à sexta-feira das 8 às 17:30 horas.

Com o formulário preenchido e os medicamentos a serem descartados.

No ato da entrega dos medicamentos, a Vigilância Sanitária realizará a conferência dos itens que estão sendo entregues e documentará o recebimento dos mesmos

Resíduos Gerados no Laboratório

São compostos basicamente por reagentes químicos e soluções geradas no processamento de amostras laboratoriais. São, em sua maioria, perigosos por apresentar características tóxicas, corrosivas e inflamáveis. Devem ser dispostos em recipiente estanque compatível com o material a ser acondicionado.

As embalagens dos reagentes devem conter as informações relativas ao resíduo a ser descartado (composição aproximada, Local de Origem, Volume, Data de Armazenamento) bem como a identificação da Classe de Risco do produto (Corrosivo, Inflamável, Tóxico, etc). As etiquetas para identificação serão padronizadas e devem ser solicitadas à equipe de facilities.

O efluente gerado nos processos de análise laboratorial é considerado perigoso e deve ser acondicionado em bombonas específicas que se conectam ao maquinário do laboratório. Este efluente deve seguir o fluxo de descarte de resíduo químico/perigoso e não deve ser descartado na rede coletora de esgoto.

Ao final do armazenamento dos resíduos e efluentes o gerador deverá solicitar a retirada deste com a equipe de facilities que irá providenciar a movimentação de forma adequada.

Lâmpadas Fluorescentes

Por possuírem mercúrio em sua composição as lâmpadas fluorescentes, tubulares e compactas, devem ser submetidas à descontaminação antes de serem submetidas a reciclagem.

Quando queimadas as lâmpadas serão acondicionadas nas embalagens primárias daquelas que foram utilizadas para sua substituição.

Após esse armazenamento, as embalagens primárias devem ser mantidas organizadas até completar o volume necessário para destinação.

Destinação de lâmpadas: as caixas devem ser lacradas com fita adesiva para não abrir a embalagem, posteriormente, deve ser acionada a equipe de facilities para providenciar a destinação final adequada.

Pilhas e Baterias

As pilhas e baterias pequenas devem ser descartadas nas lixeiras especiais, identificadas para o descarte desses materiais e serão encaminhadas para destinação final especializada.

As baterias de cargas maiores descartadas na manutenção de geradores e nobreaks devem seguir o fluxo de logística reversa quando possível, ficando a manutenção responsável pelo acompanhamento do processo para que sejam encaminhadas para a destinação final por uma empresa especializada.

Quando a logística reversa não for possível de execução, a manutenção deve seguir o mesmo fluxo de baterias geradas em equipamentos da engenharia clínica: armazenamento em

caixa, pesagem da bateria e solicitação de coleta via e-mail para a equipe de facilities. Nesse fluxo a equipe de facilities ficará responsável por solicitar a coleta final e arquivar o certificado de destinação final.

Películas Radiológicas

As películas radiológicas possuem alta concentração de metais pesados.

O procedimento adotado é o acúmulo do resíduo em caixas de papelão com identificação no local de geração e quando necessário, deverá ser acionada a área de Facilities para prosseguir com a destinação final ambientalmente adequada.

Aerossóis

As embalagens primárias de aerossóis são geradas após a manutenção de máquinas e equipamentos, essas embalagens devem ser armazenadas em locais separados de outros materiais combustíveis, a engenharia clínica e manutenção devem entregar o recipiente vazio de aerossol para a equipe de facilities que posteriormente armazenará em local apropriado até a destinação final.

Grupo D - Resíduo Comum

Resíduo Não Reciclável

A segregação é realizada na origem, no momento do descarte, em recipientes dotados de tampa com vedação ou em recipientes revestidos com saco de lixo preto.

Os materiais não-recicláveis que possuam característica orgânica (restos de alimento, papel sanitário, etc) devem, obrigatoriamente, serem descartados em lixeira com tampa de vedação e acionamento por pedal, essa medida inibe a presença de insetos como moscas e baratas.

Os sacos de lixo devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas.

Resíduo Reciclável

Plástico

Os plásticos são constituídos basicamente por embalagens de materiais, copos e utensílios utilizados em rotinas administrativas. É vedado o encaminhamento de insumo médico-

hospitalar para a reciclagem que possuírem contato com material biológico ou estão em setores de isolamento por precaução.

Papel

Composto basicamente por papel de escritório, caixas de papelão, embalagens de medicamento ou tetrapak. As caixas de papelão devem ser desmontadas, pelo gerador, antes de disponibilizar para o descarte.

Documentos com dados de pacientes, informações confidenciais ou sigilosas devem ser destruídas antes do descarte por meio de equipamento fragmentação, posteriormente seguir o fluxo de reciclagem.

Metal

De forma geral são latas de suco, de refrigerante e de alimentos enlatados. É recomendável que esses materiais sejam descartados em lixeiras ou cestos com tampas para evitar a proliferação de insetos.

As sucatas metálicas devem ser segregadas dos demais entulhos para posterior armazenamento no abrigo final de resíduos.

Vidro

As embalagens de vidros ou utensílios de louça devem ser acondicionadas em caixa de papelão íntegra e montada adequadamente e posteriormente lacrada com fita adesiva. Após o fechamento da embalagem é necessário identificar a caixa com a inscrição VIDRO, de forma legível – as caixas não deverão ser colocadas em sacos de lixo.

Madeira

A geração desse resíduo está associada ao descarte de paletes, que ocorre quando são montados novos equipamentos e maquinários no empreendimento. Os paletes de madeira podem ser reciclados, para tanto devem ser inicialmente desmontadas e armazenadas de forma organizada em local estabelecido pelos setores responsáveis.

Observação: a responsabilidade pela desmontagem e armazenamento correto dos paletes é do setor gerador, ficando apenas como responsabilidade de Facilities a destinação final correta do material.

Embalagens vazias de álcool

As embalagens vazias de álcool são consideradas como materiais recicláveis, portanto, devem ser descartadas em lixeiras identificadas com a simbologia "Reciclável".

Óleo Vegetal

O óleo vegetal é gerado na cozinha com uma produção baixa, portanto o resíduo será armazenado em bombonas de 5 litros identificadas como "óleo usado". Quando necessário, deve ser solicitado a destinação final pela equipe do facilities que contratará uma empresa para fazer a recuperação/reciclagem.

Material Contaminado com Óleos e Graxas

São gerados em processos de manutenção de maquinários onde geralmente são contratados terceiros para realizar as atividades. Estes materiais contaminados devem ser acondicionados em bombona identificada com "material contaminado com óleos e graxas", quando cheia deverão ser acionados os Facilities para providenciar a destinação final adequada.

Óleo Lubrificante

O óleo lubrificante é gerado em manutenções realizadas pela engenharia clínica e manutenção, onde geralmente são contratados terceiros que armazenam o conteúdo em galões primários (mesmo produto). Desta forma, a empresa se responsabilizará pela destinação ambiental adequada, enviando os comprovantes para os contratantes.

Grupo E - Resíduo Perfurocortante

Os materiais perfurocortantes são descartados em caixas coletoras para resíduo perfurocortante, de acordo com a norma ABNT NBR 13.853:1997. As agulhas descartáveis deverão ser descartadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

As caixas coletoras devem ser substituídas quando atingirem o limite de descarte (linha tracejada). As caixas devem ser montadas de acordo com as orientações do fabricante (instruções no próprio equipamento)

Resíduos da Construção Civil

Ocasionalmente o empreendimento passa por construções, reformas, reparos e demolições de obras de construção civil. Estas atividades geram resíduos como: concreto, gesso, telhas quebradas, latas de tinta e solvente, madeira, plásticos, sacos de cimento, sucata metálica, entre outros. Com isso, é necessário que seja executada a segregação e acondicionamento dos resíduos de acordo com cada tipo de material tendo como objetivo a não contaminação dos recicláveis com outros materiais sendo possível a reutilização/reciclagem dos materiais, e a preservação ambiental.

A triagem dos resíduos é indispensável e facilita as etapas subsequentes e deve ser realizada em concordância com a Resolução CONAMA n° 307/2002, conforme tabela seguinte.

Tabela 1: Identificação das classes conforme a Resolução CONAMA n° 307 de 2002

CLASSE	DEFINIÇÃO	RESÍDUOS GERADOS NA OBRA	DESTINAÇÃO
A	Resíduos reutilizáveis ou recicláveis	Solos de terraplanagem, tijolos, blocos, telhas, sacos de cimento, argamassas, placas de revestimentos e pré-moldados	Reutilização ou reciclagem em forma de agregados para a recuperação de solos contaminados, aterros, terraplanagens, ou, aterro industrial
B	Resíduos recicláveis para outras destinações	Resíduos de metal, plástico, papel, papelão, vidro e madeira	Metais, plásticos, papel, papelão e vidro são encaminhados para usinas de reciclagem. Madeiras devem ser encaminhadas para a reutilização (popularmente conhecidas como madeira de demolição) ou ser reutilizadas como

			matéria prima para cogeração de energia.
C	Resíduos que ainda não foram identificadas tecnologias economicamente viáveis para a reciclagem/ recuperação	Resíduos de lã de vidro, pincéis usados, lixas em condições drásticas Não há geração	Aterros industriais para resíduos não perigosos e não inertes.
D	Resíduos oriundos do processo de construção civil	Tintas, vernizes, solventes, óleos e suas embalagens, bem como, telhas que contenham amianto ou outros resíduos que possam ser nocivos à saúde	Aterros industriais, possuem suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, patogenicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e mutagenicidade

Fonte: CONAMA, 307 de 2002.

A instituição possui um procedimento para a gestão de resíduos da construção civil que deve ser instituído e seguido pelos terceiros que possam vir a trabalhar no empreendimento.

Materiais contaminados com Óleos e Graxas

Materiais contaminados eventualmente com óleos e graxas durante a manutenção de equipamentos serão descartados em bombonas que devem permanecer armazenadas em local específico até sua destinação final para empresa especializada.

Resíduo da Limpeza de Caixa de Gordura

A limpeza da caixa de gordura é feita por meio de sucção dos rejeitos. Com um caminhão acoplado, é feita a retirada de todo o material sólido, com separação dos efluentes. Esses rejeitos sairão da caixa de gordura diretamente para o tanque do caminhão, sem contato com o meio externo, o que evitará vazamentos e contaminações.

Resíduo de Equipamento Elétrico e Eletrônico (REEE)

Os REEE são resíduos gerados a partir da quebra, desativação ou substituição equipamentos eletrônicos em geral – inclusive equipamentos médicos. As equipes da Engenharia Clínica, Manutenção e Tecnologia da Informação são responsáveis pela desativação dos equipamentos e, sempre que possível os componentes passiveis de reaproveitamento ou reutilização necessitam de remoção.

10.3.5. FACILITIES – CONTROLE DE PRAGAS

O controle de pragas é um conjunto de medidas e estratégias adotadas para prevenir, reduzir ou eliminar a presença de pragas, sejam elas insetos, roedores, pássaros ou outras formas de vida indesejáveis que podem causar danos à saúde, à economia ou ao meio ambiente.

As abordagens de controle de pragas podem variar de acordo com o tipo de praga e o contexto em que ela está presente. Algumas das principais estratégias incluem:

Medidas Preventivas: São ações tomadas para evitar a atração ou acesso das pragas a determinados ambientes. Isso pode incluir o uso de vedação de rachaduras e buracos, armazenamento adequado de alimentos, eliminação de fontes de água parada, entre outras medidas preventivas.

Controle Químico: O uso de produtos químicos específicos para combater pragas é uma das estratégias mais comuns de controle. No entanto, o uso de pesticidas deve ser realizado com cautela e de acordo com as normas e regulamentações locais para garantir a segurança das pessoas e do meio ambiente.

Controle Biológico: Essa estratégia envolve a introdução ou estímulo de predadores naturais ou parasitas que se alimentam das pragas-alvo, controlando sua população de forma natural.

Controle Físico ou Mecânico: Inclui a utilização de métodos físicos para eliminar pragas, como armadilhas, barreiras físicas e dispositivos de captura.

Controle Cultural: Consiste em alterar práticas agrícolas ou de manejo para reduzir a incidência de pragas.

Controle Integrado de Pragas (CIP): É uma abordagem que combina várias estratégias de controle, levando em consideração a ecologia da praga e do ambiente. O CIP visa minimizar o uso de produtos químicos e promover práticas sustentáveis de controle.

É essencial que o controle de pragas seja realizado de forma responsável, segura e em conformidade com as regulamentações governamentais e as melhores práticas recomendadas. Em muitos casos, a contratação de serviços profissionais de controle de pragas é a opção mais adequada para garantir a eficiência e a segurança do processo.

O Cronograma para o controle de pragas contempla as seguintes atividades:

- Inspeção detalhada de todas as áreas do hospital para identificação de possíveis focos de pragas.
- Monitoramento contínuo de áreas críticas, como cozinhas, refeitórios e áreas de armazenamento de alimentos.
- Inspeção no Porta Iscas
- Controle preventivo contra pragas comuns na região
- Verificação da vedação de rachaduras, buracos e outras possíveis entradas para pragas.
- Monitoramento rigoroso de áreas externas próximas ao hospital.
- Controle contra pragas típicas da estação.
- Verificação das áreas de paisagismo e jardinagem para evitar atração de pragas. Inspeção e controle contra pragas associadas ao aumento da temperatura.
- Monitoramento contínuo para evitar surtos de pragas.
- Avaliação dos resultados das ações de controle realizadas no trimestre e semestre
- Avaliação da eficácia das ações de controle realizadas durante o ano.

11.3.6. FACILITIES - AMBIENTAÇÃO/PAISAGISMO

A gestão da ambientação hospitalar é um processo que visa criar um ambiente acolhedor, seguro e terapeuticamente adequado para pacientes, familiares e profissionais de saúde em hospitais e outras unidades de saúde. A ambientação hospitalar é uma abordagem que utilizará elementos físicos, visuais e sensoriais para melhorar a experiência dos pacientes e contribuir para a sua recuperação bem como o paisagismo gerenciado não apenas embeleza o ambiente, mas também promove a saúde mental e física das pessoas, contribuindo para a qualidade de vida e a sustentabilidade do local.

Algumas das principais atividades e aspectos envolvidos na gestão de paisagismo incluem: Planejamento e Projeto; Seleção de Plantas; Implantação; Manutenção; Sustentabilidade; Orçamento e Controle Financeiro; Planejamento de Eventos; Atividades-Monitoramento e Avaliação.

Aqui estão alguns pontos importantes sobre a gestão da ambientação hospitalar:

1. **Design de Interiores e Layout:** O design de interiores desempenha um papel crucial na ambientação hospitalar. O uso de cores adequadas, iluminação adequada, mobiliário confortável e layouts funcionais são aspectos importantes para criar um ambiente acolhedor e seguro.
2. **Humanização dos Espaços:** A humanização dos espaços hospitalares envolve a incorporação de elementos que tornem o ambiente mais acolhedor e menos institucional. Isso pode incluir obras de arte nas paredes, áreas verdes, murais, pinturas, entre outros elementos que tragam conforto e alegria.
3. **Sinalização e Orientação:** A sinalização clara e eficiente é fundamental para orientar pacientes, visitantes e profissionais de saúde nos hospitais. Sinais bem projetados podem facilitar a navegação, reduzir a ansiedade e melhorar a experiência geral dos usuários.
4. **Áreas de Espera e Convivência:** Criar áreas de espera agradáveis e confortáveis para pacientes e familiares é essencial. Assentos confortáveis, espaços para leitura, áreas para crianças brincarem e outros podem ajudar a tornar a espera mais suportável.
5. **Integração da Natureza:** Trazer elementos naturais para dentro do hospital, como plantas e jardins internos, pode ter efeitos positivos na saúde e bem-estar dos pacientes, ajudando a reduzir o estresse e promovendo a recuperação.
6. **Redução de Ruídos e Estímulos Indesejados:** Controlar o ruído e estímulos indesejados é importante para proporcionar um ambiente mais calmo e propício à recuperação dos pacientes.
7. **Tematização de Ambientes:** Em algumas situações, a tematização de ambientes pode ser usada para tornar o ambiente mais acolhedor, principalmente em unidades pediátricas, criando espaços lúdicos e estimulantes para as crianças.
8. **Avaliação Contínua:** A gestão da ambientação hospitalar deve ser uma prática contínua. É importante coletar feedback dos pacientes, familiares e profissionais de saúde para identificar oportunidades de melhoria e ajustar a ambientação conforme necessário.

A gestão da ambientação hospitalar pode fazer uma grande diferença na experiência dos pacientes e no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde. Uma abordagem cuidadosa, centrada nas necessidades e bem-estar dos usuários, pode contribuir para criar um ambiente mais positivo e acolhedor no ambiente hospitalar.

10.3.7. FACILITIES – ENTREPOSTO

A gestão de movimentação de móveis hospitalares é uma atividade essencial que garantirá que os móveis sejam posicionados corretamente nas diversas áreas do hospital, seguindo as necessidades e os fluxos de trabalho específicos de cada espaço. Aqui estão algumas diretrizes importantes para uma gestão eficiente nesse contexto:

1. Planejamento Estratégico: Antes de qualquer movimentação, é essencial ter um plano estratégico que defina a disposição ideal dos móveis em cada área do hospital. Isso deve levar em conta os requisitos funcionais, fluxos de trabalho, normas de segurança, acessibilidade e estética.
2. Registro de Inventário: Revela a importância de manter o registro dos móveis que foram movimentados, incluindo sua localização atual, condição e características relevantes. Isso facilitará o rastreamento e a gestão do inventário.
3. Equipe Especializada: Designará uma equipe ou profissionais especializados para cuidar da movimentação dos móveis. Eles deverão estar bem treinados e ter experiência para evitar danos e otimizar a movimentação.
4. Logística e Programação: Planejará a movimentação de móveis com antecedência, considerando horários de menor movimento no hospital para minimizar interferências nas atividades diárias. Desta forma, proceder-se-á comunicação com os setores afetados para minimizar transtornos.
5. Uso de Equipamentos Adequados: Utilização de equipamentos apropriados, como carrinhos e plataformas, para facilitar a movimentação de móveis pesados e volumosos.
6. Controle de Qualidade: Realizará inspeções periódicas dos móveis para verificar a condição e garantir que não haja danos ou desgaste excessivo. Isto com o intuito de realizar a manutenção regularmente.
7. Segurança dos Pacientes e Profissionais: Ao movimentar móveis em áreas de atendimento, haverá o cuidado de não obstrução das rotas de fuga ou áreas de circulação, garantindo a segurança dos pacientes e profissionais de saúde.

8. Sustentabilidade: Quando possível, dar-se-á preferência à reutilização e reciclagem de móveis para reduzir o desperdício e o impacto ambiental.

9. Avaliação Contínua: Avaliar-se-á regularmente a eficácia da movimentação de móveis e desta forma, haverá ajustes quando necessário para melhorar o fluxo de trabalho e a experiência dos usuários.

Uma gestão cuidadosa da movimentação de móveis hospitalares é fundamental para garantir que o ambiente hospitalar seja seguro, funcional e confortável para pacientes, profissionais de saúde e visitantes. Um planejamento adequado e uma equipe bem treinada são fundamentais para alcançar esse objetivo.

11.3.8. FACILITIES – CENTRAL DE SERVIÇO

A central de serviço tem como objetivo otimizar os serviços internos e externos, melhorar a comunicação com fornecedores e prestadores de serviços, assim como facilitar a abertura de chamados, ordens de serviço e solicitações relacionadas ao transporte e a serviços contratados. Essa centralização visa oferecer um ponto único de contato para colaboradores, usuários e a administração de serviços. A ideia é agilizar os processos de prestação de serviços e criar indicadores de qualidade, permitindo a avaliação da produtividade tanto na demanda quanto na oferta.

Essa abordagem também visa atender de forma eficiente tanto às solicitações comuns quanto às situações excepcionais no contexto de cuidados de saúde com o intuito de evitar interrupções nas rotinas, garantindo um fluxo contínuo na prestação de serviços.

Serão demandas da referida central de serviços as prestações dos seguintes serviços:

Correios:

A central de serviços terá sob sua responsabilidade a execução de contrato de prestação de serviços de correios a ser implantada na unidade, tendo em vista acionamento de transporte adequado para as devidas postagens e acompanhamento dos objetos postados junto ao órgão oficial de transporte de documentos e encomendas. Caberá ao setor a abertura de chamado de transporte e afins para atendimento deste item, bem como analisar se os objetos a serem postados estão devidamente embalados e seguros para transporte.

Transporte de Emergência (Ambulância) – em integração com o NIR:

Neste sentido a central de serviços realizará o acompanhamento da prestação de serviço, bem como monitorará os chamados de transporte a pacientes e afins que se fizerem necessários, a central nesta frente, terá contato com o núcleo de regulação interna da unidade de saúde para acompanhar a execução dos transportes, seguindo as legislações vigentes, além de monitorar os indicadores e documentos de mensuração dos serviços prestados. Empresa de serviço de transporte médico (USB/USA), podem ser contratados para as finalidades descritas neste tema.

As empresas a serem contratadas estarão devidamente de acordo com as normas e procedimentos em vigor (Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977; Portaria nº. 2.048, de 5 de novembro de 2002; NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde; NBR 14561 – Veículos para atendimento a emergência médica e resgate; Protocolo de Referência Nº 007 - ANVISA).

- **Transporte Material Biológico**

Neste item, caberá a central de serviços o acompanhamento de acionamento de transporte de material biológico, onde o setor solicitante (setor de análises clínicas) comunicará a necessidade de transporte. A central intermediará a prestação de serviço monitorando o acionamento e chegada do material por meio de empresa a ser contratada para esta finalidade.

A mensuração e indicadores de prestação de serviços será expedida pela central para finalidade cabível. A empresa a ser contratada para esta finalidade estará em conformidade com a legislação e normas recentes.

- RESOLUÇÃO RDC Nº 504, DE 27 DE MAIO DE 2021 Dispõe sobre as Boas Práticas para o transporte de material biológico humano.
- ABNT NBR 7500:2013. Identificação para o transporte terrestre, manuseio, movimentação e armazenamento de produtos.
- ABNT NBR 15481:2013. Transporte rodoviário de produtos perigosos — Requisitos mínimos de segurança.
- ABNT NBR 7501:2011. Transporte terrestre de produtos perigosos — Terminologia.
- ABNT NBR 9735:2014. Conjunto de equipamentos para emergências no transporte terrestre de produtos perigosos.
- ABNT NBR 14785:2002. Laboratório clínico - Requisitos de segurança.

➢ **Transporte Terrestre**

- Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997, e suas atualizações. Institui o Código de Trânsito Brasileiro (http://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/leis/l9503.htm).

➢ **Agência Nacional de Transportes Terrestres – ANTT (http://www.antt.gov.br)**

- Resolução 420, de 12 de fevereiro de 2004, e suas atualizações. Aprova as Instruções Complementares ao Regulamento do Transporte Terrestre de Produtos Perigosos (http://www.antt.gov.br/index. php/content/view/1420/Resolucao_420.html).

- Resolução 3.665, de 4 de maio de 2011, e suas atualizações. Atualiza o Regulamento do Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos, aprovado pelo Decreto 96.044, de 18 de maio de 1988 (http://www.antt.gov.br/html/objects/downloadblob.php?cod_blob=6096).

➢ **Transporte aéreo Agência Nacional de Aviação Civil– Anac (http://www.anac.gov.br)**

- Regulamento Brasileiro da Aviação Civil (RBAC) 175 – Transporte de Artigos Perigosos em Aeronaves Civis (http://www2.anac.gov.br/ transparencia/pdf/RBAC%20175.pdf).
- Instrução Suplementar (IS) 175-00A, de 3 de abril de 2014. Orientações quanto aos procedimentos para a expedição e transporte de substâncias biológicas e infectantes em aeronaves civis (http://www2.anac. gov.br/biblioteca/ IS/2014 / S175-004A.pdf).

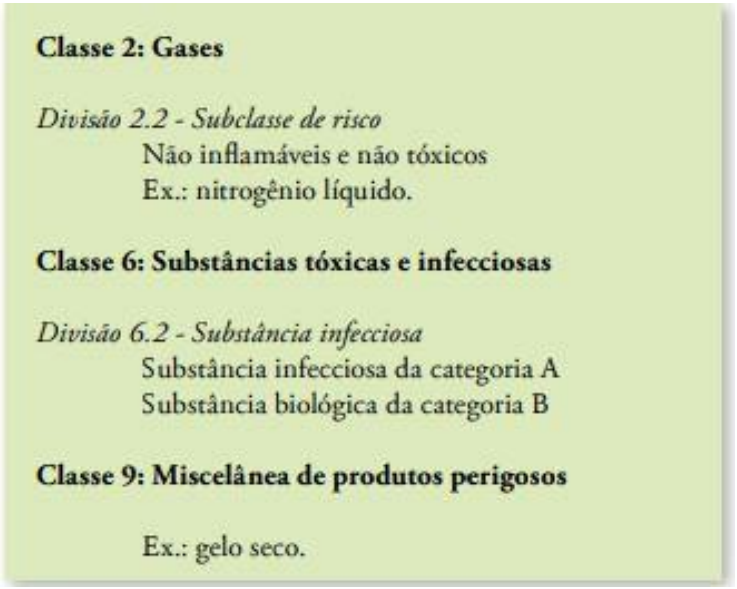
➢ **Transporte aquaviário Agência Nacional de Transportes Aquaviários – Antaq (http://www.antaq.gov.br) •**

- Resolução 2.239, de 15 de setembro de 2011, que aprova a norma de procedimentos para o transporte seguro de produtos perigosos por instalações portuárias situadas dentro ou fora da área de porto organizado (http://www.antaq.gov.br/portal/pdf/ Sistema/Publicação/0000004425.pdf).

Neste item, compreende abordar a forma de trabalho prático nos transportes de material biológico a serem realizados de acordo com o manual de transporte biológico humano da ANVISA:

- **<u>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO</u>**

A OMS considera que produtos perigosos são aqueles que apresentam riscos durante o transporte. Há nove classes de produtos perigosos. Três delas são importantes para o transporte de material biológico:



Classe 2: Gases

Divisão 2.2 - Subclasse de risco
Não inflamáveis e não tóxicos
Ex.: nitrogênio líquido.

Classe 6: Substâncias tóxicas e infecciosas

Divisão 6.2 - Substância infecciosa
Substância infecciosa da categoria A
Substância biológica da categoria B

Classe 9: Miscelânea de produtos perigosos

Ex.: gelo seco.

- Transporte insumos/materiais/mobiliários

O transporte de insumos/materiais e mobiliários será realizado por meio de empresa especializada em transporte desta categoria, tendo a empresa que for contratada de estar em conformidade com a legislação vigente.

Neste item segue o fluxo:

- Análise de requisitos e necessidades:

Identificação dos insumos e materiais que precisam ser transportados.
Determinar as quantidades e a frequência de transporte necessárias.

11.4. SEGURANÇA PATRIMONIAL

Refere-se às medidas e práticas adotadas para proteger a integridade da pessoa humana como princípio fundamental do direito à vida e sua proteção (art. 5º, caput, art. 6º, e art. 225, caput, da Constituição da República), bem como os bens e o patrimônio, contra riscos e ameaças, sejam elas naturais ou causadas por ações humanas. O objetivo da segurança patrimonial será evitar perdas, danos ou roubo de ativos físicos, garantindo a integridade e a continuidade das operações da unidade de saúde. A implementação auxiliará a evitar prejuízos financeiros e garantir um ambiente seguro para todos os envolvidos. Empresas de segurança especializadas podem ser contratadas para fornecer serviços de segurança patrimonial, dependendo da escala e complexidade das necessidades de proteção.

A segurança patrimonial é uma preocupação fundamental e assume um papel de destaque na área hospitalar, onde o bem-estar dos pacientes, profissionais de saúde e visitantes é essencial para o bom funcionamento das instalações.

Entende-se que a unidade de saúde recebe um grande fluxo de pessoas diariamente, tornando-se um ambiente complexo para garantir a proteção de seus bens materiais e, principalmente, a integridade física de todos os envolvidos.

A prestação de serviços de segurança patrimonial requer uma abordagem estratégica e especializada, pois há diversos fatores desafiadores que devem ser considerados. Afinal, além de zelar pelo patrimônio físico e tecnológico da instituição, a segurança também desempenha um papel crucial na manutenção da ordem, prevenção de incidentes, controle de acesso e proteção contra riscos de diferentes naturezas, como furtos, roubos, agressões, e até mesmo o acesso indevido a áreas restritas.

O serviço de segurança patrimonial também desempenha um papel importante no auxílio às ações de emergência como incêndios, desastres naturais ou incidentes que exijam a evacuação segura e rápida de pacientes e funcionários.

A implementação de sistemas de vigilância eletrônica, controle de acesso, monitoramento por câmeras e treinamentos regulares para a equipe de segurança são fundamentais para fortalecer as medidas de prevenção e resposta diante de qualquer ameaça.

Para tanto, trabalhamos com base em manual de Procedimentos Operacionais, Política de Controle Acesso, e legislações específicas, voltadas a preservação do patrimônio e da integridade física das pessoas. Estas são diretrizes norteiam nosso trabalho em prevenir e neutralizar ações sobre circunstâncias ou pessoas que possam comprometer a segurança da organização.

Entende-se como ativos patrimoniais:

- Instalações físicas
- Equipamentos
- Patrimônio
- Frota
- Estoques
- Documentos e informações confidenciais

- Recursos financeiros

CONSISTEM NAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA PATRIMONIAL A SEREM ADOTADAS NA UNIDADE:

VIGILÂNCIA ARMADA OU DESARMADA

Implantação de vigilantes, por meio de contratação de empresa especializada (obedecidos os critérios legais: Lei 7.102/83, portarias da Polícia Federal, legislação trabalhista (CLT), acordos coletivos, convenções coletivas e contratos de trabalho) tendo em vista monitoramento físico das instalações da unidade de saúde (interno e externo) de forma preventiva e ostensiva.

Sendo este efetivo, implantado em postos fixos de serviço 24hrs, em locais estratégicos como: recepções, portarias e locais sensíveis a serem definidos pelo grau de risco.

- Posto de vigilância patrimonial ostensivo/preventivo

Serão distribuídos de acordo com o mapeamento de risco e grau de criticidade, onde se achar necessário implementar para o bom andamento do expediente administrativo/hospitalar. Isto ocorrerá com o intuito de trazer uma sensação de segurança e prevenindo ações delituosas que venham a ocorrer, bem como controlar as entradas e saídas de colaboradores, visitantes e usuários do sistema único de saúde.

Para mais, haverá orientações para cumprimento de normas e regulamentos do ambiente hospitalar, onde será possível manter a ordem e as boas práticas. A implantação é relevante para apoio nas ocorrências diárias ou em decorrências específicas de prevenção e tratamento de acontecimentos de maior potencial ofensivo como: incêndio, catástrofes, identificação de ameaça com armas de fogo/branca, evasão carcerária, intrusão entre outras.

- Liderança de segurança (vigilante líder)

Será o profissional dedicado a liderar a equipe de segurança de forma ostensiva, ficando sob sua responsabilidade repassar em caráter geral as informações e demandas das equipes, bem como fazer cumprir as coberturas necessárias junto a contratada viabilizando a continuidade do serviço. Desta forma, prestará apoio nas ações de tratamento a ocorrências além de zelar pelo bom andamento da prestação de serviço.

- Posto de ronda (vigilante ronda)

Destaca-se a necessidade de posto de ronda, dedicado a realizar patrulhamento no ambiente hospitalar com objetivo de detectar atividades suspeitas, quebras de rotinas, orientações e registros de ronda por aplicativo com instalação de QR-CODE em todo o perímetro hospitalar e áreas sensíveis.

Estes dados serão tratados e mensurados mediante gerenciamento de indicadores de segurança, que possibilitarão uma visão clara das atividades de segurança e estudos de viabilidade para investimento na área.

- Vigilância Motorizada

Contrataremos vigilante qualificado e habilitado a trabalhar em ronda motorizada, sendo esta ronda caracterizada por uso de motocicleta ou automóvel destinada a patrulhamento e apoio operacional.

O patrulhamento motorizado será muito importante para adequada cobertura dos perímetros de estacionamento, no atendimento a ocorrências que necessitem de deslocamento rápido e apoio imediato, possibilitando uma abordagem rápida ao suprimir preventivamente ações ilegais e observando rotina de estacionamento e atendimento a chamados de averiguação de segurança. Isto haja vista a dimensão da área externa hospitalar e região de mata próximo a unidade em que pode ser palco propício a ocorrer invasões de perímetro ou ações ilegais em desfavor do patrimônio público e segurança dos colaboradores e usuários.

PORTEIROS/CONTROLADORES DE ACESSO

Poderão ser contratados porteiros na unidade hospitalar em questão, tendo em vista o monitoramento e controle dos acessos, a implantação será analisada por meio de mapeamento de risco e criticidade a ser desempenhada pela gestão de segurança. (Classificação Brasileira de Ocupações - CBO; instituída com base legal na Portaria nº 397, de 10.10.2002)

- Será de responsabilidade deste agente, o controle das entradas e saídas de pessoas ou veículos a depender do posto de serviço e a coleta de dados importantes para a devida identificação. Para mais, caberá ao colaborador zelar pelo bom andamento do expediente bem como realizar os controles de guarda de pertences e achados e perdidos a ele confiados nos postos. O colaborador realizará o recebimento de mercadorias, volumes diversos e correspondências e destinando os itens aos locais/setores pertinentes.

SEGURANÇA PERIMETRAL

Realizaremos análise e viabilidade de instalação adequada e manutenção de cercas, alambrados, concertinas, cercas elétricas, portões automatizados, catracas/torniquetes. Com a intenção de aumentar o nível de segurança e criar barreiras físicas para proteger o perímetro da propriedade e prevenir invasões.

- No contexto apresentado, nota-se fragilidade na segurança perimetral sendo primordial a atenção ao item, com a análise de risco e criticidade e investimento adequado na estrutura existente ou criação de barreiras mais eficazes para a contenção e prevenção.

CENTRAL DE SEGURANÇA

Utilizaremos de câmeras de segurança no ambiente hospitalar e áreas sensíveis, sistemas de alarme, controle de acesso e sistema de detecção de intrusão, visando monitorar e identificar atividades suspeitas e quebras de rotina.

O procedimento a ser realizado será feito por operador de monitoramento de segurança qualificado na área e nos sistemas utilizados pela instituição. Toda as atividades neste item serão respaldadas na legislação vigente.

- Câmeras de monitoramento

Equipamentos de vídeo, destinados a monitorar os ambientes para auxiliar na detecção e tratamento de atividades suspeitas e acompanhamento da rotina administrativa/operacional, assim como na elucidação de atos ilegais e tratamento de não conformidades.

- Sistemas de alarme/detecção de intrusão

Sistema de alarme silencioso onde poderão ser instalados em locais sensíveis para detecção de acesso e quebra de rotina, possibilitando o rastreio e acompanhamento para efetiva abordagem à possíveis ocorrências de acesso indevido, podendo inclusive prevenir ações ilegais contra o patrimônio.

Neste âmbito, adotaremos um conjunto de medidas e tecnologias capazes de identificar atividades não autorizadas ou pessoas suspeitas dentro da propriedade (interno ou externo) ou local específico a ser definido pelo mapeamento de risco. Com objetivo de proteger o patrimônio

da organização contra invasões, roubos, danos e outras ameaças. As ações comtemplarão a inclusão de dispositivos eletrônicos que serão ativados quando detectam violação em uma área protegida (sistemas de alarme com ou sem fio, sensores de movimento, sensores de abertura de portas/janelas, sensores de quebra de vidro, entre outros.

- Controle de acesso

Na visão de controle de acesso adotaremos sistema ou conjunto de medidas que terão como objetivo gerenciar e regular a entrada e a saída de pessoas e veículos na unidade de saúde. Esse controle vai ser aplicado em todas as áreas que se fizerem necessárias mediante sistemas de informação integrado com a central de segurança. O sistema a ser aplicado vai abranger ambientes que necessitam de segurança e autorização para permitir a entrada de indivíduos.

Baseado neste requisito a restrição física de entrada em um local específico. Pode ser realizada através de:

- Chaves e fechaduras: O acesso é permitido somente a quem possui as chaves adequadas e está devidamente cadastrado dentro da política de controle de acesso.
- Cartões de proximidade: Utilização de cartões ou tags que são lidos por leitores de proximidade para permitir o acesso.
- Biometria: Leitura de características únicas do indivíduo, como impressões digitais, íris ou reconhecimento facial, para autorizar a entrada.
- Catracas e torniquetes: Mecanismos que permitem o acesso de uma pessoa de cada vez, geralmente controlados por cartões ou biometria.

GESTÃO DE CHAVES

Dentro do contexto de segurança patrimonial, implantaremos o Controle adequado das chaves e acessos para garantir que somente pessoas autorizadas tenham acesso a áreas destinadas ao fluxo, bem como as áreas sensíveis.

A presente política de gestão de chaves a ser implantada criará contexto ao adequado acondicionamento destes importantes objetos, bem como o monitoramento de posse determinado pela política de controle de acesso, garantindo que os locais que necessitem de abertura por meio de chaves sejam cedidos a pessoas autorizadas e em tempo controlado.

CENTRAL DE SERVIÇOS - SEGURANÇA PATRIMONIAL

Neste enquadramento, realizaremos a criação do setor de guarda de pertences/achados e perdidos/apoio operacional. Local destinado a guarda de pertences, envolvendo medidas de segurança e organização.

A presente implantação será guiada pela política de guarda de pertences a ser aplicado na unidade, seguindo rigoroso fluxo e as devidas medidas de protocolo.

Será avaliado e listado com protocolo de achados/perdidos ou guarda temporária, tendo em vista manter o controle de entrada e saída bem como devolução, o protocolo será arquivado e mantido em local adequado.

O tratamento a esta avaliação envolve guarda de pertences de colaboradores, contribuindo com devido armazenamento de volumes que por muitas vezes atrapalham os setores onde o colaborador labora, sendo este projeto importante para o bom andamento do expediente hospitalar.

As ações neste tema incluirão:

- Avaliação dos pertences
- Seleção do local de guarda
- Organização
- Identificação
- Embalagem adequada
- Medidas de segurança
- Inventário
- Manutenção regular
- Acesso restrito

- <u>Achados e perdidos</u>

O HUGO (Hospital de Urgência de Goiânia) possuirá um setor de Achados e Perdidos dedicado a guardar e registrar objetos encontrados nas dependências da instituição. Esse setor é fundamental para garantir a devolução de pertences perdidos aos seus proprietários e para

promover a doação de objetos não reclamados, colaborando com o voluntariado do hospital. Seguem pontos deste setor:

1. Localização e Funcionamento:

O setor de Achados e Perdidos poderá estar situado após estudo de implantação e local adequado.

2. Entrega de Achados e Perdidos à Segurança:

Qualquer objeto encontrado pode ser entregue ao setor de Guarda Pertence a qualquer momento, 24 horas por dia. Os objetos podem ser encaminhados diretamente à segurança patrimonial. O profissional da segurança realizará uma vistoria nos itens antes de direcioná-los ao departamento de achados e perdidos.

3. Protocolo da Entrega do Objeto:

Após a entrega do objeto, o mesmo será registrado no setor de Guarda Pertence, com informações detalhadas, como data, hora, número de protocolo, nome de quem entregou e o departamento, bem como o profissional de segurança que realizou o registro. Todos os itens entregues serão armazenados no setor, e os protocolos físicos são devidamente arquivados.

4. Objetos de Valor Agregado:

Itens de valor, como numerário, carteiras, joias, celulares e outros, também são encaminhados ao setor de Achados e Perdidos. No entanto, esses objetos serão armazenados em um armário específico, acessível somente pelo líder de segurança de plantão. O armário possui dispositivo de tranca por meio de chave controlada e lacre numerado.

5. Contato com o Usuário:

Sempre que possível, o proprietário do objeto é contatado para informá-lo sobre o achado. Caso a identificação não seja possível, a pessoa interessada deverá entrar em contato com o SAC ou Guarda Pertence para verificar se o objeto foi destinado ao setor de Achados e Perdidos do HUGO.

6. Prazo de Armazenamento:

O prazo de armazenamento dos pertences é de 60 dias corridos após a data de localização e entrega ao setor de Achados e Perdidos do HUGO. Após esse período, todos os itens não reclamados serão destinados ao voluntariado para doação.

7. Achados e Perdidos para Pacientes com Precauções:

Quando objetos são encontrados nos leitos ocupados por pacientes com perfil de precaução (padrão/contato/gotículas/aerossóis), serão seguidos protocolos adicionais de proteção. Os itens vão ser recolhidos utilizando EPIs adequados e assim, serão armazenados em malotes plásticos, depositados em caixas organizadoras com dispositivo de travamento para em seguida, serem direcionados ao setor de Achados e Perdidos.

É importante ressaltar que a segurança e a higienização são prioridades ao manusear objetos de pacientes com precauções, seguindo rigorosamente os procedimentos de proteção e limpeza.

11.5. BOMBEIRO CIVIL

Implantaremos nesta relevante unidade de saúde o serviço de bombeiro civil, haja vista que este profissional desempenha um papel essencial nas unidades hospitalares, garantindo a segurança de pacientes, funcionários, visitantes e do patrimônio em caso de emergências e prevenindo acidentes. Empresa de prestação de serviço especializado nesta modalidade pode ser contratado para execução desta frente de serviço dentro das normas vigentes (**LEI Nº 11.901, DE 12 DE JANEIRO DE 2009.** Dispõe sobre a profissão de Bombeiro Civil e dá outras providências).

Das atividades a serem executadas na unidade de saúde: combater incêndios em regiões urbanas e florestais. Executam salvamentos terrestres, aquáticos e em altura. Previnem acidentes, como: incêndios, vazamentos, explosões, desmoronamentos, adotando diversas medidas de prevenção e recuperação, buscando proteger pessoas, patrimônios e o meio ambiente. Participam de ações de proteção e defesa civil, atendendo aos diversos chamados de emergências da população. Atuam em situações de risco, administrando primeiros socorros e realizam cursos e campanhas preventivas e educativas, formando e treinando equipes, brigadas, comunidades, corpo voluntário de emergência, entre outros. (Classificação Brasileira de Ocupações - CBO - 5171-10 Bombeiro Civil; instituída com base legal na LEI Nº 11.901, DE 12 DE JANEIRO DE 2009)

1. Prevenção de Incêndios: O bombeiro civil realiza inspeções regulares para identificar possíveis riscos de incêndio nas instalações do hospital. Eles verificam a adequação dos sistemas de combate a incêndio, como extintores, hidrantes, sprinklers e detectores de fumaça, além de garantir a disponibilidade de rotas de fuga e saídas de emergência.

2. Treinamento e Capacitação: O bombeiro civil é responsável por ministrar treinamentos e palestras sobre prevenção de incêndios e procedimentos de retirada para funcionários e pacientes, visando a preparação e a conscientização em caso de emergência.

3. Combate a Incêndios: Em caso de incêndio, o bombeiro civil é treinado para agir rapidamente no combate inicial ao fogo, utilizando equipamentos adequados e seguindo procedimentos de segurança. Ele também auxilia as ações do plano de abandono e auxiliam no direcionamento das pessoas para áreas seguras.

4. Atendimento Pré-Hospitalar: Além das questões relacionadas a incêndios, o bombeiro civil auxilia nos acionamentos de códigos dentro do hospital, como paradas cardiorrespiratórias, quedas, desmaios, entre outros.

5. Inspeções de Equipamentos e Instalações: O bombeiro civil realiza rondas periódicas com as verificações em equipamentos e sistemas de segurança, como elevadores, geradores de energia, sistemas de detecção de incêndio e iluminação de emergência, garantindo que tudo esteja em pleno funcionamento.

6. Controle do plano de abandono: Em situações de emergência, como incêndios ou outras ocorrências graves, o bombeiro civil é responsável por conduzir a retirada segura e organizada do hospital, evitando o pânico e garantindo a saída rápida e eficiente de todos os ocupantes.

7. Análise de Riscos: O bombeiro civil pode participar de avaliações de risco para novas instalações, reformas ou mudanças no layout do hospital, garantindo que as normas de segurança contra incêndio sejam seguidas adequadamente.

8. Controle de Materiais Perigosos: O hospital pode lidar com substâncias químicas ou materiais perigosos, como gases medicinais e produtos químicos para limpeza e esterilização. O bombeiro civil trabalha para garantir o armazenamento seguro desses materiais e está preparado para responder a qualquer incidente envolvendo substâncias perigosas.

O efetivo de bombeiros civis serão devidamente quadro qualificado, de acordo com a legislação vigente, a qualificação profissional do Bombeiro Civil no Brasil é estabelecida pela Lei Federal nº 11.901/2009 e pela NBR 14608, que regulamenta os "Requisitos e procedimentos

para o bombeiro profissional civil". Esses documentos definem os requisitos e procedimentos para a formação e atuação dos Bombeiros Civis em diferentes situações de emergência.

Apresenta-se os principais requisitos e procedimentos para a qualificação profissional do Bombeiro Civil:

- **Formação em curso de Bombeiro Civil:** Para se tornar um Bombeiro Civil, o indivíduo deve passar por um curso de formação específico em uma escola de formação credenciada pela ABNT ou outros órgãos competentes. A NBR 14608 estabelece a carga horária mínima de 200 horas para a formação inicial do Bombeiro Civil, abordando conteúdos como combate a incêndio, primeiros socorros, salvamento terrestre e outros temas relacionados à segurança e emergências.
- **Certificação:** Após a conclusão do curso de formação, o Bombeiro Civil deve ser certificado pela escola de formação. A certificação é uma comprovação de que o profissional está apto para exercer as atividades previstas pela legislação.
- **Atualização periódica:** Além da formação inicial, os Bombeiros Civis devem passar por treinamentos periódicos de atualização, com o objetivo de manter suas habilidades e conhecimentos em dia. A frequência e a carga horária desses treinamentos podem variar conforme a legislação local e as normas internas de cada instituição.
- **Participação em simulados e exercícios práticos:** A NBR 14608 incentiva a participação dos Bombeiros Civis em simulados e exercícios práticos para aprimorar suas habilidades e capacidades de resposta em situações de emergência.
- **Registro junto ao órgão competente:** Os Bombeiros Civis devem registrar-se junto aos órgãos competentes, que podem variar dependendo do estado ou município onde atuam. O registro é um procedimento para legalizar a atuação do profissional como Bombeiro Civil.
- **Conhecimento das normas e procedimentos:** É fundamental que os Bombeiros Civis conheçam e sigam as normas e procedimentos de segurança estabelecidos pela legislação e pelas instituições onde atuam. Eles devem estar preparados para aplicar seus conhecimentos em situações reais de emergência.

É importante ressaltar que a qualificação profissional do Bombeiro Civil é essencial para garantir a segurança das pessoas e do patrimônio em diferentes ambientes, sendo uma figura complementar ao Corpo de Bombeiros Militar, que é responsável por atuar em situações de emergência em larga escala. Os requisitos e procedimentos podem variar conforme a legislação

de cada estado ou município no Brasil, portanto, é fundamental consultar a legislação local para estar em conformidade com as exigências vigentes.

- Brigada de Incêndio

A NBR 14276 é uma norma técnica da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) que trata dos "Requisitos para a formação de brigada de incêndio". Essa norma estabelece os critérios para a criação e formação de uma Brigada de Emergências de Incêndio, que é um grupo de pessoas treinadas e capacitadas para atuar na prevenção e no combate a incêndios e outras situações de emergência.

A seguir, apresenta-se os principais requisitos e procedimentos da NBR 14276:

- **Definição de Brigada de Incêndio:** A norma define a Brigada de Incêndio como um grupo organizado de pessoas voluntárias ou indicadas pela empresa ou estabelecimento, treinadas e capacitadas para atuar na prevenção e combate a incêndios, abandono de área e primeiros socorros.
- **Formação da Brigada:** A NBR 14276 estabelece os critérios para a formação da Brigada de Incêndio, incluindo a seleção de integrantes, a definição das atribuições de cada membro da brigada e a quantidade de brigadistas necessários, de acordo com a área e o risco do local.
- **Carga horária de treinamento:** A norma define a carga horária mínima para a formação dos brigadistas, que deve contemplar conteúdos como combate a incêndio, primeiros socorros, uso de equipamentos de combate a incêndio e abandono de área.
- **Simulados e exercícios práticos:** A NBR 14276 incentiva a realização periódica de simulados e exercícios práticos para aprimorar as habilidades dos brigadistas e testar o funcionamento dos procedimentos de emergência.
- **Equipamentos e recursos:** A norma estabelece os equipamentos e recursos que devem estar disponíveis para a Brigada de Incêndio, como extintores, hidrantes, sistemas de alarme, iluminação de emergência, entre outros.
- **Plano de emergência:** A NBR 14276 orienta a elaboração de um plano de emergência, que deve conter os procedimentos a serem seguidos pela Brigada de Incêndio em situações de emergência, bem como a comunicação com o Corpo de Bombeiros e outros órgãos competentes.

- Registro e documentação: A norma estabelece a importância de manter registros e documentações atualizadas sobre a formação da Brigada de Incêndio, os treinamentos realizados e os exercícios práticos.

É fundamental que as empresas e estabelecimentos estejam em conformidade com a NBR 14276, pois a formação de uma Brigada de Incêndio é essencial para garantir a segurança das pessoas e do patrimônio em situações de emergência. O cumprimento dessa norma contribui para uma resposta mais eficiente em caso de incêndios e outras situações críticas.

- Plano de Emergência - Contra Incêndio

A NBR 15219 é uma norma técnica da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) que trata dos "Requisitos para elaboração de plano de emergência contra incêndio". Essa norma estabelece os critérios e procedimentos para a elaboração de um plano de emergência contra incêndio em edificações e áreas de risco.

O objetivo da NBR 15219 é proporcionar uma estrutura clara e organizada para o planejamento de ações em situações de emergência, visando a proteção de vidas, a prevenção de danos ao patrimônio e a mitigação dos riscos de incêndio.

A seguir, apresenta-se os principais requisitos e procedimentos da NBR 15219:

- **Abrangência do plano:** O plano de emergência contra incêndio deve abranger todas as áreas da edificação ou do local de risco, incluindo as rotas de fuga, os equipamentos de combate a incêndio, as saídas de emergência e outros aspectos relevantes para a segurança.
- **Identificação das responsabilidades:** A norma estabelece a identificação das responsabilidades de cada pessoa ou setor envolvido na execução do plano de emergência, incluindo o responsável pela coordenação das ações em caso de sinistro.
- **Procedimentos operacionais:** A NBR 15219 define os procedimentos operacionais a serem seguidos pelos ocupantes da edificação ou local de risco em caso de incêndio, incluindo ações de abandono de área, acionamento dos sistemas de alarme e combate a incêndio.
- **Plano de abandono:** A norma orienta a elaboração do plano de abandono, que deve conter informações detalhadas sobre as rotas de fuga, os pontos de encontro externos e outras medidas para a evacuação segura dos ocupantes.

- **Treinamentos e simulados:** A NBR 15219 destaca a importância da realização de treinamentos periódicos com os ocupantes da edificação ou local de risco, bem como a realização de simulados para testar a eficácia do plano de emergência.
- **Comunicação com os órgãos competentes:** O plano de emergência deve incluir procedimentos para a comunicação rápida e eficiente com o Corpo de Bombeiros e outros órgãos competentes em caso de incêndio.
- **Atualização do plano:** A norma ressalta a importância de manter o plano de emergência contra incêndio sempre atualizado, considerando as mudanças na edificação ou no local de risco, bem como a atualização das normas e legislações vigentes.

A NBR 15219 é uma ferramenta importante para a prevenção e o combate a incêndios, auxiliando na preparação dos ocupantes e das equipes de emergência para agirem de forma adequada em situações críticas. É fundamental que as edificações e áreas de risco estejam em conformidade com essa norma, visando a segurança de todos os envolvidos.

Serão estabelecidos os critérios aplicados e aconselhados pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, em sua norma técnica, NORMA TÉCNICA 17/2023 - Bombeiros GO.

11.6. GESTÃO DE PROJETOS E OBRAS

As atribuições da área de projetos e obras em um hospital público envolvem o planejamento, execução e acompanhamento de todas as atividades relacionadas a infraestrutura, construção, reforma, ampliação e manutenção das instalações físicas do hospital.

Essa área é essencial para garantir que o ambiente hospitalar seja seguro, funcional e adequado para atender às necessidades dos pacientes, profissionais de saúde e demais colaboradores. É uma área crítica para o funcionamento eficiente do hospital e para garantir a qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Atribuições dessa área:

- **Planejamento de projetos:** Realizar estudos de viabilidade, análises de necessidades e definir as metas e objetivos dos projetos de construção e obras no hospital. Isso inclui estabelecer as especificações técnicas e requisitos legais que devem ser atendidos.

- **Elaboração de projetos arquitetônicos e engenharia:** Desenvolver layout e acompanhar a contratação dos projetos executivos arquitetônicos, elétricos, hidráulicos, estruturais e outros necessários para a execução das obras. Garantir que esses projetos estejam alinhados com as normas e padrões estabelecidos para instituições de saúde.
- **Orçamentação e gestão de recursos:** Realizar o levantamento dos custos envolvidos em cada projeto, estimando os materiais, mão de obra e equipamentos necessários. Administrar os recursos financeiros alocados para a área de projetos e obras, garantindo o cumprimento dos prazos e a utilização eficiente dos recursos.
- **Licitações e contratações:** Suporte aos processos de licitação para a contratação de empresas e prestadores de serviço que executarão as obras e serviços necessários. Garantir que as empresas contratadas cumpram os requisitos legais e técnicos estabelecidos.
- **Acompanhamento e supervisão:** Monitorar a execução das obras, garantindo que estejam sendo realizadas conforme os projetos aprovados e dentro dos prazos estabelecidos. Realizar visitas periódicas ao canteiro de obras para verificar o andamento dos trabalhos e resolver possíveis problemas que surjam durante a execução.
- **Controle de qualidade e segurança:** Assegurar que todas as etapas da construção e das obras estejam em conformidade com as normas de qualidade e segurança. Isso inclui o controle de qualidade dos materiais utilizados, a garantia de que as instalações sejam acessíveis a pessoas com deficiência, e o cumprimento das normas de segurança para prevenir acidentes.
- **Integração com outras áreas do hospital:** Trabalhar em conjunto com outras áreas do hospital, como a equipe médica, administrativa e de recursos humanos, para entender as necessidades específicas de cada departamento e garantir que os projetos e obras atendam a essas demandas.
- **Manutenção predial:** Após a conclusão das obras, a equipe de projetos e obras entrega a obras à equipe de manutenção predial contínua do hospital, garantindo que as instalações permaneçam em boas condições e realizando eventuais reparos e melhorias.

O plano de trabalho para a área de projetos e obras deve ser abrangente e detalhado, abordando todas as etapas necessárias para a execução bem-sucedida de projetos de construção e manutenção das instalações hospitalares.

1.Introdução e Objetivos:

- Apresentação da área de projetos e obras no contexto do hospital público.

- Declaração dos objetivos gerais do plano de trabalho.

2.Diagnóstico e Levantamento de Necessidades:

- Realização de um levantamento das necessidades do hospital, identificando áreas que requerem construção, reforma ou manutenção.
- Análise das condições atuais das instalações, identificando problemas e oportunidades de melhoria.

3.Definição de Projetos:

- Estabelecimento de projetos específicos a serem executados, com base nas demandas identificadas no diagnóstico e solicitações de empreendimentos encaminhadas pelas áreas multidisciplinares.
- Definição de metas, escopo, prazos e orçamentos para cada projeto.

4.Equipe de Trabalho:

- Composição da equipe responsável pelos projetos e obras, com a definição de papéis e responsabilidades de cada membro.

5.Planejamento e Elaboração de Projetos:

- Acompanhamento do desenvolvimento dos projetos arquitetônicos e de engenharia para cada obra.
- Análise de viabilidade técnica e financeira de cada projeto.
- Estabelecimento de cronogramas detalhados para a execução das obras.

6.Licitações e Contratações:

- Dar suporte ao processo de licitação para a contratação de empresas e prestadores de serviço.
- Garantir de que os contratos firmados atendam aos requisitos legais e técnicos.

7.Execução das Obras:

- Acompanhamento e supervisão da execução das obras, garantindo que estejam em conformidade com os projetos aprovados e dentro dos prazos estabelecidos.
- Controle de qualidade dos materiais e serviços utilizados nas obras.

8.Controle de Custos e Recursos:

- Monitoramento dos gastos e controle dos recursos financeiros alocados para os projetos.
- Identificação e resolução de desvios orçamentários, quando necessário.

9.Integração com outras Áreas:

- Coordenação com outras áreas do hospital para garantir que os projetos atendam às necessidades específicas de cada departamento.

10.Segurança e Normas Técnicas:

- Garantia de que todas as obras estejam em conformidade com as normas de segurança e com as regulamentações técnicas aplicáveis.

11.Entrega e Aceitação das Obras:

- Finalização dos projetos e obras com a entrega ao cliente, manutenção e engenharia clínica.
- Verificação da qualidade e aceitação formal das obras entregues.

12.Encerramento Financeiro do Projeto:

- Garantir que o projeto foi executado conforme planejamento financeiro e proceder ao encerramento após a realização dos compromissos.

13.Avaliação e Melhoria Contínua:

- Avaliação dos resultados obtidos e identificação de oportunidades de melhoria para futuros projetos.

14.Considerações Finais:

- Conclusão do plano de trabalho, ressaltando os resultados alcançados e os desafios enfrentados.

Estas áreas estão organizadas em suas respectivas coordenações/supervisões e estruturadas para dar suporte à todas as gerências, à diretoria técnica do Hospital e atender às demandas alinhadas e contratualizadas junto à Secretaria Estadual de Saúde, apoiando o planejamento, execução, monitoramento de suas atividades e acompanhamento de metas contratuais garantindo o pleno funcionamento e sustentabilidade da Instituição.

11.7. ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

11.7.1. Controladoria

A **Controladoria** tem como objetivo servir os gestores do Hospital com informações claras e concisas, onde permitam análises e tomadas de decisões operacionais, táticas e estratégicas. Controlar e otimizar os resultados econômicos da empresa visando garantir sua continuidade, por meio da integração dos esforços das diversas áreas, além de um forte controle de custos e fluxo de caixa.

ORÇAMENTO

Critérios

As premissas e o cronograma para elaboração do orçamento são previamente definidos pela Controladoria, Gerência Administrativa e Diretoria, sua periodicidade é anual e como referência, são utilizados os exercícios anteriores e a respectiva memória de cálculo obtida.

São utilizados os seguintes indexadores econômicos: Inflação oficial do ano anterior IPCA (Podendo ser utilizado o IGP-M de acordo com determinações contratuais) e Dissídios de Categorias trabalhistas. Será utilizado como auxílio:

- Relatório por centro de custos com histórico de gastos do ano anterior ou dos últimos doze meses.
- Quadro atual de colaboradores, histórico de movimentação no ano e vagas abertas.
- Quadro de horas médicas.
- Histórico das informações de produção (atendimento, paciente dia, volume de exames, quantidade de partos e cirurgias).
- Planilha de controle de contratos de serviços terceiros.
- Relação das datas de reajuste como dissídio, renovação de contratos e taxas públicas.

Divulgação

A divulgação das informações do orçamento como as premissas, objetivos, informações históricas e cronogramas e versões serão realizadas em reunião com o Comitê Executivo do hospital (COMEX), apresentada pela Controladoria.

Orçamento Operacional e Não Operacional

Os responsáveis devem elaborar o orçamento conforme as premissas adotadas pela direção e seguindo os critérios da Gestão Matricial de Resultados (GMR). A devolutiva será feita através dos Pacotes de Contas, onde cada gestor responsável deverá enviar em material padronizado no formato de Demonstrativo de Resultado de Exercício (DRE).

A consolidação dos orçamentos por Pacote de Contas e Centro de Custos formará o orçamento consolidado do exercício.

Aprovação

O orçamento será validado com as Diretorias, após aprovação será disponibilizado ao Núcleo Técnico da Secretaria Estadual da Saúde para aprovação, posteriormente deve ser impresso e assinado pelo Diretor Geral e arquivado pela Controladoria.

O orçamento consolidado aprovado será apresentado aos gestores das áreas e publicado no aditivo contratual vigente.

Ajustes

Qualquer ajuste após a aprovação e divulgação do orçamento, somente poderá ser efetuado mediante apresentação de justificativas e aprovação da diretoria. Os ajustes devem estar documentados com as devidas aprovações.

Acompanhamento do Orçamento/Gestão de Custos

O orçamento terá o acompanhamento quinzenal da Controladoria e das Coordenações de cada setor, sendo estas as responsáveis pela elaboração das justificativas de desvios acima ou abaixo da meta orçamentária do período em análise. Esse acompanhamento será realizado na reunião de Gerenciamento Matricial de Resultados, com o objetivo de traçar planos de ações consistentes para recuperação dos desvios.

Ações corretivas identificadas serão comunicadas a todos os envolvidos no processo.

Contas a Pagar

Somente serão efetuados pagamentos com a documentação completa e sem rasuras, e com as documentações devidamente aprovadas. A documentação deve seguir os seguintes critérios:

Compra de produto:

• Pedido de compra aprovado pelas alçadas definidas pela instituição;

• Espelho da NF contendo os dados corretos (número da nf/data de emissão/fornecedor/produtos, quantidade, valores e vencimento);

• NF original com assinatura do responsável pelo recebimento do produto comprado;

• Para compra de produtos "não-padrão", deve conter o carimbo da validação do controle orçamentário.

Prestação de serviço sem contrato:

- NF original com assinatura do responsável pela contratação do serviço, indicando o aceite do trabalho prestado;
- Formulário de serviços aprovado pelas alçadas definidas pela instituição. O formulário deve conter os seguintes dados: fornecedor, vencimento, número do documento, valor total da nota/recibo e centro de custos;
- Liberação da área fiscal juntamente com as guias dos impostos (área fiscal).

Prestação de serviço com contrato:

- NF original com assinatura do responsável pela contratação dos serviços, indicando o aceite do trabalho prestado;

- Assinatura e carimbo da área de Gestão dos Contratos. O formulário deve conter os seguintes dados: fornecedor, vencimento, número do documento, valor total da nota / recibo / centro de custo;
- A nota fiscal de Serviços deverá ser entregue dentro do mês de emissão (competência), caso a emissão das nf's seja do mês anterior à entrega, ela será recusada pelo departamento fiscal;
- Liberação da área fiscal juntamente com as guias de impostos.

Outras documentações para pagamento:

- Fatura original de consumo com assinatura e carimbo do responsável pelo acompanhamento, e rateio por centro de custo, caso aplicável;
- RPA carimbado assinado pela área de Recursos Humanos e aprovada pelas alçadas definidas pela instituição.

Responsabilidades:

- Financeiro: Garantir a qualidade das informações financeiras, controle de pagamento, recebimentos e geração de informações para a gestão do hospital e para Secretaria Estadual de Saúde.
- Tecnologia da informação: Garantir o funcionamento do sistema.
- Suprimentos/Contratos/Almoxarifado: Efetuar os lançamentos das notas fiscais no sistema e encaminhar toda a documentação para o departamento financeiro.
- Recursos Humanos: Informar os valores a pagar referente a Folha de Pagamento e seus devidos impostos, assim com os devidos lançamentos no sistema.

Recebimento de notas fiscais de compras e de serviços

- Documentação devidamente aprovada pela alçada competente em conformidade com a característica da contratação;

- Conferência física do documento (No caso de notas fiscais de serviços, deve constar o protocolo de liberação da análise fiscal);
- Conferência cadastral no sistema – módulo financeiro;
- Arquivo de notas fiscais de pagamento organizadas por vencimento.

Prazos para entrega da documentação ao financeiro

- A nota fiscal deverá ser entregue ao financeiro com no mínimo 15 dias que antecede ao vencimento.

Adiantamentos

- Para adiantamentos, é necessário à autorização formal da gerência. O formulário de serviços ou pedido de compra deve informar que o pagamento refere-se a um adiantamento. O solicitante da compra/serviço será responsável pela apresentação do documento em até 03 dias corridos.

Realização de pagamentos

- Verificação de dados bancários informados pelo fornecedor;
- Leitura do código de barras dos boletos físicos;
- Emissão de relatório para pagamentos, divididos em: ted/doc/boleto;
- Organização e envio de documentos para aprovação de pagamentos, conforme alçada competente;
- Geração de arquivo eletrônico para pagamento, com as devidas aprovações;
- Envio do arquivo eletrônico do banco através da plataforma Nexxera;
- Retorno do arquivo eletrônico pelo banco, confirmando as liquidações de pagamento.

Conciliação bancária

- Comparativo entre as movimentações existentes na Conta Corrente e as existentes no controle financeiro de pagamentos;

- Lançamento de tarifas bancárias para pagamento com base nas informações de extrato bancário.

Relatórios

- Fluxo de caixa;
- Extrato e saldo bancário;
- Relatório analítico com a composição dos pagamentos;
- Relatório sintético com a composição do fundo fixo.

Webssaas

Registro diário das entradas das notas fiscais para pagamento, classificado conforme naturezas de gasto padronizadas no sistema webssaas (Relação de tipo de despesas 7.03):

- Conciliação de pagamentos informados conforme extrato bancário;
- Geração da prestação de contas.

Prestação de contas

Relatório encaminhado para Secretaria de Saúde informando toda a movimentação financeira no período necessário conforme edital em conformidade com a movimentação bancária.

Fundo fixo

Controla as movimentações do caixa destinado para pequenas compras e serviços de urgência. O dinheiro é liberado no financeiro, através do vale-reembolso. O Fundo Fixo da Tesouraria é de R$ 4.000,00. Este valor é destinado para compras e serviços de urgência. Para que este valor seja adiantado ao colaborador, é necessário o preenchimento e assinatura do Formulário "Vale – Reembolso de Despesas", onde este se compromete a prestar contas do valor adiantado em 72h.

A Prestação de contas inclui a entrega da NF ou recibo em nome do Hospital ou do cupom fiscal juntamente com o formulário "Relatório de Despesas" assinado pelo colaborador solicitante e pela respectiva Gerência.

No último dia do mês o caixa deve ser fechado, prestando contas de todo valor reembolsado e repondo novamente a quantia de R$ 4.000,00. Esta reposição pode ocorrer durante o mês, se houver necessidade.

Para reembolso de combustível e vale transporte, não existe necessidade NF, recibo ou cupom fiscal, porém, no formulário "Relatório de Despesas" deve especificar a origem e o destino do percurso, bem como a quilometragem rodada, se aplicável.

Gestão de Custos e fluxo de caixa projetado

Gestão de Custos

O controle de custo será realizado quinzenalmente, utilizando a metodologia da Gestão Matricial de Resultados (GMR), onde serão avaliados os desvios por pacote de conta contábeis e centro de custos, essa metodologia define responsáveis pelas contas contábeis, sendo estes os gestores matriciais, os quais tem como atribuição controlar e questionar os gestores de centros de custos, sobre os desvios nas contas e centros de custo. Essa metodologia tem como objetivo controlar os gastos, respeitando o orçamento aprovado e definir um plano de ação de recuperação de custos. O motivo dos desvios e o plano de ação serão apresentados nas reuniões quinzenais do GMR e serão validados pelos gerentes e diretor da unidade, contendo o descritivo da ação e prazo de execução.

Fluxo de Caixa Projetado

A controladoria financeira sempre realizará o Fluxo de caixa projetado de curto prazo (45 dias), com intuito de demonstrar a Secretaria Estadual de Saúde, o momento exato onde os recursos podem vir a ser consumidos, realizando uma gestão eficiente e transparente dos recursos.

O Fluxo de caixa será compartilhado semanalmente com a Secretaria Estadual de Saúde.

11.8. FATURAMENTO E SAME

A área de **Faturamento** tem como premissa a missão de processar as contas médicas dos atendimentos ambulatoriais e internação (Autorizações de Internação Hospitalar – AIH e Procedimentos em Produção Ambulatorial - BPA) de forma a garantir a qualidade das informações fornecidas aos órgãos externos de controle e assegurar que as metas contratuais sejam evidenciadas através dos sistemas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e sistemas determinados pela Secretaria Estadual de Saúde.

O **Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)** tem a premissa de garantir a integridade dos prontuários por meio de atividades desenvolvidas seguindo critérios bem definidos como guarda, conservação, organização, controle, sigilo e ética. Realiza também a guarda, digitação e controle de entregas dos formulários de Declaração de Óbito e Declaração de Nascido Vivo (DNV). A célula de Epidemiologia está integrada ao SAME e fornece dados para a avaliação do padrão de atendimento e da eficiência do serviço internamente, realizando ainda a prestação de contas da produção e de dados da qualidade do serviço para órgãos externos (Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde e demais órgãos de controle).

11.9. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÂO

A atuação da Tecnologia da Informação (TI) desempenha um papel de extrema importância em um hospital, sendo considerada uma aliada essencial para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde e otimização da gestão hospitalar. Ela proporciona uma assistência mais segura, rápida e eficiente, beneficiando tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde contribuindo para a excelência dos serviços prestados pelo hospital promovendo melhorias na assistência ao paciente.

Algumas das principais formas de atuação da TI em um hospital incluem:

- **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):** A implementação e gestão do PEP é uma das principais áreas de atuação da TI em um hospital. O prontuário eletrônico

permite o registro completo e organizado das informações clínicas dos pacientes, facilitando o acesso rápido a históricos médicos, resultados de exames e prescrições.

- **Sistemas Clínicos:** A TI é responsável pela implementação e manutenção de sistemas clínicos especializados, como sistemas de gestão de imagens médicas (PACS), sistema laboratorial, sistemas de prescrição eletrônica, sistemas de monitoramento de pacientes, entre outros.
- **Gestão de Estoques e Recursos:** A TI apoia a gestão de estoques de medicamentos, materiais médicos e recursos hospitalares através de sistemas informatizados, garantindo um controle mais eficiente e evitando desperdícios.
- **Comunicação Interna:** A TI viabiliza a comunicação interna entre os membros da equipe de saúde através de sistemas de mensagens instantâneas, e-mails e outras plataformas colaborativas.
- **Conectividade e Redes:** A infraestrutura de rede de TI é essencial para garantir uma conexão estável e abrangente em todos os dispositivos do hospital, incluindo acesso Wi-Fi para profissionais de saúde e pacientes.
- **Infraestrutura:** A infraestrutura de TI desempenha um papel fundamental ao englobar servidores e sistemas de armazenamento responsáveis por abrigar e gerenciar os dados clínicos, administrativos e operacionais do hospital. Esses dados são processados, armazenados e disponibilizados de forma ágil e segura. Além disso, a infraestrutura de TI é responsável por implementar políticas de backup e recuperação de dados, garantindo a preservação de informações cruciais mesmo em situações de falhas ou desastres
- **Segurança da Informação:** A TI implementa medidas de segurança para proteger os dados sensíveis dos pacientes, prevenindo acessos não autorizados e garantindo a confidencialidade das informações.
- **Análise de Dados e Indicadores:** A TI possibilita a coleta, análise e interpretação de dados, permitindo a geração de relatórios e indicadores que auxiliam na tomada de decisões estratégicas e melhoria contínua dos processos.
- **Suporte Técnico:** A equipe de TI oferece suporte técnico para resolver problemas e garantir o funcionamento adequado dos sistemas e equipamentos utilizados no hospital.

- **Inovação Tecnológica:** A TI acompanha as tendências tecnológicas e permitir a adoção de novas soluções inovadoras que tragam benefícios para o atendimento ao paciente e a eficiência dos processos.

Em resumo, a Tecnologia da Informação em um hospital tem um papel fundamental na modernização e aprimoramento dos serviços de saúde, trazendo benefícios significativos para a assistência ao paciente, a eficiência operacional e a gestão hospitalar. A contínua evolução tecnológica oferece oportunidades para aprimorar a qualidade do cuidado e melhorar a experiência tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes.

Para início das atividades, é necessário garantir sistemas adequados para correta prestação de contas, coleta de dados quantitativos e qualitativos operacionais, além de controle de estoques, de dados sensíveis e da segurança dos pacientes e colaboradores, sistemas de TI deverão ser adquiridos, instalados, assim como a infraestrutura de TI deve ser adequada à demanda. Para tanto, investimentos são necessários, após diagnóstico inicial realizado na visita técnica ao HUGO.

11.10. SUPRIMENTOS E LOGÍSTICA HOSPITALAR

A área de **Suprimentos e Logística hospitalar** desempenha um papel fundamental na operação eficiente e na qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde. Ela abrange uma série de processos interconectados que envolvem a aquisição, armazenamento, distribuição e utilização de diversos produtos e serviços, desde insumos médicos até equipamentos de alta complexidade. Uma gestão eficaz desses processos é crucial para garantir o atendimento adequado aos pacientes e a otimização dos recursos disponíveis.

A cadeia de suprimentos hospitalar pode ser dividida em diversas áreas e atividades, dentre elas destacaremos as atividades de Homologação de Fornecedores, Compras, Contratos, Almoxarifado e Estocagem, Logística, Planejamento de Compras e OPME.

A homologação de fornecedores é um processo essencial para garantir a qualidade, segurança e conformidade dos produtos e serviços adquiridos por hospitais e instituições de saúde. Esse processo envolve a avaliação rigorosa dos fornecedores em relação a critérios técnicos, financeiros, regulatórios e de qualidade. A homologação visa estabelecer parcerias confiáveis e garantir que os produtos e serviços atendam aos padrões e regulamentos exigidos na área hospitalar.

O Manual de Fornecedor do Hospital Albert Einstein é um guia que estabelece as diretrizes, requisitos e critérios que os fornecedores devem cumprir para estabelecer uma parceria com o hospital. Ele abrange questões como ética, qualidade, sustentabilidade, segurança do paciente, conformidade regulatória, entre outros. O manual também pode incluir informações sobre como iniciar o processo de homologação, quais documentações são necessárias e quais são as expectativas em relação ao fornecedor.

É importante destacar que os processos de homologação e as documentações exigidas podem variar de acordo com as políticas internas de cada instituição de saúde e as regulamentações específicas do estado. Portanto, é fundamental que os fornecedores se informem diretamente com a instituição de saúde em questão e com os órgãos regulatórios para garantir a conformidade com os requisitos locais.

A área de compras é responsável por adquirir os insumos necessários para a operação hospitalar. Isso inclui desde medicamentos até materiais descartáveis e equipamentos médicos. O processo de cotação visa identificar a melhor opção de fornecimento para suprir as demandas, levando em conta o custo-benefício das opções oferecidas pelo mercado e o princípio da livre concorrência, que estimula o aprimoramento e desenvolvimento de novas e melhores soluções.

Os processos de concorrência devem oferecer condições de igual oportunidade de fornecimento para três ou mais fornecedores, por meio de um processo de qualificação, avaliação dos requisitos técnicos, organizacionais, econômico-financeiros e socioambientais. Tende-se a valorizar a contratação de empresas, com histórico de bom desempenho, socialmente responsáveis, éticas, comprometidas com o bem-estar de seus colaboradores e com o desenvolvimento sustentável da sociedade e do meio ambiente.

Nos casos em que não for possível a cotação com, no mínimo, 03 (três) fornecedores de bens ou serviços, inclusive em caso de prestação de serviços com alto grau de especialidade, recomenda que o responsável pela solicitação deva apresentar justificativa fundamentada para aprovações, conforme alçadas de sua instituição.

A negociação visa obter as melhores condições, oferecidas pelo mercado e a transação deve ser finalizada e contratada com o fornecedor que oferecer o melhor custo-benefício.

Recomenda-se que somente os colaboradores das áreas de Suprimentos e Logística, com as devidas alçadas de provações estejam autorizados a concluir qualquer tipo de negociação comercial, junto aos fornecedores.

Para gestão da área é importante a utilização de indicadores que forneçam insights valiosos para melhorar a eficiência, eficácia e qualidade dos processos de aquisição. Monitorar esses indicadores de forma consistente permite que a organização otimize suas operações, reduza custos, melhore o relacionamento com fornecedores e atenda às necessidades internas e externas de maneira mais eficaz.

Dentro da área de Compras a gestão de contratos estabelece termos e condições para a aquisição contínua de produtos e serviços. Contratos bem elaborados ajudam a garantir o fornecimento regular, além de definir direitos e responsabilidades de ambas as partes.

O SLA, ou Acordo de Nível de Serviço, é uma parte essencial de contratos entre fornecedores e compradores. Ele define os padrões e expectativas que ambas as partes concordam em cumprir ao longo da duração do contrato. O objetivo principal do SLA é garantir a qualidade do serviço ou produto fornecido, além de estabelecer responsabilidades claras e mensuráveis.

A matriz de Kraljic é uma ferramenta de gestão de compras utilizada com o objetivo de analisar as categorias de compras com base na importância do item (impacto no negócio) e no risco de fornecimento. A matriz resultante é dividida em quatro quadrantes:

- **Itens Estratégicos:** Itens de alta importância e alto risco de fornecimento. Esses itens podem ser cruciais para o negócio e podem exigir negociações complexas, parcerias estratégicas e diversificação de fornecedores para mitigar riscos.
- **Itens de Alavancagem:** Itens de alta importância, mas com um risco menor de fornecimento. Para esses itens, estratégias de negociação visando a obtenção de vantagens financeiras são frequentemente empregadas, buscando maximizar os benefícios.
- **Itens Não Críticos:** Itens de baixa importância e alto risco de fornecimento. A abordagem aqui é reduzir riscos por meio da busca de fornecedores alternativos ou da aplicação de estratégias de mitigação de riscos.
- **Itens de baixa importância e baixo risco de fornecimento**: Esses itens podem ser gerenciados de maneira mais simples e eficiente, geralmente buscando eficiência de custos e simplicidade.

Após emissão dos pedidos de compras e formalização de contratos, o Almoxarifado é responsável por receber, armazenar e controlar os estoques de insumos. Uma gestão eficiente nessa área é vital para evitar desperdícios, perdas e garantir que os produtos estejam disponíveis quando necessários. A organização, a rastreabilidade e a aplicação de técnicas de controle de estoque são práticas essenciais.

A logística é responsável pelo planejamento e execução da distribuição dos insumos dentro do hospital, considerando aspectos como demanda, urgência e prioridade. Isso envolve o transporte interno dos insumos para as diferentes áreas do hospital, como enfermarias, blocos cirúrgicos e centros diagnósticos.

Os indicadores de logística hospitalar desempenham um papel fundamental na avaliação e otimização dos processos de distribuição, armazenamento e gerenciamento de produtos médicos e suprimentos em um ambiente hospitalar. Eles permitem monitorar o desempenho, identificar áreas de melhoria e garantir que os recursos sejam utilizados de maneira eficiente.

Conforme ocorre o consumo dos insumos no ambiente hospitalar, os estoques precisam ser reabastecidos. O planejamento de compras envolve a previsão da demanda futura e a elaboração de estratégias para garantir que os insumos estejam disponíveis quando necessário. Isso evita situações de escassez ou excesso de estoque, contribuindo para um fluxo contínuo de suprimentos.

Diferentemente de medicamentos e materiais hospitalares, os OPMEs (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) são itens de alta complexidade, como próteses cirúrgicas e dispositivos médicos implantáveis. A aquisição e gestão desses produtos exigem um acompanhamento rigoroso de regulamentações específicas e uma abordagem especializada, garantindo a qualidade e segurança dos procedimentos.

O fluxo de OPME em procedimentos cirúrgicos abrange uma série de etapas desde o agendamento cirúrgico até a fase pós-cirúrgica, com foco na aquisição, rastreamento, uso e conformidade com regulamentações específicas. Abaixo, descrevemos o macrofluxo de OPME:

1. Agendamento Cirúrgico:

O processo começa com o agendamento da cirurgia. Nessa fase, o cirurgião e a equipe médica determinam os dispositivos médicos necessários para o procedimento específico.

2. Identificação de OPMEs:

Com base nas informações da cirurgia agendada, a equipe identifica os OPMEs necessários. Esses dispositivos podem variar de acordo com a complexidade da cirurgia e as necessidades do paciente.

3. Solicitação e Aprovação:

O departamento de compras faz a cotação de OPMEs aos fornecedores. A aprovação desses pedidos muitas vezes envolve a avaliação da necessidade clínica e a conformidade com regulamentações.

4. Aquisição de OPMEs:

Os dispositivos são adquiridos do fornecedor, seja por compra direta ou por meio de consignação, onde o fornecedor mantém o estoque no hospital até a utilização.

5. Rastreamento e Armazenamento:

Os OPMEs são rastreados e registrados em sistemas de gestão. O armazenamento adequado é crucial para garantir a integridade dos dispositivos e a conformidade com regulamentações de controle de qualidade.

6. Esterilização (se aplicável):

Se necessário, os dispositivos podem passar por processos de esterilização para garantir sua segurança e a do paciente.

7. Procedimento Cirúrgico:

Os OPMEs são utilizados durante o procedimento cirúrgico conforme planejado. O cirurgião e a equipe asseguram que todos os dispositivos estejam disponíveis e em conformidade.

8. Registro e Documentação:

Todos os dispositivos utilizados são registrados e documentados para fins de rastreamento, qualidade e regulamentação.

9. Pós-cirúrgico e Gestão de OPMEs:

Após o procedimento, os dispositivos podem ser removidos do paciente ou deixados conforme a necessidade. No caso de dispositivos implantados, o acompanhamento e a gestão pós-cirúrgica são essenciais.

10. Retorno:

Os dispositivos não utilizados no ato cirúrgico podem ser devolvidos ao fornecedor dependendo da política de armazenamento (consignado temporário ou permanente), dependendo das regulamentações e políticas de gestão de OPMEs.

Por fim, a gestão da cadeia de suprimentos hospitalar deve ser pautada na legislação vigente, se apoiando nas regulamentações abaixo:

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária): Responsável pela regulamentação e controle de produtos de saúde no Brasil, a ANVISA estabelece requisitos de qualidade, segurança e eficácia para a comercialização e uso de produtos médicos.

RDC 20/2014: Regulamenta as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos, visando garantir a qualidade e integridade dos produtos durante toda a cadeia de suprimentos.

RDC 185/2001: Estabelece as normas para o registro de produtos médicos junto à ANVISA, assegurando sua qualidade e segurança.

ISO 13485: Norma internacional que define requisitos para sistemas de gestão de qualidade específicos para dispositivos médicos, promovendo a padronização e aprimoramento contínuo.

- Distribuição e Movimentação
- Inventário do Estoque
- Apuração de indicadores (Nível de Serviço, Obsolescência, Giro de estoque, Cobertura de estoque em dias, entre outros).

A equipe de Suprimentos e Logística desempenha suas atividades buscando excelência na prestação de serviços e melhora do nível de serviço aos seus clientes internos, sempre com foco na segurança do paciente e colaborador.

12. GESTÃO DE PESSOAS

As atividades de Recursos Humanos, Medicina e Segurança do Trabalho serão executadas internamente, com matricialidade, seguindo fluxos e processos institucionais e contemplarão:

- Recrutamento, seleção e contratação de profissionais
- Treinamento, desenvolvimento e capacitação dos profissionais
- Processamento de folha de pagamento e administração de RH
- Gestão de remuneração e benefícios
- Avaliação de competências e programas de desenvolvimento individual
- Gestão de clima organizacional
- Diversidade e inclusão
- Comunicação interna
- Segurança e medicina do trabalho

Todas essas atividades estão estruturadas em diversas políticas e ferramentas de gestão de pessoas e serão regidas pelas melhores práticas de mercado, compliance e legislações vigentes. As principais políticas estão nos anexos.

13. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

13.1. Telemedicina Einstein

A telemedicina compreende uma infinidade de práticas relacionadas ao uso de tecnologias da informação na área da saúde para permitir o atendimento remoto. A prática se tornou uma necessidade, tendo em os desafios dos sistemas de saúde a exemplificar o aumento exponencial de casos de covid-19 no País. A assistência médica a distância tem o potencial de aumentar o acesso à saúde, maior adesão a protocolos, apoio a tomada de decisão, diminuir o custo, melhorar a eficiência dos serviços prestados, além de melhorar a experiência do paciente.

O Hospital Israelita Albert Einstein é pioneiro no desenvolvimento e uso desta modalidade no Brasil. A Telemedicina Einstein tem como objetivo levar a excelência do

cuidado ao paciente para todo o país. Serão implementados os seguintes serviços de telemedicina:

13.1.1. TELE UTI - VISITA HORIZONTAL DIÁRIA A UTI:

A Visita Horizontal Diária a UTI é um dos serviços oferecidos à hospitais e clínicas de saúde pela solução Tele UTI da Telemedicina Einstein. O serviço visa sistematizar a visita multiprofissional remota e assim otimizar o atendimento dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva, garantindo as melhores práticas e o incremento de qualidade e segurança, além de difundir o modelo de visão de atendimento e boas práticas do Einstein.

O alvo da atividade é recomendar as melhores práticas assistenciais do paciente grave, a partir da ótica multiprofissional, com registros de dados na plataforma de Telemedicina Einstein.

O principal indicador é o número de adequações às recomendações pactuadas durante a teleconsultoria. O SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) é registrado durante a visita pelo intensivista remoto. Os seguimentos de indicadores de qualidade do departamento remoto de pacientes graves também são vistos como resultados para avaliação. Temos observado nos hospitais que prestamos estes serviços: melhora no giro do leito e do SMR (Standardized Mortality Ratio).

13.1.2. TELE ONCOLOGIA

A Teleoncologia é um serviço em parceria com o Centro de Oncologia e Hematologia Einstein. Possibilita troca de opiniões entre médicos, via videoconferência, para determinar o melhor tratamento e ou método diagnóstico para o paciente oncológico/suspeito oncológico.

Dessa forma, por meio da Teleoncologia, conseguem obter uma segunda opinião de oncologistas clínicos, radio-oncologistas e cirurgiões oncológicos do Einstein no tratamento de seus doentes.

13.1.3. TELE NEUROLOGIA

Pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) precisam de atenção imediata e expertise neurológica, raramente oferecida em tempo integral fora dos complexos hospitalares de referência. A teleneurologia foi inicialmente concebida visando possibilitar procedimentos como trombólises para pacientes distantes dos centros de referência, o que teve um efeito extremamente positivo nos desfechos clínicos.

Além da significativa melhoria dos casos clínicos, o serviço apresenta outros benefícios, como a redução do tempo de internação e do número de transferências dos pacientes, a identificação precoce da necessidade de intervenções cirúrgicas urgentes, além de aumentar expertise e a eficiência dos protocolos neurológicos da instituição.

13.1.4. TELE UTI - TERAPIA NUTRICIONAL ESPECIALIZADA PARA PACIENTES GRAVES

A desnutrição no ambiente hospitalar é um fator muito mais frequente do que se imagina, e também, muitas vezes negligenciado. Entre as principais complicações associadas à desnutrição/subnutrição no ambiente hospitalar, destacam-se: aumento no tempo de internação, piora na cicatrização de feridas, aumento do risco de complicações cirúrgicas, de infecções, de lesão por pressão, podendo ter impacto em mortalidade e também, nos custos hospitalares.

O acompanhamento nutricional do paciente hospitalizado deve ser realizado através de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais especializados na área como nutricionistas, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. Através de discussões de casos mais complexos, construção e discussão de indicadores ou mesmo do auxílio na estruturação de um serviço local de EMTN virtual, como por exemplo, nos casos de: progressão e desmame de nutrição enteral e parenteral; preparo paciente cirúrgico; abreviação de jejum pré-operatório; interação medicamentos x nutrientes; entre outras possibilidades.

13.1.5. OPINIÃO ESPECIALIZADA

Ter mais de uma opinião e/ou a segurança de um parecer de especialistas do Einstein é um recurso valioso quando a equipe médica que se depara com situações de saúde difíceis ou escolhas sobre as diversas opções de tratamento. A equipe do Einstein poderá ajudá-lo a tomar as melhores decisões – recomendando o melhor tratamento baseado em evidência científicas e protocolos assistenciais adotados em nossa instituição.

13.1.6. TELEMONITORAMENTO PÓS ALTA

Tem o intuito de acompanhar, por até 10 dias, o paciente com risco de longa permanência após a alta, buscando acompanhá-los no início da desospitalização para evitar a re-internação.

De acordo com a necessidade da Secretaria Estadual de Saúde, todas as demandas podem ser discutidas, com análise de viabilidade e implantação do que for necessário e decidido.

13.2. Implantação do protocolo ERAS/RACE nas especialidades cirúrgicas, permitindo o melhor manejo perioperatório dos pacientes cirúrgicos, com melhores desfecho e redução de complicações, reduzindo tempo de internação e atuando na custo-efetividade do sistema.

Abaixo, resumo dos resultados alcançados nas histerectomias com a adoção do ERAS, no HMMD, hospital público em São Paulo sob gestão do Einstein. O trabalho em questão está todo detalhado nos anexos deste Projeto, com resultados resumidos abaixo:

Objetivo: Implementar o protocolo de cuidados e rápida recuperação perioperatória modificado para cirurgia ginecológica e avaliar os desfechos clínicos para pacientes submetidas à histerectomia abdominal em hospital público de ensino na cidade de São Paulo

Métodos: Desenvolveu-se estudo observacional, após a implementação do Protocolo ERAS, comparando os desfechos clínicos com os de coorte retrospectiva antecedendo as mudanças de práticas. Em julho de 2018, o protocolo ERAS modificado para cirurgia ginecológica foi desenvolvido e implementado no Hospital Dr Moysés Deutsch – M'boi Mirim em parceria com Hospital Israelita Albert Einstein. Após a aprovação da CEP, os dados foram extraídos de prontuários e compilados em banco de dados utilizando a plataforma Redcap.

Resultados: Foram incluídas 226 pacientes e 39 retiradas da análise pelos critérios de exclusão. 187 pacientes foram analisadas, sendo 92 no Grupo PrERAS (49,2%) e 95 Grupo PoERAS (50,8%). Os grupos foram estatisticamente semelhantes em relação a idade, IMC, histórico de cirurgia prévia, morbidades associadas, diagnóstico pré e pós-operatório, volume uterino, ASA e tipo de anestesia. No grupo PoERAS foram realizadas mais cirurgias classificadas como caso de ensino ($p=0,004$) e histerectomias totais ($p=0,027$). Após a estruturação e implementação do Protocolo ERAS foram observadas diferenças de práticas clínicas empregadas tais como jejum abreviado, profilaxia de infecção de sítio cirúrgico, de tromboembolismo venoso, de hipotermia transoperatória e Time out pós-cirúrgico ($p<0,001$). Apesar de não observar diferença nas taxas de profilaxia medicamentosa de infecção, de náusea e vômito, e de dor, realizaram-se modificações do tipo e posologias de medicações empregadas. Significativas

diferenças foram observadas nos desfechos clínicos. Quando comparado o PoERAS com PrERAS houve redução do tempo de jejum pré-operatório (<0,001) e do pós operatório em 20,1% (IC 95% de -11,2% a -28,1%, valor-p <0,001), de permanência do cateter vesical de 48,6% (IC 95%: -36,6% a -58,3%, valor-p <0,001) e do tempo de internação em 34,7% (p < 0,001). **Houve redução estimada de -15,4% na taxa de infecção** (valor-p = 0,002). Não houve aumento nas taxas de readmissões hospitalares. Foram analisados custos hospitalares de 50 pacientes, sendo 24 e 26 casos consecutivos do grupo PrERAS e PoERAS, respectivamente. O **valor médio total estimado por procedimento foi de R$ 5.042,2 e de 3.104,7, no grupo PrERAS e PoERAS**, respectivamente (p<0,001). Com redução significativa de 38,4% (IC 95%: -33,4% a -43,1%, valor-p<0,001), observou-se economia média de R$ 1.937,6 por paciente submetida à histerectomia abdominal no Hospital M'Boi Mirim. (P<0,001).

Conclusão: A implementação do protocolo ERAS modificado para cirurgia ginecológica em hospital público de ensino foi segura e reduziu o tempo de internação, taxa de infecção de sítio cirúrgico e custos hospitalares. Conclui-se que a economia de recursos estimada permitiria a realização de, aproximadamente, 62,4% mais histerectomias.

O ERAS preconiza a abordagem multiprofissional do paciente, otimizando seu preparo para o melhor momento cirúrgico. Aliado a implantação de novo protocolo, já está vinculado o incentivo à pesquisa, uma vez que os dados foram coletados e o projeto todos formulado como um projeto de pesquisa que será publicado agora.

13.3. PROPOSTA: Navegação de Pacientes Cirúrgicos

A humanização do atendimento é fundamental para adesão ao tratamento.

Desenvolvido nos Estados Unidos e implantado em diversos países da Europa, a Navegação de Pacientes é uma novidade no Brasil, inclusive voltado para melhorar a experiência do paciente durante sua jornada dentro da instituição, garantindo assim, mais aderência ao plano de cuidados.

É esse profissional quem coordena e acompanha a organização da jornada do paciente, além de ser um elo entre a família e o Hospital, facilitando o andamento do tratamento e promovendo a integração entre os diversos profissionais envolvidos no tratamento.

Funções do Enfermeiro Navegador

1. Identificar barreiras que possam afetar o entendimento e ou a adesão ao tratamento sejam elas psicológicas, social, financeiras e estruturais;

2. Garantia do retorno em consulta médica com os exames realizados;

3. Garantia do preparo para o processo cirúrgico;

4. Participação em Discussão Multiprofissional: nestas reuniões o navegador recebe as atribuições referente ao cuidado e plano terapêutico do paciente, executa o plano alinhado, garantindo a realização dos exames, consultas e procedimentos;

5. Referência para esclarecimentos de dúvidas;

6. Gerenciamento do absenteísmo;

7. Gerenciamento dos casos que não seguem o plano terapêutico proposto;

8. Gerenciamento dos casos de comorbidades para garantir a realização da cirurgia;

13.4 – Matriciamento da linha de cuidado do AVC na cidade de Goiânia e Estado de Goiás

O Hospital de Urgências e Emergências de Goiânia (HUGO) é referência no município para patologias neurológicas. Dispõe de estrutura que comporta a realização do protocolo de tratamento agudo para o Acidente Vascular Cerebral (AVCi) com possibilidade de realizarmos trombólise endovenosa com rTPA dentro dos tempos e diretrizes preconizadas pela rede Einstein, única instituição certificada pela WSO (World Stroke Organization).

Há possibilidade ainda da estruturação de uma rede interna entre UPAS e CAIS alinhada ao SAMU para adequado gerenciamento dos casos candidatos ao tratamento, sendo assim como o projeto SUPRA do hospital Municipal de Aparecida de Goiânia, uma ferramenta de agilidade na linha de cuidado.

13.5. PROPOSTA: Implantação de Conselho Consultivo de Pacientes

O Conselho Consultivo de Pacientes é uma estrutura formal de escuta ativa dos pacientes e familiares que tem por objetivo identificar, priorizar, elaborar e avaliar os esforços institucionais para as melhorias no Cuidado Centrado na Pessoa.

O Conselho é realizado em dois formatos:

· **Conselho Consultivo Central:** Conduzido pela coordenação do SAU, com a participação de pacientes das diversas áreas.

· **Conselho Consultivo Local:** Realizado nas diversas áreas assistenciais, no formato presencial, sendo conduzido pelas lideranças da área e com a participação do SAU.

As reuniões do conselho têm periodicidade definida e os membros podem ser rotativos, com inclusão e exclusão dos mesmos após comum acordo, sendo formado por pacientes e familiares, colaboradores e gestores envolvidos na linha de cuidado em questão e colaboradores da experiência do paciente e do SAU.

13.6. PROPOSTA: Implantação de Núcleo de Melhoria Contínua:

Com foco em melhoria de processos, apoiados pela Academia de Excelência Operacional do Einstein (https://ensino.einstein.br/academia-excelencia-operacional#historia) , será implantado o Núcleo de Melhoria Contínua local, para fomento e apoio de projetos com melhoria Lean six Sigma e Metodologias ágeis, visando implantação da cultura de melhoria contínua e gestão por processos, engajando os colaboradores, em todos os níveis da Instituição, na concepção e execução de projetos, com base em uma metodologia estruturada para resolução de problemas (Lean Six Sigma - DMAIC).

A melhoria contínua é parte da cultura Einstein, com projetos realizados em 100% de suas áreas privadas ou públicas, com ganhos de melhoria de processo, aumento de produtividade, custos evitados, hard savings, implantação de tecnologias com custo efetividade, entre outras, contribuindo ativamente para gestão mais moderna e eficaz e o melhor uso da verba pública.

13.7. Gestão De Continuidade de Negócio

Eventos de paralisação total ou parcial das atividades podem causar danos às organizações e, após avaliar alguns eventos críticos passados e seus efeitos negativos, a Sociedade decidiu implementar o processo de Gestão de Continuidade de Atividades (GCA), com o propósito de assegurar resposta adequada a possíveis cenários de indisponibilidade, eliminando as perdas e danos potenciais, em qualquer uma de suas unidades públicas ou privadas.

O HUGO terá mapeamento e inclusão na Política da SBIBAE que descreve o processo e as boas práticas de GCA, permitindo o gerenciamento e mitigação de riscos e a retomada das operações após cenários de indisponibilidade de instalações, pessoas, hardware, softwares e de

fornecedores. Haverá a criação de regras para orientar a conduta diante de situações concretas, orientando a decisão em relação à melhor forma de agir, sendo orientada pelos seguintes princípios:

PREVENÇÃO: Evitar ou reduzir a possibilidade de ocorrência e os impactos de um incidente ou desastre.

RESPOSTA: Prontidão para manter em operação as atividades críticas, protegendo as pessoas e o patrimônio da Sociedade, na eventualidade de incidentes ou desastres.

RECUPERAÇÃO: Retomar o ambiente normal de trabalho e de seus recursos, reestabelecendo as atividades críticas após a ocorrência de incidentes ou desastres.

A Política tem por objetivo estabelecer as diretrizes, papéis e responsabilidades para a estruturação e manutenção do processo de GCA da Sociedade, incluindo o HUGO, visando manter suas operações críticas durante e após um incidente, ou desastre, minimizando os efeitos causados pela indisponibilidade total ou parcial das suas atividades ou de impactos financeiros, de imagem, reputação, legais e regulatórios e à saúde e segurança de pacientes, limitada a 2 dias de indisponibilidade de acordo com a diretriz estabelecida alta liderança da SBIBAE.

13.8. Corpo de Voluntários Einstein

O Voluntariado Einstein possui mais de 60 anos de atuação. Consiste em um grupo formado por mais de 600 pessoas dedicadas a atuar voluntariamente em 7 frentes: Einstein Morumbi; Unidades Externas - Alphaville, Ibirapuera e Perdizes; Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis (PECP); Residencial Israelita Albert Einstein (RIAE); Unidade de Atendimento Público - Hospital Municipal M'Boi Mirim e Hospital Municipal Vila Santa Catarina e Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia (HMAP).

A atuação ocorre por meio de diversas iniciativas educativas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, além do incentivo à geração de renda, contribuindo para a saúde física, mental e social da população de São Paulo.

O time será expandido para atuação no HUGO.

Endereço site: https://voluntarios.einstein.br/

14. Propostas de Melhorias – Propostas que serão discutidas com a SES e que necessitarão de verba adicional ao plano de trabalho, caso aprovadas.

Propostas de Melhoria serão apresentadas com base no presenciado na visita realizada. Ressaltamos que seguir fielmente à Legislação e Normas faz parte da operação regular dos serviços geridos pelo Einstein.

14.1 LTCAT (Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho)

Lei nº 9.528, de 1997. Laudo obrigatório pelo o INSS, respaldando a instituição sobre as condições do local de trabalho. Deve ser realizado no período pré-operacional.

A contratação se dará por Laudo emitido, que nesse caso são dois, LTCAT e LIP (de acordo com as Normas Regulamentadoras NR-15 e NR-16 do Ministério do Trabalho e Emprego, Portaria 3214/78 e Lei nº 9.528, de 1997).

Os laudos são realizados por meio de levantamento dos riscos ocupacionais, onde é avaliado o risco da função, através de avaliação qualitativas e quantitativas (Ruído, temperatura, análise de produtos químicos entre outras).

14.2 LIP (Laudo de Insalubridade e Periculosidade)

Estabelecido pela Norma Regulamentadora 15 e 16. Necessário para avalição dos locais de trabalho e determinação do pagamento de insalubridade e periculosidade, bem como ser um item obrigatório conforme a NR 15. Deve ser realizado no período pré-operacional.

A contratação se dará por Laudo emitido, que nesse caso são dois, LTCAT e LIP (de acordo com as Normas Regulamentadoras NR-15 e NR-16 do Ministério do Trabalho e Emprego, Portaria 3214/78 e Lei nº 9.528, de 1997)

Os laudos são realizados por meio de levantamento dos riscos ocupacionais, onde é avaliado o risco da função, através de avaliação qualitativas e quantitativas (Ruído, temperatura, análise de produtos químicos entre outras)

14.3. Prática Supervisionada à beira leito

Acompanhamento da equipe de enfermagem na atuação a beira leito por instrutores experientes do Einstein para contribuir com o desenvolvimento dos colaboradores e prática assistencial segura e livre de danos. A prática supervisionada à beira leito tem como objetivo desenvolver os colaboradores e alinhamento dos processos, com foco na segurança do paciente.

Como teremos grandes contratações e início de atuação de todos os colaboradores ao mesmo tempo, o programa, que tem como objetivo dentro da jornada do colaborador ter um profissional capacitado, qualificado e dedicado para acompanha-lo e capacita-lo na prática diária, servirá como apoio à liderança neste momento inicial, que não conseguirá, sozinha, acompanhar todos os colaboradores nesta fase.

Este treinamento é uma das ações que a SBIBAE utiliza em suas contratações e aumenta a qualidade da assistência e a segurança para o paciente e colaboradores.

14.4. Tecnologia da Informação

Para início das atividades, é necessário garantir sistemas adequados para correta prestação de contas, coleta de dados quantitativos e qualitativos operacionais, além de controle de estoques, de dados sensíveis e da segurança dos pacientes e colaboradores, sistemas de TI deverão ser adquiridos, instalados, assim como a infraestrutura de TI deve ser adequada à demanda. Para tanto, investimentos são necessários, após diagnóstico inicial realizado na visita técnica ao HUGO. Os valores sugeridos abaixo estão fora do custo mensal do HUGO e é parte do plano proposto de Tecnologia da Informação para o HUGO, devendo ser discutido posteriormente e submetido à aprovação da SES.

Seguem abaixo as aquisições necessárias:

Sistema Laboratorial

Especificação técnica

- Gestão de Exames Laboratoriais
- Relatórios Customizados
- Portal de Resultados de Exames para Pacientes e Médicos
- Interfaceamento com Máquinas Laboratoriais
- Integração com Sistema MV

Um avançado Sistema de Gestão de Exames Laboratoriais com interfaceamento com máquinas laboratoriais é necessário pois oferecerá resultados precisos e ágeis para pacientes internos, facilitando a consulta dos médicos responsáveis pelos cuidados, bem como para pacientes externos que necessitem de exames eletivos.

Risco da não aquisição: Não ter sistema para gestão de exames laboratoriais impedindo a rastreabilidade das amostras, automação de processos, integração com equipamentos de análises, segurança de dados e acesso aos resultados.

Valor: R$ 180.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Valor: R$ 30.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

Sistema PACS

Especificação técnica

Sistema de Gestão de Exames de Imagens Radiológicas com as seguintes especificações:

- Soluções:
  - Portal de Resultado Online
  - Digitalização
  - Impressão sob Demanda
  - Gravação de CD e DVD
  - Registro na Anvisa
  - Serviço de Alerta de Resultados SMS e WhatsApp
  - Recurso Avançado para Visualização Cardíaca e Coronária
  - Integração com Sistema MV
- Ferramentas:
  - Controle de Ativo SLA
  - Filtros de Localização
  - Lista de Trabalho Customizada
  - Padronização de Máscara de Laudos

- Peer Review
- Imagens Chave Hiperlink / Hiperlaudo
- Acho Crítico / Comunicado
- Auditoria de Laudo e Históricos
- Adendo e Retificação de Laudo

A solução proposta se baseia em uma análise criteriosa das necessidades no armazenamento e distribuição de imagens, bem como na otimização do fluxo de digitação de laudos utilizando ferramentas de reconhecimento de voz, laudo ditado e textos padronizados. Além disso, a integração com outros viewers e laudos, possibilita o acesso de pacientes e solicitantes através de um portal web, e a integração de worklist para facilitar o gerenciamento dos exames são características fundamentais dessa solução. Por fim, a implementação de um mecanismo de retorno dos laudos para o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) completa a abrangência e eficiência do sistema.

Risco da não aquisição: não adquirir um software PACS pode resultar em desafios significativos na organização, eficiência e qualidade do atendimento ao paciente. O investimento em um PACS moderno e adequado às necessidades da instituição de saúde é essencial para garantir uma gestão eficaz de imagens, melhorar a colaboração entre profissionais, aprimorar diagnósticos e tratamentos e, em última análise, proporcionar um atendimento mais seguro e de alta qualidade aos pacientes.

Valor: R$ 350.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Valor: R$ 75.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

<u>Aditivo de Computadores e Notebooks</u>

300 - Notebooks

Especificação Técnica

- Notebook de 15 Polegadas
- Intel Core I5 12ª Geração
- HD de 256 NVMe
- 8 GB de RAM DDR4
- Windows 10 Pro 64 Bits

150 - Computadores

Especificação Técnica

- Monitor de 21,5 Polegadas
- CPU Intel Core I5 12ª Geração
- HD de 256 SSD NVMe
- 8 GB de RAM DDR4
- Windows 10 Pro 64 Bits

Equipamentos que serão utilizados como carro beira leito, estação de trabalho para acesso a sistemas, serviços e softwares de apoio, áreas administrativas e assistenciais.

Risco da não aquisição: A falta de aquisição de computadores adicionais causa um impacto direto no serviço prestado, uma vez que é essencial manter um equilíbrio adequado entre a quantidade de usuários e a disponibilidade de computadores. Essa proporção equilibrada é fundamental para evitar filas de espera para a utilização dos equipamentos, o que poderia resultar em atrasos significativos no registro das informações dos pacientes. Essa situação afeta diretamente o atendimento ao paciente, pois o tempo dedicado ao registro das informações pode ser prolongado, comprometendo a agilidade e a exatidão dos dados registrados.

Valor: R$ 100.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

<u>Upgrade Computadores Existentes</u>

Especificação Técnica

- 380 Unidades - SSD SATA 240GB
- 380 Unidades - Memória RAM 8GB

Upgrade das estações existentes com substituição de HD Mecânico por SSD e a inclusão de mais 8 GB de memória RAM para deixar as estações mais performática para acesso a sistemas assistenciais, internet e arquivos em geral para melhor desempenho da atividade dos colaboradores.

Risco da não aquisição: A lentidão dos computadores compromete significativamente o trabalho assistencial ao paciente, uma vez que os profissionais precisam investir mais tempo

realizando processos nos sistemas e menos tempo dedicando atenção direta ao cuidado dos pacientes. Essa situação representa um obstáculo para a eficiência e eficácia dos serviços prestados, podendo afetar negativamente a qualidade do atendimento e o bem-estar dos indivíduos sob cuidados médicos. Portanto, é fundamental buscar soluções para otimizar o desempenho dos computadores utilizados na área de saúde, a fim de melhorar a experiência tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes.

Valor: R$ 180.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Ramais Códigos Emergenciais

Especificação técnica

- 60 Ramais IP DECT
- 60 Antenas IP DECT
- 60 Carregadores Duplo
- 60 Bateria Sobressalente
- Licenças para 200 Usuários
- Servidor Wireless
- Integração com Central PABX
- Instalação, Configuração e Treinamento in loco

Fornecimento e instalação de 60 ramais móveis IP DECT, juntamente com o software para gerenciamento dos códigos de acionamento de chamadas emergenciais, representam uma solução robusta e avançada para a gestão eficiente de um ambiente hospitalar.

Com a implementação desses recursos, o hospital alcançará um alto nível de eficiência e segurança em suas operações, especialmente em situações de emergência. Algumas das principais vantagens e funcionalidades dessa solução incluem:

- Comunicação ágil e móvel: Os 60 ramais móveis IP DECT permitirão uma comunicação ágil e móvel entre as equipes assistenciais, possibilitando o rápido acionamento e resposta em casos de emergência ou situações críticas.

- Gerenciamento de códigos de acionamento: O software fornecido possibilitará o gerenciamento eficiente dos códigos de acionamento de chamadas emergenciais,

garantindo que as equipes sejam notificadas de forma rápida e precisa.

- Visibilidade em tempo real: O software proporcionará visibilidade em tempo real dos níveis de atendimento, contingência e atividades em curso, permitindo que os gestores acompanhem e monitorem a situação hospitalar em tempo real.

- Gestão de equipes assistenciais: Através do software, será possível gerenciar as equipes assistenciais, atribuindo tarefas, acompanhando o status das atividades e garantindo uma distribuição eficiente de recursos.

- Relatórios e indicadores: O software fornecerá relatórios detalhados e indicadores das atividades, permitindo uma análise precisa do desempenho e identificação de possíveis melhorias nos processos.

- Cobertura total através de antenas rádio base DECT: As antenas rádio base DECT contam com tecnologia própria e funcionam de forma isolada ao WIFI, garantido uma cobertura abrangente e confiável em todo o perímetro do hospital, assegurando que a comunicação seja mantida mesmo em áreas críticas e de difícil acesso.

Em suma, a aquisição e instalação desses 60 ramais móveis IP DECT e do software de gestão de códigos de acionamento são fundamentais para modernizar e aprimorar o ambiente hospitalar, tornando-o mais preparado para enfrentar situações emergenciais e proporcionando uma assistência de qualidade aos pacientes. A cobertura abrangente oferecida pelas antenas rádio base DECT garantirá uma comunicação confiável e ininterrupta, elevando a eficiência e a excelência nos serviços prestados pelo hospital.

Risco da não aquisição: A ausência de ramais IP DECT representa um desafio significativo, pois pode dificultar o acionamento rápido e eficiente de equipes especializadas em casos de emergência, resultando em um aumento do tempo de resposta e colocando pacientes e funcionários em situações de risco. Sem os ramais IP DECT, a comunicação durante situações críticas pode ser mais lenta e menos eficaz. O tempo necessário para acionar as equipes especializadas pode ser prolongado, prejudicando a capacidade de resposta imediata a eventos emergenciais. Essa demora na comunicação pode resultar em atrasos na prestação de cuidados essenciais aos pacientes em estado crítico.

Valor: R$ 60.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

Firewall + Zero Trust

Especificações Técnicas do Firewall Next Generation.

- Quantitativo
  - 2 unidades Firewall Next Generation – Ativo/Passivo

- Geral
  - Throughput Firewall: 79,5 Gbps
  - Throughput IPS: 12 Gbps
  - Throughput NGFW: 10 Gbps
  - Throughput Threat Protection: 9 Gbps
  - Zero Trust Network Access: Yes
  - Token Mobile Support: Yes
  - Application Control Support: yes
  - IPS Support: yes
  - AV Support: yes
  - Web Filtering Support: yes
  - Antispam Support: yes
  - Sandbox Cloud Support: yes
  - Analyzer Support: yes
  - Manager centralized Support: yes

- Protection
  - Router Border
  - Firewall Stateful
  - Decryption
  - Threat Protection
  - File Blocking
  - Data Filtering
  - Sandbox Cloud
  - DoS Protection
  - URL Filtering
  - Anti-Virus Border

- Anti-Spyware Border

➢ Interfaces

- 2x GE RJ45 HA / MGMT Ports
- 16x GE RJ45 Ports 10 Gb
- 4x 10 GE SFP+ Slots 10 Gb
- 8x GE SFP Slots

➢ Interfaces and Modules

- USB Port: 1
- Console Port: 1
- Trusted Platform Module (TPM): Yes
- Bluetooth Low Energy (BLE): Yes
- Included Transceivers: 8

➢ System Performance — Enterprise Traffic Mix

- IPS Throughput: 12 Gbps
- NGFW Throughput: 10 Gbps
- Threat Protection Throughput: 9 Gbps

➢ System Performance and Capacity

- IPv4 Firewall Throughput: >= 80 Gbps
- Maximum Number of Tokens: 5000
- High Availability Configurations: Active-Active, Active-Passive, Clustering

Aquisição de 02 firewall (Equipamentos de segurança lógica que faz proteção contra ataques cyber criminosos). Equipamento/software que irá proteger contra invasões de ataques cyber criminosos.

Risco da não aquisição: Vulnerabilidade na rede de dados facilitando ataques cyber criminosos. Item importante para adequação a LGPD.

Valor: R$ 120.000,00 - Verba de CUSTEIO

NAC (Network Access Control)

Especificações Técnicas do NAC.

- Quantitativo
  - 1x Licenciamento NAC

- Platform
  - Deployment templates for any network type, identity store and endpoint 802.1X, MAC authentication and captive portal for SNMP-based enforcement on wired switches Advanced reporting, analytics and troubleshooting tools Interactive policy simulation and monitor mode utilities Multiple device registration portals – Guest, BYOD, and un-managed devices Admin/operator access security via CAC and TLS certificates.

- Framework and protocol support
  - RADIUS, RADIUS Dynamic Authorization, TACACS+, web authentication, SAML v2.0
  - RadSec (TLS encoded RADIUS) TEAP (Tunneled EAP)
  - EAP-FAST (EAP-MSCHAPv2, EAP-GTC, EAP-TLS)
  - PEAP (EAP-MSCHAPv2, EAP-GTC, EAP-TLS, EAP-PEAPPublic, EAP-PWD)
  - TTLS (EAP-MSCHAPv2, EAP-GTC, EAP- TLS, EAP-MD5, PAP, CHAP)
  - EAP-TLS
  - PAP, CHAP, MSCHAPv1, MSCHAPv2, EAP-MD5
  - OAuth2
  - WPA3
  - Windows machine authentication
  - SMB v2/v3
  - Online Certificate Status Protocol (OCSP)
  - SNMP generic MIB, SNMP private MIB
  - Common Event Format (CEF), Log Event Extended Format (LEEF), and RFC5424

- Supported identity stores
  - Microsoft Active Directory
  - RADIUS
  - Any LDAP compliant directory

- MySQL, Microsoft SQL, PostGRES and Oracle 11g ODBC-compliant SQL server
- Token servers
- Built-in SQL store, static hosts list
- Kerberos

➢ RFC standards

- 2246, 2248, 2407, 2408, 2409, 2548, 2759, 2865, 2866, 2869, 2882, 3079, 3579, 3580, 3748, 3779, 4017, 4137, 4301, 4302, 4303, 4308, 4346, 4514, 4518, 4809, 4849, 4851, 4945, 5176, 5216, 5246, 5280, 5281, 5282, 5424, 5755, 5759, 6614, 6818, 6960, 7030, 7170, 7296, 7321, 7468, 7815, 8032, 8247

➢ Internet drafts

- Protected EAP Versions 0 and 1, Microsoft CHAP extensions, dynamic provisioning using EAP-FAST, TACACS+, draft-ietfcurdle-pkix-00 EdDSA, Ed25519, Ed448, Curve25519 and Curve448 for X.509, draft-nourse-scep-23 (Simple Certificate Enrollment Protocol)

➢ Profiling methods

- Active: Nmap, WMI, SSH, SNMP
- Passive: MAC OUI, DHCP, TCP, Netflow v5/v10, IPFIX, sFLOW, 'SPAN' Port, HTTP User-Agent, IF-MAP
- RADIUS
- TACACS+
- Clustering (intra-node communication)
- Web and CLI based management
- IPv6 addressed authentication & authorization servers
- IPv6 accounting proxy IPv6 addressed endpoint context servers
- Syslog, DNS, NTP, IPsec IPv6 targets
- IPv6 Virtual IP for high availability
- HTTP Proxy
- Ingress Event Engine Syslog Sources Information assurance validations
- FIPS 140-2 – Certificate #2577
- Common Criteria NDcPP + Authentication Server

- USGv6 approved

Controlar a conectividade de computadores e ativos byod na rede. Desta forma prevenindo contra intrusos a usar a rede.

Risco da não aquisição: Qualquer intruso/sujeito mal intencionado com seu computador BYOD (computador pessoal, etc.), pode encontrar um ponto habilitado e usar a rede, serviços, sistemas em sua total plenitude, podendo até realizar um ataque ingress/egress.

Valor: R$ 40.000,00 - Verba de CUSTEIO

MFA

Múltiplo fator de autenticação para logins de acessos a portais externos. Esquema de segurança de múltiplo fator de autenticação para Portais externos.

Risco da não aquisição: Vulnerabilidade externa facilitando ataques cyber criminosos com metodologias brute force em páginas com apenas com um critério de login. Item importante para adequação a LGPD.

Valor: R$ 30.000,00 - Verba de CUSTEIO

Servidores, Storage e Backup

Especificações Técnicas Servidores (Cluster Vmware)

- 03x Servidores com cada um com 02x Processadores Xeon Gold 6346 3.1G 16C/32T 36M Cache Turbo
- 768 de RAM RDIM 3200MT/s DDR4 (Por Servidor)
- 02x Discos de 480 GB SATA SSD 6Gbps Hot-Plug em RAID 1 (Por Servidor)
- 02x Placas de Rede Broadcom 57414 Dual Port 10GB/25GB SFP+ (Por Servidor)
- 01x Placa HBA Qlogic 2692 Dual Port 16GB Fibre Channel (Por Servidor)
- 01x Placa de Gerenciamento (Por Servidor)
- Fontes Redundantes (Por Servidor)
- 5 Anos de Garantia Missão Crítica 24x7 SLA de 8 Horas

Especificações Técnicas Storage

- 01x Storage All Flash com 68 TB em RAID 6 (Volumetria Provisionada no Pool sem Feature de Redução de Dados) Workload de até 205.800 IOPS por Pool.
- 02x Drivers com 02x Processadores Intel Skylake de 8 Núcleos de 1.8 GHz com 02x Portas de 32GB FC 02x Portas 10Gbe SPF+ 01 Porta de Gerenciamento para o Software Define Storage.
- 02x Fontes Redundantes por Controladora.
- 02x Switches SAN 24 Portas 16 GB SFP+
- Data Reduction, Replicação Sincrôna e Assincrôna, Recovery Point Flash Cache, Flash Tier
- 5 Anos de Garantia Missão Crítica 24x7 SLA de 8 Horas

Especificações Técnicas Sistema de Backup

- 01x servidor cada um com 01x Processador Xeon Silver 4309Y 2.8G 8C/16T 12M Cache Turbo
- 128 de RAM RDIM 3200MT/s DDR4
- 02x Discos de 1.92TB SATA 6Gbps Hot-Plug em RAID 1
- 02x Placas de Rede Broadcom 57414 Dual Port 10GB/25GB SFP+
- 01x Placa HBA Qlogic 2692 Dual Port 16GB Fibre Channel
- 01x Placa de Gerenciamento
- 01x Licenciamento Windows Server Standard 2022
- Fontes Redundantes (Por Servidor)
- 5 Anos de Garantia Missão Crítica 24x7 SLA de 8 Horas
- 01x Tape Library LTO 7 com 04x Drivers Fibre Channel 16 GB

- 02x Storages de 32 TB em RAID 5 com Tierização de Dados através de Discos SSDs, Features de Criptografia de Dados em Repouso utilizando o Algoritmo de Chave AES 256-bit (CBC), Taxa de Deduplicação de 111,8x e console de gerenciamento.
- Data Protection Suite para Vmware e Banco de Dados em nuvem ou on premisses com Deduplicação de até 39,8x (97.5%), Feature Retention Lock para proteger os dados de Leitura e escrita não autorizada do dado backupeado em Contêiner de Disco, features Worm, Backups Ful, Comutatitive Incremental e Incremental Synthetic, Estrutura de Backups em Discos com offload para Dispostivos de Armazenamento de Fitas LTO.
- 5 Anos de Garantia Missão Crítica 24x7 SLA de 8 Horas

Especificações Técnicas Licenciamento

- 850x Calls de Acesso por Device
- 48x Windows Server Datacenter 2022 64x Bits
- 06x Vmawre Sphere Enterprise por processador com Features de HÁ, DRS, Swtich Distribuido, vMotion, vSphere Replication.
- 01x Vmware vCenter Standard para gerenciamento do Cluster em Datacenter.

Estes equipamentos e softwares são importantes para adicionar e manter a disponibilidade e proteção de Serviços de Tecnologia da Informação (Sistemas) imprescindível na instituição, proporcionando a gestão, qualidade e atendimento aos pacientes referente a tomada de decisões embasada nas informações disponíveis (Exemplos: Dados de Prontuários, Prescrições Médicas, Resultados de exames, Gestão de estoques, indicadores, etc.)

Risco da não aquisição: Falta de infraestrutura necessária para instalação e backups de sistemas e controle de acessos.

Valor: R$ 3.000.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

<u>Outsorcing de Impressão</u>

- 70 impressoras laser monocromática A4. - Tradicionais

- 45 impressoras laser monocromática A4. - Multifuncionais
- 150 impressoras térmica de etiqueta.
- 2 impressoras laser colorida A3.
- 2 impressoras laser colorida A4. - Multifuncionais

Equipamentos (Impressora Laser) utilizados para impressões de documentos para uso interno e para disponibilização aos pacientes.

Impressoras de etiquetas para identificação de pacientes, coletas de exames, materiais e medicamento nas farmácias/ almoxarifado.

R$ 95.000,00/mês (Variável) - Verba de CUSTEIO

Risco da não aquisição: A falta de impressoras para impressão de documentos assistenciais, administrativos e etiquetas para identificação de medicamentos e pacientes representa um impacto significativo que pode afetar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados no ambiente hospitalar.

Antivírus

Especificações Técnicas do Antivírus.

- Quantitativo
  - 900x Licenciamento para Endpoints
- Platform
  - Gestão centralizada.
  - Plataforma: Windows, MAC, Linux, Android e iOS.
  - Sandbox Cloud.
  - Detecção de comportamento.
  - Prevenção de exploração.
  - Prevenção de instrução de host.
  - Motor de Remediação.
  - Proteção contra ameaças de arquivos.
  - Proteção contra ameaças Web.
  - Proteção contra ameaças de E-mail.
  - Firewall.

- Proteção contra ameaças de rede.
- Prevenção de ataque BadUSB.
- Proteção AMSI.
- Controle de Aplicações.
- DLP.
- EDR.
- controle de dispositivos.
- Controle Web.
- Controle Adaptativo de anomalias.
- Encriptação de dados em repouso.
- Proxy SSL/TLS.

(900) licenças de antivírus, sistema de proteção contra vírus nos computadores. Software que irá proteger contra vírus e ransomware (programas maliciosos).

Risco da não aquisição: Computadores serem infectados com vírus, malware, etc., danificando sistemas de computadores e rede de dados. Não cumprimento da LGPD.

Valor: R$ 150.000,00/ano - Verba de INVESTIMENTO

TV + PC Small

Especificação Técnica

- SmartTV LED 55” c/ WiFi 5 Ghz
- 5 PC Chassi Small
- CPU Intel Core I5 10ª Geração
- HD de 256 SSD SATA
- 8 GB de RAM DDR4
- Windows 11 Pro 64 Bits

Aquisição de 50 TVs + 50 PC Small para painéis de chamadas de senha, painéis de checagem de medicações, painéis de farmácia, painéis de almoxarifado e painéis de indicadores.

Risco da não aquisição: A ausência de TVs e PC Small impacta diretamente na visibilidade dos indicadores da operação, bem como no acompanhamento da checagem de

medicações, dispensações da farmácia e controle de estoque no almoxarifado. Essa carência tem um efeito negativo significativo no monitoramento da operação hospitalar.

Valor: R$ 800.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Carro Beira Leito

Especificação Técnica

- Carrinho móvel com suportes para bandeja, Oxivir, Descarpack 3L e álcool gel;
- Plataforma para notebook.

Aquisição de 200 carros beira leito para apoio de notebook e equipamentos para realizar evolução beira leito multiprofissional e controle de prescrição e medicamentos via sistema de prontuário eletrônico beira leito, ganhando produtividade assistencial e melhor registro de aplicação de medicações em tempo real.

Risco da não aquisição: A ausência do carrinho de medicação beira leito representa um impacto significativo na operação hospitalar, uma vez que esse equipamento é uma ferramenta essencial e de grande importância para a administração segura e eficiente dos medicamentos aos pacientes. A presença desse carrinho contribui para evitar erros na administração de medicamentos, minimizando o risco de eventos adversos e reações indesejadas aos fármacos. Sua estrutura organizada e seus compartimentos específicos facilitam o controle do estoque, garantindo o acesso imediato aos medicamentos necessários durante o atendimento aos pacientes. Além disso, o carrinho de medicação beira leito oferece portabilidade e mobilidade, permitindo que a equipe de enfermagem se desloque facilmente até o leito do paciente para a administração dos medicamentos, garantindo uma supervisão adequada e um atendimento mais próximo e individualizado.

Valor: R$ 640.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Leitor de Código de Barras

Especificação Técnica

- Decode capabilities

- 1D Code 39, Code 128, Code 93, Codabar/NW7, Code 11, MSI Plessey, UPC/EAN, I 2 of 5, Korean 3 of 5, GS1 DataBar, Base 32 (Italian Pharma)
- 2D
- PDF417, Composite Codes, TLC-39, Aztec, DataMatrix, MaxiCode, QR Code, Micro QR, Han Xin, Postal Codes.

Aquisição de 300 leitores de código de barras para agilizar o processo assistencial com leitura de pulseira de identificação de pacientes e de medicamentos, evitando erros de escrita, aumentando a segurança do processo e do paciente e ganhando produtividade beira-leito. Dentre os 300 leitores, 200 seriam utilizados nos carros beira leitos propiciando a conferência bipando o código de barras do medicamento e o código de barras da pulseira do paciente, evitando erros na checagem do medicamento.

Risco da não aquisição: A ausência de leitores para realizar a leitura de medicamentos, materiais e pulseiras de pacientes pode ter um impacto direto na agilidade do processo assistencial. Os leitores são ferramentas essenciais para a identificação rápida e precisa de medicamentos, materiais e pulseiras, agilizando a administração de tratamentos e procedimentos médicos. Sem esses leitores, o processo de identificação manual pode ser mais demorado e sujeito a erros, o que pode afetar a eficiência e a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Valor: R$ 250.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Rede de Dados

Especificações Técnicas de Switches Core / Distribuição.

- Quantitativo
  - 4x Switches – 24 portas SFP+.
  - 8x Cabos DAC's para Stack VSF.
  - 120x Transceivers SFP+ LC/LC Multimodo.

- I/O ports and slots
  - 24 SFP+ fixed 1000/10000 SFP+ ports.
  - Duplex: 100BASE-TX: half or full.

- 1000BASE-T: full only.

- Ports and slots
  - 1x stacking module slot.
  - 1x RJ-45 serial console port.
  - 1x RJ-45 out-of-band management port.
  - 1x dual-personality (RJ-45 or USB micro-B).
- Power supplies
  - 2x power supply slots.
- Memory and processor
  - Processor Dual Core @ 1.2 GHz, 4 GB DDR3 SDRAM, 1 GB SD Card.
- Performance
  - 1000 Mb Latency: < 2.8 µs (FIFO 64-byte packets)
  - 10 Gbps Latency: < 1.8 µs (FIFO 64-byte packets)
  - 40 Gbps Latency: < 1.5 µs (FIFO 64-byte packets)
  - Throughput: up to 285.7 Mpps (64-byte packets)
  - Routing/Switching capacity: 480 Gbps
  - Switch fabric speed: 508 Gbps
  - Routing table size: 10000 entries (IPv4), 5000 entries (IPv6)
  - MAC address table size: 64000 entries
- Protocols
  - RFC 1997 BGP Communities Attribute
  - RFC 2918 Route Refresh Capability
  - RFC 4271 A Border Gateway Protocol 4 (BGP-4)
  - RFC 4456 BGP Route Reflection: An Alternative to Full
  - RFC 4724 Graceful Restart Mechanism for BGP
  - RFC 5492 Capabilities Advertisement with BGP-4
  - CPU DoS Protection
  - RFC 1591 DNS (client)
  - RFC 2576 (Coexistence between SNMP V1, V2, V3)
  - RFC 2579 (SMIv2 Text Conventions)
  - RFC 2580 (SMIv2 Conformance)
  - RFC 3416 (SNMP Protocol Operations v2)

- RFC 3417 (SNMP Transport Mappings)
- HTML and telnet management
- IEEE 802.1ad Q-in-Q
- IEEE 802.1AX-2008 Link Aggregation
- IEEE 802.1D MAC Bridges
- IEEE 802.1p Priority
- IEEE 802.1Q VLANs
- IEEE 802.1s Multiple Spanning Trees
- IEEE 802.1v VLAN classification by Protocol and Port
- IEEE 802.1w Rapid Reconfiguration of Spanning Tree
- IEEE 802.3ad Link Aggregation Control Protocol (LACP)
- IEEE 802.3af Power over Ethernet
- IEEE 802.3az Energy Efficient Ethernet
- IEEE 802.3x Flow Control
- IEEE 802.3bz 2.5 Gbps and 5 Gbps interfaces
- RFC 768 UDP
- RFC 783 TFTP Protocol (revision 2)
- RFC 792 ICMP
- RFC 793 TCP
- RFC 826 ARP
- RFC 854 TELNET
- RFC 868 Time Protocol
- RFC 951 BOOTP
- RFC 1058 RIPv1
- RFC 1350 TFTP Protocol (revision 2)
- RFC 1519 CIDR
- RFC 1542 BOOTP Extensions
- RFC 1918 Address Allocation for Private Internet
- RFC 2030 Simple Network Time Protocol (SNTP) v4
- RFC 2131 DHCP
- RFC 2453 RIPv2
- RFC 2548 (MS-RAS-Vendor only)
- RFC 3046 DHCP Relay Agent Information Option
- RFC 3575 IANA Considerations for RADIUS
- RFC 3576 Ext to RADIUS (CoA only)

- RFC 3768 VRRP
- RFC 4675 RADIUS VLAN & Priority
- RFC 5798 VRRP (exclude Accept Mode and sub-sec timer)
- RFC 5880 Bidirectional Forwarding Detection
- RFC 5905 Network Time Protocol Version 4: Protocol and Algorithms Specification
- UDLD (Uni-directional Link Detection)
- RFC 3376 IGMPv3
- RFC 3973 PIM Dense Mode
- RFC 4601 PIM
- RFC 1981 IPv6 Path MTU Discovery
- RFC 2080 RIPng for IPv6
- RFC 2081 RIPng Protocol Applicability Statement
- RFC 2082 RIP-2 MD5
- RFC 2375 IPv6 Multicast Address Assignments
- RFC 2460 IPv6 Specification
- RFC 2464 Transmission of IPv6 over Ethernet Networks
- RFC 2710 Multicast Listener Discovery (MLD) for IPv6
- RFC 2925 Definitions of Managed Objects for Remote Ping, Traceroute, and Lookup Operations (Ping only)
- RFC 3019 MLDv1 MIB
- RFC 3315 DHCPv6 (client only)
- RFC 3484 Default Address Selection for IPv6
- RFC 3587 IPv6 Global Unicast Address Format
- RFC 3596 DNS Extension for IPv6
- RFC 3810 MLDv2 (host joins only)
- RFC 4022 MIB for TCP
- RFC 4087 IP Tunnel MIB
- RFC 4113 MIB for UDP
- RFC 4213 Basic Transition Mechanisms for IPv6 Hosts and Routers
- RFC 4251 SSHv6 Architecture
- RFC 4252 SSHv6 Authentication
- RFC 4253 SSHv6 Transport Layer
- RFC 4254 SSHv6 Connection
- RFC 4291 IP Version 6 Addressing Architecture
- RFC 4293 MIB for IP

- RFC 4294 IPv6 Node Requirements
- RFC 4419 Key Exchange for SSH
- RFC 4443 ICMPv6
- RFC 4541 IGMP & MLD Snooping Switch
- RFC 4861 IPv6 Neighbor Discovery
- RFC 4862 IPv6 Stateless Address Auto-configuration
- RFC 5095 Deprecation of Type 0 Routing Headers in IPv6
- RFC 5340 OSPFv3 for IPv6
- RFC 5453 Reserved IPv6 Interface Identifiers
- RFC 5519 Multicast Group Membership Discovery MIB (MLDv2 only)
- RFC 5722 Handling of Overlapping IPv6 Fragments
- RFC 6620 FCFS SAVI
- draft-ietf-savi-mix MIBs
- IEEE 802.1ap (MSTP and STP MIB's only)
- IEEE 8021-Bridge-MIB (2008)
- IEEE 8021-Q-Bridge-MIB (2008)
- RFC 1155 Structure & ID of Mgmt Info for TCP/IP Internets
- RFC 1213 MIB II
- RFC 1493 Bridge MIB
- RFC 1724 RIPv2 MIB
- RFC 1850 OSPFv2 MIB
- RFC 2021 RMONv2 MIB
- RFC 2096 IP Forwarding Table MIB
- RFC 2578 Structure of Management Information Version 2 (SMIv2)
- RFC 2613 SMON MIB
- RFC 2618 RADIUS Client MIB
- RFC 2620 RADIUS Accounting MIB
- RFC 2665 Ethernet-Like-MIB
- RFC 2668 802.3 MAU MIB
- RFC 2674 802.1p and IEEE 802.1Q Bridge MIB
- RFC 2737 Entity MIB (Version 2)
- RFC 2787 VRRP MIB
- RFC 2863 The Interfaces Group MIB
- RFC 2925 Ping MIB
- RFC 2932 IP (Multicast Routing MIB)

- RFC 2933 IGMP MIB
- RFC 3411 SNMP Management Frameworks
- RFC 3412 Message Processing and Dispatching for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3413 Simple Network Management Protocol (SNMP) Applications
- RFC 3414 User-based Security Model (USM) for version 3 of the Simple Network Management Protocol (SNMPv3)
- RFC 3415 View-based Access Control Model (VACM) for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3418 Management Information Base (MIB) for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 4836 Managed Objects for 802.3 Medium Attachment Units (MAU)
- RFC 7331 BFD MIB Network management
- IEEE 802.1AB Link Layer Discovery Protocol (LLDP)
- RFC 2819 Four groups of RMON: 1 (statistics), 2 (history), 3 (alarm) and 9 (events)
- RFC 3176 sFlow
- RFC 5424 Syslog Protocol
- ANSI/TIA-1057 LLDP Media Endpoint Discovery (LLDP-MED)
- SNMPv1/v2c/v3
- XRMON
- RFC 2328 OSPFv2
- RFC 3101 OSPF NSSA
- RFC 3623 Graceful OSPF Restart (Unplanned Outages only)
- RFC 5340 OSPFv3 for IPv6
- RFC 2474 DiffServ Precedence, including 8 queues/port
- RFC 2475 DiffServ Architecture
- RFC 2597 DiffServ Assured Forwarding (AF)
- RFC 2598 DiffServ Expedited Forwarding (EF)
- IEEE 802.1X Port Based Network Access Control
- RFC 1321 The MD5 Message-Digest Algorithm
- RFC 2698 A Two Rate Three Color Marker
- RFC 2818 HTTP Over TLS RFC 1492 TACACS+
- RFC 2865 RADIUS (client only)
- RFC 2866 RADIUS Accounting

- RFC 3579 RADIUS Support for Extensible Authentication
- Secure Sockets Layer (SSL)
- SSHv2 Secure Shell
- RFC 7030 Enrollment over Secure Transport
- RFC 6614 Transport Layer Security (TLS) Encryption over Radius (RadSec)

Especificações Técnicas de Switches de Acesso.

- Quantitativo
  - 54x Switches – 48 portas Gigabit PoE+ e 4 portas SFP+
  - 70x Cabos DAC's para Stack VSF.
  - 30x Transceivers SFP+ LC/LC Multimodo.

- I/O ports and slots
  - 48 RJ-45 autosensing 10/100/1000
  - PoE+ ports (IEEE 802.3 Type
  - 10BASE-T, IEEE 802.3u Type
  - 100BASE-TX, IEEE 802.3ab Type
  - 1000BASE-T, IEEE 802.3at PoE+);
  - Duplex: 10BASE-T/100BASE-TX: half
  - or full; 1000BASE-T: full only
  - 4 SFP+ 1/10GbE ports; PHY-less

- Ports and slots
  - 1 dual-personality (RJ-45 or USB micro-B) serial console port)

- Memory and processor
  - Processor Dual Core @ 1016 MHz, 1 GB DDR3 SDRAM;
  - Packet buffer size: 12.38 MB
  - 4.5MB Ingress/7.875MB Egress,
  - 4 GB eMMC

- Performance
  - 1,000 Mb Latency: < 3.8 µs (64-byte packets)

- 10 Gbps Latency: < 2.9 µs (64-byte packets)
- Throughput: up to 112.0 Mpps
- Switching capacity: 176 Gbps
- Routing table size: 2,000 IPv4, 1,000 IPv6 in hardware,
- 200 OSPF, 256 Static, 10,000 RIP
- MAC address table size: 32,768 entries

➢ Protocols

- CPU DoS Protection
- RFC 1155 Structure and Management Information (SMIv1)
- RFC 1157 SNMPv1/v2c
- RFC 1591 DNS (client)
- RFC 1901 (Community based SNMPv2)
- RFC 1901-1907 SNMPv2c, SMIv2 and Revised MIB-II
- RFC 1908 (SNMPv1/v2 Coexistence)
- RFC 2576 (Coexistence between SNMPv1, v2, v3)
- RFC 2578-2580 SMIv2
- RFC 2579 (SMIv2 Text Conventions)
- RFC 2580 (SMIv2 Conformance)
- RFC 2819 (RMON groups Alarm, Event, History, and Statistics only)
- RFC 3416 (SNMP Protocol Operations v2)
- RFC 3417 (SNMP Transport Mappings)
- HTML and Telnet management
- HTTP, SSHv1, and Telnet
- Multiple Configuration Files
- Multiple Software Images
- SNMPv3 and RMON RFC support
- SSHv1/SSHv2 Secure Shell
- TACACS/TACACS+
- Web UI
- IEEE 802.1ad Q-in-Q
- IEEE 802.1AX-2008 Link Aggregation
- IEEE 802.1d MAC Bridges
- IEEE 802.1p Priority
- IEEE 802.1Q VLANs

- IEEE 802.1s Multiple Spanning Trees
- IEEE 802.3ad Link Aggregation Control Protocol (LACP)
- IEEE 802.3af Power over Ethernet
- IEEE 802.3at PoE+
- IEEE 802.3az Energy Efficient Ethernet
- IEEE 802.3x Flow Control
- RFC 768 UDP
- RFC 783 TFTP Protocol (revision 2)
- RFC 792 ICMP
- RFC 793 TCP
- RFC 826 ARP
- RFC 854 TELNET
- RFC 868 Time Protocol
- RFC 951 BOOTP
- RFC 1058 RIPv1
- RFC 1256 ICMP Router Discovery Protocol (IRDP)
- RFC 1350 TFTP Protocol (revision 2)
- IEEE 802.1v VLAN classification by Protocol and Port
- RFC 1519 CIDR IEEE 802.1w Rapid Reconfiguration of Spanning Tree
- RFC 1542 BOOTP Extensions IEEE 802.3ab 1000BASE-T
- RFC 1918 Address Allocation for Private Internet
- RFC 2030 Simple Network Time Protocol (SNTP) v4
- RFC 2131 DHCP
- RFC 2236 IGMP Snooping
- RFC 2453 RIPv2
- RFC 2865 Remote Authentication Dial In User Service (RADIUS)
- RFC 2866 RADIUS Accounting
- RFC 3046 DHCP Relay Agent Information Option
- RFC 3411 An Architecture for Describing Simple Network Management Protocol (SNMP) Management Frameworks
- RFC 3412 Message Processing and Dispatching for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3413 Simple Network Management Protocol (SNMP) Applications
- RFC 3414 User-based Security Model (USM) for version 3 of the Simple Network Management Protocol (SNMPv3)

- RFC 3415 View-based Access Control Model (VACM) for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3416 Protocol Operations for SNMP
- RFC 3417 Transport Mappings for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3418 Management Information Base (MIB) for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3575 IANA Considerations for RADIUS
- RFC 3576 Ext to RADIUS (CoA only)
- RFC 4541 Considerations for Internet Group Management Protocol (IGMP) and Multicast Listener Discovery (MLD) Snooping Switches
- RFC 4675 RADIUS VLAN & Priority
- RFC 4861 Neighbor Discovery for IP version 6 (IPv6)
- RFC 4862 IPv6 Stateless Address Autoconfiguration
- RFC 5905 Network Time Protocol Version 4: Protocol and Algorithms Specification
- UDLD (Uni-directional Link Detection)

Risco da não aquisição: A ausência de um dimensionamento adequado dos equipamentos de rede pode acarretar em lentidão, interrupções repentinas e falhas de acesso aos prontuários dos pacientes, causando um impacto significativo na assistência prestada.

Valor: R$ 150.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

<u>Rede WIFI</u>

Especificações Técnicas de Access Point's Wi-Fi.

- Quantitativo
  - 200x Radios Access Point's Wi-Fi.

  - Tipo de AP: Indoor, rádio 802.11ax WiFi 6 4x4 MU-MIMO
  - Suporte para até 512 dispositivos de clientes associados por rádio e até 16 BSSIDs por rádio.
  - Bandas de frequência compatíveis (as restrições específicas do país são aplicáveis):
  - 2,400 a 2,4835GHz
  - 5,150 a 5,250GHz

- 5,250 a 5,350GHz
- 5,470 a 5,725GHz
- 5,725 a 5,850GHz
- Tecnologias de rádio compatíveis:
- 802.11b: Sequência direta de espalhamento do espectro (DSSS).
- 802.11a/g/n/ac: multiplexação por divisão de frequências ortogonais (OFDM).
- 802.11ax: acesso múltiplo por divisão de frequência ortogonal (OFDMA) com até 16 unidades de recurso (para um canal de 80 MHz).
- Tipos de modulação compatíveis:
- 802.11b: BPSK, QPSK, CCK.
- 802.11a/g/n: BPSK, QPSK, 16-QAM, 64-QAM, 256-QAM (extensão proprietária).
- 802.11ac: BPSK, QPSK, 16-QAM, 64-QAM, 256-QAM, 1024-QAM (extensão proprietária).
- 802.11ax: BPSK, QPSK, 16-QAM, 64-QAM, 256-QAM, 1024-QAM.
- Compatibilidade de alto rendimento (HT) 802.11n: HT20/40
- Compatibilidade de altíssimo rendimento (VHT) 802.11ac: VHT 20/40/80/160.
- Suporte de alta eficiência (HE) 802.11ax: HE20/40/80/160.
- Taxas de dados compatíveis (Mbps) 1:
- 802.11b: 1, 2, 5,5, 11
- 802.11a/g: 6, 9, 12, 18, 24, 36, 48, 54
- 802.11n (2,4GHz): 6,5 a 300 (MCS0 a MCS15, HT20 a HT40)
- 802.11n (5GHz): 6,5 a 600 (MCS0 a MVC31, HT20 a HT40)
- 802.11ac: 6,5 a 3.467 (MCS0 a MCS9, NSS = 1 a 4, VHT20 a VHT160)
- 802.11ax (2,4GHz): 3,6 a 574 (MCS0 a MCS11, NSS = 1 a 2, HE20 a HE40)
- 802.11ax (5GHz): 3,6 a 4.803 (MCS0 a MCS11, NSS = 1 a 4, HE20 a HE160)
- Agregação de pacotes 802.11n/ac: A-MPDU, A-MSDU.
- Potência de transmissão: configurável em incrementos de 0,5 dBm.
- Potência máxima de transmissão (agregada, total conduzida) (limitada pelos requisitos regulatórios locais):
- Banda de 2,4 GHz: +21 dBm (18 dBm por cadeia)
- Banda de 5 GHz: +24 dBm (18 dBm por cadeia)
- Nota: os níveis de potência de transmissão conduzida excluem o ganho da antena. Para a potência de transmissão total (EIRP), inclua o ganho da antena.
- A coexistência celular avançada (ACC) minimiza o impacto da interferência das redes celulares.

- Combinação de máxima razão (MRC) para melhorar o desempenho do receptor
- Diversidade de atraso cíclico/diversidade de mudança cíclica (CDD/CSD) para melhorar o desempenho de RF de downlink.
- Código espaço-temporal de bloco (STBC) para aumentar a banda e melhorar a recepção.
- Verificação de paridade de baixa densidade (LDPC) para corrigir erros com alta eficiência e aumentar o rendimento.
- Formação de feixes de transmissão (TxBF) para aumentar a confiabilidade e o intervalo do sinal.
- Tempo de espera pretendido (TWT) do 802.11ax para suportar dispositivos de clientes de baixa potência.

Especificações Técnicas do Controlador Físico para os Access Points WiFi.

- Quantitativo
- 2x Controladores Físico para os Access Points WiFi

- Máximo de licenças de AP de campus ou remoto: 256
- Máximo de usuários/dispositivos simultâneos: 8.192
- Máximo de VLANs: 4.096
- Sessões de firewall ativas: 1 milhão (M)
- Túneis de GRE simultâneos: 4.096
- Sessões de IPsec simultâneas: 8.192
- Sessões de SSL simultâneas: 4.096
- Taxa de transferência de firewall (Gbps): 12
- Taxa de transferência com fio (Gbps): 12
- Taxa de transferência criptografada 3DES (Gbps): 5
- Taxa de transferência criptografada AES-CBC-256 (Gbps): 5
- Taxa de transferência criptografada AES-CCM (Gbps): 5
- Taxa de transferência criptografada AES-GCM-256 (Gbps): 5
- Formato/tamanho: 1xRU
- 10/100/1000BASE-T: 4xCombo
- 1000BASE-X: 4xCombo
- Portas de 10 G (suporte para 10 G ou 1 G): 2xSFP+
- Porta de console: micro USB,RJ-45
- Porta de gerenciamento fora da banda: Sim

Risco da não aquisição: A falta de acesso Wi-Fi em todos os ambientes do hospital impossibilita a implantação adequada do carrinho beira leito e dispositivos wireless, uma vez que esses equipamentos dependem de uma boa conectividade para funcionar de forma eficaz.

Valor: R$ 100.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

Cabeamento estruturado para rede WIFI

Especificações Materiais/Serviços.

- Material
  - 20.000 metros de cabo UTP CAT 6 LSZH Gigalan.
  - 20 unidades de patch panels CAT6 Gigalan.
  - 480 unidades de Keystone CAT 6 Gigalan.
  - 980 unidades de Patch Cord CAT 6 Gigalan.

- Serviços

  - Passagem de cabos, fechamento, certificação e identificação dos pontos.
  - Afixação de rádios WiFi.
  - OBS: Será necessário avaliação da estrutura de passagem de cabos.

Passagem de cabeamento estruturado (CAT6) para instalação de rede wi-fi para ser utilizados nos carros beira leitos, ramais móveis, notebooks e ferramentas que necessidade da tecnologia wi-fi. Não estamos considerando a instalação de calhas nos forros para passagem destes cabos.

Risco da não aquisição: A falta de um cabeamento estruturado para Wi-Fi impossibilita a instalação das antenas, uma vez que esse tipo de infraestrutura é fundamental para o correto funcionamento do sistema. O cabeamento estruturado é a base para a distribuição eficiente do sinal de Wi-Fi em todas as áreas do local, garantindo uma cobertura adequada e estável. Sem esse cabeamento adequado, as antenas não podem ser instaladas de forma eficaz, resultando em áreas com sinal fraco ou inexistente, o que compromete a conectividade em todo o ambiente.

Valor: R$ 330.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Valor: R$ 160.000,00 (Serviços) - Verba de CUSTEIO

Workstation para Laudo de Imagens

Especificações Técnicas.

- Especificação Workstation

  - Intel® Xeon® Silver 4210R (13.75 MB cache, 10 cores, 20 threads, 2.40 GHz to 3.20 GHz Turbo, 100 W)
  - Windows 11 Pro para Workstations (mais de 6 núcleos), português (Brasil)
  - Dual NVIDIA® Quadro® T400, 2 GB GDDR6, 3 mDP to DP adapters
  - 16 GB, 2 x 8 GB, DDR4, 2933 MHz, ECC
  - 1 Unidade de estado sólido (SSD) de 256GB, Classe 40
  - Intel NVMe PCIe SSD (Front PCIe FlexBay)
  - Teclado multimídia Dell KB216, preto, em Português (Brasil), ABNT2
  - Mouse Dell MS116 com fio preto
  - 16x DVD +/- RW drive
  - No Add-In Network Card (Integrated NIC only)
  - A unidade de boot ou o volume de boot é maior que 2 TB (selecione quando um HDD de 3 TB/4 TB for adquirido)
  - Intel Integrated controller (RST-e) with 1-2 Front FlexBay NVMe PCIe Drives,v2
  - 3 anos de serviço support On-Site

- Especificação Monitor

  - Tamanho tela 27"
  - Descrição Monitor de 27" 4K com Hub USB-C
  - Taxa de Proporção 16:9
  - Resolução 3840 x 2160
  - Tempo de Resposta 5 ms/ 8 ms
  - Iluminação LED
  - Tecnologia do Painel IPS
  - Premier Color Não
  - Taxa de Contraste (típico) 1000: 1
  - Luminosidade (Brilho) 350 cd/m²

- Ângulo de visão (vertical/horizontal) 178°/178°
- Tela Antirreflexo
- Conectividade HDMI 2.0; DP; USB-C; RJ45
- USB 2.0/3.0 Não; 4 x USB SuperSpeed downstream
- Cabos Inclusos dentro da Caixa Cabo de força; DP para DP, 1 x USB Super speed 10 Gbps (USB 3.2 Gen2) Tipo-C para Tipo-C upstream, 1 x USB Super speed 5 Gbps (USB 3.2 Gen1) Tipo-C para Tipo-A upstream, braçadeira
- Diferenciais 4K
- Barra de som (Opcional) SB521A ou SB522A
- Ergonomia Ajuste de Altura; Inclinação; Rotação da base; Giro (retrato/paisagem)
- Compatível com suporte VESA Sim (100 x 100 mm)

(6) Workstations para realização de laudos de imagens do PACS on-premisse (ultrassom, endoscopia, métodos gráficos) e para suprir eventuais quedas de links permitindo realizar os demais laudos localmente.

Risco da não aquisição: A falta de computadores de alta performance para a criação de laudos impacta negativamente o trabalho do médico radiologista, resultando em atrasos devido à formação de filas de laudos a serem analisados devido à lentidão dos sistemas. A carência de computadores de alta performance pode levar a um processamento lento de imagens médicas e dificultar o acesso rápido aos recursos necessários para a elaboração dos laudos. Como resultado, o médico radiologista enfrenta um aumento no tempo necessário para concluir cada laudo, o que acaba gerando uma fila acumulada de laudos a serem analisados.

Valor: R$ 176.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Telefonia

Especificações Técnicas da Central Telefônica.

- Quantitativo

  - 2x Centrais telefônicas – Principal + Redundante

- Especificações

- Input SIP Trunking
- URA Personalização
- Fila
- Transbordo
- Callcenter
- Gravações de chamadas
- Bilhetagem
- Tarifador
- API / KAPI's
- Troncos SIP/ISDN
- Salas de áudio conferencia
- Blacklist/Whitelist
- Siga-me
- Não perturbe
- Pré pago por ramal
- Controle de acesso as aplicações
- Espera telefônica personalizada
- Provisionamento de telefones IP e Gateway
- Modulo de envio/recebimento de SMS
- Relatórios
- Firewall
- DTMF/FSK
- Suporte NAT
- Ramais Remotos
- Servidor DHCP
- Protocolo SIP

Especificações Técnicas do Telefone SIP.

- <u>Protocolos</u>

  - SIP RFC3261, TCP/IP/UDP, RTP/RTCP, HTTP/HTTPS, ARP/RARP, ICMP, DNS (registro A, SRV, NAPTR), DHCP, PPPoE, SSH, TFTP, NTP, STUN, SIMPLE, LLDP-MED, LDAP, TR069, 802.1x, TLS, SRTP, CDP/SNMP/RTCP-XR

- <u>Interfaces de rede</u>

- Portas Ethernet de 10/100/1000 Mbps com detecção automática, comutador duplo e PoE integrado

➢ Teclas de recursos

- Teclas para 2 linhas com LED em duas cores e 2 contas SIP, 3 teclas sensíveis ao contexto com programação XML, teclas programáveis para 8 ramais com BLF em duas cores,5 teclas (navegação, menu). 13 teclas de função exclusivas para MUTE (silenciar), HEADSET (fones), TRANSFER (transferência), CONFERENCE (conferência), SEND (enviar) e REDIAL (rediscar), SPEAKERPHONE (viva-voz), VOLUME, PHONEBOOK (agenda), MESSAGE (mensagem), HOLD (espera), PAGE/INTERCOM (paginação/interfone), RECORD (gravar), HOME (início)

➢ Codecs de voz

- Suporta G.711µ/a, G.722 (banda larga), G.723, G.726-32, G.729 A/B, iLBC, DTMF em banda e fora de banda (em áudio, RFC2833, SIP INFO), VAD, CNG, AEC, PLC, AJB, AGC

➢ Recursos de telefonia

- Espera, transferência, encaminhamento (incondicional/sem resposta/ocupado), conferência de três vias, chamada em espera para conferência/captação de chamadas, exibição de chamadas compartilhadas (SCAm shared call appearance)/exibição de linhas transferidas (BLA, bridged line appearance), agenda para download (XML, LDAP, até 1000 itens), chamada em espera, histórico de chamadas (até 200 registros), discagem automática com aparelho ocupado, resposta automática, discagem com clique, plano de discagem flexível, uso compartilhado de recursos, toques musicais personalizados, redundância de servidores e failover

➢ Conector dos fones

- Conector RJ9 para fones (compatível com EHS com fones Plantronics)

➢ Áudio em HD

- Sim, aparelho e viva-voz HD com suporte a áudio em banda larga

- QoS

  - Qualidade serviço de camada 2 (802.1Q, 802.1P) e camada 3 (ToS, DiffServ, MPLS)

- Segurança

  - Controle de acesso de usuário e administrador, autenticação baseada em MD5 e MD5-sess, arquivo de configuração com criptografia AES de 256 bits, TLS, SRTP, HTTPS, controle de acesso à mídia 802.1x

- Upgrade/provisionamento

  - Upgrade de firmware via TFTP/HTTP/HTTPS, provisionamento em massa usando um arquivo de configuração XML com criptografia AES ou TR-069, FTP/FTPS

2 Central telefônica + 300 Ramais para comunicação interno/externo.

Observação: Pode se trocar a central atual (Intelbras) ou

Risco da não aquisição: Ausência de comunicação interna/externa.

Valor: R$ 200.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Nobreak para Computadores

Aquisição de 350 nobreaks de 700va Bivolt, equipamentos para suprir eventuais quedas e oscilações de energia. Importante para evitarmos que equipamentos não sejam danificados e o corrompimentos de arquivos.

Risco da não aquisição: Dano de computadores.

Valor: R$ 200.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Nobreak para Rack de TI Satélite

Aquisição de 15 nobreaks de 3500VA Bivolt, equipamentos para suprir eventuais quedas e oscilações de energia nos racks de TI satélite. Importante para evitarmos que equipamentos de rede não sejam danificados.

Risco da não aquisição: Dano nos equipamentos de rede.

Valor: R$ 140.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Rack Datacenter

Especificações Técnicas do NoBreak de Datacenter.

- Quantitativo
  - 1 unidade Nobreak de 48kVA / 48kW
- Principal
  - Main Input Voltage: trifásico
  - Other Input Voltage: 380 V, 400 V, 415 V
  - Main Output Voltage: 230 V, 400 V trifásico
  - Other Output Voltage: 380 V, 400 V, 415 V
  - Potência nominal em W: 48 kW
  - Potência nominal em VA: 48 kVA
  - Tipo de bateria: VRLA
  - Equipamentos fornecidos: Placa de Gerenciamento de Rede e Serviço de Partida.
- Geral
  - Conexão Bypass: 5 condutores (3 fases + neutro + aterramento)
  - Tolerância de Tensão de Bypass: +/- 10 % configurável como +/- 4, 6, 8 e 10 %
  - Corrente de Entrada Máxima de Bypass: 80 A
  - Dispositivo de Proteção de Bypass: 80 A
  - Number of power module filled slots: 3
  - Redundant: Yes
- Entrada
  - Frequência da rede: 40...70 Hz
  - Number of input connectors: 1 Conexão através de bornes 5 fius (3F + N + T)
  - Limites da tensão de entrada: 340...477 V
  - Corrente Máxima de Entrada: 98 A

- Capacidade de corrente de comutação: 100 A
- Tolerância Máxima contra Curtos (Icw): 30 kA
- Distorção Harmônica Total na Entrada: Inferior a 5% para plena carga
- Tipo de proteção de entrada: Fusível gL
- Load power factor: 0,5 adiantado a 0,5 retardado
- Input Power Factor at Full Load: 0,99

➢ Saída

- Potência Máxima Configurável (Watts): 48 kW
- Distorção harmônica: Menos de 2%
- Frequência de Saída (sincronizada com rede elétrica): 50/60 Hz +/- 3 Hz ajustável pelo usuário +/- 0.1 sincronizada com rede elétrica; 50 Hz +/- 0.1 % para 50Hz nominal não sincronizada; 60 Hz +/- 0.1 % para 60Hz nominal não sincronizada.
- Topologia: Dupla Conversão Online
- Tipo de Forma de Onda: Onda senoidal
- Tolerância da tensão de saída: Estática +/- 1%. +/- 5% para degrau de carga de 100%.
- Distorção Harmônica Total (THD) de Tensão de Saída: < 2% for 0 to 100% linear load and < 6% for full non-linear load
- Funcionamento com Sobrecarga: 10 minutos a 125% e 60 segundos a 150%.
- Proteção Necessária na Corrente de Saída: 100 A
- Bypass type: Bypass estático incluído
- Eficiência: 94 % (in battery operation)
- Maximum configurable power in VA: 48 kVA

➢ Bateria

- 16 unidades de Baterias para autonomia de 1hora e 40 minutos.

➢ PDU's

- 6 unidades de PDU 0U 32A 220V
- Gerenciáveis - SNMPv1/v2/v3
- Padrão IEC320 C13 FEMEA.
- 32 Amperes

Especificações Técnicas do Rack de Datacenter.

- Quantitativo
  - 3 unidades RACKs 48U 600MMX1070MM
- Provided equipment Baying hardware
  - Key(s)
  - Keyed-alike doors and side panels
  - Leveling feet
  - Mounting hardware
  - Pre-installed casters
  - Side panels

Especificações Técnicas do Ar condicionado de precisão de Datacenter.

- Quantitativo
  - 2 unidades Ar condicionado de precisão
- Especificação
  - Mode available: RACS/HACS/INROW.
  - Capacidade de eliminar até 40kW de calor térmico.
  - Expansão indireta.
  - Controle de umidade / Controle de condensação.
  - Controle de Fluxo de ar.
  - Gerenciável - SNMPv2/v3.
  - Controle de calor latente/sensível.
  - Monitor de ponto de orvalho.
  - Sensores de umidade/condensação/Fluxo de ar

Adequar datacenter com ar-condicionado próprio para topo de datacenter, piso elevado e nobreak. Necessário também adequar a rede elétrica dedicando um quadro geral para o datacenter.

Os equipamentos no datacenter e softwares são importantes para adicionar e manter a disponibilidade e proteção de Serviços de Tecnologia da Informação (Sistemas), imprescindível

na instituição, proporcionando a gestão, qualidade e atendimento aos pacientes referente a tomada de decisões embasada nas informações disponíveis (Exemplos: Dados de Prontuários, Prescrições Médicas, Resultados de exames, Gestão de estoques, indicadores, etc.). A correta climatização da área, elevação de piso e estrutura de contingência com nobreak, além de garantir a continuidade do negócio, garantem a segurança ambiental e dos dados.

Risco da não aquisição: Estruturação inadequada possibilitando a indisponibilidade dos sistemas e corrompimento de dados.

Valor: R$ 1.000.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Scanner

Especificação Técnica

- Portátil.
- Alinhamento Automático.
- Resolução Ótica: ADF - 600dpi
- Tipo de Scanner: Scanner de documentos colorido portátil
- Velocidade de até 25 ppm
- Digitalização duplex automática

50 Equipamentos profissionais para scannear documentos nas recepções e nas áreas administrativas/assistenciais, agilizando atendimento em áreas com impossibilidade de digitação em impressoras multifuncionais.

Risco de não aquisição: Falta de agilidade nas digitalizações de documentos em recepções, áreas administrativas e assistenciais, atrasando o atendimento ao paciente.

Valor: R$ 150.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Licenças Office 365

Aquisição de 1600 licenças de uso do pacote office 365(Word, Power Point, Excel, E-mail, Teams) + Patchings de segurança (DLP + MCAS). As licenças são por quantitativos de usuários e não pela quantidade de computadores.

Risco da não aquisição: Falta de ferramentas do pacote office e a utilização de e-mail corporativo.

Valor: R$ 2.000.000,00/ano - Verba de INVESTIMENTO

Celular Corporativo

Especificação Técnica

- 128GB Memória RAM ou Superior
- Processador Octa Core ou Superior
- Câmera com 12 megapixels ou superior
- Wifi 802.11 a/b/g/n/ac ou superior
- Android 12 ou superior

Quantidade: 50 aparelhos

A aquisição de celulares corporativos é uma medida estratégica que visa aprimorar a comunicação entre gestores, colaboradores e fornecedores, resultando em uma maior eficiência e agilidade nas operações entre as diferentes áreas da empresa. Além disso, ao utilizar celulares corporativos, a empresa pode implementar medidas de segurança adicionais, como criptografia e acesso restrito a aplicativos específicos, garantindo a proteção de dados sensíveis e a conformidade com as políticas internas de segurança.

Risco da não aquisição: A não aquisição de celulares corporativos pode prejudicar a comunicação mais eficiente, a produtividade e a segurança das informações da unidade.

Valor: R$ 3.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

Internet

Especificações Técnicas.

- 3x Link de internet 600Mbps UP/DOWN dedicada.

Risco da não aquisição: A ausência de links de internet de UP/DOWN dedicada pode ocasionar sérias consequências na atividade dos usuários, uma vez que o sistema principal opera online e depende de uma conexão estável para funcionar de forma adequada.

Valor: R$ 12.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

Telefonia Fixa

Especificações Técnicas

- Quantidade DDR: 400
- Quantidade de Canais: 60
- 1 Tronco Chave
- Tecnologia de Tronco: SIP Trunking

Risco da não aquisição: A falta de telefonia fixa representa um sério obstáculo para o recebimento e realização de ligações entre pacientes, familiares, fornecedores e médicos, o que prejudica significativamente a comunicação.

Valor: R$ 2.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

Telefonia Móvel

Especificações Técnicas

Plano de Telefonia Móvel para 50 Chips

- Voz Ilimitada
- Franquia Mínima de 12 GB
- Valor Mensal Fixo na Fatura

Risco da não aquisição: A ausência de telefonia móvel é um sério obstáculo que afeta negativamente o recebimento e realização de ligações, mensagens e e-mails entre pacientes, familiares, fornecedores e médicos, resultando em uma significativa deterioração na comunicação.

Valor: R$ 3.500,00/mês - Verba de CUSTEIO

Resumo:

ITEM	VERBA DE INVESTIMENTO	VERBA DE CUSTEIO
SISTEMA LABORATORIAL	R$ 180.000,00	R$ 30.000,00
SISTEMA PACS	R$ 350.000,00	R$ 100.000,00
ADITIVO COMPUTADORES E NOTEBOOKS	-	R$ 100.000,00
UPGRADE COMPUTADORES EXISTENTES	R$ 180.000,00	-
RAMAIS CÓDIGOS EMERGENCIAIS	-	R$ 60.000,00
FIREWALL + ZERO TRUST	-	R$ 120.000,00
NAC	-	R$ 40.000,00
MFA	-	R$ 30.000,00
SERVIDORES, STORAGE E BACKUP	R$ 3.000.000,00	-
OUTSORCING DE IMPRESSÃO	-	R$ 95.000,00
ANTIVIRUS	R$ 150.000,00	-
TV + PC SMALL	R$ 800.000,00	-
CARRO BEIRA LEITO	R$ 640.000,00	-
LEITOR DE CÓDIGO DE BARRAS	R$ 250.000,00	-
REDE DE DADOS	-	R$ 150.000,00
REDE WIFI	-	R$ 100.000,00
CABEAMENTO ESTRUTURADO REDE WIFI	R$ 330.000,00	R$ 160.000,00
WORKSTATION PARA LAUDO DE IMAGENS	R$ 176.000,00	-
TELEFONIA	R$ 200.000,00	-
NOBREAK PARA COMPUTADORES	R$ 200.000,00	-
NOBREAK PARA RACK DE TI SATELITE	R$ 150.000,00	-
RACK DATACENTER	R$ 1.000.000,00	-
SCANNER	R$ 150.000,00	
OFFICE 365	R$ 2.000.000,00	-
CELULAR CORPORATIVO	-	R$ 3.000,00
INTERNET DEDICADA	-	R$ 12.000,00
TELEFONIA FIXA	-	R$ 2.000,00
TELEFONIA MÓVEL	-	R$ 3.500,00
TOTAL:.....	**R$ 9.756.000,00**	**R$ 1.005.500,00**

14.5. Inventário de todos os ativos permanentes

Contratação de empresa para realizar inventário e vistoria de todos os ativos permanentes do Hospital (equipamentos, mobiliários e outros) no momento da transferência de responsabilidade da operação para a SBIBAE. Este processo também mapeará necessidades futuras de aquisição de equipamentos ou manutenções necessárias, preventivas ou corretivas.

14.6. Assessment

Realizar avaliação dos principais sistemas de infraestrutura, instalações prediais e principais equipamentos médicos (como por exemplo a Tomografia) no momento de transição permitindo o conhecimento do status atual e intervenções necessárias, corretivas e preventivas, com detalhamento dos riscos, e de criticidade.

A contratação do Assessment tem como objetivo identificação das capacidades subutilizadas e inadequações de projeto que podem aumentar sua eficiência e economia, identificação dos pontos de falhas aumentando a confiabilidade e disponibilidade, avaliação e mitigação de possíveis impactos na operação, prevenção de forma proativa de problemas de infraestrutura, adequação às normas e padrões exigidos pelos clientes e auditores, dentre outras atividades que visam a segurança da unidade. O Assessment se dá através de visitas de avaliação in loco, análises de projetos e documentações, levantamento de informações com as áreas envolvidas, estudos e cálculos das condições encontradas, por empresa terceira, como uma auditoria de instalação.

14.7. Diagnóstico situacional de equipamentos de prevenção e combate a incêndio

Realizar a avaliação e auditoria de todos os equipamentos de prevenção e combate a incêndio disponíveis no HUGO e, se necessário, realizar as adequações para atender a legislação vigente, buscando o atendimento da certificação da CERCOM, mitigando risco para operação.

14.7.1. Objetivos da Prevenção e Combate a Incêndio

A prevenção e combate a incêndio tem como objetivos principais:

- Desenvolver e implementar um Plano de Emergência Contra Incêndio;

- Proteger a vida contra os riscos oriundo de um incêndio;
- Dificultar/restringir a propagação do incêndio, reduzindo danos ao meio ambiente e ao patrimônio;
- Proporcionar meios de controle e extinção do incêndio;
- Dar condições de acesso para as operações do Corpo de Bombeiros Militar;
- Proporcionar a continuidade dos serviços nas edificações e áreas de risco.

14.7.2. Principais medidas preventivas de Prevenção e Combate a Incêndio

- Adoção das orientações e medidas previstas nas Legislações e Instruções Técnicas do Corpo de Bombeiros Militar;
- Planejamento e implementação das medidas adequadas de prevenção e combate a incêndio;
- Possuir sistemas de detecção e extinção do fogo;
- Instale os extintores de incêndio, sempre em locais de fácil acesso;
- Programas de treinamento e conscientização sobre prevenção e combate a incêndio;
- Possuir saídas de emergência dimensionadas e sinalizadas corretamente;
- Inspeções regulares para verificação dos sistemas de combate a incêndio;
- Manutenções periódicas nas instalações elétricas;
- Evite sobrecarregar as tomadas para que não haja curto-circuito;
- Manter ambiente sempre limpo e organizado;
- Deixar produtos inflamáveis apropriados.

14.7.3. Normas que embasam as necessidades

✓ *Conforme previsto na Norma Técnica 21/2014 CBMGO, nas ocupações ou locais de trabalho, a quantidade de extintores será determinada pelas condições seguintes, estabelecidas para uma unidade extintora:*

***"5.1.2.** Os extintores portáteis devem ser distribuídos de tal forma que o operador não percorra mais que:*

RISCO BAIXO - 25 m

RISCO MÉDIO - 20 m

RISCO ALTO - 15 m "

- ✓ *Norma Técnica 21/2014 CBMGO*

NFPA 10 - Standart for portable fire extinguishers.

NBR 12693 - Sistema de proteção por extintores de incêndio.

NBR 12962 - Inspeção, manutenção e recarga em extintores de incêndio.

NBR 13485 - Manutenção de terceiro nível (vistorias em extintores de incêndio).

NBR 15808 - Extintores de incêndio portáteis.

NBR 15809 - Extintores de incêndio sobre rodas

- ✓ *Conforme previsto na Norma Técnica 20/2014 CBMGO, 6.1.3 A sinalização de orientação e salvamento, a saber:*

A sinalização de saída de emergência apropriada deve assinalar todas as mudanças de direção, saídas, escadas etc., e ser instalada segundo sua função.

- ✓ *Conforme previsto na Norma Técnica 22/2014 CBMGO, 5.11.2.2 Cada esguicho instalado deve ser adequado aos valores de pressão, vazão de água e de alcance de jato, para proporcionar o seu perfeito funcionamento, conforme dados do fabricante.*

- ✓ *Conforme previsto na Norma Técnica 22/2014 CBMGO, 5.11.3.1 A mangueira de incêndio para uso de hidrante deve atender às condições da NBR 11861.*

- ✓ *Conforme previsto na Norma Técnica 19/2014 CBMGO Sistema de detecção e alarme de incêndio.*

Instrução Técnica n. 19/2011 – CBPMESP.

NBR 11836 – Detectores automáticos de fumaça para proteção contra incêndio.

NBR 13848 – Acionador manual para utilização em sistemas de detecção e alarme de incêndio.

NBR 17240 – Sistemas de detecção e alarme de incêndio – projeto, instalação, comissionamento e manutenção de sistemas de detecção e alarme de incêndio – Requisitos.

14.8. Adequações das áreas assistenciais e apoio aos requisitos de RDC, legislações e vigilância sanitária.

De maneira resumida, há necessidade de adequação dos leitos com rede de gases, climatização, adequação dos banheiros para pacientes, adequação de isolamentos em UTI de acordo com RDC e isolamentos em leitos de enfermaria, adequação de pias e álcool distribuídos nas áreas assistenciais, adequação do espaço da nutrição, adequação de geradores, entre outras ações. Todas as áreas serão auditadas e avaliadas conformidades e não conformidades, traçando-se plano de adequação com prioridades de curtíssimo, curto, médio e longo prazo.

15. Estimativa Mensal de Atividade – Metas de Produção

O Hospital estará dimensionado para atender as metas pactuadas e as necessidades dos pacientes. A alta eficiência será buscada em todos os setores e, havendo a possibilidade de realizar maiores volumetrias ou atender a outras necessidades da SES, as metas poderão ser revistas e alteradas, mediante autorização da SES.

Em especial, para o setor de exames diagnósticos, as metas descritas abaixo são apenas as para SADT externo. Ele está dimensionado para funcionar 24 horas por dia para atender os pacientes internados, urgências e emergências.

Internação	Número de Saídas Hospitalares
	Meta Mensal
1. Clínica Cirúrgica	1119
2. Clínica Neurológica	46
3. Clínica Médica	328
Cirurgias Eletivas	Meta Mensal
1. Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro	200
2. Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo)	150
3. Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo (com ou sem OPME)	70
4. Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo porte maior (com ou sem OPME)	30
Ambulatório	Meta Mensal
1. Consulta Médica na atenção especializada	4000
2. Consulta Multiprofissional na atenção especializada	1000
3. Pequenos procedimentos ambulatoriais (faturamento via BPA)	405
4. Pequenos procedimentos ambulatoriais (faturamento via APAC)	200
5. Hospital Dia	456
SADT Externo	Meta Mensal
1. Colonoscopia	100
2. Eletrocardiograma	300
3. Endoscopia digestiva	130
4. Radiografia	600
5. Radiografia com contraste	100
6. Endoscopia via urinária	30
7. Tomografia computadorizada (com e sem contraste	250
8. Ultrassonografia	100
9. Ultrassonografia doppler	180

FA.2 ÁREA DE QUALIDADE

O Sistema Einstein de Qualidade e Segurança (SEQS) é um conjunto de programas gerenciais consagrados que sistematiza o planejamento, a formulação e a operacionalização dos processos assistenciais e de apoio, necessários para garantir a excelência nos serviços prestados tanto na saúde privada quanto nas unidades públicas sob gestão do Einstein.

Um sistema dinâmico que permite a revisão e atualização dos padrões e critérios adotados como referenciais, com flexibilidade suficiente para possibilitar a adequação às diferentes unidades da Sociedade.

O objetivo é identificar oportunidades de melhorias nos processos assistenciais e de apoio e utilizar ferramentas da qualidade para a identificação, correção e prevenção de novas ocorrências. A responsabilidade pela segurança é de todos os colaboradores, mas especialmente das lideranças.

O Einstein integra importantes iniciativas nacionais e internacionais para a melhoria da assistência e da segurança do paciente, lideradas por instituições como Joint Commission International, o Institute for Healthcare Improvement e a Organização Mundial da Saúde.

1. Princípios do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança (SEQS)

O SEQS tem suas ações e diretrizes difundidas por todos os setores da Sociedade. Tem governança definida e matricialidade, cascateada até cada serviço, responsável pela execução das estratégias definidas.

Missão SBIBAE

"*Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira".*

Propósito da Sociedade (SBIBAE)

" *Entregar vidas mais saudáveis, levando uma gota de Einstein para cada cidadão*".

Visão SBIBAE

" Ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão de conhecimento e pelo comprometimento com a responsabilidade social".

Preceitos Judaicos universais

A ética e os preceitos universais como valores para a vida e para a prática profissional:

- **Refuá** - Significa saúde, cura ou o retorno à saúde alterada pela doença.
- **Tsedaká** - Significa solidariedade humana. Abrange simultaneamente as ideias de filantropia e de justiça social, exercidas como princípios de vida.
- **Chinuch** - Significa educação e traz dentro de si o conceito de melhoria do ser humano por meio do conhecimento e do estudo.
- **Mitzvá** - Significa o dever de cumprimento dos mandamentos bíblicos.

Valores Fundamentais da Sociedade (SBIBAE)

1. Honestidade: lidar com a realidade como ela é e honrar os compromissos.
2. Verdade: adequar o que é dito ao que é.
3. Integridade: coerência entre os valores e as ações.
4. Diligência: zelo e cuidado em todas as tarefas que são executadas.
5. Justiça: não discriminar as pessoas sob qualquer forma, seja com base na raça ou classificação étnica, idade, sexo, religião, filosofia, capacidade física, origem socioeconômica orientação sexual, inteligência, saúde mental ou física, atributos genéticos, comportamento, atratividade, local de origem, valores culturais ou posição política.
6. Altruísmo: preocupação com o bem-estar dos outros, sem esperar reciprocidade.
7. Autonomia: capacidade de fazer escolhas e conduzir suas próprias ações.
8. Profissionalismo: se vale a pena ser feito, deve ser bem feito.
9. Trabalho em equipe: cooperação para atingir as metas e objetivos.

2. Princípios e Diretrizes do Sistema Einstein da Qualidade e Segurança

O princípio do SEQS é assegurar que a SBIBAE seja reconhecida globalmente como uma das organizações líderes em termos de excelência de qualidade, segurança e inovação no âmbito da saúde por meio do alcance da Alta Confiabilidade.

a) **Quintuple Aim® (ou quíntuplo objetivo):** Conceito criado pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI) que define que as instituições devem atuar em cinco frentes para entregar valor em Saúde:

a.1. **Melhorar a Experiência do Cuidado**: ao fornecer assistência segura, eficaz e confiável, para cada paciente, em todas as oportunidades;
a.2. **Melhorar a saúde das populações**: concentrando-se na prevenção e no bem-estar;
a.3. **Reduzir o custo per capita dos cuidados de saúde**: melhoria contínua e aplicação do conhecimento científico para eliminar desperdício, futilidade e aplicar os recursos de modo mais eficiente e eficaz.
a.4. **Cuidado ao trabalhador de saúde:** adotar estratégias para melhorar a experiencia dos profissionais de saúde em reconhecimento ao crescente desafio do

esgotamento (ou seja, exaustão, cinismo e insatisfação profissional) entre médicos e outros membros da força de trabalho de saúde.

a.5. **Equidade:** promoção da equidade em saúde.

A busca pela Governança **Quintuple Aim®** deve ser constante e consiste no exercício diário das lideranças e equipes de trabalho em desenvolver e atualizar projetos de melhorias dentro do quíntuplo objetivo.

b) **As seis dimensões da Experiência do Cuidado**, estabelecidos pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América do Norte (IOM):

b.1. **Assistência Focada no Paciente**: prover assistência que atenda e respeite as preferências, necessidades e valores dos pacientes.

b.2. **Assistência no Tempo Adequado**: reduzir esperas e atrasos, por vezes prejudiciais, àqueles que recebem e prestam os cuidados.

b.3. **Eficiência**: evitar desperdícios e mau uso de suprimentos, equipamentos, idéias e energia.

b.4.**Eqüidade**: respeito à igualdade de direito de cada um. Prover assistência cuja qualidade não varie em função de características pessoais, tais como: gênero, etnia, condições socioeconômicas ou localização geográfica.

b.5. **Efetividade** prover serviços adequados àqueles que deles se beneficiarão; Uso responsável dos recursos - evitar uso excessivo ou insuficiente.

b.6. **Segurança do Paciente**: evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente.

c) **Segurança** (paciente, colaborador e ambiente):questão estratégica, com um compromisso firme e visível de toda a liderança na eliminação ou mitigação de riscos na assistência ao paciente, na prática dos profissionais e no ambiente da Saúde. A Governança e Direção propõem o uso continuado do Decálogo da Segurança, estabelecendo o nível de expectativa e compromisso da liderança com qualidade e segurança:

c.1. Decisão e interesse do nível mais estratégico.

c.2. Responsabilidade da supervisão.

c.3. Refletida como prioridade – no cotidiano, nas reuniões e discussões; nas políticas e procedimentos, que refletem padrões de qualidade e excelência.

c.4. Metas e resultados mensurados.
c.5. Eventos adversos notificados, analisados e recomendações retroalimentadas.
c.6. Riscos avaliados e monitorados.
c.7. Comunicação aberta e frequente.
c.8. Auditoria para verificar a adesão.
c.9. Bons resultados comemorados, incentivados e premiados.
c.10. Suporte qualificado e treinamento permanente.

d) **Organização de Alta Confiabilidade (HRO)**: são organizações que operam em domínios complexos e de alto risco por longos períodos sem acidentes graves ou falhas catastróficas (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ, 2016). Nessa perspectiva, o SGQS tem como meta estratégica zerar os eventos adversos catastróficos e reduzir em 50% dos eventos com dano grave ao paciente. Os 5 elementos da Alta Confiabilidade são:

d.1) **Intolerância às falhas**: pensar ativamente sobre o que pode dar errado e estar alerta aos sinais de problemas potenciais.
d.2) **Relutância em simplificar**: buscar explicações mais profundas do que superficiais para as falhas nos processos
d.3) **Consciência Situacional**: entender o contexto das suas atividades dentro da organização e dentro deste contexto, podem reforçar ou ameaçar a segurança.
d.4) **Valorização do conhecimento dos profissionais da operação**: escutar aqueles que realizam e, portanto, conhecem a atividade no detalhe.
d.5) **Compromisso com a resiliência**: assumir que os sistemas não são confiáveis, identificar ameaças rapidamente, respondendo antes que os problemas causem dano.

e) **Acreditações e certificações**: utilizados como conjunto de padrões e práticas que representam direcionadores e barreiras de segurança fundamentais para o controle de sistemas complexos e de processos críticos para a segurança do paciente, dos profissionais e do ambiente. Os programas vigentes na instituição contemplam a Joint Commission International Hospitalar desde 1999 e diversas certificações específicas tanto no cuidado público quanto no privado.

f) **Experiência do Paciente** - seguimos a definição do Beryl Institute que diz que a experiência do paciente é a somatória de todas as interações, moldadas pela cultura da organização, que influenciam a percepção do paciente por meio da continuidade do cuidado. A identidade Einstein de Atendimento é denominada SPA – Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos detalhes.

3. Finalidade, Missão e Visão do Programa de Qualidade e Segurança

Finalidade

- Dar suporte às abordagens sistêmicas da organização relativas ao planejamento, desenho, medidas, avaliações e melhoria do desempenho organizacional.
- Ser um programa colaborativo entre os Serviços Clínicos e de Suporte, Gerenciamento e Vigilância dos Riscos e Corpo Clínico.

Missão do Programa de Qualidade e Segurança

Liderar as ações sistêmicas para oferecer cuidados de excelência; pela promoção das melhores práticas baseadas em evidências, cultura de segurança, adesão às regulamentações, processos e políticas que levem à melhoria dos desfechos.

Visão do Programa de Qualidade e Segurança

Ter a Sociedade (SBIBAE) reconhecida como uma organização líder em excelência de Qualidade e Segurança em todas as dimensões dos cuidados, operações, ensino e pesquisa.

4. Estrutura de Suporte à Qualidade e Segurança

Estrutura Organizacional e Funcional da Qualidade

A alta direção da SBIBAE (Board), por meio do COMEX (diretorias executivas da Sociedade) e do Comitê de Qualidade, Assistência e TI (CQA), estabelece diretrizes para o Sistema Einstein de Gestão da Qualidade e Segurança.

A composição do Comitê de Qualidade, Assistência e TI

- Membros Efetivos do Comitê da Qualidade, Assistência e TI:
    - Vice-Presidente e Coordenador do CQA

- Presidente da Sociedade
- 4 Vice-Presidentes (Médicos)
- 2 Conselheiros Convidados
- Diretor Clínico e representante do Corpo Clínico no Compact Physician
- Diretor Superintendente
- Diretor HIAE
- Diretor de Prática Médica, Qualidade e Segurança e representante HIAE no Compact Physician
- Diretor MDA
- Diretora de Tecnologia da Informação
- Diretor de Inovação
- Convidado – membro do corpo clínico e representante do Corpo Clínico no Compact Physician
- Convidado – membro do corpo clínico
- Gerência da Segurança, Qualidade e Experiência
- Médica – Relacionamento TI
- Diretora Unidade Hospitalar Morumbi
- Gerência da Experiência do Paciente MDA
- Convidada – Experiência de Pacientes Notórios
- Convidada - Relacionamento Médico e representante do HIAE no Compact Physician
- Representante HIAE no Compact Physician
- Convidada - Representante do Corpo Clínico no Compact Physician
- Convidada - Representante do Conselho de Pacientes Internos e Externos
- Convidada – Representante do Conselho de Pacientes Idosos

- A Diretoria de Prática Médica, Qualidade e Segurança (DPMQS) institucional enquanto membro do CQA e o Comex (diretorias executivas da SBIBAE) são responsáveis pelo desdobramento das diretrizes estratégicas em ações táticas e operacionais. Propõem modificações necessárias ao Programa de Qualidade e Segurança do Paciente, de acordo com necessidades identificadas interna e externamente, para a apreciação e aprovação do COMEX e CQA, anualmente.

- Os serviços e comissões, norteados pelas diretrizes e princípios do SGQS, operacionalizam o Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança por meio de suas atividades, compartilhando informações e estabelecendo ações junto às áreas.

- As unidades e serviços, públicos e privados, representam o cenário onde o Programa está implementado, sendo monitorado e aprimorado com o compromisso das lideranças e a condução dos serviços e comissões. A participação dos pacientes e familiares, em conjunto com as necessidades levantadas junto às unidades, é conduzida ao COMEX por meio dos Diretores Executivos, para a garantia de melhoria contínua dos processos e resultados.

Atribuição do Comex e da Diretoria de Prática Médica, Qualidade e Segurança (DPMQS)

Os membros do Comex têm a função garantir a execução do plano estratégico da SBIBAE e implantação das decisões tomadas pelo Comitê da Qualidade, Assistência e TI além de garantir a comunicação entre os diversos níveis da estrutura organizacional.

O COMEX por meio da DPMQS responde pelo planejamento estratégico e desdobramento das diretrizes de qualidade e segurança estabelecidas pelo Comitê de Qualidade, Assistência e TI para todas as áreas da SBIBAE.

Atribuições e Composição do Comitê da Qualidade, Assistência e TI (CQA) e COMEX

As atribuições conjuntas do CQA e COMEX são estratégicas e incluem:

- Definir e aprovar diretrizes gerais para o Sistema Einstein de Gestão da Qualidade e Segurança (SGQS);
- Aprovar o Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente;
- Vice-Presidente da Mesa Diretora
- Avaliar os resultados dos indicadores estratégicos e analisar as ações de melhorias propostas pelas áreas envolvidas;
- Aprovar a inclusão ou exclusão de novas acreditações, certificações e prêmios.

As demais atribuições do COMEX para a Qualidade e Segurança são estratégicas e incluem:

- Estabelecer planejamento orçamentário para os recursos necessários ao desenvolvimento do SGQS;
- Aprovar a implementação de novos sistemas e processos necessários para melhoria da qualidade e segurança do paciente, assim como, a modificação dos já existentes ou a exclusão destes.

Atribuições da Diretoria de Prática Médica, Qualidade e Segurança (DPMQS) com o Suporte dos Serviços, Comissões, Comitês e Conselhos que integram o Programa da Qualidade e Segurança

As atribuições da Diretoria de Prática Médica, Qualidade e Segurança (DPMQS), serviços, comissões, comitês e conselhos são tático-operacionais e incluem:

- Identificar e propor prioridades para o Sistema Einstein de Gestão da Qualidade e Segurança e para o Programa de Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança.
- Propor planos, políticas, diretrizes e práticas necessárias para a implementação, gerenciamento, monitoramento e melhorias do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança.
- Propor a implementação de novos sistemas e processos necessários para melhoria da qualidade e segurança, assim como a modificação dos já existentes.
- Prever recursos necessários ao desenvolvimento da qualidade e segurança na SBIBAE e implementação das ações propostas no Programa de Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança.
- Prever treinamento e qualificação necessários ao desenvolvimento e segurança dos profissionais para a prática médica e assistencial, para a implementação de ações propostas no Programa de Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança desde a admissão com a Trilha Institucional do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança, Bem como demais iniciativas que compreendem: a formação das tríades de qualidade e segurança, treinamento das ferramentas de qualidade para execução dos trabalhos de melhoria setorial, formação de especialistas em Ciência da Melhoria e Fellows, trilha de habilidades comportamentais e o Programa de Desenvolvimento de Habilidades e Competências em Qualidade e Segurança.

- Propor indicadores clínicos e administrativos, medidas de processo, resultado ou equilíbrio, para o monitoramento dos serviços em consonância com o Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança; dar suporte às lideranças para a análise crítica dos resultados, analisar e apoiar as ações de melhorias propostas pelas áreas envolvidas e acompanhar as implementações das ações.
- Propor ferramentas de qualidade e segurança a serem empregadas no SGQS.
- Realizar auditorias internas de qualidade e segurança.
- Dar suporte às áreas para a implementação de novas acreditações e certificações no hospital, coordenar, apoiar e acompanhar as auditorias externas das certificações existentes;
- Mapear processos essenciais e críticos para o negócio e propor redesenho quando pertinente por meio de projetos e/ou em parceria com a área de Melhoria Contínua.
- Identificar os pacientes e serviços de alto risco da Instituição, cooperando para o desenvolvimento de diretrizes e procedimentos para estes cuidados, além de prover treinamento específico para o corpo assistencial envolvido nos serviços de alto risco; avaliar os serviços de alto risco, como parte integrante do programa de melhoria da qualidade; Os serviços de alto risco na Sociedade consideram a complexidade dos pacientes, riscos dos procedimentos executados bem como a frequência e gravidade dos eventos adversos. Os setores assistenciais considerados de alto risco, em todo o Sistema Einstein público ou privado, são:
    - Unidade de Pronto Atendimento
    - Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensivas
    - Oncologia: Unidade de Internação, TMO e Ambulatório
    - Centros Cirúrgicos, RPAs, Centro Obstétrico e Centro de Parto
    - Diálise
    - Transplantes de Órgãos Sólidos
    - Unidade de Apoio ao paciente com comorbidades psiquiátricas
    - Cardiologia Hemodinâmica
    - Intervenção por Imagem
    - Endoscopia
    - Neonatologia: Berçário e CTI Neonatal
    - Pediatria: Unidade de Internação e UTI Pediátrica
    - Maternidade
    - Geriatria

A avaliação dos serviços de alto risco é feito por meio de mapeamento proativo de riscos e projetos focados nos processos críticos com os gestores das áreas e um representante da DPMQS. Esta avaliação considera os riscos relacionados à estrutura, processos, indicadores e eventos adversos ocorridos nas áreas com uma frequência mínima de um projeto de avaliação de risco proativo anualmente.

- Coordenar o Sistema de Gerenciamento e Vigilância dos Riscos.

A Diretoria de Prática de Médica, Qualidade e Segurança é composta por profissionais da equipe interdisciplinar e implementam ações para a operacionalização do Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança de forma integrada e colaborativa com líderes assistenciais, administrativos e de apoio.

A organização possui um processo estruturado para identificação e análise de riscos por meio de mapeamento das áreas, com foco na prevenção e mitigação de eventos adversos ao paciente, colaborador e ambiente. A análise dos riscos é compartilhada com a organização por meio da biblioteca de riscos. A Política "Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos" e "Política de Gestão de Risco Corporativo" descreve toda a prática adotada na Sociedade.

Atribuições das Lideranças de áreas assistenciais, administrativas e de apoio:

- Implementar o Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança nas unidades/serviços.
- Garantir os recursos humanos, materiais e tecnológicos necessários para a implementação e o desenvolvimento do Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança nas unidades/serviços.
- Adotar os padrões de qualidade e metodologias para a melhoria contínua, em conformidade com as diretrizes do SGQS.
- Mover a equipe para a cultura orientada para a segurança e a melhoria contínua da qualidade.
- Garantir a notificação, registro e análise dos Eventos Adversos (EAs) e participar da análise de Eventos Adversos Graves e Catastróficos (EAG) conduzidos pelo time do GVR. Além disso, garantir a implementação das ações necessárias para a melhoria e segurança dos processos.
- Assegurar ambiente de aprendizado nas unidades e a transparência das informações para um ambiente livre de punições e o estabelecimento da cultura de segurança.

- Agir proativamente para a análise, redução ou eliminação de riscos que comprometam a segurança dos pacientes, familiares, colaboradores e ambiente.
- Promover a comunicação efetiva com a equipe e a comunicação entre a equipe e as estruturas da organização.
- Garantir treinamento e qualificação para todos os níveis de profissionais da área.
- Garantir o monitoramento efetivo da segurança na área e ser ágil na implementação de ações e solução de problemas.

5. Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente

O Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança destina-se a fornecer um quadro de princípios orientadores para todos os participantes na provisão de cuidado. Esta estrutura define a expectativa e incentiva todos a participar pro ativamente no processo de melhoria e na manutenção de uma cultura orientada para a segurança.

O Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança facilita a identificação das principais funções da organização; a avaliação da qualidade, segurança e a adequação dessas funções; a geração de melhorias mensuráveis e de conhecimento; accountability (responsabilidade e autoridade pelo conhecimento) dos profissionais; a influência para mudanças necessárias em órgãos reguladores internos e externos e o suporte necessário para promover a transparência na comunicação.

O Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança é um acordo de colaboração com os serviços de apoio clínico, programas clínicos, gerenciamento de risco e equipe médica e assistencial da Sociedade. O escopo integra todos os serviços e departamentos clínicos que garantem o atendimento ao paciente, incluindo serviços contratados. Departamentos desenvolvem metas anuais contratadas com a Diretoria para abordar e apoiar a melhoria dos cuidados, tratamento, serviços e resultados de segurança que se alinham com a missão da Sociedade. Essas metas se tornam a essência das atividades de melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente em toda a organização.

O Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança apoia a abordagem sistemática em toda a organização: planejar, projetar, medir, avaliar e melhorar o desempenho organizacional. Iniciativas são projetadas para:

- ✓ Obter resultados ideais para o paciente e experiência do paciente e da família
- ✓ Apoiar a força de trabalho comprometida com a segurança
- ✓ Melhorar a utilização apropriada de recursos, reduzir desperdícios
- ✓ Mitigar os riscos e perigos do atendimento
- ✓ Desenvolver e compartilhar melhores práticas
- ✓ Criar ambiente colaborativo e de aprendizado onde todos ensinam e todos aprendem

A instituição usa uma abordagem para melhorar a qualidade clínica e de serviços que inclui três processos: medição, análise e melhoria. Cuidados com o paciente e processos e resultados de serviços são medidos através do uso de indicadores de qualidade e técnicas de coleta de dados. Análise da coleta dos dados são usados para determinar os níveis de desempenho e quantificar a variação nos processos e nos resultados.

Onde houver uma oportunidade identificada de melhoria, a decisão de agir dependerá do processo de priorização que considera os fatores referenciados nos princípios norteadores. Quando uma oportunidade para melhoria é priorizada para ação, ferramentas como Planejar-Executar-Verificar-Agir (PDCA/PDSA) ou outras metodologias como Lean Six Sigma e Ciência da Melhoria são empregadas para impulsionar e agilizar a mudança.

Finalidade, Missão e Visão do Programa de Qualidade e Segurança

Finalidade

Dar suporte às abordagens sistêmicas da organização relativas ao planejamento, desenho, medidas, avaliações e melhoria do desempenho organizacional.

Ser um programa colaborativo entre os Serviços Clínicos e de Suporte, Gerenciamento e Vigilância dos Riscos e Corpo Clínico.

Missão

Liderar as ações sistêmicas para oferecer cuidados de excelência; pela promoção das melhores práticas baseadas em evidências, cultura de segurança, adesão às regulamentações, processos e políticas que levem à melhoria dos desfechos.

Visão

Ter a Sociedade (SBIBAE) reconhecida como uma organização líder em excelência de Qualidade e Segurança em todas as dimensões dos cuidados, operações, ensino e pesquisa.

Direcionadores do Programa de Qualidade e Segurança

- Oferecer qualidade e segurança nos serviços clínicos e demonstrar resultados superiores
- Garantir a melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente por meio da identificação sistemática de riscos, análise dos eventos adversos e implantação de melhorias
- Avaliar desempenho da organização com medidas objetivas e relevantes
- Alcançar melhorias de modo sistemático pela colaboração entre nossos profissionais, pacientes, familiares, programas clínicos, serviços, fornecedores e pagadores
- Estabelecer a cultura de prevenção de danos aos pacientes e colaboradores
- Identificar e dar foco nos processos que são importantes para nossos usuários e implementar mudanças que irão aumentar a satisfação
- Otimizar a alocação de recursos para garantir a oferta de cuidados de qualidade e segurança
- Desenvolver a cultura de aprendizado e de compartilhamento do conhecimento

Comunicação com Pacientes e Familiares, Corpo Clínico e Equipe Multiprofissional

- Pacientes e familiares são encorajados a expressar suas preocupações com a segurança na assistência e no ambiente assistencial.
- Ao serem admitidos, os pacientes recebem informações encorajando-os a se expressar, fazer perguntas, verbalizar suas preocupações.
- Pacientes e familiares são encorajados a levar suas preocupações à gestão da organização e desde a admissão.
- Corpo clínico recebe orientação quando eles são admitidos na organização, incluindo sobre a notificação de eventos e questões de segurança.
- Corpo clínico recebe informações sobre qualidade e segurança pela liderança, em reuniões periódicas das especialidades e organizacionais.

- Equipe multiprofissional recebe informações sobre segurança durante as orientações iniciais e de modo regular.
- Equipe multiprofissional é encorajada a resolver suas preocupações com a segurança diretamente com seus supervisores e recebem feedback sobre eventos de modo sistemático.
- Equipe multiprofissional é educada sobre as estratégias para qualidade e segurança por cursos formais, oficinas, de briefings e feedbacks.

6. Metas Internacional de Segurança do Paciente

A Joint Commission é uma organização não governamental norte-americana que realiza acreditação desde 1953, sendo a principal agência de acreditação em saúde dos Estados Unidos, atuando em mais de 70 países, entre eles a Alemanha, a Dinamarca, a Espanha, a Hungria, a Rússia, a Turquia, os Emirados Árabes e a África do Sul.

Em 1999, o Hospital Israelita Albert Einstein foi o primeiro hospital, fora dos Estados Unidos e Europa, a receber a acreditação da Joint Commission International (JCI).

O Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente estabelece as Metas Internacionais de Segurança propostas pela Joint Commission International como essenciais para a segurança do paciente e para a prática dos profissionais na prestação da assistência segura no cuidado público ou privado.

As Metas Internacionais de Segurança asseguram uma assistência adequada, segura e de qualidade, reduzindo o risco de erros e ocorrência de eventos adversos.

- **Meta 1:** Identificar os pacientes corretamente - os dois identificadores padronizados institucionalmente são: nome completo do paciente e número de prontuário, usados para identificar o paciente e rotular os elementos associados aos planos de cuidados. Sendo que a data de nascimento e idade podem ser utilizadas, como itens adicionais, para identificação do paciente. As situações especiais e exceções estão na política específica. A verificação da identificação é obrigatória antes: admissão do paciente, realização de exames, digitação e liberação de laudos, procedimentos cirúrgicos e anestésicos,

tratamentos em geral, administração de medicamentos, instalação de sangue e hemoderivado.

- **Meta 2:** Melhorar a eficácia da comunicação - três aspectos são pontuados nesta meta: passagem de plantão (ferramenta I-PASS), comunicação de resultados críticos diagnósticos (incluindo exames realizados à beira leito), ordem verbal e telefônica.

- **Meta 3:** Melhorar a segurança de Medicamentos de Alta Vigilância e Medicamentos com aparência/grafia ou sons semelhantes - cuidado na prescrição, preparo, administração, armazenamento e dispensação de eletrólitos de alta concentração, insulinas, anticoagulantes, opioides, quimioterápicos e medicamentos com nomes e sons parecidos, cujas listas são revisadas anualmente.

- **Meta 4:** Garantir a Cirurgia Segura - assegurar cirurgias e procedimentos invasivos com local de intervenção correto, demarcação do local de intervenção cirúrgica, procedimento correto e paciente correto, através de processos de verificação pré-operatória Check-in, Time Out e verificação pós-operatória Checkout.

- **Meta 5:** Reduzir Riscos de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde - garantir a implementação e adesão ao Programa de Higienização das Mãos.

    - **Meta 5.1:** Bundles de Prevenção de Infecção: garantir a implementação das intervenções baseadas evidências na prevenção da Infecção da Corrente Sanguínea, Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, Infecções do Trato Urinário associado à Cateter Vesical, Infecção do Sítio Cirúrgico, protocolo Gerenciado de Sepse, assim como, monitoramento de indicadores de processo e resultado para melhorias.

- **Meta 6:** Prevenção e redução do risco de lesões ao paciente decorrentes de Queda - garantir a implementação e adesão ao Protocolo Prevenção de Queda dos pacientes Internados e Externos quanto a avaliação de risco e medidas preventivas.

7. Magnet

O Einstein é o primeiro hospital da América Latina a conquistar o título Magnet®, em julho de 2022, considerado o maior reconhecimento pela excelência de práticas e estratégias de enfermagem no mundo.

O Programa de Reconhecimento Magnet®, coordenado pela American Nurses Credentialing Center (ANCC), é conduzido como uma jornada de cinco pilares, com acompanhamento contínuo de melhorias com base em indicadores assistenciais e de gestão internacionais, validado a cada três anos. Os cinco pilares são:

- Liderança transformacional

Avalia a promoção de transformações com base em visão, influência, conhecimento clínico e uma forte competência em relação à prática profissional de enfermagem;

- Prática profissional exemplar

Analisa como os enfermeiros praticam, colaboram, se comunicam e se desenvolvem profissionalmente para fornecer cuidados de alta qualidade baseados em valores como ética, trabalho em equipe, autonomia, apoio a especialistas, entre outros;

- Estrutura de empoderamento

Observa pontos como governança da prática assistencial, engajamento e empoderamento de enfermeiros da beira do leito, decisão assistencial compartilhada em comitês / conselhos, melhor prática assistencial e excelência no desfecho clínico do paciente;

- Novos conhecimentos, inovações e melhorias

Compreende a educação e conhecimento da enfermagem sobre a prática baseada em evidências. Também considera a pesquisa em processos clínicos e operacionais, permitindo exploração adequada das melhores e mais seguras práticas para atendimento aos pacientes, além do engajamento em inovação pela equipe de enfermagem;

- Resultados empíricos

Mensura resultados de qualidade categorizados em termos de resultados clínicos sensíveis ao cuidado de enfermagem; resultados da força de trabalho; resultados do paciente e do consumidor; e resultados organizacionais.

- Prática Baseada em Evidências (PBE)

As organizações reconhecidas pelo Magnet trabalham com a Prática Baseada em Evidências (PBE), amplamente reconhecida por melhorar a qualidade e segurança da assistência à saúde, além da redução de custos evitáveis.

No Einstein, o núcleo de prática baseada em evidências nasceu em 2021, com o objetivo de capacitar e desenvolver enfermeiros assistenciais na utilização da ciência disponível nas práticas assistenciais aos pacientes. O processo conta com cinco etapas:

Perguntas a partir de um problema da prática;

Levantamento com alta eficiência da literatura científica disponível;

- Avaliação crítica das evidências encontradas quanto a sua qualidade e aplicabilidade clínica;
- Integração da avaliação crítica com a experiência clínica e aplicação dos resultados na prática;
- Avaliação dos resultados e desempenho da implementação.

A Certificação Magnet faz parte do Planejamento Estratégico também para os Hospitais Públicos sob gestão Einstein e, a preparação do HUGO para alcançar esta certificação começará desde o início da gestão.

FA.2.1. QUALIDADE OBJETIVA

1. COMISSÕES

Serão implantadas todas as Comissões obrigatórias e comissões relevantes para funcionamento em Unidade Hospitalar, a saber:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

b) Comissão de Verificação de Óbitos;

c) Comissão de Ética Médica;

d) Comissão de Ética em Enfermagem;

e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

f) Comissão de Residência Médica (COREME);

g) Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);

h) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

i) Comissão de Farmácia e Terapêutica;

j) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

k) Comissão de Proteção Radiológica;

l) Comissão de Biossegurança;

m) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

n) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);

o) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

p) Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

q) Comitê Transfusional;

r) Comitê de Compliance;

s) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;

t) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

u) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

v) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

w) Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

x) Comissão Interna de Qualidade

y) Comissão de Prevenção e cuidados com Integridade da pela

z) Núcleo Interno de Regulação

Todos os detalhes destas comissões estão nos anexos de Projeto.

Além destas, implantaremos outras comissões e comitês, também detalhados nos anexos, a saber:

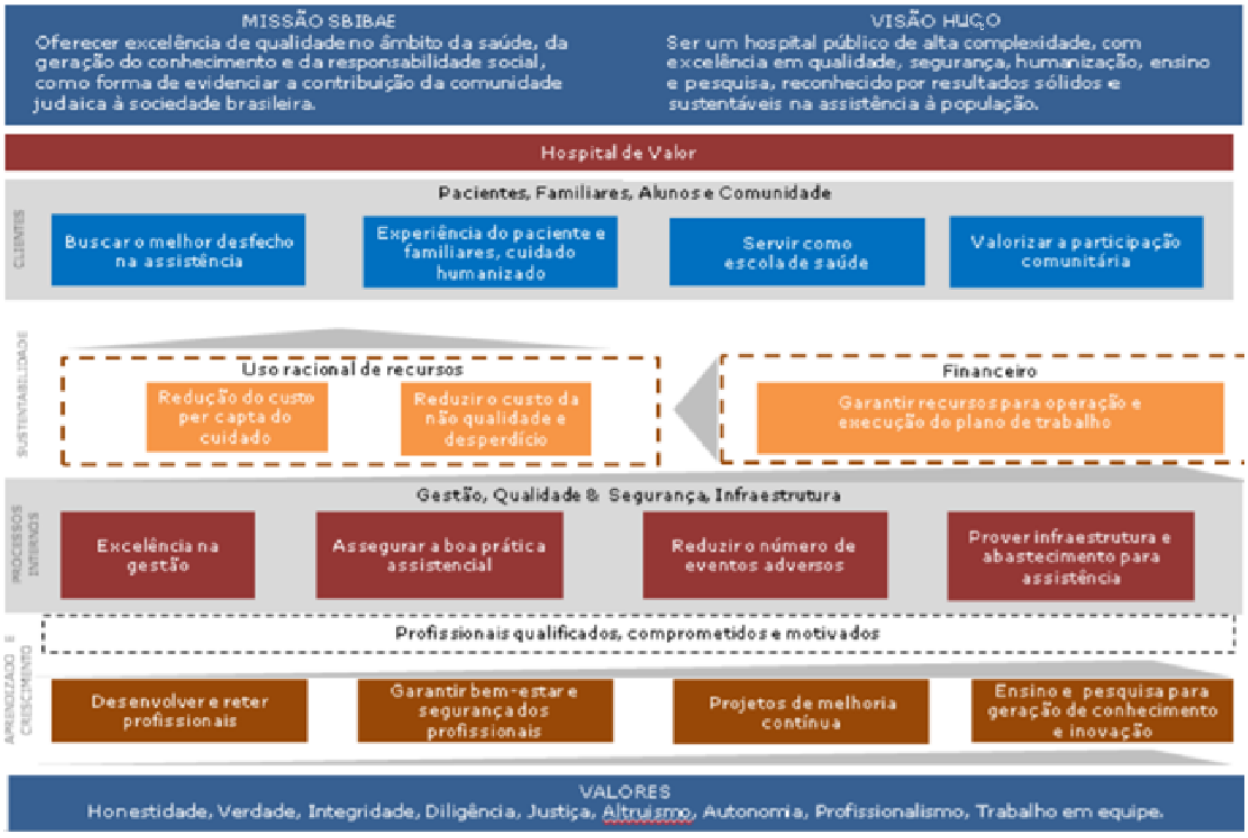
- Comitê de Terminalidade e Cuidados Paliativos;
- Comissão de Integração;
- Núcleo de Gerenciamento de Eventos Adversos Comportamentais – NUGEAC;
- CIHDOTT;
- Comissão de Homologação de Materiais e Medicamentos

O Hospital terá Núcleo de Qualidade e Gerenciamento de Risco, reportando diretamente à Diretoria do Hospital, analisando os eventos adversos, oportunidades de melhoria, gerenciando os riscos assistenciais e monitorando e acompanhando os indicadores do Hospital, além de apoiar o desenvolvimento da prática médica e assistencial no Hospital.

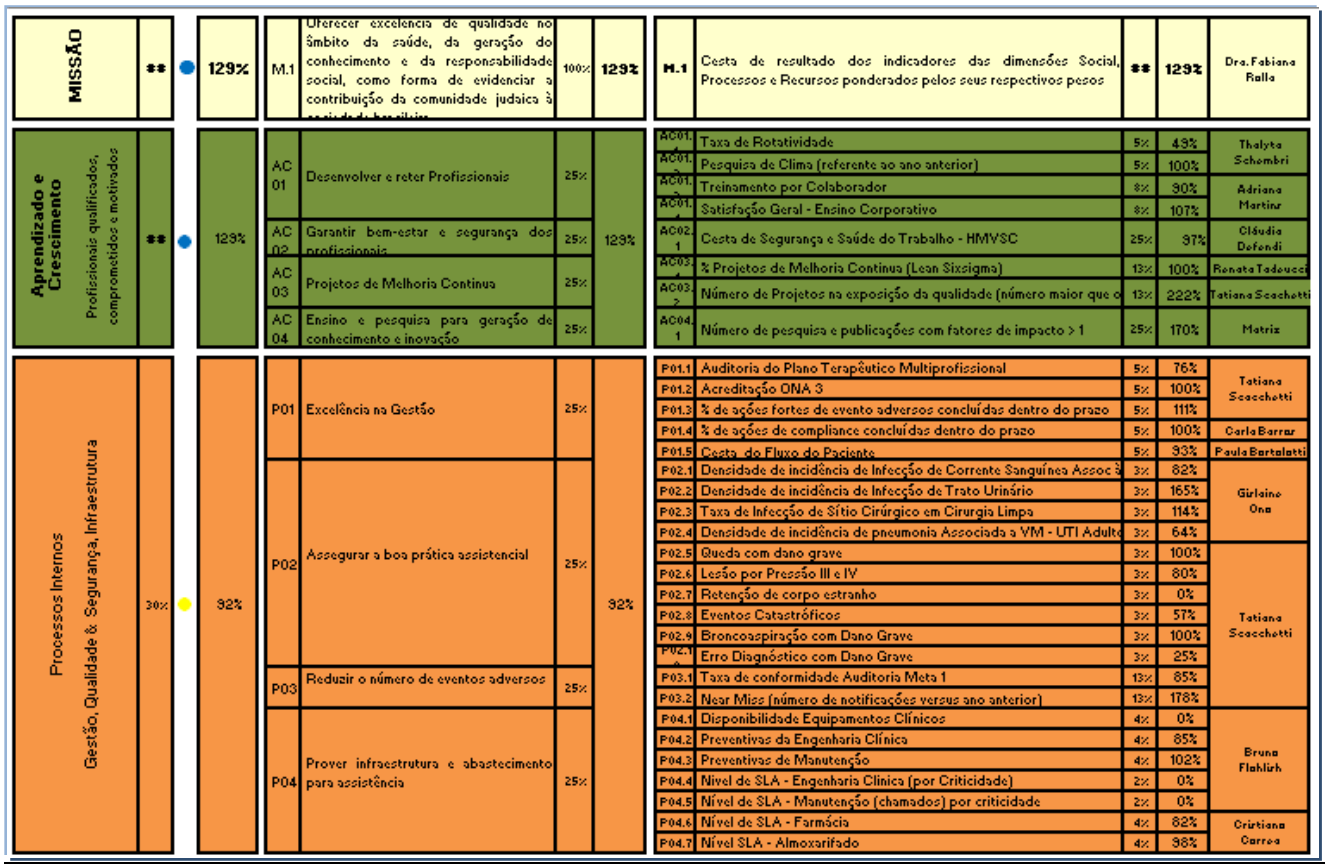
2. MAPA ESTRATÉGICO – VISÃO DE FUTURO

A direção do Hospital terá com apoio um mapa estratégico que traduzirá o modelo de gestão e indicadores que nortearão as suas atividades, baseados em missão, visão e valores, onde cada dimensão no mapa estratégico será representada por diversos indicadores que traduzem toda a operação Hospitalar, do ponto de vista estratégico, incluindo, operação, assistência e gestão de apoio operacional e financeira.

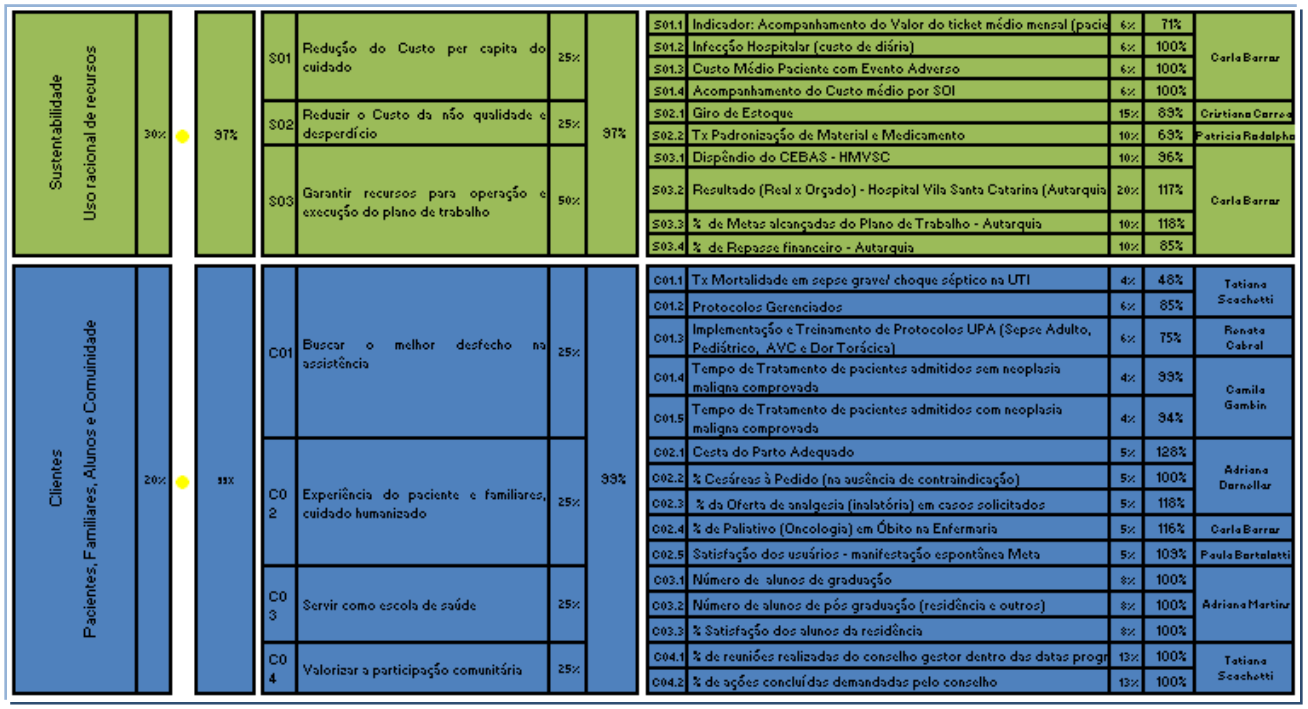
Mapa estratégico inicial do HUGO – será revisado após o primeiro ano e funcionamento do Hospital sob gestão do Einstein.



Abaixo, seguem **exemplos** de indicadores que são monitorados desta maneira no HMVSC, hospital público sob gestão Einstein. Os indicadores do HUGO serão definidos com sua liderança local, nos primeiros 12 meses de gestão.



MISSÃO	**	129%	M.1	Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à	100%	129%	**M.1**	Cesta de resultado dos indicadores das dimensões Social, Processos e Recursos ponderados pelos seus respectivos pesos	**	129%	Dra. Fabiana Rolla
Aprendizado e Crescimento Profissionais qualificados, comprometidos e motivados	**	129%	AC 01	Desenvolver e reter Profissionais	25%	129%	AC01.1	Taxa de Rotatividade	5%	49%	Thalyta Schembri
							AC01.2	Pesquisa de Clima (referente ao ano anterior)	5%	100%	
							AC01.3	Treinamento por Colaborador	8%	90%	Adriana Martins
							AC01.4	Satisfação Geral - Ensino Corporativo	8%	107%	
			AC 02	Garantir bem-estar e segurança dos profissionais	25%		AC02.1	Cesta de Segurança e Saúde do Trabalho - HMVSC	25%	97%	Cláudia Defendi
			AC 03	Projetos de Melhoria Continua	25%		AC03.1	% Projetos de Melhoria Continua (Lean Sixsigma)	13%	100%	Renata Tadeucci
							AC03.2	Número de Projetos na exposição da qualidade (número maior que o	13%	222%	Tatiana Scachetti
			AC 04	Ensino e pesquisa para geração de conhecimento e inovação	25%		AC04.1	Número de pesquisa e publicações com fatores de impacto > 1	25%	170%	Matrix
Processos Internos Gestão, Qualidade & Segurança, Infraestrutura	30%	92%	P01	Excelência na Gestão	25%	92%	P01.1	Auditoria do Plano Terapêutico Multiprofissional	5%	76%	Tatiana Scachetti
							P01.2	Acreditação ONA 3	5%	100%	
							P01.3	% de ações fortes de evento adversos concluídas dentro do prazo	5%	111%	
							P01.4	% de ações de compliance concluídas dentro do prazo	5%	100%	Carla Barrar
							P01.5	Cesta do Fluxo do Paciente	5%	93%	Paula Bartolatti
			P02	Assegurar a boa prática assistencial	25%		P02.1	Densidade de incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Assoc à	3%	82%	Girlaine Ona
							P02.2	Densidade de incidência de Infecção de Trato Urinário	3%	165%	
							P02.3	Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgia Limpa	3%	114%	
							P02.4	Densidade de incidência de pneumonia Associada a VM - UTI Adulto	3%	64%	
							P02.5	Queda com dano grave	3%	100%	Tatiana Scacchetti
							P02.6	Lesão por Pressão III e IV	3%	80%	
							P02.7	Retenção de corpo estranho	3%	0%	
							P02.8	Eventos Catastróficos	3%	57%	
							P02.9	Broncoaspiração com Dano Grave	3%	100%	
							P02.10	Erro Diagnóstico com Dano Grave	3%	25%	
			P03	Reduzir o número de eventos adversos	25%		P03.1	Taxa de conformidade Auditoria Meta 1	13%	85%	
							P03.2	Near Miss (número de notificações versus ano anterior)	13%	178%	
			P04	Prover infraestrutura e abastecimento para assistência	25%		P04.1	Disponibilidade Equipamentos Clínicos	4%	0%	Bruna Flahlirh
							P04.2	Preventivas da Engenharia Clínica	4%	85%	
							P04.3	Preventivas de Manutenção	4%	102%	
							P04.4	Nível de SLA - Engenharia Clínica (por Criticidade)	2%	0%	
							P04.5	Nível de SLA - Manutenção (chamados) por criticidade	2%	0%	
							P04.6	Nível de SLA - Farmácia	4%	82%	Cristiana Correa
							P04.7	Nível SLA - Almoxarifado	4%	98%	



Sustentabilidade Uso racional de recursos	30%	97%	S01	Redução do Custo per capita do cuidado	25%	97%	S01.1	Indicador: Acompanhamento do Valor do ticket médio mensal (paciê	6%	71%	Carla Barrar
							S01.2	Infecção Hospitalar (custo de diária)	6%	100%	
							S01.3	Custo Médio Paciente com Evento Adverso	6%	100%	
							S01.4	Acompanhamento do Custo médio por SOI	6%	100%	
			S02	Reduzir o Custo da não qualidade e desperdício	25%		S02.1	Giro de Estoque	15%	83%	Cristiana Correa
							S02.2	Tx Padronização de Material e Medicamento	10%	63%	Patricia Radalpho
			S03	Garantir recursos para operação e execução do plano de trabalho	50%		S03.1	Dispêndio do CEBAS - HMVSC	10%	36%	Carla Barrar
							S03.2	Resultado (Real x Orçado) - Hospital Vila Santa Catarina (Autarquia	20%	117%	
							S03.3	% de Metas alcançadas do Plano de Trabalho - Autarquia	10%	118%	
							S03.4	% de Repasse financeiro - Autarquia	10%	85%	
Clientes Pacientes, Familiares, Alunos e Comunidade	20%	99%	C01	Buscar o melhor desfecho na assistência	25%	99%	C01.1	Tx Mortalidade em sepse grave/ choque séptico na UTI	4%	48%	Tatiana Scachetti
							C01.2	Protocolos Gerenciados	6%	85%	
							C01.3	Implementação e Treinamento de Protocolos UPA (Sepse Adulto, Pediátrico, AVC e Dor Torácica)	6%	75%	Renata Cabral
							C01.4	Tempo de Tratamento de pacientes admitidos sem neoplasia maligna comprovada	4%	99%	Camila Gambin
							C01.5	Tempo de Tratamento de pacientes admitidos com neoplasia maligna comprovada	4%	94%	
			C02	Experiência do paciente e familiares, cuidado humanizado	25%		C02.1	Cesta do Parto Adequado	5%	126%	Adriana Darnollar
							C02.2	% Cesáreas à Pedido (na ausência de contraindicação)	5%	100%	
							C02.3	% da Oferta de analgesia (inalatória) em casos solicitados	5%	118%	
							C02.4	% de Paliativo (Oncologia) em Óbito na Enfermaria	5%	116%	Carla Barrar
							C02.5	Satisfação dos usuários - manifestação espontânea Meta	5%	109%	Paula Bartolatti
			C03	Servir como escola de saúde	25%		C03.1	Número de alunos de graduação	8%	100%	Adriana Martins
							C03.2	Número de alunos de pós graduação (residência e outros)	8%	100%	
							C03.3	% Satisfação dos alunos da residência	8%	100%	
			C04	Valorizar a participação comunitária	25%		C04.1	% de reuniões realizadas do conselho gestor dentro das datas progr	13%	100%	Tatiana Scachetti
							C04.2	% de ações concluídas demandadas pelo conselho	13%	100%	

O HUGO tem atualmente certificação pela ONA nível 1. Serão mantidas as auditorias de manutenção e definido plano para upgrade da certificação nível 2 e posteriormente nível 3.

3. ENSINO

Ao longo de seus mais de 60 anos de história, o Einstein se consolidou como uma instituição de excelência, reconhecida pela qualidade da assistência, práticas de gestão, capacidade de inovar e liderar positivas transformações no universo da saúde.

São os conhecimentos, competências e experiências acumulados nessa trajetória que permitem ao Einstein ser referência em outra área de atividade: o Ensino.

Desde a inauguração da Faculdade de Enfermagem e da Escola Técnica, em 1989, o Ensino Einstein tem crescido continuamente. Menos de 10 anos depois, em 1998, foi criado o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEP), que seguiu progredindo e resultou, em 2004, na criação do Centro de Educação em Saúde Abram Szajman, dedicado ao Ensino e desde o início apoiado pela família Szajman.

No decorrer dos anos, multiplicam-se os cursos de todos os níveis, incluindo pós-graduação lato sensu e stricto sensu, MBA, residência médica e multiprofissional, atualização profissional, Atualização Médica Personalizada, Ensino Médio Técnico, cursos à distância e soluções corporativas, além de eventos científicos focados em temas relevantes para a saúde.

Com isso, ampliou-se também o acesso de milhares de profissionais de todo o país a formações, capacitações e atualizações. São médicos, enfermeiros, equipes multiprofissionais e gestores, entre outros, que reforçam a sua bagagem de conhecimentos em benefício dos pacientes, das instituições, do desenvolvimento do setor de saúde no Brasil e de suas próprias carreiras.

As aulas práticas receberam reforços nos anos de 2005 e 2007, com o nascimento do Centro de Experimentação e Treinamento em Cirurgia e do Centro de Simulação Realística, respectivamente. E, posteriormente, novas Unidades de Ensino foram inauguradas em São Paulo e outros estados, como Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Docentes de alto nível, tecnologias, metodologias e soluções pedagógicas de ponta são elementos diferenciadores do Ensino Einstein. Tudo isso contribui para os caminhos de conhecimento que preparam profissionais para lidar com a dinâmica de avanços e inovações na

área da saúde e com os crescentes desafios associados a fatores como envelhecimento da população, novas tecnologias e aumento de custos.

As transformações no setor de saúde são cada vez mais intensas e velozes. Por isso, o Ensino Einstein segue investindo na formatação de novos cursos, incorporação de novas metodologias e ampliação de sua estrutura.

Em 2022 inaugurou o novo Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein - Campus Cecília e Abram Szajman, que reúne todos os requisitos e tecnologias para se tornar um dos mais avançados centros de ensino e pesquisa médica da América Latina.

A área de Ensino da Instituição é um universo em expansão, porque essa é a forma de o Einstein compartilhar aquilo que tem de melhor: conhecimentos que agregam valor aos profissionais e ajudam a impulsionar o desenvolvimento do setor de saúde no Brasil.

O Ensino terá forte atuação no HUGO, não apenas mantendo e desenvolvendo os programas que já são existentes no Hospital como propondo novas ações na frente ensino, detalhadas em anexo.

4. PESQUISA

Gerar conhecimento científico por meio de métodos rigorosos de qualidade e integridade na condução de pesquisas, focadas em Genética Molecular; Terapia Celular; *Big Data*; Doenças Infectocontagiosas e Envelhecimento - faz parte do dia a dia do Einstein. Criado há mais de duas décadas, o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP) amplia as fronteiras do conhecimento, dá suporte à medicina baseada em evidência, gera inovação e move a busca pela excelência na atenção à saúde.

Nos últimos três anos, o Einstein publicou cerca de 3.100 artigos, em periódicos científicos relevantes, com mais de 18 mil citações.

O Einstein desenvolve um trabalho reconhecido internacionalmente atestado por sua produtividade e colaborações com relevantes centros de pesquisa nacionais e internacionais. Em 2022, a organização publicou 606 artigos em periódicos com fator de impacto maior que 1, isto é, com maior número de citações em trabalhos científicos, e obteve 6.991 citações.

No mesmo período, a Pesquisa do Einstein somou 1.102 projetos de pesquisa, entre iniciados e em andamento e concluídos.

O Einstein é pioneiro na América Latina na instalação de um Escritório de Integridade Científica, que audita de forma independente os projetos de pesquisa para assegurar que sejam conduzidos de forma responsável, eficiente e ética.

Em 2022, o Einstein passou pela avaliação periódica do *Scientific Advisory Board* (SAB). O SAB é um dos órgãos externos que avaliam a qualidade da pesquisa realizada no Einstein. Formado por um grupo de profissionais de notório saber na área da ciência e da saúde, o SAB oferece um olhar estratégico e sugere caminhos para o desenvolvimento da instituição em processos de análise que ocorrem a cada quatro anos. Os SABs são uma prática comum em instituições de pesquisa de referência no mundo, mas na América Latina o Einstein foi pioneiro em adotá-la, em 2010.

O SBA concluiu que, desde a última visita, há 4 anos, houve um grande progresso, rápido e constante na qualidade e no volume da Pesquisa do Einstein, medido por uma variedade de indicadores, além da resposta rápida e de qualidade à situação pandêmica com um excelente registo de publicações científicas que se traduziram num aumento acentuado das citações científicas e da visibilidade em geral.

O fomento à pesquisa faz parte do DNA Einstein e o Centro de Pesquisa tem atuação matricial, com a inclusão do HUGO como uma unidade de pesquisa, sob tutela das legislações, comitês e políticas que regem a Pesquisa Einstein. Detalhes estão em anexo a este plano.

FA.2.2. Qualidade subjetiva

A experiência do paciente e seus acompanhantes e seu acolhimento tem pilar central nas ações que serão desenvolvidas no HUGO.

Os usuários terão manual informativo explicando os funcionamentos e horários de visita do hospital, serviço de atendimento ao usuário para receber críticas, elogios, sugestões e apoiar, em tempo real, os usuários em momentos de dúvida e de situações difíceis, em sinergia com o núcleo de hospitalidade.

Estarão disponíveis no Hospital informações sobre canais para comunicação dos usuários com o Hospital, permitindo os registros que quiserem fazer e posterior resposta da unidade à sua demanda. O nível de satisfação do usuário será medido através do NPS (Net Promoter Score), mensalmente avaliado e discutido com a liderança e as áreas.

1. Programa Experiência do Paciente

O Programa Experiência do paciente do SBIBAE, difundido por todas as unidades sob sua gestão, tem suas estratégias definidas por um diagrama direcionador que tem como base os padrões de qualidade da Joint Commission International (JCI), ONA e Planetree.

O Programa de Experiência do Paciente é parte do Planejamento Estratégico da Sociedade e possui metas e indicadores que são gerenciados através de um dashboard e focados em melhoria contínua, colocando o paciente no centro do cuidado com o propósito de promover a melhor experiência ao paciente seguindo os **princípios do SPA** (Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos Detalhes) e do Planetree (Cuidado Centrado na Pessoa).

A meta é aumentar progressivamente a fidelização do paciente através da mensuração obtida pelo NPS (Net Promoter Score).

O Programa de Experiência do Paciente faz interface com os seguintes componentes:

Engajamento do Colaborador e Médico;
Engajamento e Educação do Paciente;
Eficiência Operacional;
Capacitação e treinamento;
Eficiência Operacional e fluxo do paciente;
Ambiente;
Visão do Paciente e Métricas;
Segurança do Paciente e Transparência;
Desfechos;
Cuidado Centrado na Pessoa (nutrição, espiritualidade, medicina integrativa, entretenimento);
Transformação digital.

O Programa segue a definição do *Beryl Institute* que diz que a experiência do paciente é a somatória de todas as interações, moldadas pela cultura da organização, que influenciam a percepção do paciente por meio da continuidade do cuidado.

No escopo do programa de Experiência do Paciente foi criada a Identidade Einstein de Atendimento denominada **SPA – "Segurança", "Paixão em servir" e "Atenção aos detalhes"**. O significado de cada letra (S-P-A) e respectivos componentes expressam o

comportamento e a atitude esperados dos profissionais que atuam na assistência ou no atendimento ao paciente e às pessoas em geral, em todas as unidades.

S = SEGURANÇA

A segurança é um valor da Instituição. A vida e a saúde dos pacientes, familiares e colaboradores são nossa prioridade. O ambiente, os processos e as atitudes devem oferecer condições seguras para todos, prevenindo acidentes e incidentes de qualquer natureza.

COMPONENTES (SEGURANÇA)

- Possuo consciência situacional e tenho percepção de risco
- Sou qualificado e capacitado profissionalmente
- Escuto a voz do paciente, família e colega
- Valorizo a transparência e o aprendizado com o erro, nenhum erro é tão grande que não possa ser corrigido
- Mantenho a confidencialidade das informações do paciente sob minha responsabilidade

P = PAIXÃO EM SERVIR

Como fazemos as coisas!
Atitude genuína de servir ao próximo com amor, humildade, respeito e empatia, demonstrando comprometimento, prontidão, colaboração e acolhimento.

COMPONENTES (PAIXÃO EM SERVIR)

- Sou comprometido com a Missão
- Sou solidário com paciente e família
- Sou sensível para a necessidade do outro e tenho empatia
- Cuido e sirvo bem
- Sou cooperativo e colaborativo

A = ATENÇÃO AOS DETALHES

Buscar encantar pacientes e familiares, cuidando de todos os detalhes, e proporcionando a melhor experiência no atendimento.

COMPONENTES (ATENÇÃO AOS DETALHES)

- Nada é tão pequeno que não mereça a minha atenção
- Eu antecipo as necessidades do paciente
- Atendo com prontidão e agilidade
- Reconheço a importância da consistência em tudo que faço
- Não é comigo, mas é!

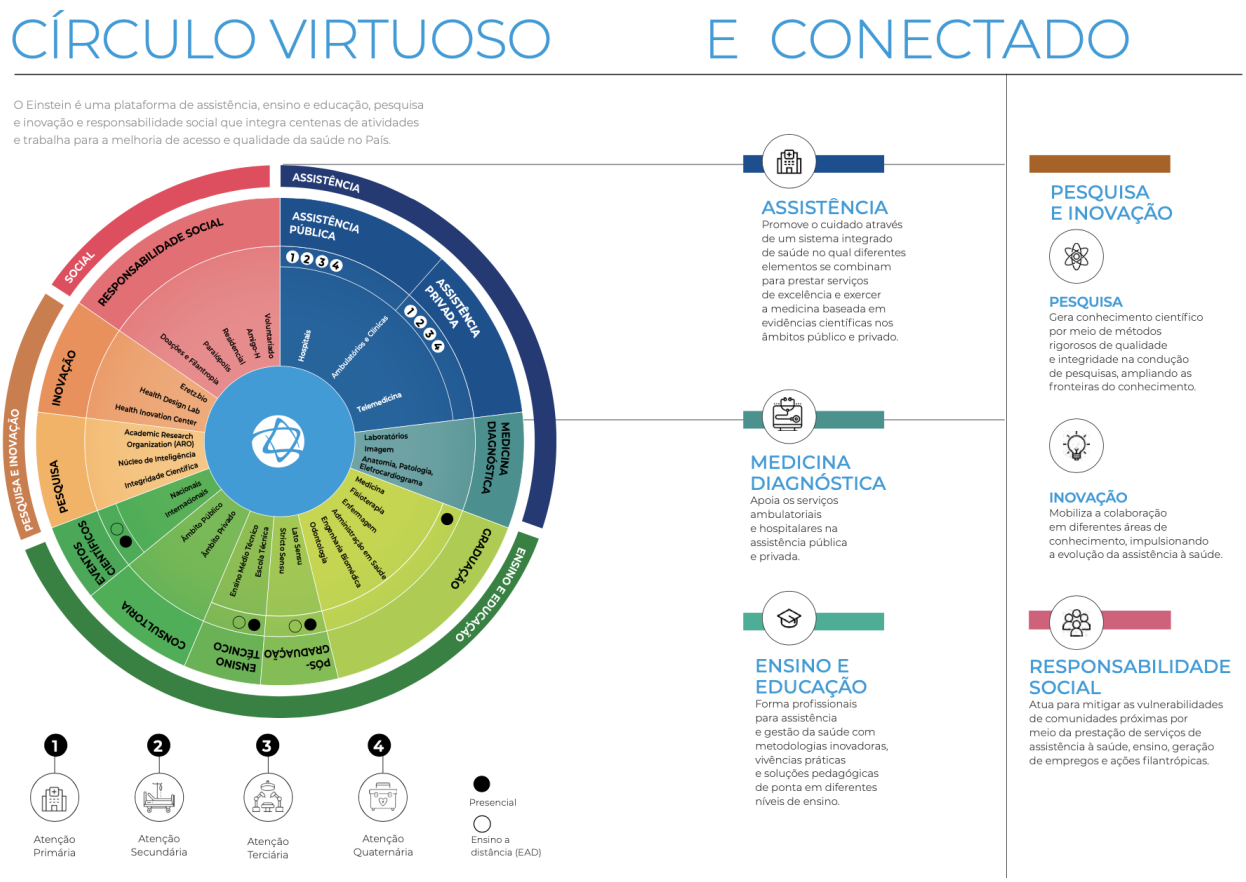
O Conselho consultivo também é ferramenta importante da experiência do paciente e do SPA e será instituído em até 6 meses de gestão. As políticas de humanização estão todas contempladas e descritas nos anexos deste Projeto.

FA.3. QUALIDADE TÉCNICA

1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR

O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) nasceu do sonho de oferecer à população do Brasil uma referência em qualidade da prática médica, como forma de agradecimento e retribuição da comunidade judaica pela receptividade e o acolhimento recebidos no país.

Em junho de 1955, ocorreu a fundação da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), destinada a prestar serviços de assistência à saúde e tratamento médico cirúrgico gratuitamente. Alguns anos depois, em 28 de julho de 1971, o HIAE foi inaugurado oficialmente, resultado do comprometimento e determinação da comunidade judaica do Brasil, tendo uma história de compromisso com a qualidade e inovação em serviços de saúde.



No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o Hospital Albert Einstein desempenha um papel significativo ao colaborar com a rede pública de saúde brasileira. Por meio de parcerias e convênios com o SUS, o Einstein amplia o acesso a serviços de saúde de alta qualidade para um número maior de pessoas em todo país.

O Einstein, também, atua no SUS por meio de diferentes estratégias, como a prestação de assistência a população em todos os níveis de cuidado, compartilhamento de conhecimento médico e a capacitação de profissionais de saúde. Além disso, a instituição participa de programas de pesquisa e desenvolvimento em conjunto com órgãos públicos, visando aprimorar práticas médicas, diagnósticos e tratamentos.

Desde sua criação, tem sido compromisso do Einstein levar a saúde a cada ser humano, não importa onde ele esteja. Temos feito isso de várias maneiras: pelo contato direto e presencial na assistência à saúde, por meio de mecanismos digitais, de alianças e outros relacionamentos, no ensino, na pesquisa e nas práticas de responsabilidade social.

Como parte deste compromisso, nas dimensões ambiental, social e de governança (ASG), o Einstein afirma o seu propósito de promover a equidade na assistência à saúde, buscando assegurar acesso e qualidade a um número maior de pessoas.

Este caminho trilhado envolve várias frentes, que passam por programas de promoção da saúde e prevenção, diagnóstico precoce, ampliação do acesso a procedimentos e a capacitação de profissionais para que levem mais qualidade às mais diversas regiões do país.

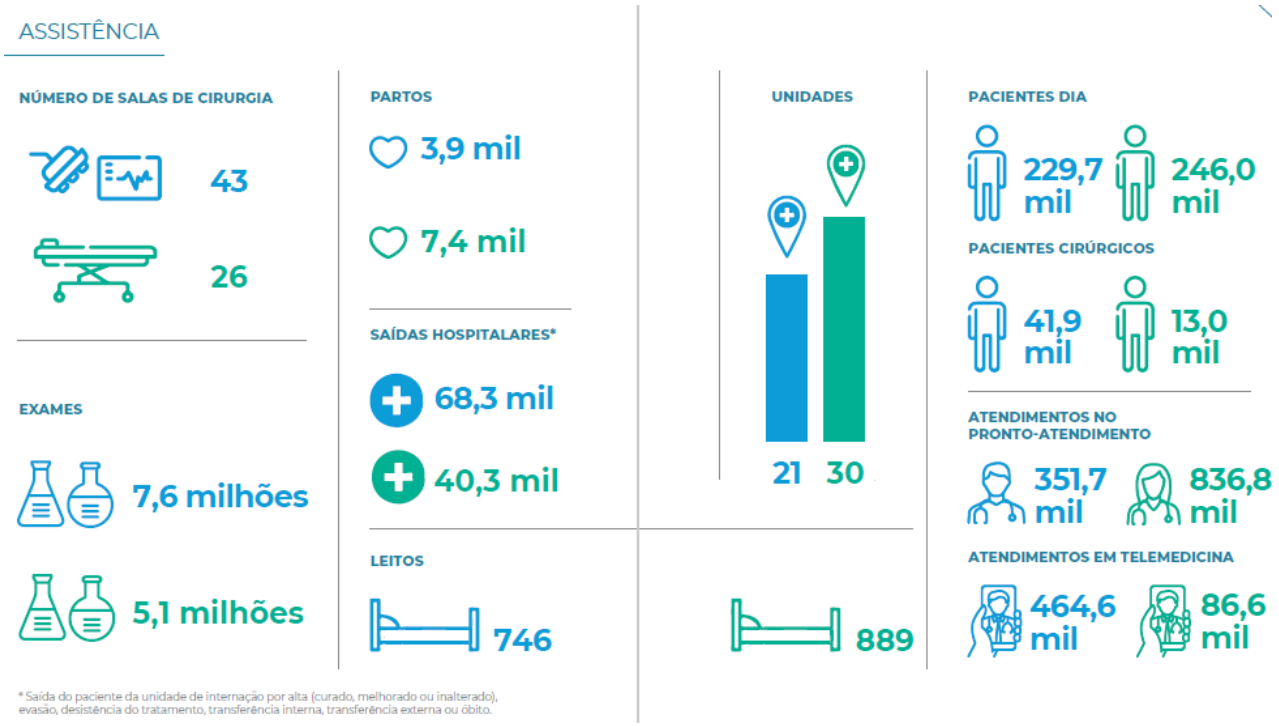
No contexto das práticas ASG, a letra "S", que está no centro da sigla e que significa "social", quando se pensa no contexto do Einstein, pode ser adaptada para "saúde". Visto que é por meio da promoção da saúde que melhoramos a vida das pessoas: pela oferta de atendimento público e privado, da formação e do aperfeiçoamento profissional pelo ensino e pelo avanço do conhecimento científico por meio da pesquisa e inovação. Tudo isso conectado, ainda, à responsabilidade social, que ajuda a ampliar o acesso à saúde e a apoiar grupos que mais necessitam dessa atenção.

A equidade é um dos principais desafios para a gestão dos sistemas de saúde, pois implica em ampliar não só o acesso, mas também a qualidade em um ambiente de crescimento da demanda e de envelhecimento da população. Seguem os indicadores operacionais SBIBAE 2022:

Indicadores Operacionais SBIBAE 2022

Legenda: Sistema Privado – cor azul

Sistema Público – cor verde



O Einstein tem 746 leitos hospitalares na saúde privada em 2 Hospitais (São Paulo e Goiânia) e 889 leitos na saúde pública, distribuídos em 3 Hospitais: Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch (HMMD – Mboi Mirim) e Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC), em São Paulo, com 407 e 247 leitos respectivamente e Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia (HMAP), em Aparecida de Goiânia, com 235 leitos operacionais, tendo este último gestão Einstein desde 01 de junho de 2022.

O Einstein atua de forma ampla no setor privado de assistência à saúde. São 21 unidades, uma delas inaugurada em 2022, o Espaço Einstein, em São Paulo (SP). As outras unidades estão distribuídas na capital paulista (12), uma em Goiânia (GO), uma em Barueri (SP), uma em Guarulhos (SP), uma em Sorocaba (SP), duas no Rio de Janeiro (RJ), uma em Belo Horizonte (MG) e uma em Curitiba (PR).

A unidade hospitalar do Morumbi conta com Pronto Atendimento 24h, uma estrutura completa de Medicina Diagnóstica, centros cirúrgicos, consultórios médicos, vacinação, maternidade, um centro completo para o tratamento do câncer e doenças hematológicas, banco de sangue e centro de reabilitação.

Em 2022, a unidade Morumbi do Einstein foi eleita, pelo terceiro ano consecutivo, um dos melhores hospitais do mundo no ranking publicado pela revista americana Newsweek. Em pesquisa feita em 27 países, o Einstein foi o único hospital brasileiro entre os 50 melhores do mundo, ocupando o 34º lugar na lista, duas posições acima da de 2021, sendo o melhor hospital brasileiro no ranking da Newsweek.

O ranking World's Best Hospitals 2022, feito em parceria com a Statista Inc., empresa global de pesquisa de mercado e dados de consumidores, se baseou em recomendações de cerca de 80 mil profissionais de saúde, resultados de pesquisas com pacientes e indicadores-chave de desempenho médico assistencial.

No início de 2022, o Einstein também foi considerado o melhor hospital da América Latina em Gastroenterologia (10º posição global), Oncologia (16º posição global) e Ortopedia (24º posição global), pelo ranking World's Best Specialized Hospitals, da mesma revista.

Em 2023, o Einstein ocupou o 34º lugar no ranking global da Newsweek, sendo o Melhor colocado da América latina e o único Hospital Brasileiro e Latino-Americano dentro dos melhores 100 Hospitais do mundo.

O Einstein também foi considerado o melhor hospital do Brasil e da América Latina em Gastroenterologia, Oncologia e Ortopedia, pelo ranking World's Best Specialized Hospitals 2023, da mesma revista.

O hospital ainda conquistou posições de destaque em outras sete especialidades, sendo reconhecido, ao final, em 10 das 11 áreas avaliadas pelo prêmio. Foram bem conceituadas as especialidades de Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Endocrinologia, Neurologia, Neurocirurgia, Pediatria e Urologia.

ASSISTÊNCIA

Unidades Hospitalares (Morumbi e Goiânia) e Unidades Avançadas (Perdizes, Ibirapuera, Chácara Klabin, Alphaville e Jardins)

	2020	2021	2022
Leitos Operacionais	688	776	746
Unidade Morumbi	626	686	711
Unidade Goiânia	47	58	35
Salas de Cirurgia	43	43	43
Unidade Morumbi	35	35	35
Unidade Perdizes	3	3	3
Unidade Goiânia	5	5	5
Tempo Médio de Permanência (em dias)	3,89	4,03	3,50
Unidade Morumbi	3,88	4,00	3,57
Unidade Goiânia	4,29	4,34	2,90
Taxa de Ocupação (%)	76,9	83,6	85,4
Unidade Morumbi	78,0	85,6	87,7
Unidade Goiânia	58,5	65,9	49,7
Pacientes/dia	174.289	228.917	229.708
Unidade Morumbi	166.931	210.937	221.733
Unidade Goiânia	7.358	17.980	7.975
Pacientes cirúrgicos (exceto cesáreas)	27.687	35.622	41.911
Unidade Morumbi	24.977	30.773	36.973
Unidade Perdizes	2.203	3.073	2.902
Unidade Goiânia	507	1.776	2.036
Nº de partos (Morumbi)	3.548	3.857	3.932
Atendimentos no PA	187.400	139.102	351.688
Morumbi, Perdizes, Ibirapuera, Chácara Klabin e Alphaville	184.960	234.477	344.394
Goiânia	2.440	4.625	7.294
Consultas	277.339	403.586	479.463
Morumbi, Perdizes, Ibirapuera, Chácara Klabin, Alphaville e Jardins	277.339	403.076	473.523
Goiânia	-	510	5.940
Saídas	46.898	59.836	68.375
Unidade Morumbi	43.064	52.716	62.058
Unidade Perdizes	2.115	2.976	2.794
Unidade Goiânia	1.707	4.143	3.523

A Responsabilidade Social é um dos pilares estratégicos do Einstein, além de ser parte da Missão e Visão da SBIBAE.

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) opera 30 equipamentos públicos de saúde na cidade de São Paulo e Aparecida de Goiânia, nos quais presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à população.

São três hospitais e outros 27 equipamentos que atuam nos níveis primário e secundário da atenção em saúde. O trabalho envolve diferentes parcerias e confere capilaridade ao Einstein, colaborando com a realização do propósito de entregar vidas mais saudáveis.

Por meio de convênios com a Prefeitura de São Paulo e Prefeitura de Aparecida de Goiânia, o Einstein é responsável pela gestão e operação de 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 03 Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), 01 Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades (AMA-E), 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 02 Serviços de Residência Terapêutica (SRT), que representam a quase totalidade da rede pública instalada nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, no Município de São Paulo. Tem, ainda, 01 laboratório municipal de exames diagnóstico em Mogi das Cruzes.

ATIVIDADES AMBULATORIAIS COM A PREFEITURA DE SÃO PAULO

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Estratégia Saúde da Família				
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	13	14	14	0,0%
Equipes de Saúde da Família	87	92	92	0,0%
Famílias cadastradas	94.537	98.686	105.142	6,5%
Pessoas cadastradas	281.088	262.034	296.146	13,0%
Consultas médicas	327.181	378.119	400.605	5,9%
Outros atendimentos*	1.637.251	2.650.040	2.888.736	9,0%
Assistência Médica Ambulatorial (AMA)				
Unidades	3	3	3	0,0%
Consultas médicas	175.902	230.299	310.268	34,7%
Outros atendimentos	475.044	878.476	1.228.704	39,9%
Atendimentos PA (AMA 24h e 12h - Abertura de ficha, porta aberta para emergência)	186.267	257.513	341.342	32,6%
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)				
Unidades	3	3	4	33,3%
Consultas médicas	6.780	12.121	10.206	-15,8%
Outros atendimentos	46.905	58.464	79.946	36,7%
Serviço de Residência Terapêutica (SRT)				
Unidades	2	2	2	0,0%
Moradores	20	20	20	0,0%
Ambulatório Médico de Especialidades Pediátricas (AME-Pediátrica)				
Unidades	1	1	1	0,0%
Consultas médicas	16.954	24.917	23.821	-4,4%
Outros atendimentos	24.132	46.302	42.262	-8,7%
Total - Atenção Primária e Rede Assistencial				
Unidades	22	23	24	4,3%
Consultas médicas	526.817	645.456	744.900	15,0%
Outros atendimentos	3.011.640	4.629.035	4.239.648	-8,4%

* Consultas equipe multiprofissional (exceto médica) e procedimentos que possuem código SIGTAP (exemplos: sutura, administração de medicação, vacinas, curativos, coleta de exames laboratoriais, RX, retirada e inserção de DIU, atividades educativas, aferição de PA, glicemia capilar.

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)				
Unidades	2	2	2	0,0%
Atendimentos	243.567	315.237	356.521	13,1%
UPA Campo Limpo	125.911	152.138	176.647	16,1%
UPA Vila Santa Catarina	117.656	163.099	179.874	10,3%
Exames	610.629	746.404	791.454	65,6%
UPA Campo Limpo*	373.645	477.801	484.197	1,3%
UPA Vila Santa Catarina**	236.984	268.603	307.257	14,4%

* Considerada a volumetria apenas dos exames relacionados às análises clínicas nos anos 2017, 2018, 2019 e 2020.
** Início da operação Einstein dez/2019

O Einstein também faz a gestão do Hospital Municipal M'Boi Mirim – Dr. Moysés Deutsch (HMMD), em associação com o Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM). A unidade funciona desde 2008 atendendo a urgências, emergências, cirurgias eletivas e assistência ao parto, com destaque para o atendimento nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia e Psiquiatria.

Em 2020, tornou-se o maior Hospital Municipal de São Paulo Referência para COVID, com 220 leitos de UTI destinados a esta patologia e 280 de enfermaria. Em 2021, manteve-se como referência COVID até o mês de setembro e, a partir de outubro, retomou suas atividades habituais. O hospital é responsável por uma região onde vivem cerca de 750 mil pessoas e se destaca pela alta qualidade do atendimento.

Em 2022, o hospital recebeu a re-acreditação de Excelência (nível 3) da Organização Nacional de Acreditação (ONA). A primeira acreditação foi em 2012, como Acreditado Pleno, e, desde 2014, mantém o nível Acreditado com Excelência nas visitas anuais, atestando a existência de uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Além disso, é o único hospital público brasileiro classificado no ranking da América Economía Intelligence (https://clustersalud.americaeconomia.com/gestion-hospitalaria/estos-son-los-resultados-del-ranking-de-clinicas-y-hospitales-2020).

Durante o ano de 2022, o hospital instituiu seu núcleo de Compliance próprio, uma iniciativa pioneira em hospitais municipais, incluindo um canal de denúncia. Ainda em relação a práticas ASG, foram iniciadas ações voltadas à diversidade e inclusão, que compõem o novo mapa estratégico da unidade.

Outro destaque de 2022 foi o Programa Marca-Passo, que reduziu de 30 para 7 dias de espera o intervalo de implantação do dispositivo em pacientes cardíacos, quando o HMMD passou a oferecer esta linha de cuidado para os Hospitais Municipais de São Paulo.

O Hospital Municipal M'Boi Mirim recebeu em 2022 o Selo Inicial de Hospital Amigo do Idoso. A iniciativa é da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e tem como objetivo incentivar e apoiar a qualificação geronto-geriátrica dos hospitais que são referência assistencial em inclusão, valorização e preservação da autonomia e independência dos idosos.

O selo é concedido a unidades hospitalares públicas, privadas, filantrópicas ou fundacionais que se qualificam, segundo os critérios de avaliação, em quatro níveis: Adesão, Inicial, Intermediário e Pleno.

HOSPITAL MUNICIPAL M'BOI MIRIM - DR. MOYSÉS DEUTSCH

	2020	2021	2022
Leitos operacionais	365	448	407
Salas de cirurgia	10	10	10
Tempo médio de permanência (em dias)	6,2	6,5	6,2
Taxa de ocupação (%)	75,96	79,8	89,2
Pacientes/dia	103.528	109.502	150.508
Pacientes cirúrgicos (exceto cesáreas)	5.455	4.968	6.609
Número de partos	4.242	4.480	4.439
Atendimentos no PA	88.767	58.190	122.840
Consultas	17.823	23.826	28.099
Exames	791.473	828.992	1.141.096
Saídas	16.803	16.956	24.209

O Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, localizado no bairro Vila Mascote, em São Paulo, é o único hospital de alta complexidade da Prefeitura de São Paulo, inaugurado em 2015.

Realiza cirurgias bariátrica, urológica e vascular, e oferece atendimento especializado em oncologia, em maternidade de alto risco e em pediatria, além de disponibilizar serviços de diagnóstico, como laboratório clínico e de imagem. Realizou transplantes de órgãos sólidos até outubro de 2021.

Em 2020, tornou-se referência para internação COVID de pacientes oncológicos no Município de São Paulo, mantendo as demais atividades em plena execução, realizando neste ano, 3440 cirurgias, 10687 internações e 99676 consultas ambulatoriais.

Desde 2017, possui certificação nível 2 de qualidade pela ONA e, em dezembro de 2020, alcançou o nível 3, excelência, nível máximo, mantendo-se neste nível nas auditorias subsequentes. A UPA Vila Santa Catarina, unidade de Pronto Atendimento anexa ao Hospital e sob gestão do mesmo foi, em 2022, acreditada nível 3 – Excelência na sua primeira avaliação, tornando-se a única unidade a alcançar nível máximo na avaliação inicial e a única UPA pública certificada pela ONA no Brasil.

Localizado no Hospital Municipal Vila Santa Catarina, o novo Centro de Diagnóstico

e Tratamento Avançado em Oncologia Bruno Covas foi inaugurado em maio de 2022 para dar mais agilidade à rede municipal de saúde no diagnóstico precoce de pacientes com câncer, permitindo tratamento mais rápido, especializado e atualizado, incluindo atendimento clínico, quimioterapia, radioterapia e cirurgia, inclusive robótica.

Com o novo espaço, houve a ampliação da área de quimioterapia, abertura de novas salas de atendimento ambulatorial e aumento do número de leitos de internação oncológica, que passou de 98 para 111, além de 30 leitos de oncologia cirúrgica.

A aliança entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Einstein é uma das estratégias da Prefeitura de São Paulo para acelerar o diagnóstico de casos oncológicos e encaminhar o paciente precocemente para o início do tratamento.

Além da certificação ONA, o HMVSC tem selo inicial de Hospital Amigo do Idoso e desde 2022, a certificação ISO 14001 de meio ambiente e sustentabilidade.

HOSPITAL MUNICIPAL VILA SANTA CATARINA

	2020	2021	2022
Leitos operacionais	239	232	247
Salas de cirurgia	6	6	6
Tempo médio de permanência (em dias)	6,1	5,8	5,9
Taxa de ocupação (%)	72,3	76,9	77,3
Pacientes/dia	63.318	69.065	67.163
Pacientes cirúrgicos (exceto cesáreas)	3.558	3.663	4.287
Número de partos	3.584	3.196	3.008
Atendimentos no PA Obstétrico	14.027	16.369	15.748
Consultas	85.649	99.316	119.640
Exames processados	967.134	1.091.390	818.550
Saídas	10.290	10.956	11.412

Em junho de 2022 o Einstein assumiu a gestão do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia – Iris Rezende Machado (HMAP), um contrato com a prefeitura de Aparecida de Goiânia. O Hospital de alta complexidade é regulado pela Central de Regulação Regional Centro Sul com sede no município de Aparecida de Goiânia, sendo referência para as Unidades de Pronto Atendimento-UPA, para o SAMU e também para as Unidades Básicas de Saúde que tiverem uma

situação de emergência e necessitarem de internação, bem como para a Macrorregião Centro-Sudeste de Goiás. Beneficia aproximadamente 850.000 habitantes.

A unidade tem 235 leitos operacionais, sendo 35 leitos de UTI´s adulta e 10 pediátricas, 180 leitos de enfermaria e 10 salas cirúrgicas. O hospital realiza mais de 1.100 internações clínicas por mês, 646 cirurgias eletivas, 195 procedimentos hemodinâmicos, oito mil consultas médicas ambulatoriais e sete mil exames de imagem mensais.

O HMAP figura entre os hospitais mais eficientes do setor público no país segundo Epimed Solutions (empresa de gestão de informações clínicas), fruto do reconhecimento do trabalho realizado em 6 meses do início da operação onde dobrou o número de atendimento e reduziu pela metade a taxa de mortalidade.

HOSPITAL MUNICIPAL APARECIDA DE GOIÂNIA — HMAP

INDICADORES	2022
Leitos operacionais	235
Salas de cirurgia	10
Tempo médio de permanência (em dias)	5,9
Taxa de ocupação (%)	56,4
Pacientes/dia	28.340
Pacientes cirúrgicos	2.147
Atendimentos no PA	345
Consultas	23.884
Exames	226.092
Saídas	4.778

* Início das operações em jun-2022.

Todos os Hospitais com gestão Einstein, inclusive os públicos, destacam-se pelos programas de fluxo do paciente, com utilização racional dos leitos, garantindo giro de leito adequado e melhor ocupação dos mesmos. Tem sólida cultura de qualidade e segurança, com protocolos assistenciais instituídos e gerenciados, baixos índices de infecção hospitalar além de utilizar ferramentas de gestão no dia-a-dia da operação do Hospital. Projetos de Melhoria como

PDCA, PDSA, modelos de melhoria IHI ou Lean Six Sigma auxiliam nas melhorias de processo resultando em aumento de produtividade e redução de desperdício, garantindo a melhor aplicação dos recursos públicos e excelência operacional.

Como exemplo, no HMVSC, desde 2015, com as melhorias de processo os ganhos envolvendo aumento de produtividade, redução de custos e despesas foi de R$26,9 milhões, sendo 78% em soft saving e Savin 22% em hard saving.

O Einstein também atua no SUS com Projetos PROADI. O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) realiza projetos de capacitação, pesquisa, avaliação de tecnologias, gestão e assistência especializada voltados ao fortalecimento e à qualificação do SUS em todo o Brasil.

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) é uma aliança entre seis hospitais de referência no Brasil e o Ministério da Saúde. Criado em 2009, seu propósito é apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde.

No Einstein, iniciativa nasceu a partir do Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein (IIRS), criado em 2003, que tem como principal objetivo planejar, coordenar, acompanhar e avaliar todas as atividades desenvolvidas nos programas sociais e aquelas

integradas às políticas públicas de saúde e direcionadas para a atenção à saúde, à educação e à assistência social.

O PROADI-SUS não retira recursos da saúde. Os projetos são geridos com recursos dos próprios hospitais participantes, que se encaixam na definição de imunidade fiscal, onde as instituições desembolsam os valores correspondentes a determinados tributos (PIS, COFINS e cota patronal do INSS) e aplicam no desenvolvimento de projetos que impactam efetivamente no desenvolvimento do SUS.

Os projetos PROADI-SUS são construídos pelos hospitais em conjunto com o Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, áreas técnicas, entidades de classe e demais interessados. As iniciativas buscam abrangência nacional, garantindo que os recursos empregados resultem em benefícios para o desenvolvimento do SUS em todas as regiões do País.

Projetos PROADI, de interesse do Ministério da Saúde e da SES de Goiás podem ser desenvolvidos no HUGO. Em 2024 inicia-se novo triênio podendo ser submetido à aprovação novos projetos ou inclusão do HUGO em projetos vigentes e renovados para o novo triênio.

Detalhes do PROADI SUS pode ser acessado através do site: https://hospitais.proadi-sus.org.br/ e os projetos em vigência de responsabilidade do Einstein estão descritos no endereço: https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos-filtros e nos anexos despe plano.

2. CERTIFICAÇÕES, ACREDITAÇÕES E RECONHECIMENTOS

Os serviços e processos de controle do Einstein são certificados, acreditados ou designados com relação a padrões e normas externas de referência. Os principais são destacados a seguir:

Acreditação hospitalar *Joint Commission International* (JCI)	**Acreditação Hospitalar Organização Nacional de Acreditação (ONA) Nível 3**	***American Association of Blood Banks* (AABB)**
Atestar padrões internacionais hospitalares de excelência, qualidade e de segurança	Garantir padrões nacionais hospitalares de excelência, qualidade e de segurança	Atestar a qualidade e a segurança das atividades transfusionais e de terapia celular
Área e escopo: Unidades Morumbi, Alphaville, Jardins, Ibirapuera, Perdizes e Chácara Klabin	Área e escopo: Hospital Municipal M'Boi Mirim – Dr. Moysés Deutsch e a UPA e ao Hospital Municipal Vila Santa Catarina – Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho	Área e escopo: Departamento de hemoterapia e terapia celular

***American College of Radiology* (ACR)**	***American Society for Histocompatibility and Immunogenetics* (ASHI)**	***Association for the Accreditation of Human Research Protection Program* (AAHRPP)**
Garantir a qualidade do serviço de imagem. O Einstein é a única organização de saúde do Brasil com acreditação em todas as modalidades diagnósticas	Garantir o processo histocompatibilidade e imunogenética do Laboratório de Patologia Clínica	Garantir a aplicação das melhores práticas de pesquisas em humanos
Área e escopo: Imagem - mamografia, ultrassonografia, tomografia, ressonância e medicina nuclear	Área e escopo: Laboratório - setor de histocompatibilidade	Área e escopo: Unidade Morumbi

Link para página ONA – certificação do HMMD e HMVSC: https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes/eyJlc3RhYmVsZWNpbWVudG90aXBvIjoiU2VydmlcdTAwZTdvcyBIb3NwaXRhbGFyZXMiLCJxdWFsaWZpY2FjYW8iOiJBY3JlZGl0YWRvIGNvbSBFeGNlbFx1MDBlYW5jaWEiLCJlc3RhZG8iOiJTUCIsImNpZGFkZSI6IiIsIm5vbWUiOiIiLCJ0aXBvZ2VzdGFvIjoiUFVCTElDTyJ9

Link para página ONA – certificação da UPAVSC: https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes/eyJlc3RhYmVsZWNpbWVudG90aXBvIjoiU2VydmlcdTAwZTdvcyBkZSBQcm9udG8gQXRlbmRpbWVudG8iLCJxdWFsaWZpY2FjYW8iOiJBY3JlZGl0YWRvIGNvbSBFeGNlbFx1MDBlYW5jaWEiLCJlc3RhZG8iOiJTUCIsImNpZGFkZSI6IiIsIm5vbWUiOiIiLCJ0aXBvZ2VzdGFvIjoiUFVCTElDTyJ9

Link para página JCI – Certificação Einstein: https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/#q=einstein&sort=%40aoname%20ascending&f:@aocountry=[Brazil]

***Association for Assessment and Accreditation of Laboratory Animal Care International* (AAALAC)**	***College of American Pathologists* (CAP)**	***Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy* (FACT)**
Garantir as boas práticas no tratamento e uso responsável de animais em testes laboratoriais	Garantir a qualidade no processo de diagnóstico clínico no laboratório	Garantir a qualidade e segurança no transplante de medula óssea, coleta, processamento e armazenamento de cordão umbilical. O Einstein é a única organização acreditada da América Latina
Área e escopo: Centro de Experimentação e Treinamento em Cirurgia (CETEC)	Área e escopo: Laboratório clínico e Anatomia Patológica – Unidade Morumbi e Núcleo Técnico Operacional (NTO)	Área e escopo: Departamento de Hemoterapia, Terapia Celular e Programa Clínico de Transplante de Medula Óssea

ISO 9001	**ISO 14001/2015**	**ISO 50001/2018**
Certificar os padrões de qualidade e segurança do Departamento de Voluntários	Garantir padrões nacionais para gestão ambiental de sustentabilidade	Garantir padrões definidos pela norma dos Sistemas de Gestão Energética
Área e escopo: Unidades Morumbi, Perdizes, Alphaville, Ibirapuera, Vila Mariana, Paraisópolis, Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho e Hospital Municipal M'Boi Mirim	Área e escopo: Unidades Morumbi, Perdizes, Jardins, Ibirapuera, Chácara Klabin e Alphaville, bem como as Clínicas Einstein Parque da Cidade, Alto de Pinheiros, Anália Franco e Ibirapuera, o Residencial Israelita Albert Einstein (RIAE), o Núcleo Técnico Operacional (NTO) Santana, o Programa Einstein na Comunidade Paraisópolis (PECP) e o Hospital Municipal Vila Santa Catarina.	Área e escopo: Unidade Morumbi

Magnet	***Planetree***	**Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (Palc)**
Garantir padrões de qualidade e práticas assistenciais que evidenciam a excelência da enfermagem	Garantir a experiência e o cuidado centrado na pessoa (paciente, familiar, colaborador)	Promover a qualidade dos serviços laboratoriais prestados a pacientes e usuários
Área e escopo: Unidade Morumbi	Área e escopo: A unidade Morumbi é certificada com a Credencial Ouro	Área e escopo: Unidade Morumbi, Núcleo Técnico Operacional e os postos de coleta das Unidades Avançadas e das Clínicas Einstein

Selo Amigo do Idoso	***Society for Simulation in Healthcare* (SSH)**
Garantir as iniciativas de adequação da infraestrutura, capacitação de profissionais e familiares, engajamento comunitário e estímulo à prevenção em saúde do idoso	Garantir as boas práticas do Centro de Simulação Realística no treinamento e capacitação de equipes
Área e escopo: Unidade Morumbi e Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho	Área e escopo: Unidade Morumbi

Tanto o HMMD quanto o HMVSC são campo de estágio para os programas de Residência Médica do Einstein além de serem os Hospitais de atuação dos alunos de medicina da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) e de cursos vinculados à assistência (enfermagem, fisioterapia, odontologia, nutrição, etc), além dos de educação executiva (https://ensino.einstein.br/).

Além de ter uma Faculdade de Medicina, Faculdade de Enfermagem, Ensino Técnico e área de Educação Executiva, tanto o HMMD quanto o HMVSC recebem diversos campos de estágio em áreas da saúde, médicas e não médicas, incluindo residências médicas, do próprio Einstein e de outras unidades de Ensino vinculadas às solicitações na Prefeitura de São Paulo e tiveram seus credenciamentos como Hospital de Ensino solicitados e aguardam abertura de analises pelo MEC, há mais de 3 anos. O HMAP está se preparando para seguir o mesmo caminho.

Pesquisa é outro pilar de destaque nestes dois Hospitais, com aumento gradativo de publicações e cultura científica ativa. O Einstein possui revista científica (https://www.einstein.br/ensino/paginas/revista-einstein.aspx), indexada, e fomenta pesquisa em todas as suas unidades através de sua Diretoria de Pesquisa (https://www.einstein.br/pesquisa).

3. ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL

O organograma proposto para a operação do HUGO é o seguinte:

O Diretor Médico será a alta liderança local, respondendo matricialmente para o Diretor Regional e para o Diretor Executivo do Cuidado Público. Ele atuará exclusivamente no HUGO.

Abaixo do diretor, estão as estruturas de gerência, sendo exclusivas do HUGO o gerente médico e gerente assistencial, tendo as estruturas de gerência de Alta Confiabilidade, de operações, de Recursos Humanos, de Suprimentos e Logística, de controladoria e de TI

distribuídas matricialmente na Regional Goiás, com estruturas de coordenação locais, com reporte direto aos gerentes.

Respondendo diretamente ao Diretor Médico existe ainda a estrutura de Compliance, com um analista local e que, matricialmente, tem reporte também para a Diretoria de Auditoria e Compliance da SBIBAE.

Posições Chaves e Competências Chaves do Corpo Diretivo (Diretor e Gerentes)

Competências Alvo	
Competência	**Descrição**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

1

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente Médico

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

2

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente Assistencial

Competências Alvo	
Competência	**Descrição**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

3

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente Operações

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

4

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente de Alta Confiabilidade

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

5

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente de RH

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

6

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente Financeiro

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

7

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente TI

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

8

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente Suprimentos e Logística

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

9

As Titulações e Currículos de cada membro da Diretoria e gerência estão descritas no anexo deste projeto, assim como o dimensionamento de RH, detalhadamente, e o Manual Operacional de cada área, com estruturas de gestão locais.

4. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

4.1. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Estão dimensionadas neste plano de trabalho 1703 posições CLT, distribuídas em escalas diurnas e noturnas.

QTD.	UNIDADE ORGANIZACIONAL	CARGO DENOMINAÇÃO	CARGO AJUSTADO	JORNADA SEMANAL (Horas)	PERÍODO
2	AMBULATÓRIO ESPECIALIDADES	ENFERMEIRO JUNIOR	ENFERMEIRO JR	44	DIURNO
5	AMBULATÓRIO ESPECIALIDADES	ENFERMEIRO PLENO	ENFERMEIRO PL	44	DIURNO
1	AMBULATÓRIO ESPECIALIDADES	ENFERMEIRO SENIOR	ENFERMEIRO SR	44	DIURNO
6	AMBULATÓRIO ESPECIALIDADES	FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA PL	30	DIURNO
1	AMBULATÓRIO ESPECIALIDADES	NUTRIÇÃO	NUTRICIONISTA PL HOSP MUNICIPAL	44	DIURNO
2	AMBULATÓRIO ESPECIALIDADES	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
4	AMBULATÓRIO ESPECIALIDADES	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	44	DIURNO
5	BLOCO OPERATÓRIO	ENFERMEIRO JR	ENFERMEIRO JR	36	DIURNO
2	BLOCO OPERATÓRIO	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	44	DIURNO
13	BLOCO OPERATÓRIO	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	DIURNO
12	BLOCO OPERATÓRIO	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	NOTURNO
1	BLOCO OPERATÓRIO	ENFERMEIRO SR	ENFERMEIRO SR	44	DIURNO
2	BLOCO OPERATÓRIO	TÉCNICO ADMINISTRATIVO I	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
48	BLOCO OPERATÓRIO	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	DIURNO
22	BLOCO OPERATÓRIO	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	NOTURNO
2	CENTRO DE IMAGENS	BIOMÉDICO JR	BIOMEDICO JR	36	DIURNO
4	CENTRO DE IMAGENS	BIOMÉDICO PL	BIOMEDICO PL	36	DIURNO
4	CENTRO DE IMAGENS	BIOMÉDICO PL	BIOMEDICO PL	36	NOTURNO
1	CENTRO DE IMAGENS	BIOMÉDICO SR	BIOMEDICO SR	44	DIURNO
4	CENTRO DE IMAGENS	ENFERMEIRO JR	ENFERMEIRO JR	36	DIURNO
4	CENTRO DE IMAGENS	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	DIURNO
2	CENTRO DE IMAGENS	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	NOTURNO
1	CENTRO DE IMAGENS	ENFERMEIRO SR	ENFERMEIRO SR	44	DIURNO
1	CENTRO DE IMAGENS	SUPERVISOR RX	SUPERVISOR RAIO X	44	DIURNO
2	CENTRO DE IMAGENS	TÉCNICO ADMINISTRATIVO I	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
20	CENTRO DE IMAGENS	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	DIURNO
10	CENTRO DE IMAGENS	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	NOTURNO
7	CENTRO DE IMAGENS	TÉCNICO DE RX	TECNICO RAIO X	24	DIURNO
5	CENTRO DE IMAGENS	TÉCNICO DE RX	TECNICO RAIO X	24	NOTURNO
1	CIHDOTT	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	44	DIURNO
20	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA	ENFERMEIRO JR	ENFERMEIRO JR	36	DIURNO
20	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA	ENFERMEIRO JR	ENFERMEIRO JR	36	NOTURNO
29	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	DIURNO
29	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	NOTURNO
3	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA	ENFERMEIRO SR	ENFERMEIRO SR	44	DIURNO
40	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA	FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA PL	30	DIURNO
3	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA	FISIOTERAPEUTA REFERÊNCIA	FISIOTERAPEUTA REFERENCIA	30	DIURNO
8	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	TECNICO ADMINISTRATIVO I	36	DIURNO
95	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	DIURNO
100	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	NOTURNO
1	CME	ENFERMEIRO JR	ENFERMEIRO JR	36	DIURNO
1	CME	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	44	DIURNO
2	CME	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	DIURNO
2	CME	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	NOTURNO
11	CME	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	DIURNO
11	CME	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	NOTURNO
1	COMPLIANCE	CONSULTOR COMPLIANCE	CONSULTOR COMPLIANCE	44	DIURNO

QTD.	UNIDADE ORGANIZACIONAL	CARGO DENOMINAÇÃO	CARGO AJUSTADO	JORNADA SEMANAL (Horas)	PERÍODO
78	DIVERSOS	APRENDIZ	APRENDIZ	30	DIURNO
12	EMERGÊNCIA	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	DIURNO
11	EMERGÊNCIA	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	NOTURNO
1	EMERGÊNCIA	ENFERMEIRO SR	ENFERMEIRO SR	44	DIURNO
2	EMERGÊNCIA	ENFERMEIRO SR	ENFERMEIRO SR	36	NOTURNO
4	EMERGÊNCIA	FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA PL	30	DIURNO
3	EMERGÊNCIA	FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA PL	30	NOTURNO
1	EMERGÊNCIA	FISIOTERAPEUTA REFERÊNCIA	FISIOTERAPEUTA REFERENCIA	30	DIURNO
3	EMERGÊNCIA	TÉCNICO ADMINISTRATIVO I	TECNICO ADMINISTRATIVO I	36	DIURNO
2	EMERGÊNCIA	TÉCNICO ADMINISTRATIVO I	TECNICO ADMINISTRATIVO I	36	NOTURNO
25	EMERGÊNCIA	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	DIURNO
25	EMERGÊNCIA	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	NOTURNO
2	EMERGÊNCIA	TÉCNICO DE GESSO	TECNICO GESSO	36	DIURNO
2	EMERGÊNCIA	TÉCNICO DE GESSO	TECNICO GESSO	36	NOTURNO
1	ENGENHARIA CLÍNICA	ANALISTA DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DE MANUTENÇÃO PLENO	ANALISTA PLANEJ CONTROLE DE MANUTECAO	44	DIURNO
1	ENGENHARIA CLÍNICA	SUPERVISOR DE ENGENHARIA CLÍNICA	SUPERVISOR ENGENHARIA CLINICA	44	DIURNO
2	ENGENHARIA CLÍNICA	TÉCNICO DE ENGENHARIA CLÍNICA NÍVEL I	TECNICO ENGENHARIA CLINICA I	36	DIURNO
2	ENGENHARIA CLÍNICA	TÉCNICO DE ENGENHARIA CLÍNICA NÍVEL I	TECNICO ENGENHARIA CLINICA I	36	NOTURNO
1	ENGENHARIA CLÍNICA	TÉCNICO DE ENGENHARIA CLÍNICA NÍVEL II	TECNICO ENGENHARIA CLINICA II	44	DIURNO
2	ENGENHARIA CLÍNICA	TÉCNICO DE ENGENHARIA CLÍNICA NÍVEL II	TECNICO ENGENHARIA CLINICA II	44	NOTURNO
1	ENGENHARIA CLÍNICA	TÉCNICO DE ENGENHARIA CLÍNICA NÍVEL III	TECNICO ENGENHARIA CLINICA III	44	DIURNO
2	ENGENHARIA CLÍNICA	TÉCNICO DE GASOMETRIA I	TECNICO GASOTERAPIA I	36	DIURNO
2	ENGENHARIA CLÍNICA	TÉCNICO DE GASOMETRIA I	TECNICO GASOTERAPIA I	36	NOTURNO
1	ENSINO CORPORATIVO	ANALISTA TREINAMENTO PL	ANALISTA TREINAMENTO PL	44	DIURNO
1	ENSINO CORPORATIVO	ANALISTA TREINAMENTO SR	ANALISTA TREINAMENTO SR	44	DIURNO
1	ENSINO CORPORATIVO	INSTRUTOR TREINAMENTO	INSTRUTOR TREINAMENTO	44	DIURNO
1	EPIDEMIO	TECNICO ADMINISTRATIVO II	TECNICO ADMINISTRATIVO II	44	DIURNO
1	EPIDEMIO	ENFERMEIRO EPIDEM PL	ENFERMEIRO EPIDEMIOLOGISTA PL	44	DIURNO
6	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	ASSISTENTE SOCIAL PL	ASSISTENTE SOCIAL PL	30	DIURNO
3	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	FONOAUDIÓLOGA JR	FONOAUDIOLOGO JR	36	DIURNO
6	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	FONOAUDIÓLOGA PL	FONOAUDIOLOGO PL	36	DIURNO
1	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	FONOAUDIÓLOGA SR	FONOAUDIOLOGO SR	36	DIURNO
4	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	PSICOLOGA JR	PSICOLOGO JR	30	DIURNO
4	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	PSICOLOGA PL	PSICOLOGO PL	30	DIURNO
1	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL JR	30	DIURNO
2	FACILITIES	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	36	DIURNO
1	FACILITIES	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	36	NOTURNO
1	FACILITIES	AUXILIAR DE ROUPARIA	AUXILIAR ROUPARIA	44	DIURNO
8	FACILITIES	AUXILIAR DE ROUPARIA	AUXILIAR ROUPARIA	36	DIURNO
6	FACILITIES	AUXILIAR DE ROUPARIA	AUXILIAR ROUPARIA	36	NOTURNO
8	FACILITIES	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	AUXILIAR SERVICOS GERAIS	36	DIURNO
8	FACILITIES	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	AUXILIAR SERVICOS GERAIS	36	NOTURNO
4	FACILITIES	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	AUXILIAR SERVICOS GERAIS	44	DIURNO
3	FACILITIES	BOMBEIRO	BOMBEIRO	36	DIURNO
3	FACILITIES	BOMBEIRO	BOMBEIRO	36	NOTURNO
4	FACILITIES	CAMAREIRO	CAMAREIRO	36	NOTURNO
48	FACILITIES	CAMAREIRO	CAMAREIRO	36	DIURNO
2	FACILITIES	CAMAREIRO	CAMAREIRO	44	DIURNO
42	FACILITIES	CAMAREIRO	CAMAREIRO	36	NOTURNO
1	FACILITIES	COORDENADOR DE FACILITIES	COORDENADOR FACILITIES	44	DIURNO
2	FACILITIES	LÍDER DE SEGURANÇA	LIDER ADMINISTRATIVO	36	DIURNO
2	FACILITIES	LÍDER DE SEGURANÇA	LIDER ADMINISTRATIVO	36	NOTURNO
2	FACILITIES	LÍDER DE SERVIÇOS	LIDER SERVIÇO	36	NOTURNO
2	FACILITIES	LÍDER DE SERVIÇOS	LIDER SERVIÇO	36	DIURNO
2	FACILITIES	OPERADOR CFTV	OPERADOR CFTV	36	DIURNO
2	FACILITIES	OPERADOR CFTV	OPERADOR CFTV	36	NOTURNO
1	FACILITIES	SUPERVISOR DE FACILITIES	SUPERVISOR FACILITIES	36	DIURNO
1	FACILITIES	SUPERVISOR DE FACILITIES	SUPERVISOR FACILITIES	36	NOTURNO
1	FACILITIES	SUPERVISOR DE SEGURANÇA	SUPERVISOR SEGURANCA	36	DIURNO
14	FACILITIES	PORTEIRO	VIGILANTE	36	DIURNO
14	FACILITIES	PORTEIRO	VIGILANTE	36	NOTURNO
20	FACILITIES	VIGILANTE	VIGILANTE	36	DIURNO
20	FACILITIES	VIGILANTE	VIGILANTE	36	NOTURNO

QTDE	UNIDADE ORGANIZACIONAL/ÁREA	CARGO DENOMINAÇÃO	JORNADA SEMANAL	PERÍODO
34	FARMÁCIA	AUXILIAR FARMACIA	36	DIURNO
10	FARMÁCIA	AUXILIAR FARMACIA	44	DIURNO
20	FARMÁCIA	AUXILIAR FARMACIA	36	NOTURNO
4	FARMÁCIA	FARMACEUTICO JR	36	DIURNO
11	FARMÁCIA	FARMACEUTICO PL	44	DIURNO
6	FARMÁCIA	FARMACEUTICO PL	36	NOTURNO
2	FARMÁCIA	FARMACEUTICO SR	44	DIURNO
5	FARMÁCIA	LIDER FARMÁCIA	44	DIURNO
2	FARMÁCIA	LIDER FARMÁCIA	44	NOTURNO
1	FARMÁCIA	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA CONTABIL JR	44	DIURNO
2	FINANCEIRO	ANALISTA CONTABIL PL	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA CONTAS PAGAR JR	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA CUSTOS PL	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA FATURAMENTO PL	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA FISCAL JR	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA INFORMAÇOES GERENCIAIS SR	44	DIURNO
5	FINANCEIRO	ASSISTENTE FATURAMENTO	44	DIURNO
2	FINANCEIRO	ASSISTENTE FINANCEIRO	44	DIURNO
2	FINANCEIRO	ASSISTENTE FISCAL	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	SUPERVISOR FATURAMENTO	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	SUPERVISOR FINANCEIRO	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	SUPERVISOR PATRIMÔNIO	44	DIURNO
6	FINANCEIRO	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
3	HEMOTERAPIA	ANALISTA HEMOTERAPIA JR	36	DIURNO
2	HEMOTERAPIA	ANALISTA HEMOTERAPIA PL	36	DIURNO
2	HEMOTERAPIA	ANALISTA HEMOTERAPIA PL	36	NOTURNO
1	HEMOTERAPIA	ENFERMEIRO PL	44	DIURNO
2	HEMOTERAPIA	LABORATORISTA	36	DIURNO
2	HEMOTERAPIA	LABORATORISTA	36	NOTURNO
1	HEMOTERAPIA	TECNICO ADMINISTRATIVO II	44	DIURNO
4	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO JR	36	DIURNO
4	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO JR	36	NOTURNO
2	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO PL	36	DIURNO
3	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO PL	44	DIURNO
3	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO PL	36	NOTURNO
1	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO SR	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR CONTABIL	44	DIURNO
6	LIDERANÇA	COORDENADOR ENFERMAGEM	44	DIURNO
2	LIDERANÇA	COORDENADOR ENFERMAGEM	36	NOTURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR ENGENHARIA CLINICA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR EPIDEMIOLOGIA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR FARMACIA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR LABORATORIO	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR NUTRICAO CLINICA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR OPERAÇOES	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR PLANEJ CONTROLE FINANCEIRO	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR PLANEJAMENTO E LOGISTICA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR PRATICAS QUALIDADE SEGURANCA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR SEGURANCA DO TRABALHO	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR TI	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	DIRETOR MEDICO HOSPITAL IIRS	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	GERENTE ASSISTENCIAL	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	GERENTE OPERAÇÕES	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	GERENTE MEDICO IIRS	44	DIURNO

QTD.	UNIDADE ORGANIZACIONAL	CARGO DENOMINAÇÃO	CARGO AJUSTADO	JORNADA SEMANAL (Horas)	PERÍODO
2	MANUTENÇÃO	AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	AUXILIAR MANUTENCAO	36	DIURNO
2	MANUTENÇÃO	AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	AUXILIAR MANUTENCAO	36	NOTURNO
1	MANUTENÇÃO	SUPERVISOR DE ENGENHARIA CLÍNICA E MANUTENÇÃO	SUPERVISOR ENGENHARIA CLINICA	44	NOTURNO
1	MANUTENÇÃO	SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO	SUPERVISOR MANUTENÇAO	44	DIURNO
4	MANUTENÇÃO	TÉCNICO ELETRICISTA NÍVEL II	TECNICO ELETRICA DE ALTA TENSÃO II	36	DIURNO
4	MANUTENÇÃO	TÉCNICO ELETRICISTA NÍVEL II	TECNICO ELETRICA DE ALTA TENSÃO II	36	NOTURNO
2	MANUTENÇÃO	TÉCNICO ELETRICISTA NÍVEL III	TECNICO ELETRICA DE ALTA TENSÃO III	36	DIURNO
3	MANUTENÇÃO	TÉCNICO ELETRICISTA NÍVEL III	TECNICO ELETRICA DE ALTA TENSÃO III	36	NOTURNO
7	MANUTENÇÃO	TÉCNICO MANUTENÇÃO NÍVEL II	TECNICO MANUTENCAO II	36	DIURNO
9	MANUTENÇÃO	TÉCNICO MANUTENÇÃO NÍVEL II	TECNICO MANUTENCAO II	36	NOTURNO
2	MANUTENÇÃO	TÉCNICO MANUTENÇÃO NÍVEL III	TECNICO MANUTENCAO III	44	DIURNO
2	MANUTENÇÃO	TÉCNICO MANUTENÇÃO NÍVEL III	TECNICO MANUTENCAO III	44	NOTURNO
1	MELHORIA CONTÍNUA	CONSULTOR MELHORIA CONTÍNUA	CONSULTOR PROJETOS MELHORIA CONTINUA	44	DIURNO
4	NIR	TELEFONISTA	ASSISTENTE ATENDIMENTO HOSPITAL MUNICIP	36	DIURNO
10	NIR	AUXILIAR DE TRANSPORTE	AUXILIAR TRANSPORTE	36	DIURNO
4	NIR	AUXILIAR DE TRANSPORTE	AUXILIAR TRANSPORTE	36	NOTURNO
1	NIR	AUXILIAR DE TRANSPORTE	AUXILIAR TRANSPORTE	44	DIURNO
3	NIR	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	44	DIURNO
1	NIR	ENFERMEIRO SR	ENFERMEIRO SR	44	DIURNO
8	NIR	TÉCNICO CONTROLE LEITOS	TECNICO CONTROLE DE LEITOS	36	DIURNO
4	NIR	TÉCNICO CONTROLE LEITOS	TECNICO CONTROLE DE LEITOS	36	NOTURNO
2	NUTRIÇÃO	AÇOUGUEIRO	AÇOUGUEIRO	44	DIURNO
1	NUTRIÇÃO	AUXILIAR ALMOXARIFADO	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	44	DIURNO
18	NUTRIÇÃO	AUXILIAR DE COZINHA	AUXILIAR COZINHA	44	DIURNO
2	NUTRIÇÃO	AUXILIAR DE COZINHA	AUXILIAR COZINHA	44	NOTURNO
27	NUTRIÇÃO	COPEIRO	COPEIRO	44	DIURNO
4	NUTRIÇÃO	COPEIRO	COPEIRO	36	NOTURNO
6	NUTRIÇÃO	COZINHEIRO	COZINHEIRO	44	DIURNO
2	NUTRIÇÃO	NUTRICIONISTA JR	NUTRICIONISTA JR	44	DIURNO
2	NUTRIÇÃO	NUTRICIONISTA JR	NUTRICIONISTA JR	44	NOTURNO
11	NUTRIÇÃO	NUTRICIONISTA PL	NUTRICIONISTA PL	44	DIURNO
2	NUTRIÇÃO	NUTRICIONISTA SR	NUTRICIONISTA SR	44	DIURNO
2	NUTRIÇÃO	TÉCNICO ADMINISTRATIVO I	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
5	NUTRIÇÃO	TÉCNICA NUTRIÇÃO	TECNICO NUTRICAO	44	DIURNO
1	OPERAÇÕES	ANALISTA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS	ANALISTA INFORMAÇOES GERENCIAIS PL	44	DIURNO
2	OPERAÇÕES	TÉCNICO ADMINISTRATIVO II	TECNICO ADMINISTRATIVO II	44	DIURNO
1	QUALIDADE	ANALISTA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS PL	ANALISTA INFORMAÇOES GERENCIAIS PL	44	DIURNO
3	QUALIDADE	ANALISTA DE PRÁTICA MÉDICO ASSISTENCIAL PL	ANALISTA PRÁTICAS ASSISTENCIAIS PL	44	DIURNO
1	QUALIDADE	ANALISTA DE PRÁTICA MÉDICO ASSISTENCIAL SR	ANALISTA PRÁTICAS ASSISTENCIAIS SR	44	DIURNO
1	QUALIDADE	ANALISTA DE QUALIDADE PL	ANALISTA QUALIDADE PL	44	DIURNO
1	QUALIDADE	ANALISTA DE QUALIDADE SR	ANALISTA QUALIDADE SR	44	DIURNO
1	QUALIDADE	TÉCNICO ADMINISTRATIVO I	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
33	RECEPÇÕES	ASSISTENTE DE ATENDIMENTO HOSPITAL MUNICIPAL	ASSISTENTE ATENDIMENTO HOSPITAL MUNICIP	36	DIURNO
15	RECEPÇÕES	ASSISTENTE DE ATENDIMENTO HOSPITAL MUNICIPAL	ASSISTENTE ATENDIMENTO HOSPITAL MUNICIP	36	NOTURNO
2	RECEPÇÕES	LIDER DE ATENDIMENTO	LIDER ATENDIMENTO	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA COMUNICAÇAO PL	ANALISTA COMUNICAÇAO PL	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA CONTRATOS SR	ANALISTA NEGOCIAÇAO CONTRATOS PL	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA RECURSOS HUMANOS JR	ANALISTA RECURSOS HUMANOS JR	44	DIURNO
3	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA RECURSOS HUMANOS PL	ANALISTA RECURSOS HUMANOS PL	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA REMUNERAÇÃO PL	ANALISTA RECURSOS HUMANOS PL	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA RECURSOS HUMANOS SR	ANALISTA RECURSOS HUMANOS SR	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA REMUNERAÇÃO SR	ANALISTA RECURSOS HUMANOS SR	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ASSISTENTE RECURSOS HUMANOS	ASSISTENTE RECURSOS HUMANOS	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	CONSULTOR RH	CONSULTOR RECURSOS HUMANOS I	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ESTAGIARIO SUPERIOR	ESTAGIARIO SUPERIOR	30	DIURNO
1	SAÚDE DO TRABALHO	ASSISTENTE ATENDIMENTO I	ASSISTENTE ATENDIMENTO I	36	DIURNO
1	SAÚDE DO TRABALHO	ASSISTENTE ATENDIMENTO I	ASSISTENTE ATENDIMENTO I	36	DIURNO
1	SAÚDE DO TRABALHO	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	DIURNO
1	SAÚDE DO TRABALHO	ENFERMEIRO TRABALHO	ENFERMEIRO TRABALHO	44	DIURNO
1	SAÚDE DO TRABALHO	MEDICO TRABALHO	MEDICO TRABALHO	36	DIURNO
1	SAÚDE DO TRABALHO	TECNICO ENFERMAGEM TRABALHO	TECNICO ENFERMAGEM	44	DIURNO
2	SCIH/EPIDEMIO	ENFERMEIRO EPIDEM JR	ENFERMEIRO EPIDEMIOLOGISTA JR	44	DIURNO
1	SCIH/EPIDEMIO	ENFERMEIRO EPIDEM PL	ENFERMEIRO EPIDEMIOLOGISTA PL	44	DIURNO
1	SCIH/EPIDEMIO	ENFERMEIRO EPIDEM SR	ENFERMEIRO EPIDEMIOLOGISTA SR	44	DIURNO
1	SCIH/EPIDEMIO	TÉCNICO ADMINISTRATIVO I	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
1	SCIH/EPIDEMIO	TÉCNICO ADMINISTRATIVO II	TECNICO ADMINISTRATIVO II	44	DIURNO
3	SCIH/EPIDEMIO	TÉCNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	ANALISTA MEIO AMBIENTE SUSTENTABILIDADE	ANALISTA MEIO AMBIENTE SUSTENTABILIDADE	44	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	ANALISTA SEGURANCA DO TRABALHO	ANALISTA SEGURANÇA TRABALHO	44	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	ENGENHEIRO MEIO AMBIENTE SUSTENTABILIDADE	ENGENHEIRO MEIO AMB E SUSTENT PL	44	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	44	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	44	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	44	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	44	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	44	NOTURNO

QTD.	UNIDADE ORGANIZACIONAL	CARGO DENOMINAÇÃO	CARGO AJUSTADO	JORNADA SEMANAL (Horas)	PERÍODO
1	SUPRIMENTOS	ANALISTA COMPRAS PL	ANALISTA COMPRAS PL	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	ANALISTA NEGOCIAÇAO CONTRATOS PL	ANALISTA NEGOCIAÇAO CONTRATOS PL	44	DIURNO
2	SUPRIMENTOS	ANALISTA PLANEJAMENTO E LOGISTICA JR	ANALISTA PLANEJAMENTO E LOGISTICA JR	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	COMPRADOR PL	COMPRADOR PL	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	COMPRADOR PL	COMPRADOR PL	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	LIDER ALMOXARIFADO	LIDER ALMOXARIFADO	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	SUPERVISOR PLANEJAMENTO E LOGISTICA	SUPERVISOR PLANEJAMENTO E LOGISTICA	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	TECNICO ADMINISTRATIVO I	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	TECNICO ADMINISTRATIVO I	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	TECNICO ADMINISTRATIVO I	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	TECNICO ADMINISTRATIVO II	TECNICO ADMINISTRATIVO II	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	TECNICO ADMINISTRATIVO II	TECNICO ADMINISTRATIVO II	44	DIURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA INFORMAÇOES GERENCIAIS SR	ANALISTA INFORMAÇOES GERENCIAIS SR	44	DIURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SISTEMAS PL	ANALISTA SISTEMAS PL	44	DIURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SISTEMAS PL	ANALISTA SISTEMAS PL	44	DIURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SISTEMAS SR	ANALISTA SISTEMAS SR	44	DIURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SUPORTE JR	ANALISTA SUPORTE JR	36	DIURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SUPORTE JR	ANALISTA SUPORTE JR	36	DIURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SUPORTE JR	ANALISTA SUPORTE JR	36	NOTURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SUPORTE JR	ANALISTA SUPORTE JR	36	NOTURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SUPORTE PL	ANALISTA SUPORTE PL	44	DIURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SUPORTE SR	ANALISTA SUPORTE SR	44	DIURNO
16	UTI - A	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	DIURNO
17	UTI - A	ENFERMEIRO PL	ENFERMEIRO PL	36	NOTURNO
3	UTI - A	ENFERMEIRO SR	ENFERMEIRO SR	44	DIURNO
19	UTI - A	FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA PL	30	DIURNO
19	UTI - A	FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA PL	30	NOTURNO
2	UTI - A	FISIOTERAPEUTA REFERÊNCIA	FISIOTERAPEUTA REFERENCIA	30	DIURNO
7	UTI - A	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	TECNICO ADMINISTRATIVO I	36	DIURNO
4	UTI - A	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	TECNICO ADMINISTRATIVO I	36	NOTURNO
66	UTI - A	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	DIURNO
81	UTI - A	TECNICO ENFERMAGEM	TECNICO ENFERMAGEM	36	NOTURNO

4.2. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL – MÉDICOS PJ

Cargo	Einstein	Jornada Mês	Períod	Quntida	Horas/mês
Medico Plantonista Clinico IIRS I	Medico Plantonista Clinico IIRS I	90	Diurno	17	1530
Medico Plantonista Clinico IIRS I	Medico Plantonista Clinico IIRS I	90	Noturno	8	720
Medico Neurocirurgião	Medico Neurocirurgião	120	Diurno	17	2040
Médico Neurocirurgião	Medico Neurocirurgião	120	Noturno	9	1080
Medico Plantonista Clinico IIRS II	Medico Plantonista Clinico IIRS II	90	Diurno	17	1530
Medico Plantonista Clinico IIRS II	Medico Plantonista Clinico IIRS II	90	Noturno	9	810
Medico Ecocardiografia I	Medico Ecocardiografia I	90	Diurno	7	630
Medico Radiologista Intervencionista I	Medico Radiologista Intervencionista I	90	Diurno	10	900
Medico Plantonista Clinico IIRS II	Medico Plantonista Clinico IIRS II	90	Diurno	2	180
Medico Endoscopia I	Medico Endoscopia I	90	Diurno	8	720
Medico Plantonista Clinico IIRS II	Medico Plantonista Clinico IIRS II	90	Diurno	1	90
Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	90	Diurno	7	630
Medico Plantonista Cirurgiao IIRS I	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS I	90	Diurno	29	2610
Medico Plantonista Cirurgiao IIRS I	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS I	90	Noturno	4	360
Medico Plantonista Ortopedista IIRS II	Medico Plantonista Ortopedista IIRS II	90	Diurno	25	2250
Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	90	Diurno	11	990
Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	90	Diurno	12	1080
Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	90	Diurno	11	990
Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	90	Diurno	7	630
Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	90	Diurno	2	180
Médico Radiologista	Médico Radiologista	90	Diurno	10	900
Medico Plantonista Clinico IIRS II	Medico Plantonista Clinico IIRS II	90	Diurno	3	270
Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	90	Diurno	6	540
Medico Anestesista I	Medico Anestesista I	90	Diurno	56	5040
Medico Anestesista I	Medico Anestesista I	90	Noturno	8	720
Medico Psiquiatra II	Medico Psiquiatra II	90	Diurno	2	180
Medico Plantonista CTI I	Medico Plantonista CTI I	90	Diurno	14	1260
Medico Plantonista CTI I	Medico Plantonista CTI I	90	Noturno	8	720
Odontólogo Hospitalar	Odontólogo	90	Diurno	8	720
Odontologo Buco Maxilo	Buco maxilo-facial	90	Noturno	9	810
Medico Anatomia Patologica I	Medico Anatomia Patologica I	90	Diurno	4	360
Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	90	Diurno	1	90
Medico Trabalho	Medico Trabalho	220	Diurno	2	440
Medico Controle de Infecçao Hospitalar	Medico Controle de Infecçao Hospitalar	150	Diurno	4	600
Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	90	Diurno	2	180
Coordenador Medico Hospital Municipal	Coordenador Medico Hospital Municipal	220	Diurno	7	1540
Medico Referencia Tecnica IIRS	Medico Referencia Tecnica IIRS	180	Diurno	9	1620
			Total horas médicas		35940

Os protocolos médicos, assistenciais, multiprofissionais, manuais operacionais e demais documentações institucionais estão descritas nos anexos deste plano.

Anexo, ainda, há a PROPOSTA TÉCNICA de PROJETO DE HOSPITAL ENSINO para o HUGO, com criação de cursos vinculados à SBIBAE e as capacitações internas e oportunidades de pesquisa. O HUGO será imediatamente integrado ao universo de ensino e pesquisa do Einstein como mais um campo de atuação.

Os programas de ensino que hoje já acontecem no HUGO serão absorvidos na mesma lógica, com qualidade e ensino diferenciados, tutorados pelo time contratado para o HUGO.

5. RECURSOS HUMANOS

INTRODUÇÃO

Modeladora de tendências no setor de saúde, a **Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein** mantém a premissa de inovar e crescer com excelência, fixada nos pilares estratégicos de cuidado, ensino, pesquisa, inovação e responsabilidade social, em parceria com o setor público, levando gotas de Einstein por todo o país.

Sociedade civil sem fins lucrativos, presta assistência à saúde por meio de um sistema formado por: 5 hospitais, com cerca de 1.600 leitos totais; 5 unidades avançadas e 19 clínicas ambulatoriais; 8 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 1 unidade de reabilitação e medicina esportiva; 11 ambulatórios em empresas; 4 Centros de atenção à saúde mental e 2 Serviços de residência terapêutica.

Seus valores e princípios já se revelavam há mais de seis décadas, quando o Dr. Manoel Tabacow Hidal sonhou construir um hospital em agradecimento à comunidade judaica pelo acolhimento recebido no Brasil. Nascia um expoente na América Latina, referência em qualidade na prática médica, na disseminação do conhecimento e, acima de tudo, na capacidade de atrair os melhores talentos.

A motivação para o nascimento do **Hospital Israelita Albert Einstein** está relacionada aos sonhos de seus fundadores e à sua diversidade: imigrantes e refugiados acolhidos no Brasil. A história é marcada por aqueles que se uniram, levantando fundos para sua realização e vivenciando até hoje a mesma inquietude de buscar sempre o melhor.

> Esse é o jeito Einstein de ser: colocar as pessoas no centro do cuidado, sejam pacientes, familiares, colaboradores ou parceiros, contribuindo com uma trajetória de sucesso em benefício de todos.

Entre as premissas está a saúde de seus colaboradores, a partir:

- Da **percepção de crescimento** frente aos desafios, num ambiente fértil, com histórias de vida que exemplificam essa experiência.

- Do **orgulho de pertencer**, ligado ao propósito genuíno de fazer o melhor para o outro.

- Da **responsabilidade** no presente ao olhar para o futuro, com a oportunidade de evoluir com a Instituição.

- De **sonhar** em fazer algo diferente, o que permitiu a realização de muitos sonhos.

PLANEJAMENTO E ESTRATÉGIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Cuidar das pessoas e de quem as atende é o sentido amplo da saúde, em todas as vivências, desde o momento em que adentra ao ambiente hospitalar.

Nesse processo, todos os colaboradores são envolvidos e aculturados para proporcionar a melhor experiência para o paciente. O Einstein consolida-se como um importante centro médico-hospitalar de alta complexidade, reunindo um robusto corpo de profissionais e a mais avançada tecnologia hospitalar.

- **Política de Recursos Humanos**

A força de trabalho total (equipe interna + terceiros) chegou em 2022 a **22.810 pessoas**. Cerca de 63% são da área de Enfermagem. Na sede, localizada na cidade de São Paulo, no Morumbi, fica a maior parte das atividades que, com o passar dos anos, se expandiram para o Rio de Janeiro, Goiás, Minas Gerais, Espírito Santo, Pará, Pernambuco e Distrito Federal.

O universo de colaboradores se reflete numa série de mudanças no perfil do público interno, considerando os avanços da sociedade nos quesitos diversidade e equidade de oportunidades.

Nos últimos três anos, houve um aumento de 25% na meta de (100%) de contratação de pessoas com deficiências. O número saltou de 350 profissionais contratados para mais de 750, um aumento de 12% (854). A instituição também apresenta crescimento de 14% de pessoas pretas em cargos que exigem formação de ensino superior.

Com recursos e conhecimentos empregados na área privada, o Einstein investe no sistema público. Com administração compartilhada, gerencia serviços para a contratação, capacitação, acompanhamento do trabalho das equipes e aprimoramento da assistência.

Em todas as esferas, é notável o envolvimento dos colaboradores na busca de soluções para que o Einstein continue a liderar transformações, rumo a um sistema de saúde mais eficiente e inclusivo.

Em paralelo, o Einstein assiste, emprega e investe no apoio às comunidades próximas, o que o torna reconhecido pela qualidade da assistência, práticas de gestão, capacidade de inovar e liderar transformações no universo da saúde. Este pilar tem gerado entre os colaboradores um grande orgulho de pertencimento. Segue, assim, com seu objetivo estratégico de buscar o reconhecimento como organização líder em saúde.

A preocupação em promover o cuidado e o bem-estar das pessoas está em seu DNA. Os preceitos judaicos **Mitzvá** (Boas Ações), **Tsedaká** (Justiça Social), **Refuá** (Saúde) e **Chinuch** (Educação) sempre pautaram suas ações e reforçam seu compromisso com o ser humano, a sociedade e seus colaboradores.

Honestidade, Verdade, Integridade, Diligência, Justiça, Altruísmo, Autonomia, Profissionalismo e Trabalho em Equipe, somados aos preceitos judaicos, são valores organizacionais que guiam todas as frentes de trabalho da instituição.

Cada um deles permeia o acompanhamento da jornada de milhares de pacientes, desde seu primeiro contato em busca de um especialista, de um procedimento, de um recurso médico, até o desfecho de cada história em particular. Isso tudo aliado à saúde, ao respeito e ao bem-estar do colaborador, que se reflete diretamente na excelência do atendimento.

Os valores e princípios do Einstein são praticados junto aos colaboradores desde o momento da divulgação das oportunidades de vagas, e em seguida no processo de *onboarding*, nas capacitações e desenvolvimento de carreira, nos quais são abordados todos os temas críticos de qualidade e segurança que estão presentes na força de trabalho.

Para a instituição, assim como o paciente, o colaborador também está no centro de tudo, considerado o ativo mais importante da organização. Para isso, o Einstein possui uma visão integrada de cada colaborador, considerando todas as dimensões: física, mental, financeira, social, de equidade, diversidade e inclusão.

Cada ação planejada tem como foco entender as necessidade e expectativas específicas do público interno, de cada grupo em particular, para viabilizar uma jornada cada vez melhor, oferecendo também suporte aos familiares e programas específicos para suporte de colaboradores om filhos portadores de deficiência.

PROGRAMA DE DIVERSIDADE, EQUIDADE E INCLUSÃO

O Einstein considera os temas diversidade, equidade e inclusão como um pilar importante na construção de sua história, reforçando o compromisso com a saúde e com seus valores. Acredita que a atitude inclusiva deve ser uma premissa para todos, construindo um ambiente livre de estereótipos, preconceitos e discriminação para colaboradores, pacientes, famílias e todas as pessoas que se conectam com a Sociedade.

- **Política Programa Diversidade e Inclusão Einstein**

Com essa inspiração, criou o Programa de Diversidade, Equidade e Inclusão, que inclui ações em cinco frentes: Pessoas com Deficiência, LGBT+, Etnias, Equidade de Gênero e Gerações. O modelo de governança definido conta com 16 lideranças, que representam as diversas áreas e os grupos de afinidades específicos de cada uma das frentes de atuação. Cada grupo possui de 2 a 3 líderes que ajudam a criar e a institucionalizar as ideias, fomentando discussões e elaborando propostas e ações, desenvolvendo consciência e respeito relacionados às diferenças entre as pessoas.

O Programa conta com 7 pontos estratégicos, que ajudam a nortear o trabalho institucional:

- Recrutar, contratar e fidelizar colaboradores diversos e qualificados.
- Estabelecer uma equipe diversa de gestores que tenham metas claras de equidade, diversidade e inclusão, centrando em uma cultura inclusiva de dignidade e respeito.
- Cultivar uma cultura de aprendizagem, usando a ciência da melhoria centrada em comunidade.
- Adaptar os serviços assistenciais para que sejam centrados em equidade e culturalmente apropriados para as populações mais vulneráveis do sistema.
- Fomentar uma cultura de dignidade, respeito e pertencimento.
- Incorporar dados estratificados para melhoria contínua e entendimento do sistema.
- Criar espaços de conscientização sobre equidade, diversidade e inclusão.

O trabalho das cinco frentes conta atualmente com mais de 400 voluntários, que ajudam a impulsionar atuações para diminuir as iniquidades na instituição. E esse número cresce cada vez mais, pois a cada ano são abertas inscrições para novos integrantes. As ações têm trazido impacto não só para os mais de 20 mil colaboradores, mas gerado frutos para os pacientes, as

famílias e a Sociedade. Nos últimos três anos houve um aumento expressivo na meta de contratação de pessoas que se encaixam nessas cinco frentes:

Programa de Diversidade, Equidade e Inclusão (Número de colaboradores)			
Ano	**2019**	**2022**	**Crescimento**
Pessoas com deficiência	360	750	108 %
Pessoas pretas	854	2210	159 %
Lideranças femininas pretas*	50	154	208 %
Pessoas 50 +	1113	1737	56 %

** O total de **lideranças femininas** no ano de 2022 era de 774 profissionais.*

*** **Pessoas trans**: um mapeamento feito por meio de um questionário de saúde, aplicado em 2021, identificou 135 colaboradores que se declararam trans.*

No que diz respeito à contratação de pessoas com deficiência, o Einstein tem avançado a passos largos. A adaptação de protocolos e suporte da alta Diretoria foram fundamentais para as mudanças em diversos segmentos.

Sankofa

Outra vertente que vem recebendo atenção especial do Programa de Diversidade e Inclusão está relacionada ao crescimento de carreira de profissionais pretos (em posição de liderança com ensino superior).

Focado em diminuir as iniquidades na área da saúde, em especial no setor de enfermagem, o projeto Sankofa - Lideranças Pretas Mudam o Mundo foi criado em 2021. A ideia surgiu numa discussão da área do ensino, que desejava criar um trabalho social para acelerar um grupo vulnerável, o de mulheres pretas e pardas.

O projeto é uma jornada de mentorias em que participam 20 mulheres líderes na instituição (gerentes, coordenadoras, especialistas e consultoras), com idade média de 43 anos e 11 de trabalho no Einstein, sendo 3 anos em cargo de liderança. Elas se reúnem para discutir questões relacionadas à equidade de raça e o que pode ser feito para melhorar esse cenário.

O grupo desenha, junto com a instituição, ações e planos para preparar as mulheres líderes assistenciais, que englobam profissionais do setor de enfermagem, da equipe

multidisciplinar, da área corporativa (gerente financeira, gerente de qualidade, gerente da área de engenharia de segurança e farmacêutica) para a potencialização da carreira.

REMUNERAÇÃO E BENEFÍCIOS

- **Remuneração**

A política de remuneração do Hospital Israelita Albert Einstein se baseia em três pilares fundamentais:

1. **Estrutura e Equidade Interna:**
   - Garantir uma estrutura consistente, sustentável e transparente.
   - Assegurar critérios claros para promover a equidade interna.
2. **Gestão e Engajamento:**
   - Alinhar as ações de remuneração com o desempenho dos colaboradores.
   - Reconhecer e recompensar desempenhos diferenciados.
3. **Competitividade Externa:**
   - Manter a competitividade do hospital em relação ao mercado.
   - Propiciar oportunidades de carreira e desenvolvimento para os colaboradores.

A política de remuneração considera as diversas atividades realizadas no hospital, tais como Assistencial Hospitalar, Diagnóstico, Ensino, Pesquisa, Inovação, Big Data, Consultoria, Responsabilidade Social e Corporativo. Cada uma dessas atividades possui especificidades que são levadas em conta na definição da Política de Remuneração.

A busca pela equidade interna é realizada por meio da comparação de cargos internos que possuem responsabilidades e complexidades semelhantes. Para favorecer a evolução na carreira e o desempenho dos serviços, são estabelecidos níveis e faixas salariais adequados.

No que diz respeito à competitividade externa, a remuneração é ajustada com base nas práticas de mercado, para garantir que o hospital possa atrair e reter profissionais qualificados.

As políticas e práticas de remuneração incluem aumentos por desempenho, de acordo com a política e o plano de trabalho, além de possibilitar movimentações internas e promoções, sempre alinhadas ao orçamento da instituição.

Com esses três pilares bem definidos e uma abordagem que valoriza o desempenho e a justiça interna, o Hospital Israelita Albert Einstein busca manter uma remuneração competitiva e estimulante para seus colaboradores.

A descrição de cargos é um instrumento fundamental que proporciona um resumo das principais características de uma posição, abrangendo a natureza geral das tarefas executadas, responsabilidades específicas, o nível de autoridade delegada, resultados esperados e os requisitos mínimos de conhecimento e educação para o ocupante do cargo. Além disso, a descrição de cargos desempenha um papel essencial na condução de pesquisas salariais, especialmente quando se torna necessário comparar cargos similares.

O procedimento para Dimensionamento, Planejamento e Gerenciamento do Quadro de Pessoal do Hospital Albert Einstein tem como objetivo estabelecer diretrizes para dimensionar adequadamente o quadro de pessoal, alinhando-o com o planejamento estratégico institucional e adaptando-o às necessidades específicas de cada área. Esse processo também inclui a possibilidade de remanejamento de profissionais entre setores afins, considerando a criticidade do paciente e o tipo de atendimento a ser prestado, bem como a experiência profissional dos colaboradores. Dessa forma, busca-se garantir um atendimento de excelência e a otimização dos recursos humanos disponíveis.

Política de remuneração

Procedimento Descrição de Cargo

Procedimento para Dimensionamento, Planejamento e Gerenciamento de Quadro

- **Benefícios**

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) está constantemente preocupada com os seus profissionais. Considera e tem plena certeza que são eles que fazem a essência da Instituição, promovendo sempre um atendimento de excelência, se tornando, diariamente, responsáveis pela experiência do paciente.

É importante saber que a remuneração dos funcionários também é composta pelos benefícios.

Algumas políticas de benefícios são definidas por lei, como as licenças maternidade e paternidade e o auxílio-transporte. Entretanto, muitas se apresentam como propostas desenhadas efetivamente para atrair os melhores colaboradores e estabelecer diferenciais. além disso, os fundamentos das normas dependem do propósito de cada organização e deve ser reavaliado periodicamente para melhorar os resultados almejados.

Compõe-se de ações voltadas para satisfazer as necessidades dos colaboradores e envolvem aspectos sociais, culturais, de autoestima e autorrealização.

Tem como norteadores:

- Análise as necessidades dos colaboradores;
- Reconhecimento e recompensas;
- Revisão periódica dos benefícios;
- Regras;
- Diminuição do turnover;
- Melhora do clima organizacional;
- Aumento da produtividade.

O Einstein oferece aos empregados um pacote de benefícios corporativos, existem os benefícios obrigatórios e regulamentados por lei e convenção coletiva e os espontâneos, oferecidos por liberalidade, responsáveis por gerar maior atração e retenção de talentos.

Benefícios Legais: Os benefícios obrigatórios por lei e previstos na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e convenção coletiva, que pode ter variação de acordo com o Sindicato, com a Região e Unidade de atuação do profissional.

Benefícios Espontâneos: Benefícios espontâneos são conhecidos por esse nome por não serem uma obrigação da empresa. No entanto, são fatores decisivos para atrair candidatos às vagas em aberto, são aqueles que trazem maior satisfação para os colaboradores e aumentam a produtividade geral.

As regras estabelecidas nesta política aplicam-se a colaboradores CLT, horistas e estagiários da Sociedade. Todas as diretrizes estabelecidas devem ser observadas e cumpridas

em consonância com dispositivos legais vigentes, em especial, as previstas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

No total são oferecidos mais de 30 benefícios aos colaboradores, divididos entre os seguintes pilares: saúde, bem-estar, mobilidade, alimentação, família e financeiro. Avaliando as necessidades dos grupos, o foco é garantir a equidade, considerando a sustentabilidade na jornada do colaborador.

Quando ele chega à Instituição, ao ser admitido, recebe um *e-book* com o detalhamento de todos os incentivos. O material esclarece detalhes relevantes, tornando acessível e transparente a política da organização.

Descrição dos benefícios ofertados

O modelo de benefícios na Sociedade se orienta por pilares, conforme detalhamento abaixo, evidenciados na Política Institucional.

Saúde – Conforme Região (Benefício Espontâneo)

- Programa Cuidar
- Clínicas Einstein
- Seguro Saúde
- Programa Check Up
- Plano Odontológico
- Consultório Dental in company
- Convênio Farmácia
- Vacinação e Imunização

Mobilidade – Conforme Região (Benefício Espontâneo)

- Estacionamento
- Fretado
- Mobilidade Circular Metro
- Vale Combustível
- Vale transporte (Benefício Legal)

Alimentação

- Vale Alimentação (Benefício Legal conforme Região)
- Refeitório - Conforme Região (Benefício Espontâneo)
- Vale Refeição - Conforme Região (Benefício Espontâneo)
- Presente Final de Ano - Conforme Região (Benefício Espontâneo)

Família

- Seguro de Vida – Benefício Espontâneo
- Previdência Privada sem subsídio – Benefício Espontâneo
- Creche – Conforme Região (Benefício Espontâneo)
- Auxílio filhos com deficiência – Benefício Espontâneo
- Auxílio Creche (Benefício Legal conforme Região)
- Licença Maternidade (Benefício Legal)
- Licença Paternidade Estendida – Benefício Espontâneo

Bem-Estar

- Auxílio Atividade Física – Gympass - Conforme Região (Benefício Espontâneo)
- Quickmassage - Conforme Região (Benefício Espontâneo)
- Coral - Conforme Região (Benefício Espontâneo)
- Programa de Orientação Pessoal – POP - Benefício Espontâneo
- Clube de Benefícios (New Value) - Benefício Espontâneo
- Parceria com SESC - Conforme Região (Benefício Espontâneo)
- Programa Mais Conectados – Trabalho Remoto - Benefício Espontâneo

A composição dos benefícios e suas regras para concessão estão detalhadas na sequência deste documento, as regras e elegibilidade dos benefícios levam em consideração as questões legais de cada região, atividades do grupo profissional e posição.

ESTRATÉGIAS E AÇÕES DE BEM-ESTAR

Promover o bem-estar do colaborador requer estratégia e um conjunto de ações para criar um ambiente de trabalho efetivamente harmônico. Dessa forma, é possível motivar os colaboradores e engajá-los em suas tarefas diárias, além de garantir saúde e segurança no ambiente.

Caminhando efetivamente na evolução cultural, o Einstein oferece uma linha de orientação pessoal independente, na qual o trabalhador tem garantida sua privacidade para solicitar auxílio conforme suas necessidades e dúvidas.

EXPERIÊNCIA DO COLABORADOR E DO PACIENTE

Com o objetivo de divulgar todos os benefícios que o Einstein oferece aos seus colaboradores, em agosto de 2022 foi lançada a campanha com uma nova identidade visual. Além de promover o conhecimento, a iniciativa buscou facilitar a utilização dos recursos disponíveis.

Ao longo dos últimos meses do ano de 2023, foram encaminhados mais de 15 e-mails institucionais em novo layout, com divulgação nos murais, no *Workplace* e demais canais de comunicação interna, para melhorar a percepção sobre os benefícios oferecidos, criar uma identidade visual "guarda-chuva" para falar sobre o tema, comunicar novas ações e vantagens, além de relembrar as já divulgadas.

A área de benefícios participa ativamente de grupos de trabalho para identificar oportunidades e compor iniciativas que busquem melhorar a experiência do colaborador. Entre as ações, destacam-se:

- Participação no Comitê Gestão de Clima e Engajamento, apresentando os planos e ações previstos para melhoria;

- Parcerias e descontos para colaboradores, conveniências e facilidades em todas as unidades.

SEMANA DA EXPERIÊNCIA DO COLABORADOR E DO PACIENTE

Com esse olhar diferenciado e estratégias específicas, foi realizada a **Semana da Experiência do Colaborador e do Paciente** em 2023, com o tema central SPA - **Segurança, Paixão por Servir e Atenção aos Detalhes** -, os três alicerces que sustentam o atendimento

de excelência do Einstein, colocando o paciente como foco principal no sistema de gestão, em busca do melhor acolhimento. As atividades foram conduzidas por profissionais do Hospital, de forma voluntária.

SEGURANÇA FINANCEIRA

Considerando outros aspectos da vida do colaborador, foram promovidas ações de consultoria com o objetivo de incentivar a autonomia e o bem-estar, por meio da educação financeira, com o olhar para a saúde integral das pessoas.

A etapa inicial foi a consultoria financeira individual para colaboradores com saldo devedor, em encontros semanais. Tais encontros foram realizados durante seis meses, com a inclusão de novos participantes no ciclo, visando acompanhar a efetividade da ação e a redução do impacto na renda dos colaboradores.

Outro destaque nessa área foi o **Empréstimo Social,** recurso destinado a atender, em caráter de urgência, às famílias que se encontram em alguma situação de vulnerabilidade, além de grupos que vivenciaram situações envolvendo catástrofes, como: casas em locais de risco, enchentes, deslizamentos de terra, incêndios e reintegração de posse.

Nesse caso, o valor médio do chamado aluguel popular é limitado a 50% do salário, com desconto em folha de pagamento, em até dez vezes.

Aqueles que não atingem no mínimo dois critérios são direcionados para outras ações de apoio social e financeiro, com orientação, informação ou aconselhamento por especialistas de diversas áreas.

- **Elegíveis**: colaboradores CLT, estagiários e aprendizes ativos.

- **Não elegíveis:** colaboradores afastados pelo INSS, aposentados por invalidez, licença-maternidade e licença não remunerada.

O POP realiza atendimento personalizado e sigiloso, considerando as necessidades individuais de cada um, realizado por consultores financeiros por telefone, e-mail e WhatsApp.

É dividido em 3 etapas: a primeira faz uma consultoria financeira, três encontros semanais com o consultor e encontros mensais durante seis meses.

Além disso, é feito um acompanhamento da efetividade da ação nos indicadores do POP e na redução do impacto na renda dos colaboradores.

A segunda etapa envolve publicações do tema no *Workplace*, e a terceira uma trilha de Educação Financeira. Em 2022, 50 colaboradores foram beneficiados com a ação, recebendo orientação de como podem se organizar financeiramente.

Já o ***Núcleo de Engajamento Profissional*** é uma área que conta com assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros, que dão suporte aos colaboradores em situação de vulnerabilidade. A descoberta desses colaboradores é feita por meio de um mapeamento, por indicação da liderança, com o programa Cuidar, e também durante uma consulta, quando o médico ou enfermeiro verificam que o colaborador está em situação de vulnerabilidade. Em seguida a equipe do Núcleo faz o acolhimento e algumas tratativas, como fornecimento de cestas básicas, dando suporte na questão de segurança alimentar.

CORAL EINSTEIN

Está comprovado cientificamente que cantar melhora a capacidade pulmonar e ativa o sistema cardiovascular, além é claro da satisfação de quem gosta da atividade. Quando cantamos, trabalhamos os músculos abdominais e faciais. É liberada endorfina, o que ajuda a externalizar elementos positivos. E isso é especialmente verdade quando cantamos com outras pessoas.

Cantar em grupo também incentiva a produção de ocitocina (o hormônio da ligação com outras pessoas). Isso pode reduzir a ansiedade, o estresse e ajudar a relaxar. O **Coral Einstein** segue exatamente essa proposta, da maximização do potencial humano por meio da música, proporcionando momentos de bem-estar e interação entre pessoas de diferentes áreas da Instituição.

PILARES DE BENEFÍCIOS

- **SAÚDE: Programa Cuidar**

O Programa Cuidar foi criado pela Saúde Corporativa em 2014 para oferecer um atendimento integral, humanizado e eficiente na prevenção de doenças. O objetivo do Cuidar vai muito além

de solucionar problemas médicos; nossas equipes estão preparadas para acompanhar você no longo prazo, ajudando a criar hábitos de vida mais saudáveis e priorizando seu bem-estar.

Todos os colaboradores cadastrados no Seguro Saúde podem usar os serviços do Programa Cuidar sem coparticipação.

Ao se vincular ao Programa, os colaboradores são atendidos frequentemente pela mesma equipe multiprofissional, formada por um médico de família, um enfermeiro e um apoiador do cuidado que acompanharão toda a evolução da sua saúde.

Ao agendar uma consulta pelo Programa Cuidar, o colaborador contará com um atendimento personalizado de uma equipe composta por um médico de família, enfermeiro e apoiador do cuidado. Conheça um pouco mais sobre as atribuições de cada um:

- **Médico de família:** É o profissional que vai avaliar sua saúde de maneira completa e integral, independentemente de possíveis queixas. Ele vai ajudar o colaborador a criar hábitos mais saudáveis e que sejam compatíveis com seu estilo de vida. Também é ele quem vai diagnosticar possíveis problemas de saúde e encaminhar para exames, procedimentos, tratamentos ou especialistas.

- Enfermeiro: É quem vai acompanhar a evolução da saúde de perto e criar um plano de cuidado para ajudar o colaborador a conquistar seus objetivos e melhorar seu bem-estar.

- Apoiador do cuidado: É o profissional responsável por conferir se o colaborador está realizando suas consultas periodicamente, e quem poderá ajudar a levantar informações, documentos e solicitações que sejam necessárias para a continuidade do cuidado.

Após a consulta, o médico de família e enfermeiro poderão recomendar diversas ações de acordo com as necessidades, sendo elas um check up, exames, consulta com especialistas, tratamentos, ou até mesmo participação em um dos programas da estrutura do Cuidar.

Telemedicina

A Telemedicina consiste na prática médica realizada à distância, por meio da internet, videoconferências, tablets e celulares, fornecendo apoio à medicina tradicional.

O acesso está disponível 24 horas por dia, de qualquer lugar, permitindo o contato virtual com um médico totalmente preparado para orientar o colaborador sobre a conduta correta a ser

tomada, eliminando, num primeiro momento, a necessidade de se locomover até um Pronto Socorro.

O Einstein é referência nesse tipo de serviço, que tem alcançado taxas acima de 90% de satisfação no atendimento.

DIFERENCIAIS

Programa Engravida - Na linha de cuidado pré-natal, esse programa é voltado ao atendimento de colaboradoras gestantes.

Nesse programa abordamos temas como: amamentação, nutrição, parto, rede de apoio, direitos e deveres, cuidados com bebê, carreira antes, durante e após o retorno da licença maternidade, atividade física, medicina integrativa e vida emocional.

Auxílio para Filhos com Deficiências – Quem tem filho com alguma deficiência sabe a necessidade peculiar de cuidado e atenção no dia a dia, preocupação que o Einstein assume como forma de valorização de seus profissionais, de todas as áreas e níveis. Mais que um diferencial, é um legado que o coloca em posição de destaque frente a inúmeras instituições de Saúde do Brasil.

- 118 crianças ativas em 2022, com aumento de 29,35% em comparação a 2021.
- Colaboradores beneficiados: 36% da Enfermagem, 26% Administrativo, 13% Liderança e Médicos, 23% Outros Profissionais.

Licença-maternidade – É um benefício de suma importância, voltado a ações de várias necessidades, que assegura uma rede de apoio durante a licença, com diferenciais como:

- Possibilidade de complementar a licença-maternidade até os 6 meses com uma licença não remunerada.
- Revisão da concessão do benefício auxílio-creche durante a licença-maternidade.
- Manutenção do benefício auxílio-creche para assegurar uma rede de apoio durante o período de afastamento da licença-maternidade, antes pago somente no retorno ao trabalho.

Há também o **acolhimento pós licença-maternidade**, com:

- Ampliação da licença-maternidade para mães com bebês em UTI.
- Oferecimento da preparação para o retorno ao trabalho, com foco nas potencialidades, orientação para conciliar diferentes dimensões da vida e apoio à continuidade da amamentação.
- **Licença Adoção** – Benefício que assegura aos pais e mães adotivos os mesmos direitos que os biológicos. São 120 dias corridos para a guarda definitiva, 30 dias corridos para a guarda provisória, avaliação caso a caso e opção de licença não remunerada.

Licença paternidade estendida - Considerando as mudanças ocorridas na organização social e na estrutura das famílias, no mês de outubro de 2022 foi divulgada aos colaboradores a concessão da licença paternidade estendida de 30 dias consecutivos para todos, independentemente da identidade de gênero. Trata-se de um **pioneirismo do Einstein** em políticas de equidade de gênero, frente a outras instituições de Saúde, que trouxe:

- Impacto positivo da imagem do Einstein, potencializando a marca por meio de políticas de equidade de gênero.
- Melhoria na atração e fidelização de talentos.
- Evidências sugerem que a longo prazo é perceptível a criação de laços mais fortes e afetivos entre pai e filho.

Foram **48 colaboradores** atendidos em 2022 pelo benefício, válido para todos os tipos de união, inclusive homoafetiva.

ATRAÇÃO, SELEÇÃO DE PROFISSIONAIS

A área de Atração & Seleção da Sociedade Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) tem como finalidade atender às necessidades de contratação da instituição, por meio de estratégias de captação, buscando profissionais com qualificações compatíveis aos requisitos técnicos e comportamentais, que contribuam na constante busca da liderança no segmento da Saúde.

É de responsabilidade dos profissionais da área de A&S avaliar as qualificações por meio de instrumentos de seleção que permitam investigar a vivência profissional e pessoal, os requisitos do cargo e as competências comportamentais exigidas.

O principal objetivo da área e estabelecer critérios para assegurar que os processos de atração e seleção estejam alinhados à estratégia, diretrizes institucionais, missão, visão e valores da SBIBAE.

Premissas

- A Instituição prioriza o recrutamento interno e, portanto, todas as oportunidades devem ser divulgadas internamente, salvo exceções previstas na Política de Recrutamento Interno.

- Em geral, o recrutamento interno e externo ocorre paralelamente.

- Desde a etapa de alinhamento de perfil até a definição do profissional a ser contratado, o gestor requisitante e a área de Atração e Seleção devem atuar em parceria.

- Não é permitida a contratação, sob a mesma coordenação, de parentes ou prestadores de serviços na condição de subordinados. São considerados parentes: pai, mãe, filho (a), irmão (a), esposo (a), companheiro (a), cunhado (a), primo (a), avós, neto (a), tio (a), sobrinho (a), genro, nora, sogro (a) e enteados.

- Ex-funcionários serão contratados somente se estiverem enquadrados nas diretrizes de readmissão e após análise das seguintes áreas: RH (Administração de Pessoal + Remuneração), jurídico e Saúde Ocupacional.

- Profissionais de empresas terceirizadas podem participar dos processos seletivos da Instituição somente com autorização/formalização prévia, por e-mail, do gestor e de acordo às premissas de contrato.

- Alterações no perfil da vaga no decorrer do processo seletivo implicam na elaboração de novo cronograma ou mesmo no cancelamento da vaga e abertura de nova Requisição.

- Todos os profissionais avaliados em processo seletivo receberão a devolutiva, pela área de Atração e Seleção, durante e após a conclusão do processo.

- As avaliações realizadas durante o processo seletivo são confidenciais e de uso restrito da área de Atração e Seleção, Consultoria de RH e do Gestor Requisitante

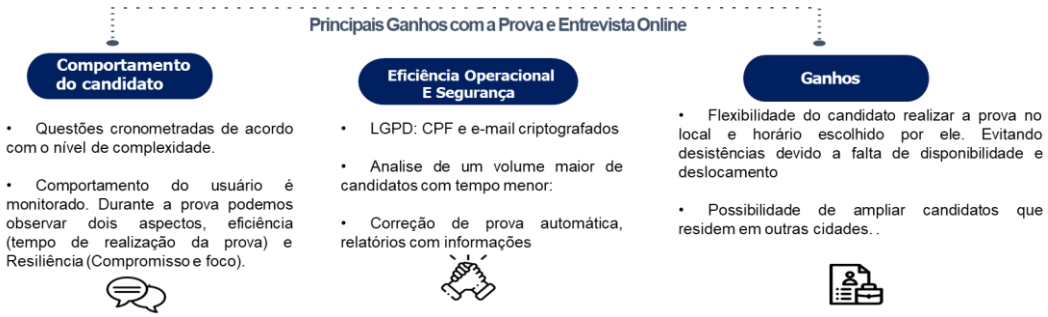
- **Política de Seleção**

- **Procedimento para Contratação de Portadores de Deficiência**

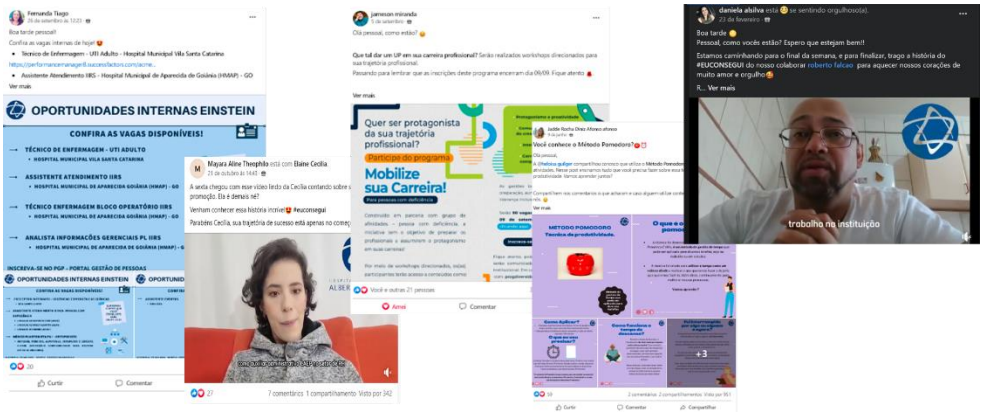
- **Jornada do Candidato**

A jornada de atração e seleção Einstein, atua de forma hibrida. A utilização de inteligência Artificial e Tecnologia no processo de seleção possibilita maior eficiência operacional e melhor experiência do candidato durante a sua jornada.

Principais vantagens do uso de inteligência artificial em recrutamento e seleção.

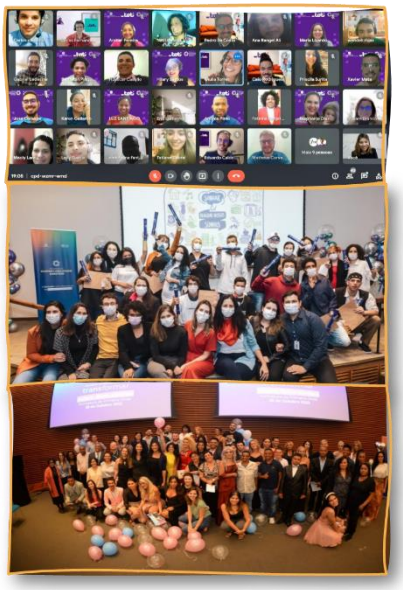


Como posicionamento enquanto marca empregadora, também precisamos olhar para os nossos colaboradores e destacar as oportunidades internas e as trajetórias na Instituição. Fortalecendo assim a marca e cultura, reforçando o orgulho em pertencer e consequentemente impactando as vidas dos colaboradores e clima organizacional.



Programas de Empregabilidade| Diversidade

O Programa de Empregabilidade é uma estratégia de capacitação específica para grupos minorizados que por meio de 06 diferentes turmas formou 182 profissionais e até o momento apresenta índice de aproveitamento de 46%.



Transformação Social

Com a missão de promover a justiça social nas comunidades assistidas, por meio de ações socialmente responsáveis e fundamentadas em princípios, valores de ética e cidadania.

Estreitamos nossa parceria nos últimos anos e acompanhamos os indicadores de Empregabilidade das pessoas que passaram por alguma capacitação. Desde 2021, 124 pessoas passaram a integrar o quadro de colaboradores Einstein.

ADMISSÃO PROFISSIONAL

O processo de admissão ocorre de forma hibrida (digital e presencial), garantido todas as etapas previstas na legislação quanto a documentos obrigatórios para a prática, assim como os quesitos mínimos de saúde ocupacional.

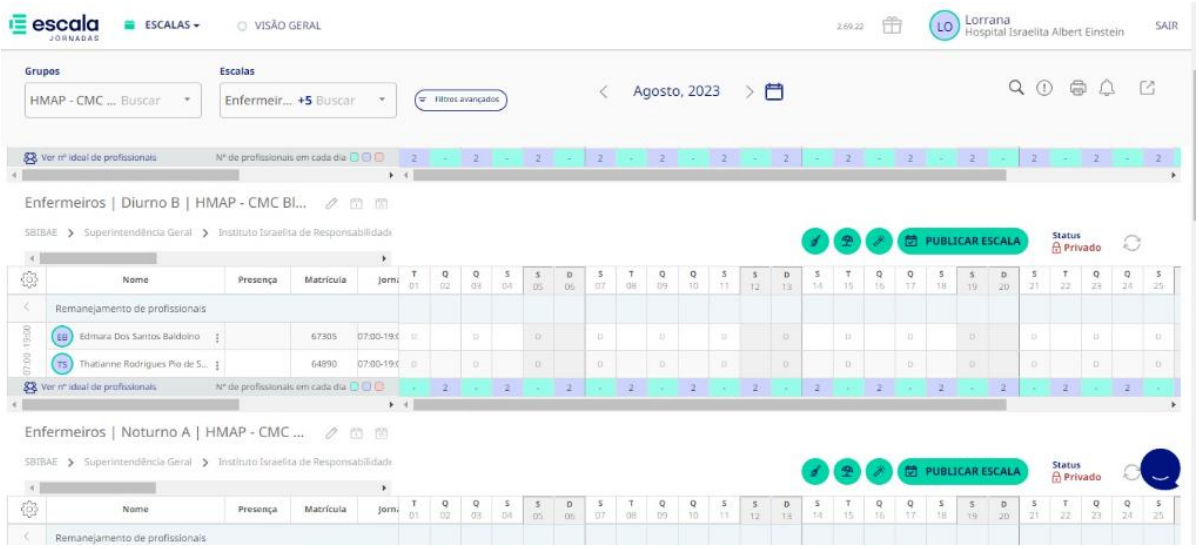
Todas as diretrizes estão descritas em políticas institucionais:

Política de contratação: tem por objetivo definir o fluxo e documentos e procedimentos de saúde ocupacional (exame admissional) para a contratação de funcionários sob-regime CLT, conforme legislação em vigor e diretrizes Institucionais.

Política de controle de frequência – marcação de ponto: Estabelece os critérios para o controle de frequência dos funcionários CLT da SBIBAE, considerando as diferentes jornadas e escalas de trabalho.

- **Política de controle de frequência – marcação de ponto**

Escalas: No Hospital Albert Einstein, utilizamos o app Escala Jornadas para composição das escalas das áreas. O Escala Jornadas é uma ferramenta online para planejamento e gerenciamento de escalas de trabalho, jornadas CLT (12x36, 6x1, 5x2) e plantões.



GESTÃO DE MÉDICOS PJ

Os objetivos desta gestão é definir critérios, papéis de responsabilidades para contratação de serviços médicos, prestados por meio de terceiros (pessoas jurídicas), devidamente habilitados e capacitados para tal, visando qualificação profissional, segurança e diligência na execução do processo, desde a seleção para contratação até o término do contrato respectivo.

Além de estabelecer diretrizes para a contratação e gestão de serviços médicos, visando assegurar sua qualidade.

A contratação de serviços médicos por meio de pessoas jurídicas para a SBIBHAE deve seguir requisitos mínimos pré-estabelecidos, conforme abaixo:

Caraterísticas	Definição de modelos de contratação por especialidade médica		
	Modelo I - **PJ**	Modelo II - **PJ I**	Modelo III - **PJ E**
	• Atuação conforme modelo local • Plantões alternativos • Preponderante contrato individual	• Médicos PJ atuando em atividades altamente especializadas • Médicos PJ atuando em atividade sob demanda	• Contratação de uma empresa para atender os serviços de uma especialidade ou parte deles

A Gestão dos Médicos PJ atua em duas grandes vertentes:

- **Política Gestão de Médicos PJ**

Gestão de Terceiros

A contratação de serviços terceirizados requer que sejam respeitados limites legais e institucionais para evitar riscos trabalhistas e de segurança, por exemplo.

O objetivo da política é estabelecer diretrizes para a contratação e gestão de serviços terceirizados, desde a identificação da necessidade até o término da prestação de serviços. Esta política não se aplica à contratação de serviços médicos.

INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL (ONBOARDING) E EDUAÇÃO EM SAÚDE | EDUAÇÃO PERMANENTE

I) Educação Corporativa e permanente em saúde

A Educação Corporativa do Einstein tem por objetivo oferecer treinamento e capacitação aos profissionais de saúde para o desenvolvimento de suas competências, por meio de estratégias educacionais para promover uma assistência segura, efetiva e acolhedora aos pacientes em cenários reais e desafios de saúde. Pautada em competências e indicadores, tem por objetivo promover uma aprendizagem significativa e contínua de seus profissionais, vinculado aos propósitos, objetivos e metas da organização, contribuindo para qualidade e segurança da assistência.

Nos treinamentos ofertados, utiliza-se estratégias ativas e colaborativas de aprendizagem que visam envolver os aprendizes de forma mais ativa e participativa colocando-os como protagonistas do processo de aprendizagem, são alguns exemplos de estratégias: jogos educacionais, discussões de casos, rolle play, estação por rotação, prática monitorada, validações práticas, dentre outras.

Ao final dos ciclos de treinamentos acompanhamos alguns indicadores que auxiliam na tomada de decisões e no aprimoramento contínuo dos processos educacionais, são eles:

- Satisfação com os programas de treinamentos;
- NPS (Net Promoter Score): é uma métrica utilizada para medir a satisfação em relação a um produto ou serviço;
- Adesão aos programas de treinamentos;
- Hora de treinamento por profissional.

Para a obtenção dos dados e informações de treinamentos é recomendado adquirir uma Plataforma de Aprendizagem tecnológica eficiente e abrangente para gerenciar os processos educacionais, facilitar o aprendizado, e torná-lo mais acessível, efetivo e personalizado. Essa plataforma de Gerenciamento de Aprendizagem, tem por objetivo:

- Centralizar os conteúdos: serve como um repositório para armazenar e organizar materiais de aprendizagem.
- Acesso flexível: os alunos podem acessar os conteúdos a qualquer hora e de qualquer lugar, desde que tenham uma conexão com a internet.
- Acompanhamento do progresso: nele é possível registrar o progresso dos alunos, incluindo o tempo gasto em cada atividade, pontuações em avaliações e conclusão dos treinamentos.
- Acompanhamento e relatórios: os administradores do sistema podem acompanhar o uso do sistema e gerar relatórios para avaliar o impacto do treinamento ou do ensino. Isso auxilia na tomada de decisões e no aprimoramento contínuo dos conteúdos e processos educacionais.

II) Fases do Programa de Capacitação de Desenvolvimento das Equipes

Fase1	**Fase 2**	**Fase 3**
1. Pré-implantação	**2. Implantação**	**3. Pós-implantação**
1.1 Diagnóstico 1.2 Programa de Integração Institucional	2.1 Jornada de aprendizagem a Beira Leito 2.1.1 Equipes de Enfermagem e Multiprofissional	3.1 Trilhas de Aprendizagem 3.1.1 Institucional 3.1.2 Trilha de Fatores Humanos para Médicos

1.3 Programas de Treinamentos Admissionais*: 1.3.1 Equipes Assistenciais 1.3.1.1Equipe de Enfermagem 1.3.1.2 Equipe Multiprofissional 1.3.2 Equipes de Atendimento e Apoio a assistência 1.4 ** Programas de atendimento de urgências e emergências 1.4.1 BLS 1.4.2 Heartsaver	2.2 Treinamentos de Equipamentos 2.3 Simulação *insitu* 2.4 Treinamentos Legislativos 2.5 Treinamentos de Brigada de Incêndio 2.6 ** Continuidade dos Programas de atendimento de urgências e emergências 2.6.1 ACLS 2.6.2 VAD Adulto	3.1.2.1 Comunicação 3.1.2.2 Consciência Situacional 3.1.2.3 Tomada de decisão 3.1.2.4 Trabalho em equipe 3.1.2.5 Gestão do risco e erro 3.2 Programas específicos 3.3 Treinamentos Setoriais 3.4 Formação de Instrutores 3.5 Manutenção dos programas da primeira e segunda fases 3.6 ** Continuidade dos Programas de atendimento de urgências e emergências 3.6.1 ATCN 3.6.2 ATLS 3.6.3 Urgências e Emergências Radiológicas 3.6.4 *** Punção Vascular Guiada por USG 3.6.5 Customizados Virtuais 3.6.5.1 Sepse Adulto 4.1 Programa de Desenvolvimento de Lideranças

*Customização conforme práticas assistenciais.

**Priorização para áreas quentes no início das operações.

*** Customização para atendimento das Unidades de Pronto Atendimento e Unidades de Terapia Intensiva.

Fase 1 – Pré-implantação

1.1Diagnóstico:

O diagnóstico das necessidades de treinamento é uma estratégia que levanta as dificuldades, os desafios e identifica o status das competências e habilidades dos profissionais da organização. Esse processo poderá acontecer tanto individualmente, como por departamentos ou em toda a organização.

O diagnóstico das necessidades de treinamento ocorre conforme:

- Características da instituição.
- Competências críticas (organizacionais e individuais) da instituição.
- Descrição de normas, diretrizes. protocolos, políticas e procedimentos estabelecidos de acordo com os cargos e áreas da instituição.

1.2 Integração Institucional.

A Integração Institucional tem como objetivos:

- Proporcionar acolhimento e aculturamento aos novos profissionais em sua jornada inicial.
- Apresentar informações sobre a instituição, sua cultura e frentes de atuação, facilitando a conexão e o sentimento de pertencimento.

- Facilitar o acesso aos principais canais de comunicação para suporte durante toda a sua jornada.
- Transmitir conhecimento sobre o jeito Einstein de ser.
- Orientar quanto as primeiras etapas da sua rotina dentro da Instituição.
- Apoiar a adaptação e retenção do novo profissional.

A Integração Institucional, conta com o apoio de especialistas e referências institucionais, tem como objetivo ratificar o compromisso da instituição com o acolhimento dos novos profissionais, transmitir conhecimento sobre a cultura organizacional e fornecer informações associadas às políticas, normas e diretrizes institucionais. Essa iniciativa está associada à experiência do profissional e deve proporcionar aprendizado, fortalecendo a cultura organizacional e contribuindo para a retenção de talentos.

Conteúdo Programático:

- Boas-Vindas! - Integração Institucional
- Benefícios Institucionais - Integração Institucional
- Material de Apoio e Documentos Admissionais - Integração Institucional
- Nossa História - Integração Institucional
- Missão, Visão e Valores - Integração Institucional
- Programa de Diversidade e Inclusão - Integração Institucional
- Modelo de Atendimento Einstein, com Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos Detalhes - Integração Institucional
- Ética e Compliance - Manual de Ética - Integração Institucional
- Meio Ambiente e Sustentabilidade - Integração Institucional
- Segurança da Informação - Integração Institucional
- Política de Segurança da Informação - Integração Institucional
- LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados - Integração Institucional
- Prevenção e Controle de Infecção - Integração Institucional
- Segurança do Trabalho, Saúde Ocupacional e Meio Ambiente - Integração Institucional
- Noções Básicas de Prevenção e Combate a Incêndios
- Política de Biossegurança
- Avaliação de Reação - Integração Institucional

Público-alvo:

Todos os profissionais recém-admitidos.

Periodicidade:

A Integração Institucional deverá ser realizada uma única vez, no início da jornada do profissional na instituição. Contudo, em caso de reingresso à instituição, o profissional deverá realizar a Integração Institucional novamente desde seu início.

1.3 Programas de Treinamentos Admissionais:

1.3.1 Programas de Treinamentos Admissionais Assistenciais

Os treinamentos admissionais assistenciais, tem por objetivo:

- Promover a integração dos profissionais assistenciais recém-admitidos na organização;
- Uniformizar as informações relacionadas aos padrões de prática assistencial, com foco em qualidade e segurança, considerando os aspectos relevantes de cada categoria profissional;
- Fornecer conhecimentos e treinar habilidades requeridas para o desempenho das competências técnicas e não técnicas da equipe assistencial.

O Programa de Treinamento Admissional Assistencial promove capacitação e o desenvolvimento das equipes assistenciais para a prestação de uma assistência de qualidade garantindo a segurança do paciente e profissionais. É um processo sistematizado, que visa fornecer conhecimento e habilidades técnicas e não técnicas, que serão necessárias em sua atuação.

1.3.1.1 Equipe de Enfermagem

O Programa está dividido por categoria profissional de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, estagiários, aprimorandos, residentes e profissionais da área promovidos de cargo).

Conteúdo Programático:

Os temas são definidos de acordo com as competências do cargo:

Temas - Enfermagem
Modelo de atendimento Assistencial
Modelo de atendimento humanizado ao paciente e família com Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos Detalhes
Prevenção de Infecção: higiene das mãos, precauções padrão e específicas
Metas Internacionais de Segurança do Paciente
Assistência de Enfermagem no controle da Dor
Assistência de Enfermagem ao paciente com Diabetes Mellitus: cuidados com hipoglicemia e hiperglicemia
Assistência de Enfermagem na prevenção de quedas em pacientes internados e externos
Manuseio de equipamentos médicos hospitalares: Bomba de infusão Medicação e Bomba de Infusão de Dieta Enteral
Processo de Administração de Medicamentos (EV/VO/SC/IM/SNE) com prática
Assistência de Enfermagem na Terapia Infusional – Conhecer e manipular os tipos de cateteres, praticar punção venosa periférica e cuidados com os cateteres venosos
Cuidados básicos de enfermagem na prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea em cateteres venosos
Manuseio e cuidados com materiais respiratórios: inaladores, máscara não reinalante, máscara de Venturi e cateter de oxigênio
Assistência de Enfermagem a pacientes em uso de Cateter Vesical de Demora e coleta de Urina pelo cateter
Assistência de Enfermagem na prevenção de Lesão por Pressão
Procedimento de Coleta de Exames Laboratoriais
Atendimento ao paciente em Parada Cardiopulmonar (PCR) - com prática de habilidades
Manuseio do Carro de Emergência e desfibrilador em RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar)

Temas transversais: Saúde de Colaborador, Educação do Paciente e Família, Descarte de Resíduos, Experiência do Paciente, Diversidade e Inclusão, Competências socioemocionais (comunicação, trabalho em equipe, consciência situacional).

Estratégias de treinamento: metodologias ativas, colaborativas, com práticas de habilidades e uso da estação por rotação, gameficação e cases situacionais.

1.3.1.2 Equipe Multiprofissional

O programa é disponibilizado a todos os profissionais da Equipe Multiprofissional que atuam na assistência ao paciente. Equipe multidisciplinar (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistente social, biomédicos, psicólogos, farmacêuticos, residentes e estagiários).

Conteúdo Programático:

Os temas são definidos de acordo com as competências de cargo e conforme política de conhecimentos requeridos.

Temas - Multidisciplinar
Modelo de atendimento humanizado ao paciente e família com Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos Detalhes
Prevenção de Infecção: higiene das mãos, precauções padrão e específicas
Metas Internacionais de Segurança do Paciente
Procedimento de Aspiração de vias aéreas - **Fisioterapeutas**
Assistência em Prevenção de Queda de pacientes internados e externos

Temas transversais: Saúde de Colaborador, Educação do Paciente e Família, Descarte de Resíduos, Experiência do Paciente, Diversidade e Inclusão, Competências socioemocionais (comunicação, trabalho em equipe, consciência situacional).

1.3.2 Programa de treinamento Admissional Equipe de Atendimento e Apoio a assistência

O Treinamento Admissional de Atendimento é aplicado no primeiro dia do profissional na Instituição, para todos da equipe de atendimento e apoio assistencial de níveis auxiliar e técnico. Possui carga horária de 03 horas e tem como principais objetivos:

• Apresentar o Modelo de atendimento humanizado ao paciente e família com Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos Detalhes.

•Trabalhar competências socioemocionais, como: empatia, comunicação e gestão de conflitos.

•Definir a importância da Experiência do Paciente, enfatizando seu impacto na satisfação do paciente e família.

•Conscientizar sobre a relevância da apresentação pessoal e postura no atendimento ao paciente.

1.4 Programas de atendimento de urgências e emergências

O princípio norteador do plano de capacitação dos profissionais está pautado numa Política de Qualificação: médica, de enfermagem e multidisciplinar e que tem por objetivo manter e atualizar os conhecimentos e habilidades dos profissionais que exercem funções assistenciais, desenvolvendo suas competências a fim de contribuir positivamente para os resultados de saúde dos pacientes.

Essas políticas devem descrever uma relação de treinamentos mínimos obrigatórios de acordo com a especialidade ou descrição do cargo assistencial que o profissional de saúde exerce. Uma das premissas preconizadas é que os profissionais realizem os treinamentos mínimos requeridos em até 60 dias após a contratação para sua atuação e, uma vez realizado, a requalificação deverá acontecer com uma periodicidade regular mínima de dois anos e que varia de acordo com as regras exigidas por cada curso.

Este currículo pode ser definido por um comitê composto pelo Departamento de Práticas Médicas e Assistenciais, Educação Corporativa e Continuada, gestores das áreas assistenciais e diretoria técnica, que analisam indicadores e resultados assistenciais importantes das unidades, entre outras informações, que auxiliem na identificação de prioridades e permitam o acompanhamento contínuo de resultados.

Abaixo seguem as temáticas que serão abordadas na primeira fase de pré-implantação do projeto.

1.4.1 Basic Life Support | BLS (Suporte Básico de Vida)

Descrição: Capacitar profissionais de saúde no atendimento de urgências e emergências com o intuito de reduzir a morte e a incapacitação por doenças cardiovasculares. Ao final do curso, se aprovado, o aluno receberá uma carteirinha de certificação Internacional em Suporte Básico de Vida pela *American Heart Association,* válida por 2 anos.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Cadeia de sobrevivência de adultos e verificação e segurança do local
- Aspectos básicos da RCP em adultos e aprendizado das técnicas de RCP: compressão e ventilação e uso de BVM
- Sessão prática de RCP com 1 socorrista
- Uso do DEA e situações especiais do uso do DEA
- RCP adulto com 2 socorristas, uso do DEA.
- Dinâmica em equipe e times de alto desempenho, prática de fração de compressão
- Suporte básico de vida em pediatria
- RCP em crianças com 2 socorristas
- Introdução de RCP em lactentes
- Compressões em lactentes com 1 socorrista
- Ventilação com bolsa-válvula-máscara em lactentes
- Sessão prática de RCP com 2 socorristas em lactentes
- Considerações especiais: RCP com via aérea avançada e ventilações de resgate
- Obstrução de vias aéreas em adultos, crianças e lactentes, responsivos e não responsivos

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Equipe Multiprofissional, Médicos de família e demais especialidades médicas que não possuem atuação em unidades críticas.

Periodicidade: Bienal.

Estratégia Educacional:

Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pré (não é critério de aprovação) e pós-teste (aprovação mediante 84% de acerto).

- **Prática de habilidades:** Avaliação individualizada de um atendimento.

Por meio das avaliações os profissionais receberão *feedback's* sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

1.4.2 Heartsaver | Primeiros Socorros

Descrição: Tem como objetivo proporcionar aprendizado para pessoas que não possuem formação na área da saúde sobre aspectos básicos dos primeiros socorros. Ao final do curso, os participantes estarão aptos a reconhecer situações de emergência potencialmente fatais, realizar RCP e manobras de desobstrução das vias aéreas de forma segura, além de saber utilizar o desfibrilador externo automático (DEA). Se aprovado, o aluno receberá uma carteirinha de certificação internacional em Primeiros Socorros pela *American Heart Association*, válida por 2 anos.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Introdução aos princípios e conceitos fundamentais dos primeiros socorros;
- Identificação e compreensão de diferentes situações de emergência que podem ser potencialmente fatais;
- Técnicas de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)
- Uso de Desfibrilador Externo Automático (DEA);
- Aprendizado das manobras adequadas para desobstruir as vias aéreas em casos de engasgamento ou asfixia, evitando complicações mais graves.

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Colaboradores não assistenciais que não prestam cuidado direto ao paciente e que não possuem acesso imediato a equipe assistencial.

Periodicidade: Bienal.

Estratégia Educacional:

Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais e promover a troca de experiências.

Avaliação:

- **Prática de habilidades:** Avaliação individualizada de um atendimento.

Por meio da avaliação os profissionais receberão feedbacks sobre seu desempenho nas atividades de aprendizagem a fim de aprimorar seu desenvolvimento profissional.

Fase 2 – Implantação

2.1 Jornada de aprendizagem a Beira Leito – Equipe de Enfermagem e Multiprofissional

Esse programa de treinamento tem por objetivo capacitar os colaboradores assistenciais em seu ambiente de trabalho com acompanhamento a beira leito, potencializando as competências técnicas e não técnicas, favorecendo o desempenho das atividades, aprimorando a consciência situacional e qualidade e segurança, promovendo segurança psicológica e contribuindo como uma barreira em situações de riscos e eventos adversos.

É um treinamento mediado pela prática de acompanhamento à beira-leito. Este modelo de capacitação contribui para o aprendizado contínuo com foco na segurança e qualidade do cuidado ao paciente, com suporte e orientação nos procedimentos executados pelos profissionais assistenciais.

2.2 Treinamentos de Equipamentos

O objetivo da capacitação da equipe assistencial no manuseio de equipamentos hospitalares utilizados nas áreas da instituição é:

- **Proporcionar a Segurança do paciente:** a utilização adequada dos equipamentos médicos assegura a segurança dos pacientes, minimizando o risco de erros ou acidentes durante os procedimentos.
- **Proporcionais a Qualidade do atendimento:** profissionais conseguem operar os equipamentos de forma eficiente, garantindo um atendimento de qualidade.

- **Reduzir erros:** evita erros no uso dos equipamentos, o que pode prevenir complicações e eventos adversos.
- **Manter e conservar os equipamentos:** proporcionar a manutenção adequada, aumentando a vida útil dos dispositivos.

- Desfibriladores, monitores, bombas de infusão de medicamentos, ventiladores, bomba de infusão de dieta, equipamentos cardíacos, equipamentos de monitorização cerebral, hemodiálise contínua e intermitente.

2.3 Simulação *in situ:*

A simulação *in situ* tem por objetivo: testar fluxos e sistemas, treinar equipes multiprofissionais no ambiente real de atendimento, testar novas estruturas e áreas, ser uma ferramenta de qualidade para detecção de ameaças latentes de segurança, treinar atendimento de emergências, treinar uso de equipamentos, procedimentos, habilidades técnicas e não técnicas e manutenção contínua de habilidades. São elaborados cenários de acordo com os temas alinhados com as referências, utilizamos a metodologia da simulação realística com atores e simulador de alta fidelidade, sendo assim, é possível verificar o atendimento realizado pela equipe. As oportunidades de melhoria encontradas nestes cenários simulados são analisadas pelas lideranças junto a equipe a fim de desenvolver continuamente os profissionais, visando a promoção de uma assistência segura e de qualidade.

2.4 Treinamentos Legislativos

Os treinamentos legislativos visam atender às exigências estabelecidas em legislações e normas regulamentadoras (NRs). Esses treinamentos têm como objetivo principal promover a conscientização, informar e preparar os colaboradores para agirem em conformidade com as regras e diretrizes legais relacionadas à segurança, saúde, meio ambiente e outras áreas relevantes.

Tema	Descrição
NR10-Formação e reciclagem de eletricistas	Realizada a cada 2 anos e destinada aos profissionais que atuam em elétrica
SEP	Realizada a cada 2 anos e destinada aos profissionais que atuam em serviços elétrico de potência
NR 11	Realizada anualmente e destinada aos profissionais que atuam com transpaleteira elétrica
NR12-equipamentos	Realizada anualmente e destinada aos profissionais que operam máquinas e equipamentos.
NR13-Caldeiras e vasos de pressão	Realizada anualmente e destinada aos profissionais que operam caldeiras, autoclaves e/ou vasos de pressão
NR33-Espaço confinado	Realizada anualmente e destinada aos profissionais que realizam serviços em espaços confinados
NR35-Trabalho em Altura	Realizada a cada 2 anos e destinada aos profissionais que realizam trabalhos em altura
Reciclagem de bombeiro civil	Realizado anualmente, com carga horária de 40 horas por meio de consultoria especializada
Reciclagem de vigilantes e inspetores	Realizado a cada 2 anos, com carga horária de 50 horas por meio de consultoria especializada

2.5 Treinamentos de Brigada de Incêndio

O treinamento da Brigada de Incêndio tem como principais objetivos capacitar os profissionais para prevenir e combater o princípio de incêndios, realizar o abandono seguro de área e fornecer primeiros socorros em caso de sinistros.

Essa preparação visa garantir que os profissionais estejam prontos para agir de forma segura e eficiente em situações de emergência. O público-alvo do treinamento é definido pelos Bombeiros da Instituição, que realizam um dimensionamento das áreas para identificar a quantidade de profissionais a serem treinados.

O treinamento é conduzido em parceria com uma consultoria externa, seguindo as diretrizes e normas do Corpo de Bombeiros.

O treinamento é oferecido em duas modalidades: Formação e Requalificação. A Formação é realizada apenas uma vez na jornada do profissional na Instituição e ocorre em campo externo, com duração de 8 horas. A requalificação é realizada anualmente após a conclusão da formação inicial e tem duração de 4 horas.

2.6 Continuidade dos programas de atendimento de urgências e emergências

Para dar continuidade aos programas de atendimento de urgências e emergências, seguem abaixo as temáticas que serão abordadas na segunda fase de implantação do projeto.

2.6.1 *Advanced Cardiac Life Support* | ACLS

Descrição: Aperfeiçoar habilidades no atendimento a pacientes que apresentam emergências cardiovasculares como: arritmias, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e situações de parada cardiorrespiratória. Ao final do curso, se aprovado, o aluno receberá uma carteirinha de certificação internacional em Suporte Avançado de Vida em Cardiologia pela *American Heart Association*, válida por 2 anos.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- RCP de alta qualidade em crianças, usando DEA em lactantes;
- Reconhecimento de pacientes que precisam ou não de intervenção imediata;
- Reconhecimento precoce da PCR e início da RCP dentro dos primeiros 10 segundos;
- Dinâmica de equipe da ressuscitação;
- Diferenças entre desconforto e insuficiência respiratória;
- Intervenções para desconforto e insuficiência respiratória*;*
- Diferenças entre choque compensado e hipotensivo;
- Intervenções para o tratamento precoce do choque;
- Diferenças entre pacientes estáveis e instáveis com arritmias;
- Características clínicas de pacientes com arritmias;
- Cuidados pós-PCR;
- Acesso intraósseo.

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo:

Médicos, médicos residentes, enfermeiros e fisioterapeutas que, conforme política, atuam em atendimento às urgências e emergências cardiovasculares.

Periodicidade:

Bienal.

Estratégia Educacional:

Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pré (não é critério de aprovação) e pós-teste (aprovação mediante 84% de acerto).
- **Habilidades práticas:** Avaliação prática do líder em um atendimento.

Por meio das avaliações os profissionais receberão *feedback's* sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

2.6.2 Via Aérea Difícil Adulto

Descrição: Apresentar o protocolo, os materiais utilizados e medicamentos a fim de capacitar os profissionais no reconhecimento da Via Aérea Difícil em pacientes adultos e apoio à tomada de decisão.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Otimização laringoscópica e videolaringoscopia
- Fastrack, tubo laríngeo, airQ e máscara laríngea
- Cricotireoideostomia por punção e VJTT

- Ventilo, mas não intubo
- Não ventilo e não intubo

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), gestão do risco e erro, trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Médicos e Residentes que atuam em atendimento às urgências e emergências respiratórias.

Periodicidade: Bienal.

Estratégia Educacional:

Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pós-teste (aprovação mediante 70% de acerto).
- **Avaliação de habilidades:** Validação Prática de habilidade técnica.

Por meio da avaliação os profissionais receberão *feedback's* sobre seu desempenho nas atividades de aprendizagem a fim de aprimorar seu desenvolvimento profissional.

Fase 3 – Pós-implantação

3.1 Trilhas de Aprendizagem

As Trilhas de aprendizagem constituem um conjunto integrado e sistemático de soluções de aprendizagem ou programas educacionais, utilizando múltiplos formatos e estratégias educacionais que visa o desenvolvimento de competências individuais (conhecimentos, habilidades e atitudes) requeridas para o desempenho dos colaboradores no dia a dia, viabilizando alcance do objetivo estratégico da Sociedade.

3.1.1 Trilha Institucional: ela deve ser disponibilizada a todos os colaboradores e tem como proposta propagar a cultura e os saberes fundamentais da Sociedade de forma a proporcionar aos colaboradores conhecimentos sobre aspectos da organização alinhados aos objetivos estratégicos. Está pautada em três eixos, a saber: • Princípios e Valores; • Cultura de Segurança; e • Experiência do Paciente e Colaborador.

Utilizamos metodologias ativas e colaborativas de aprendizagem, com a utilização do formato de ensino a distância, presencial ou híbrido, com o uso de um **Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA**). Desse modo, a ofertamos possibilidades e vantagens de ambas as metodologias, visando aprimorar os processos de desenvolvimento e treinamentos dos colaboradores.

3.1.2 Trilha de Fatores Humanos para Médicos:

Aprimorar competências socioemocionais dos profissionais médicos por meio de pilares essenciais que abordam as temáticas de comunicação (paciente/familiar/equipe), consciência situacional, gestão de risco e erro, trabalho em equipe e tomada de decisão. O objetivo é contribuir de forma efetiva com a segurança do paciente, promovendo acolhimento e empatia nos cenários desafiadores de ambientes de saúde.

Conteúdo Programático:

Abordagem de conteúdo referente aos cinco pilares essenciais:

3.1.2.1 Comunicação

Objetivos de Aprendizagem:

- Compreender o pilar de comunicação, reforçando os benefícios de uma comunicação efetiva.
- Identificar as principais barreiras e falhas de comunicação, e seu impacto no atendimento prestado ao paciente.
- Conhecer as ferramentas de comunicação com o paciente, familiar e a equipe, com exemplos de utilização.
- Aplicar as ferramentas de comunicação na prestação do cuidado.

3.1.2.2 Consciência Situacional

Objetivos de Aprendizagem:

- Compreender o pilar de consciência situacional, exemplificando as fases que estão relacionadas.
- Conhecer os fatores que podem reduzir o nível de consciência situacional.
- Identificar as estratégias e ferramentas que ampliam a consciência situacional.
- Avaliar por meio de caso clínico o uso das ferramentas que ampliam a consciência situacional, projetando os riscos associados, com o objetivo de evitar possíveis danos.

3.1.2.3 Tomada de decisão

Objetivos de Aprendizagem:

- Entender as principais ferramentas associadas ao pilar tomada de decisão.
- Explorar o conceito sobre erros diagnósticos, suas principais causas, tipos e recomendações para prevenir erros.
- Resolver casos clínicos sobre tomada de decisão e erros diagnósticos.

3.1.2.4 Trabalho em equipe

Objetivos de Aprendizagem:

- Compreender as características de times de alta performance.
- Entender as principais ferramentas associadas ao pilar Trabalho em equipe.
- Resolver casos clínicos sobre Trabalho em equipe.

3.1.2.5 Gestão do risco e erro

Objetivos de Aprendizagem:

- Compreender as diferenças entre falhas latentes e falhas ativas (erro e violação).
- Interpretar o fluxo de cultura justa e o fluxo de segunda vítima.
- Entender o papel dos profissionais de saúde na gestão do risco e erro.
- Resolver casos clínicos sobre gestão do risco e erro.

Público-alvo: Todos os profissionais médicos e residentes médicos.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pós-teste ao final de cada pilar com casos clínicos (aprovação mediante 70% de acerto).

Por meio das avaliações os profissionais receberão f*eedback's* sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

3.3 Programas específicos

Ofertados de acordo com o cargo e a área de atuação, para favorecer as práticas assistenciais com qualidade e segurança.

3.4 Treinamentos Setoriais

Esses treinamentos têm como objetivo aprimorar o conhecimento técnico, habilidades práticas e competências relevantes para as atividades desempenhadas no setor específico.

3.5 Formação de Instrutores

Refere-se a um processo em que os profissionais internos que tenham competências técnicas e não técnicas em determinada área de conhecimento e habilidades em facilitação de treinamento, são treinados para se tornarem facilitadores ou instrutores que, por sua vez, treinarão outras pessoas em uma determinada área de conhecimento ou habilidade.

3.6 Continuidade dos programas de atendimento de urgências e emergências

Para dar continuidade aos programas de atendimento de urgências e emergências, seguem abaixo as temáticas que serão abordadas na fase de pós-implantação do projeto.

3.6.1 Advanced Trauma Care for Nurses | ATCN

Descrição: Aperfeiçoar conhecimento e habilidades dos enfermeiros no atendimento do doente traumatizado, segundo as diretrizes do Colégio Americano de Cirurgiões. Ao final do curso, se

aprovado, o aluno receberá uma carteirinha de certificação Internacional em Suporte Avançado de Vida em Trauma para enfermeiros pelo *American College of Surgeons*, válida por 4 anos.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Avaliação e Atendimento Iniciais
- Tratamento da Via Aérea e da Ventilação
- Via Aérea e Ventilação
- Choque
- Trauma Cranioencefálico
- Trauma Vertebromedular e Musculoesquelético
- Trauma Pediátrico
- Demonstração do atendimento de Doente Simulado
- Trauma Torácico
- Trauma Abdominal e Pélvico
- Trauma Craniencefálico
- Trauma Pediátrico
- Trauma Geriátrico
- Lesões Térmicas
- Trauma na Gestante e Violência Doméstica
- Transferência para o Tratamento Definitivo
- Discussão dos Cenários de Triagem

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Enfermeiros das unidades de pronto atendimento de urgências e emergências do trauma.

Periodicidade: Quadrienal.

Estratégia Educacional:

Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pré (não é critério de aprovação) e pós-teste (aprovação mediante 80% de acerto).
- **Avaliação de habilidades:** Avaliação individualizada de um atendimento completo do politraumatizado.

Por meio das avaliações os profissionais receberão *feedback's* sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

3.6.2 Advanced Trauma Life Support| ATLS

Descrição: Aperfeiçoar a avaliação inicial e o atendimento do paciente traumatizado, segundo as diretrizes do Colégio Americano de Cirurgiões. Além de aprimorar conceitos importantes de avaliação sistemática e concisa do paciente, de forma prática e efetiva. Ao final do curso, se aprovado, o aluno receberá uma carteirinha de certificação Internacional em Suporte Avançado de Vida em Trauma pelo *American College of Surgeons*, válida por 4 anos.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Avaliação e Atendimento Iniciais
- Tratamento da Via Aérea e da Ventilação
- Via Aérea e Ventilação
- Choque
- Trauma Cranioencefálico
- Trauma Vertebromedular e Musculoesquelético
- Trauma Pediátrico
- Demonstração do atendimento de Doente Simulado
- Trauma Torácico
- Trauma Abdominal e Pélvico
- Trauma Cranioencefálico
- Trauma Pediátrico
- Trauma Geriátrico
- Lesões Térmicas
- Trauma na Gestante e Violência Doméstica

- Transferência para o Tratamento Definitivo
- Discussão dos Cenários de Triagem

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Médicos e Residentes que, conforme política, atuam em atendimento de Urgências e Emergências do Trauma.

Periodicidade: Quadrienal.

Estratégia Educacional:

Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pré (não é critério de aprovação) e pós-teste (aprovação mediante 75% de acerto).
- **Avaliação de habilidades:** Avaliação individualizada de um atendimento completo do politraumatizado.

Por meio das avaliações os profissionais receberão feedback's sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

3.6.3 Urgências e Emergências Radiológicas

Descrição: Capacitar os profissionais em habilidades técnicas e não técnicas promovendo o raciocínio clínico necessário no manejo de situações de Urgências e Emergências na Radiologia.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Meios de contraste
- Segurança do contraste
- Materiais metálicos
- Reações aos meios de contraste
- Reações alérgicas
- Extravasamento
- Segurança do ambiente
- RCP (conceitos teóricos; habilidade prática e validação)
- Manejo de emergências respiratórias, como broncoespasmo e anafilaxia.

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), gestão do risco e erro, trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Médicos, Residentes e Enfermeiros que, conforme política, atuam em Radiologia Convencional.

Periodicidade: Bienal.

Estratégia Educacional:
Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pós-teste (aprovação mediante 70% de acerto).
- **Habilidades Práticas:** Validação Prática em RCP.

Por meio das avaliações os profissionais receberão *feedback's* sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

3.6.4 Punção Vascular Guiada por USG

Descrição: Atualizar os conhecimentos dos profissionais na utilização da metodologia de punção vascular guiada por ultrassom avaliando os benefícios e necessidades específicas para atender essencialmente as unidades de pronto atendimento e terapias intensivas.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Aula teórica baseada em discussão de casos
- Utilização do USG
- Técnica de punção guiada por USG
- Troca de cateter venoso central por fio guia, (apenas médicos do DPG participam desta estação)
- Trauma Pediátrico
- Trauma Geriátrico
- Lesões Térmicas
- Trauma na Gestante e Violência Doméstica
- Transferência para o Tratamento Definitivo
- Discussão dos Cenários de Triagem

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Médicos e Residentes que, conforme política, atuam em atendimento de Urgências e Emergências do Trauma.

Periodicidade: Quadrienal.

Estratégia Educacional:

Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pré (não é critério de aprovação) e pós-teste (aprovação mediante 75% de acerto).
- **Avaliação de habilidades:** Avaliação individualizada de um atendimento completo do politraumatizado.

Por meio das avaliações os profissionais receberão feedback's sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

3.6.5 Customizados Virtuais

3.6.5.1 Sepse Adulto

- Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito
- Procedimento do Ensino Corporativo
- Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial
- Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento
- Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários
- Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros
- Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

DESENVOLVIMENTO, APRENDIZADO E INCENTIVO EDUCACIONAL

É a partir do desenvolvimento que surge uma gama de oportunidades capazes de modificar a maneira de pensar e agir das pessoas. Alinhado às oportunidades internas, facilita a evolução do ponto de vista profissional e pessoal.

O aprendizado dos colaboradores tem início logo na admissão. Os treinamentos oferecidos dentro de cada área, atualizações no conhecimento e as trilhas de aprendizagem ampliam o leque de possibilidades internas. Entre os exemplos está o **Programa de Formação**

Interna, destinado aos níveis técnico e operacional, com qualificação da mão de obra, que oferece ao colaborador o alcance de todo o seu potencial, tanto pessoal quanto profissional.

Como benefício adicional, a estrutura de aprendizado permite reajustes na remuneração e o consequente mapeamento de talentos, viabilizando o olhar personalizado para as potencialidades de cada um. Possibilita movimentos internos de carreira, com melhor entrega no dia a dia em termos de aptidão, oferecendo aos colaboradores a oportunidade de atuação em frentes nas quais se enquadra.

O olhar para o conhecimento traz como incentivo bolsas de estudo para especialização, mestrado, cursos de atualização, cursos internacionais e técnicos, por meio do **Programa de Incentivo Educacional**, que concede bolsas de até 70% aos profissionais para cursos técnicos, de graduação, pós-graduação e também mestrado. A estratégia, adotada como forma de valorizar os colaboradores por seu interesse no aprendizado, leva em conta de que forma os profissionais poderão replicar o aprendizado em seu trabalho.

A organização enxerga o que o colaborador tem em sua essência, identificando seus pontos positivos para fornecer meios que elevem o seu desenvolvimento. Nesse sentido, a educação corporativa transcende a promoção de conteúdo técnico para buscar as melhores estratégias de negócio.

Reforçando seu papel na formação do público interno, o Einstein traz jornadas que fortalecem o amadurecimento de cada um, dentro das suas atribuições. Reúne profissionais treinados e acolhidos desde o ingresso na Instituição, recebendo informações claras, com acesso a treinamentos, ambientação, remuneração compatível, benefícios e oportunidade de se movimentar internamente. Comprovadamente desempenham as funções com satisfação e eficiência, contribuindo para o sucesso de todo o trabalho desenvolvido.

PRINCÍPIOS NORTEADORES

EXCELÊNCIA: a Sociedade oferece bolsas e incentiva a realização de cursos para favorecer o desenvolvimento na atuação profissional visando uma prestação de serviço de qualidade e excelência.

TRANSPARÊNCIA: todos os colaboradores da Sociedade têm o direito de acesso às informações do PIE e PIE – I através dos canais oficiais de comunicação interna.

Principais frentes de Incentivo Educacional

- Curso Técnico, Graduação, Mestrado e MBA
- Cursos de Pós-graduação lato senso:
- Doutorado, Pós-doutorado e Ensino Internacional
- Cursos de atualização de curta duração

- **Política de Incentivo Educacional Nacional e Internacional**

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

A avaliação de Competências é um método que visa continuamente estabelecer sinergia entre os objetivos estratégicos da Instituição e os resultados esperados dos funcionários. Visa acompanhar os desafios propostos corrigindo os rumos, quando necessário, e avaliar os resultados atingidos. Proporciona oportunidades de desenvolvimento para todos os profissionais por meio da análise dos resultados e entregas realizadas no último ciclo de desempenho, identifica pontos fortes e oportunidades de melhoria em relação ao comportamento e desempenho apresentados no dia a dia, proporcionando a definição de ações de desenvolvimento

- **Desempenho:** Capacidade para entregar resultados ao longo do tempo;
- **Competência:** Conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam o desempenho, leva-se em consideração o que foi entregue como resultados e como foram atingidos;

- **Feedback:** é um processo para fornecer a outra pessoa informações sobre a qualidade de suas entregas e seu desempenho, além do potencial para assumir novos desafios e plano para seu desenvolvimento. Este deve ser realizado ao longo do ano e registrado no Portal Gestão de Pessoas (PGP).

O principal objetivo da avaliação de desempenho está correlacionado:

- Identificar necessidades de desenvolvimento e colaborar no planejamento de ações de capacitação e desenvolvimento profissional.

- Estabelecer o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), e formalizar um plano para desenvolver e aprimorar a carreira por meio de ações e programas de desenvolvimento e capacitação, exceto para os Estagiários de Enfermagem - nível técnico e superior (regime de contratação por tempo determinado de 12 meses).

- Servir de instrumento de avaliação e adequação constante e subsidiar os planos de sucessão, plano de carreira, plano de mérito e recrutamento interno, em prol das necessidades atuais e futuras da Instituição.

O processo de avaliação de desempenho ocorre anualmente, contemplando todos os funcionários (CLT e para os Estagiários de Enfermagem – nível técnico e superior) da SBIBAE, desde que estejam desenvolvendo suas atividades à no mínimo 06 meses dentro da Instituição.

- **Procedimento de Avaliação de Competências**

DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA

Trilha do Novo Líder

Jornada de aprendizagem construída para apoiar o(a) Novo(a) Líder no desenvolvimento e aprimoramento de competências e habilidades relacionadas à gestão de pessoas. Prioriza líderes (Coordenador, Supervisor e Líder) em sua primeira experiência de gestão de equipe/pessoas.

Tem como propósito viabilizar uma experiência de socialização, desenvolvimento e aprendizado com foco em: autoconhecimento, autogestão e desenvolvimento de competências essenciais no Ciclo de Gestão de Pessoas.

A Trilha é composta por módulos (EAD) disponibilizados no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA):

- Ciclo Gestão de Pessoas I;

- Ciclo Gestão de Pessoas II;
- Soft Skills.

Oficinas de prática: tem como objetivo conectar os conhecimentos obtidos nos módulos online com a prática do novo líder. A oficina é online síncrona e utiliza a metodologia da simulação realística com cenários comportamentais específicos.

Outras capacitações e eventos realizados para a liderança:

- *The Journey: Emotional Management* Experience – Gestão das emoções nas organizações, curso livre conduzido pelo Ensino Einstein
- *Workshop* de Agilidade RH – ministrado pela consultoria K21
- *Maturifest* – Inclusão dos 50+ e discussões sobre etarismo
- CONAR Saúde
- CONAR RH
- Bem-Estar Einstein
- Bem-Estar ABRH
- *Google Workspace* - (O futuro do Trabalho)
- 7º Fórum Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde: Muito além do ESG

- **Programa de Desenvolvimento de Lideranças Einstein (PDLE)**

Alinhado à premissa de desenvolvimento e capacitação das lideranças, o Programa de Desenvolvimento de Liderança é composto por um conjunto de ações formais e informais de aprendizado baseado na metodologia 70/20/ 10.

As ações são estruturadas para que o líder tenha a oportunidade de desenvolver competências essenciais à sua atuação profissional, superar os desafios vivenciados diariamente e crescer profissionalmente.

O programa é reformulado anualmente de acordo com as competências e temas emergentes do Planejamento Estratégico e desafios atuais e futuros. O modelo considera o mapeamento das competências essenciais, segmentação do público e áreas de atividades, além de diversas metodologias de aprendizagem.

O PDLE atua em três frentes: educação formal, aprendizagem por meio de interações entre os colaboradores e, principalmente, com foco na aprendizagem prática.

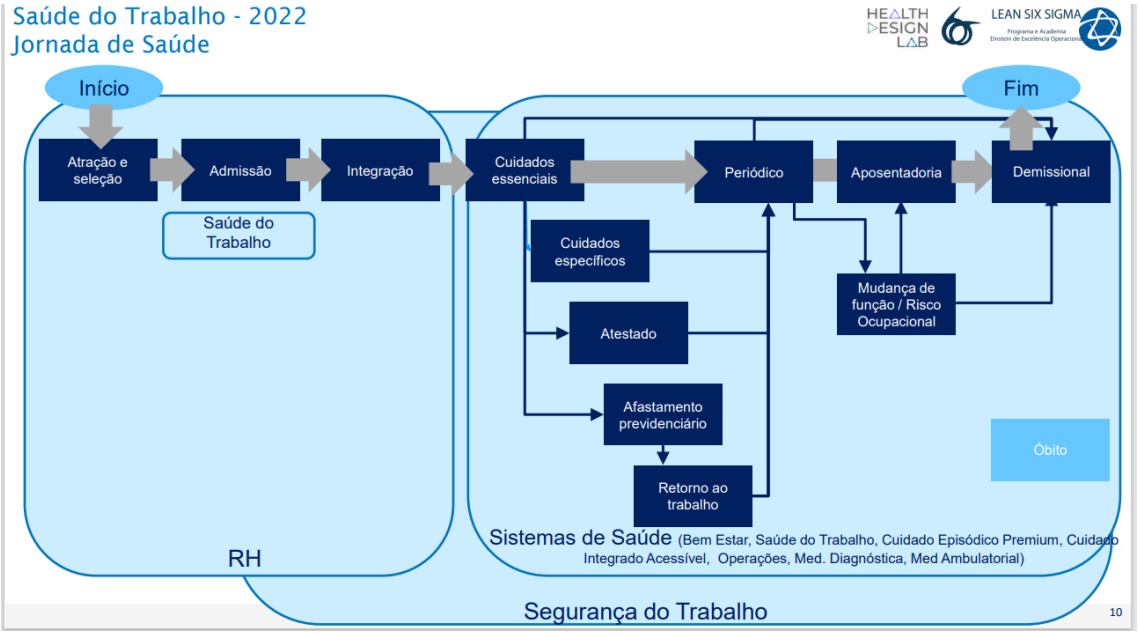
- Treinamentos.
- Eixo Encontros e Eventos:
    - Fóruns internos que abordam temas emergentes para o exercício da liderança e temas estratégicos da instituição, compartilhamento de boas práticas e geração do conhecimento. Eventos:
        - Momento Liderança;
        - BIC - Business Intelligence Club;
        - Encontro com as Lideranças;
        - Encontro Einstein de Líderes;
        - Encontro com o Presidente.
- Incentivos Educacionais: portfólio Ensino Einstein.
- Desenvolvimento Individual:
    - Conjuntos de iniciativas que suportam o PDI (plano de desenvolvimento individual) de profissionais indicados, podendo incluir:
        - Programa de Mentoria;
        - Coaching;
        - Assessment;
        - Participação em projetos;
        - Imersões | intercâmbio em áreas do sistema Einstein.

SAÚDE DO TRABALHO

A Saúde do Trabalho, com o objetivo de garantir um ambiente seguro e saudável aos nossos colaboradores, atua na jornada do colaborador, desde o processo admissional, com identificação de aptidão ao trabalho das pessoas e necessidades de saúde, consultas ocupacionais periódicas, avaliações de retorno ao trabalho e direcionamento de cuidado e acompanhamento.

Com uma atuação integrada com o Programa Cuidar e a operação assistencial dos serviços, garantimos a disponibilidade de cuidado voltado para a prevenção de adoecimento, cuidado e reabilitação quando necessário, incluindo o entendimento dos determinantes de saúde das pessoas. Foi possível identificar colaboradores com maior risco para uma abordagem proativa de cuidado. Além disso, com um olhar para o contexto organizacional nas áreas da instituição, promovemos um ambiente de trabalho mais seguro.

Atuamos na gestão dos afastados por meio de controle e acompanhamento, no Programa de Vacinação, atingindo mais de 99% de cobertura das vacinas do calendário do trabalhador e na realização dos exames ocupacionais, garantindo o cumprimento dos requisitos legais.



- **Política Programa de Saúde do Colaborador**

SEGURANÇA DO TRABALHO E MEIO AMBIENTE

1. A SST (Segurança e Saúde do Trabalho) na SBIBAE

O cuidado com as pessoas é o propósito da Organização. Evitar lesões e doenças é um dos maiores exemplos do verbo "cuidar".

Para que este objetivo seja alcançado, a Instituição criou e implantou a sua Tríade da Segurança do Trabalho que deu origem ao SESSCO (Sistema Einstein de Segurança e Saúde do Colaborador).

- Gestão e Processos: que comporta os pilares da gestão em segurança e saúde e como é feita a aplicação de cada um deles em todas as unidades;

- Condições Físicas: que demonstra o suporte físico (estruturas, equipamentos, materiais, equipamentos de proteção individual e coletiva, entre outros) fornecido pela SBIBAE aos seus profissionais;
- Cultura e Comportamento: que visa estimular e fortalecer o comportamento seguro na execução das diversas atividades na SBIBAE.

Um Sistema de Segurança e Saúde do Trabalho que previna as lesões e doenças não se constrói de forma isolada.

Para esta caminhada, a SBIBAE conta com grupos estratégicos que, entre outras funções:

- Validam a estratégia de segurança e saúde do trabalho para toda a Instituição;
- Participam de ações integradas com o SESMT;
- Discutem, sugerem e implantam práticas para prevenção de acidentes e incidentes;
- Tem autonomia para melhorar e tornar realidade as práticas corporativas.

A tabela abaixo apresenta alguns grupos de suporte ao SESMT na manutenção das atividades do sistema de gestão de segurança e saúde do trabalho.

Grupo	Número de Integrantes	Cargos dos Integrantes	Atuações Principais

Comitê Estratégico de Segurança e Saúde do Colaborador	25 a 30	CEO, Diretores, Gerentes, Integrantes do SESMT e convidados	Acompanhamento e decisões estratégicas envolvendo a segurança e saúde do colaborador
Comitê de SSMA e Energia para Líderes	+ 300	Todos os cargos de liderança, equipe do SESMT e convidados	Compartilhamento de resultados, boas práticas e direcionamentos
CIPA (todas as unidades)	+ 200	Gerentes, enfermeiros, técnicos, auxiliares, assistentes, engenheiros e outros	Além dos requisitos descritos na NR 05, atuação junto à Segurança do Trabalho em diversas ações do planejamento estratégico
Comitês Aceleradores de Segurança do Colaborador	+ 60	Gerentes e coordenadores	Time multidepartamental empoderado para atuação das questões de segurança do colaborador
Comitê Locais de Qualidade e Segurança	+ 150	Gerentes, coordenadores, técnicos e outros profissionais	Times locais que desenvolvem e acompanham ações de segurança do colaborador
Comitês Locais de Ergonomia	+ 150	Ergonomista, gerentes, coordenadores, médicos, fisioterapeutas, técnicos e outros profissionais	Gestão do programa de ergonomia da SBIBAE
Comitê Mensal de Segurança com Perfurocortante	+ 50	Diretores, Gerentes, coordenadores, enfermeiros, engenheiros,	Condução das principais ações para combate aos acidentes com risco biológico

e Material Biológico		compradores, técnicos e outros profissionais	
Comitê de Radioproteção	+ 15	Diretores, Gerentes, coordenadores, enfermeiros, engenheiros, técnicos e outros profissionais	Definição e condução do programa de radioproteção das unidades da SBIBAE
Comitê de Sustentabilidade e Responsabilidade Social	+20	CEO, vice presidentes, gerentes	Entre outras, definição das diretrizes gerais e estratégicas da SBIBAE voltadas à sustentabilidade dos negócios

Documentos Normativos

Os principais documentos que traduzem a Gestão de Segurança do Trabalho e Meio Ambiente realizada pelo Einstein são:

1. Política do SGI - traz as premissas e compromissos da organização frente as temáticas citadas;
2. Procedimento SESSCO: Segurança do Colaborador- aborda o Sistema de Gestão de Segurança do Colaborador
3. Procedimento do Sistema de Gestão Integrada - aborda o Sistema de Gestão Ambiental e de Eficiência Energética

E a seguir as demais documentações que detalham os principais processos dos Sistemas de Gestão, separados pelos temas:

NORMATIVOS – SEGURANÇA

- Procedimento de Biossegurança

- Procedimento para Gestão de Produtos Químicos
- Procedimento CIPAA
- Procedimento Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR)
- Procedimento EPI e EPC
- Procedimento de Caracterização de adicionais de insalubridade e periculosidade
- Procedimento da Segurança, saúde, meio ambiente na gestão de mudanças
- Procedimento de Segurança, saúde e meio ambiente para prestadores de serviços
- Procedimento para comunicação, registro e investigação de incidentes com e sem lesão

NORMATIVOS - MEIO AMBIENTE

- Procedimento do Plano de Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) - SBIBAE
- Procedimento de gerenciamento de resíduos de terceiros
- Procedimento de controle de emissões atmosféricas de fontes móveis
- Procedimento gestão de efluentes
- Procedimento para coleta de resíduos químicos perigosos
- Procedimento para gestão de resíduos da construção civil
- Procedimento de gestão de ruídos ambientais

PROGRAMA DE RECONHECIMENTO

Cada um de nós tem uma lembrança emocional de um reconhecimento após um trabalho árduo. Pode ter ocorrido na escola, com uma nota alta ou um elogio da professora, guardado para sempre na memória, como estímulo para a vida. Pode ser, ainda, o agradecimento da família após horas preparando um almoço especial.

No ambiente de trabalho, o reconhecimento é um fator importante para manter e destacar o esforço e a dedicação do colaborador. Isso impulsiona a autoconfiança da pessoa, eleva sua autoestima e ajuda a construir uma visão de futuro dentro da Instituição.

Para alcançar esse reconhecimento, o Einstein aprendeu a transformar pessoas egressas das mais diferentes origens e formações em membros de uma comunidade de excelência, onde cada um importa. Em seus programas e benefícios, que incentivam o sentimento de

pertencimento, busca entender os grupos e suas respectivas necessidades, gerando equidade e ações de suporte.

Pelo Programa de Reconhecimento, foram registrados **1.840 elogios em 2022,** com a primeira participação do RH (SAC-RH) na II Cerimônia de Reconhecimento da Experiência do Colaborador e Paciente, em parceria com o SAC Pacientes, quando foram reconhecidos e premiados 17 colaboradores (elogios individuais) e seis áreas (elogios setoriais).

GESTÃO DO CLIMA E CANAIS DE COMUNICAÇÃO COM O COLABORADOR

O conjunto de iniciativas realizadas na SBIBAE para a melhor experiência do colaborador, traz como diferencial a análise integrada da percepção de valor dos profissionais, impactando diferentes aspectos da vida (pessoa no centro do cuidado) e não apenas no âmbito profissional.

Reconhecer e preservar o valor dessas experiências é parte fundamental das práticas de Employee Experience, que representa a junção de tudo o que as pessoas observam, sentem e pensam ao longo das suas jornadas dentro das empresas - do momento em que se candidatam até o dia em que se encerra esse ciclo. Por isso, é necessário atuar em todos os pontos de contato significativos ao longo do relacionamento das pessoas com as organizações.

Atração, Reconhecimento, Ambiente Saudável, Fidelização, Desenvolvimento, Diversidade e Inclusão, Alinhamento ao Propósito, Saúde e Trabalho Significativo. Sendo o estágio de maestria, a apropriação da experiencia pelos colaboradores e lideranças, dentro da premissa da experiência centrada no cliente (jornada do colaborador/consumidor).

As estratégias e iniciativas do Einstein no cuidado centrado na pessoa, são praticadas de forma integrada a considerar o colaborador no centro da experiência, atendendo às diferentes dimensões das necessidades humanas.

Consideramos a experiência do colaborador como um caminho em que, ao colocar a pessoa no centro do cuidado, estamos valorizando também:

- **Ambiente:** O ambiente refere-se à cultura, pessoas, lideranças, tecnologia. São os pontos de contato, moldados por interações dentro da organização
- **Eventos:** Os eventos envolvem um momento da jornada do colaborador, que pode incluir eventos de vida (maternidade, graduação), eventos da carreira (promoção, novos projetos) e da organização (ações, práticas, programas).
- **Colaboradores:** São as expectativas do colaborador, o que ele valoriza, o que faz sentido para ele no cenário atual. Tem relação com sua história e com seus valores. Após aplicação da pesquisa, ocorre o início do Ciclo de Gestão de Clima e Engajamento na área, que envolve as seguintes etapas conduzidas pelas Lideranças:

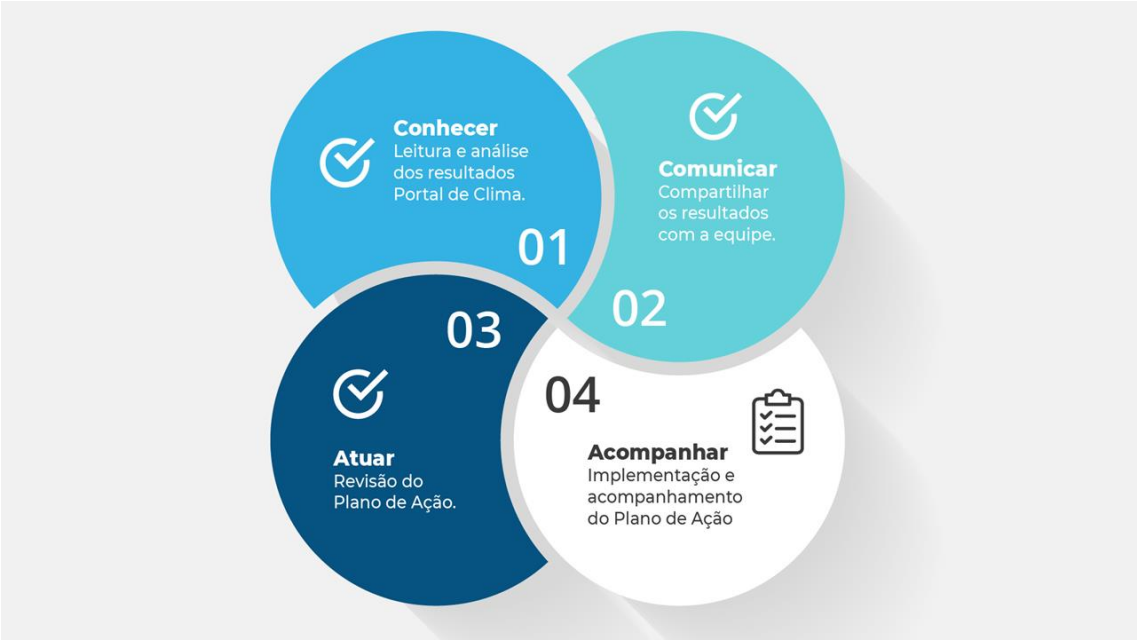
Como medimos a experiência dos nossos colaboradores?

A gestão contínua de Clima, Engajamento e Experiência do Colaborador é composta por diferentes estratégias e iniciativas do Einstein no cuidado centrado na pessoa e possui foco em diagnosticar e suportar às ações e oportunidades de melhorias que devem considerar o colaborador no centro da experiência e atender as diferentes dimensões das necessidades humanas.

Diversos canais apresentam as percepções dos colaboradores no decorrer da sua jornada, e institucionalmente podemos atuar em diferentes momentos para contribuir com as boas práticas para fortalecimento da experiência.

A Pesquisa de Clima e Engajamento faz parte deste *pool* de iniciativas, sendo um destes canais em que o colaborador pode manifestar sua percepção quanto à sua experiência na organização. A pesquisa é estruturada em 3 direcionadores, compostos com afirmativas que se referem a temas específicos que impactam diretamente na experiência do colaborador:

O ciclo da pesquisa de clima e engajamento é dividido em 4 fases:



1 – Conhecer | Leitura e Análise dos Resultados:

Ao final da aplicação, os resultados são compartilhados com as Lideranças por meio da plataforma de clima, para que possam ler e interpretar os resultados das áreas.

Os dados também são compartilhados com o Comitê de Clima e Engajamento por meio de um *Dashboard* estratégico (*Dashboar*d de Clima e Engajamento). O Comitê é um grupo multidisciplinar responsável pelo plano de ação institucional, e têm como foco atuar com temáticas que se relacionam aos pontos críticos e ampliar ações de melhorias específicas em cada atributo estipulado no plano. Ao longo do ano, o Comitê deve acompanhar e revisar todas as ações estipuladas.

2 – Comunicar:

Considerando que a Liderança também é fundamental na manutenção e fortalecimento do engajamento e da experiência do colaborador, os resultados também são compartilhados com este grupo, para que, junto às suas equipes, possam construir o plano de ação setorial.

3 – Acompanhar: Este é o momento em que as Lideranças implementam e acompanham as ações do plano de ação. E o Comitê de Clima e Engajamento se reúne quinzenalmente para reportar e acompanhar as ações em andamento.

4 – Revisar: Este é o período em que as Lideranças e o Comitê devem revisar o plano, considerando diferentes formas de atuação e monitoramento dos resultados das ações.

Pesquisas Pulses

Faz parte do ciclo de Gestão de Clima a aplicação de Pesquisas Pulses como ferramentas que complementam o processo da Pesquisa de Clima anual. As pesquisas pulses são direcionadas para temas específicos e têm como foco aprofundar um diagnóstico e monitorar pontos de atenção de forma contínua e padronizada, permitindo avaliar o progresso de iniciativas definidas a partir da pesquisa principal. Exige ações mais rápidas e direcionadas.

As pulses podem ser aplicadas de forma institucional (direcionado a alguma temática atrelada a pesquisa de clima) ou de forma setorial (para monitorar um tema em específico na área).

Outros Canais de escuta do colaborador

Além da Pesquisa de Clima e Engajamento anual temos outras formas de interação com o colaborador que apoiam no diagnóstico e intervenção para as definições das estratégias e ações de melhoria na experiencia:

Sendo assim, temos diferentes formas de dar voz ao colaborador:

Pesquisas formais:

- Pesquisa de Clima e Engajamento anual
- Pesquisas Pulses
- Questionário da Saúde
- Pesquisa de Cultura de Segurança
- Pesquisa GPTW

Canais de Ouvidoria

- SAC RH / Assistente Virtual TINA
- Entrevista de desligamento
- Comitê Experiência do colaborador
- Café com o Diretor
- Comissão de Combate ao Assédio Moral e Sexual
- Canal de Denúncias
- Ouvidoria Ensino

Manifestações Espontâneas:

- Workplace (rede social interna)
- Lives com a Liderança e Lives institucionais
- Redes Sociais Externas
- Liderança

Dessa forma, entendemos que, embora a organização e as lideranças possam apoiar e conduzir as experiências com base em um processo estruturado para essa finalidade, sempre será necessário dar voz ao colaborador e entender as diferentes personas com suas histórias e as relações construídas na jornada.

Diálogos Contínuos

Para promover melhorias no dia a dia, o *feedback* passou a ser estimulado, a partir da campanha Diálogos Contínuos, que consiste em conversas entre líder e liderado em qualquer momento, e não somente quando há a avaliação anual de desempenho. É uma mudança de cultura que resulta em relações transparentes, tanto entre líderes e suas equipes, quanto entre colegas que desempenham a mesma função, impulsionando o desenvolvimento de todos e tornando a liderança mais eficiente.

Outras ferramentas também são utilizadas para que a liderança possa captar o *feedback* dos colaboradores, como a Pesquisa Pulse, que serve para monitorar o nível de satisfação dos colaboradores por meio de uma checagem momentânea, direcionada a assuntos específicos, ajudando o RH a entender e mapear tendências, corrigir o andamento de projetos e compreender o ponto de vista dos colaboradores a respeito de diversas questões.

Há também os encontros *One-on-One*, que trazem e facilitam as conversas difíceis. Neles os assuntos tratados variam entre aspectos operacionais do trabalho, direcionamentos específicos para a execução de tarefas e esclarecimento de dúvidas. É o momento também usado para o gestor dar e receber *feedbacks.*

SAC – RH (Serviço de Atendimento ao Colaborador)

O SAC RH - Serviço de Atendimento ao Colaborador é um canal de comunicação e relacionamento entre o colaborador e a instituição para solucionar dúvidas, registrar elogios, sugestões e críticas. O objetivo é promover acessibilidade, acolhimento e buscar a melhoria na experiência do colaborador. O serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, e o *SLA* de retorno (tempo de resposta) é de 72 horas úteis. O serviço conta com seis canais de atendimento: e-mail, ramal (telefônico), *intranet* (formulário eletrônico), presencial, *Whatsapp* e *buzzmonitor* (tickets redes sociais).

O número do *Whatsapp* corporativo é divulgado durante o *onboarding* e atende não somente colaboradores, mas também ex-colaboradores e candidatos. Em 2022, foram realizados 17.863 acessos, sendo 15.081 de candidatos, 8.833 de colaboradores e 1.750 de ex-colaboradores. Entre os principais assuntos estão:

- Colaboradores: assinatura de contrato, data de início, acessos, treinamento, horário e carteira de trabalho, benefícios entre outros.
- Candidatos: inscrição na vaga, proposta admissional, documentos, data de admissão, integração e desistência.
- Ex-colaboradores: verbas rescisórias, homologação, seguro-desemprego, baixa na carteira, FGTS, entrevista de desligamento, exame demissional, entre outros.

O SAC- RH possui um Programa de Reconhecimento que avalia e quantifica os dados recebidos durante o atendimento anual. O maior volume de elogios registrados no canal do SAC-RH, em 2022, se refere aos elogios de reconhecimento entre colaboradores (99%). Como forma de agradecimento, o Einstein realizou, ano passado, **a II Cerimônia de Reconhecimento da Experiência do Colaborador e Paciente**, e apontou, de acordo com os dados coletados durante o período:

- 70% dos registros foram categorizados no SPA (Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos Detalhes);
- 17 colaboradores foram premiados nos elogios individuais: 10 voltados à Experiência do Colaborador e 7 voltados à Experiência do Paciente e Família;
- 6 áreas foram premiadas nos elogios setoriais, sendo 3 voltadas à Experiência do Colaborador e 3 voltadas à Experiência do Paciente e Família;
- Em dezembro, em parceria com a área de Comunicação Interna, iniciou-se a ação de divulgação dos elogios por um grupo no *Workplace,* a fim de fortalecer a cultura de reconhecimento na instituição.

Tina – Assistente Virtual

A assistente virtual Tina é uma ferramenta desenvolvida por um time disciplinar do Einstein e tem como objetivo auxiliar os colaboradores do Einstein de forma rápida e simples. Desde o seu lançamento, há pouco mais de dois anos, ela já interagiu com aproximadamente

54% dos colaboradores (11.209 colaboradores). Ao longo desse período foram mais de 208 mil mensagens com conteúdo cada vez mais personalizados. São realizadas, em média, 350 interações por dia e quase 10 mil por mês.

Tina usa a tecnologia de inteligência artificial, o que possibilita que seja constantemente atualizada a partir da interação dos próprios colaboradores, mapeando as particularidades das unidades e os temas de interesse do público. A assistente virtual tem uma "personalidade" que passa acolhimento, cooperação, resiliência e resolução de problemas. Alinhada ao posicionamento de diversidade, equidade e inclusão do Einstein, tem seu conteúdo habilitado com ferramentas de acessibilidade, como comando de voz e fontes, que podem ser adaptadas para o atendimento do público com deficiência visual e auditiva. Toda essa tecnologia otimizou os processos de RH, deixando-os menos burocráticos, e assim liberando o time para investir em tarefas estratégicas.

Atualmente, o *chatbot* é preparado para atender mais de 70 assuntos de Recursos Humanos e, em 2022, foi capacitado para novos temas como:

- Orientações aos recém-admitidos;
- Dúvidas do dia a dia, como: benefícios, declaração, folha de pagamento, ponto eletrônico;
- Atualizações sobre o Programa de Trabalho Remoto;
- Saúde do Trabalho (exame periódico e vacinação).

Para as lideranças, a assistente virtual realizou, entre os atendimentos:

- Tratativas de Ponto;
- Imagem personalizada em apoio às campanhas institucionais (LGBTQIA+);
- Criação e utilização do perfil da Tina pelo *Workplace* para interação com o público;
- Impressão de novos totens para as unidades (HMAP, Morumbi – novos espaços, UPA Campo Limpo e Unidade Jardins).

A campanha de 2 anos de atendimento da assistente virtual Tina contou com a aplicação de uma pesquisa e também sorteio de prêmios. Foram obtidos 547 respondentes, e os resultados foram:

- 25% utilizam a Tina de forma 'Muito Frequente' e 'Frequente' como canal de dúvidas;
- 87% responderam estar 'Muito Satisfeito' e 'Satisfeito' para acessibilidade à ferramenta;

- 83% responderam com 'Muito Satisfeito' e 'Satisfeito' para o atendimento pelo *chatbot.* O NPS em relação a utilização da ferramenta foi de 47 pontos (333 foram promotores) e o NPS em relação à recomendação da Tina aos colegas foi de 50 pontos (241 foram promotores).

PREMIAÇÕES E RECONHECIMENTOS DE RH

1. Reconhecimento *Magnet*

Conquistar a designação *Magnet* foi um marco não apenas para o Einstein, mas para todo o Brasil, que agora possui um modelo de excelência na área de enfermagem. A unidade Morumbi, que recebeu a designação internacional, em julho de 2022, concedida pela *American Nurses Credentialing Center (ANCC), trabalhou nos últimos 11 anos em busca desse reconhecimento, fazendo do Einstein o primeiro hospital da América Latina a conquistar essa designação (*menos de 10% dos hospitais em todo o mundo detêm essa certificação).

As instituições com padrão *Magnet* apresentam características ímpares, como a maior autonomia do enfermeiro, altas taxas de fidelização profissional, cuidado de excelência, satisfação da equipe, melhor relacionamento interprofissional e tomada de decisão compartilhada.

A conquista *Magnet* mostrou a toda a equipe do Einstein que, com ideias e trabalho em conjunto, é possível melhorar o ambiente de trabalho, com muito mais oportunidades para todos. A redesignação é feita a cada 4 anos, quando há a finalização de um ciclo e início de outro. Por ser um processo ainda mais complexo, requer transformação contínua de comportamentos de alto desempenho para garantir que os mais altos padrões de prática e resultados excepcionais de atendimento perdurem nos anos subsequentes.

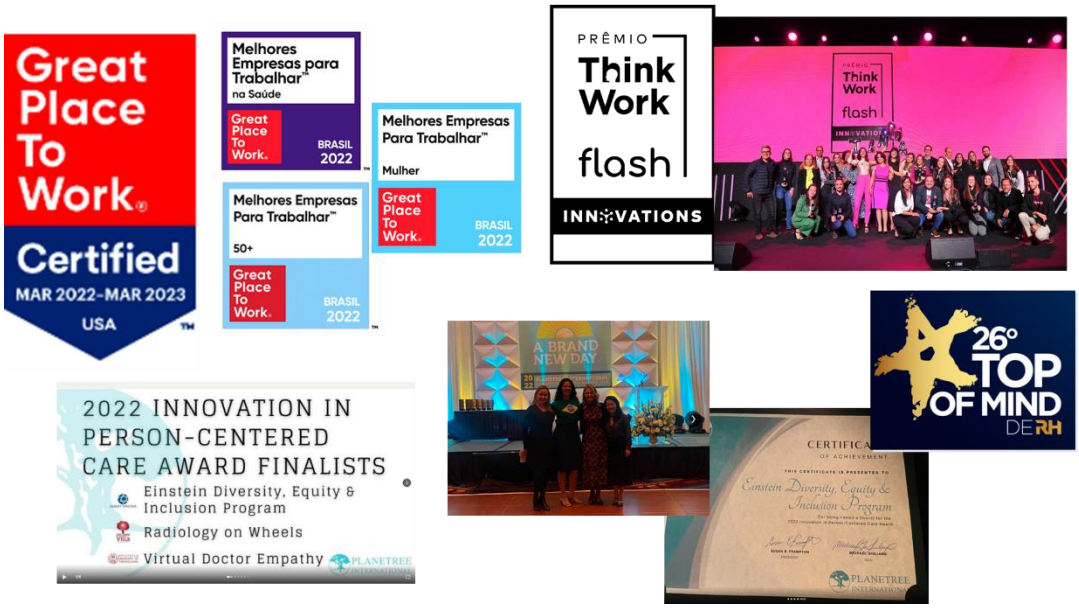
Para isso, as lideranças têm trabalhado com os times utilizando o *"Agile"* como uma estratégia inovadora, que permite a adaptação às necessidades e a formação de times independentes e responsáveis pela construção das suas narrativas, para assim atender a meta de finalização do próximo ciclo.

2. Reconhecimento Assistente Virtual Tina

Em 2022, a assistente virtual foi vencedora do prêmio *Think Work Flash Innovations,* que reconhece as práticas mais inovadoras em gestão de pessoas no Brasil. O projeto do *chatbot* foi o vencedor na categoria de Transformação Digital do RH, concorrendo entre diversos projetos. Ao todo, foram inscritos 277 projetos de mais de 141 empresas de vários setores. Na categoria de Transformação Digital do RH concorreram 10 projetos inscritos, e 3 foram selecionados como finalistas.

3. Certificações

- Great Place to Work: A Jornada de Certificação GPTW é uma ferramenta para conhecer a empresa, a partir da percepção das pessoas que trabalham nela. É importante entender que o selo fornecido pelo GPTW é fruto da avaliação das pessoas que vivenciam o ambiente de trabalho: o colaborador.
- O Think Work Flash Innovations é um prêmio que reconhece não só empresas, mas iniciativas e equipes de recursos humanos mais inovadoras.
- O Top of Mind é um importante reconhecimento dado aos melhores profissionais de RH e às empresas que se destacaram desde a produção de soluções para RH, até a prática de gestão de pessoas no dia a dia.



6. CUSTEIO MENSAL

Abaixo, apresentamos o valor mensal da proposta de trabalho para o HUGO.

O custo de **Mão de Obra** inclui a contratação de mão de obra para todas as atividades de gestão, assistência, apoio administrativo e funções administrativas do Hospital, incluindo médicos PJ, não contemplando o novo piso da enfermagem.

O custo de **Materiais e Medicamentos** engloba os custos com material e medicamentos para atender as atividades assistenciais supracitadas, nas produções definidas. Os custos de Materiais incluem os custos com OPME, dentro das especialidades e atividades existentes no Hospital.

Haverá contratação de **Serviços de Terceiros** para execução de atividades de apoio às atividades assistenciais e operacionais do HUGO. Dentre estes serviços estão: serviço de remoção (ambulância), lavanderia, banco de sangue, remoção de lixo, equipamentos de laboratório (exceto pessoas), serviços de transporte, telefonia, manutenção de softwares, serviços de impressão, contratos de manutenção predial e de engenharia clínica, entre outros.

As **despesas gerais**, incluem as despesas gerais (locações de equipamentos, mobiliário, seguros, taxas de fiscalização, entre outros).

O valor total, mensal, previsto de custeio deste plano de trabalho é de R$ 21.322.433,06 (vinte e um milhões, trezentos e vinte e dois mil quatrocentos e trinta e três reais e seis centavos), com necessidade de revisão anual do plano de trabalho para reavaliação das metas, inclusão de dissidio salarial e inflação sobre os contratos - conforme requerido.

A distribuição dos gastos mensais planejado por natureza de despesa é a que segue:

R$ mil - Custos e Despesas Mensais	21.322,43
Mão de Obra	**13.860,25**
Materiais e Medicamentos	**3.489,80**
Gasoterapia	**80,10**
Alimentação	**998,51**
Serviços Lavanderia, etc	**785,23**
Insumos: energia, água, gás, etc	**423,16**

Manutenção	**721,59**
Serviços, limpeza, locações	**669,28**
Telefone e Informática	**124,26**
Gerais	**166,90**
Despesas Legais	**3,36**

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente plano de trabalho foi baseado nos dados de produtividade e capacidade instalada apresentados no Edital de Chamamento Público 001/2023.

Há oportunidade, após diagnóstico estrutural/assistencial, de melhoria operacional do Hospital, com maior custo efetividade, podendo aumentar produção hospitalar com mesmo valor de custeio.

Há necessidade de inclusão de valores de investimento ou aquisição de itens em infraestrutura e equipamentos para o bom funcionamento da unidade, para otimizar produtividade e capacidade operacional, além de adequação às legislações e normas vigentes.

O prontuário eletrônico é item obrigatório para a atividade hospitalar, e todas as funcionalidades do prontuário existente atualmente no HUGO serão avaliadas para plano de modernização de prontuário e informação.

O HUGO se consolidará como um importante centro de ensino e fomentador de pesquisa, será um centro de referência em trauma nacionalmente e referência para a linha do AVC.

Em 12 meses de gestão, novo mapa estratégico será definido para melhor direcionamento das ações com base no maior conhecimento do Hospital.

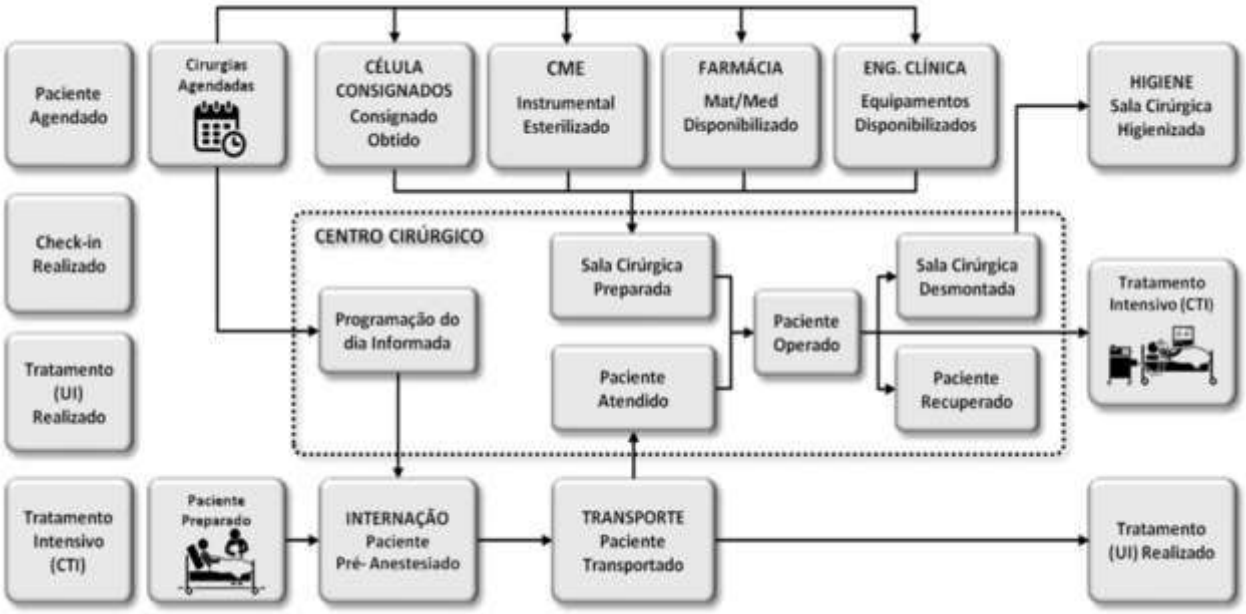
Buscaremos a acreditação ONA nível 2 em até 2 anos e nível 3 em até 5 anos e a constante Integração com Complexo Regulador e rede de atenção primária. Outras certificações de qualidade e áreas afins, incluindo certificação ambiental também serão planejadas.

Dra. Fabiana Rolla

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

ANEXO 01
ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

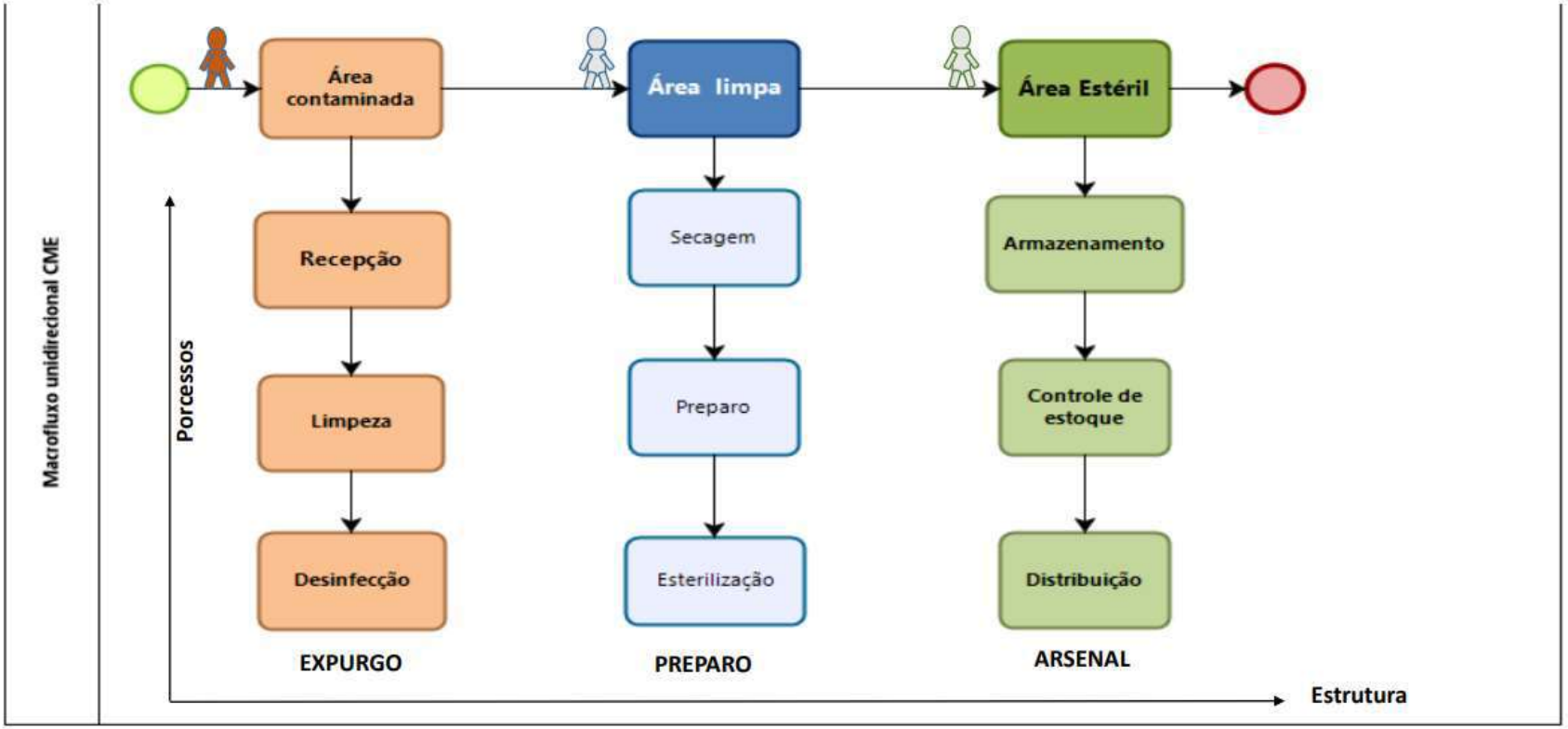

Paciente Agendado
Cirurgias Agendadas
CÉLULA CONSIGNADOS
Consignado Obtido
CME
Instrumental Esterilizado
FARMÁCIA
Mat/Med Disponibilizado
ENG. CLÍNICA
Equipamentos Disponibilizados
HIGIENE
Sala Cirúrgica Higienizada
Check-in Realizado
CENTRO CIRÚRGICO
Sala Cirúrgica Preparada
Sala Cirúrgica Desmontada
Tratamento Intensivo (CTI)
Programação do dia Informada
Paciente Operado
Tratamento (UI) Realizado
Paciente Atendido
Paciente Recuperado
Tratamento Intensivo (CTI)
Paciente Preparado
INTERNAÇÃO
Paciente Pré- Anestesiado
TRANSPORTE
Paciente Transportado
Tratamento (UI) Realizado

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

FLUXOGRAMA CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – CME

Autor: ANDREIA FERREIRA SOARES

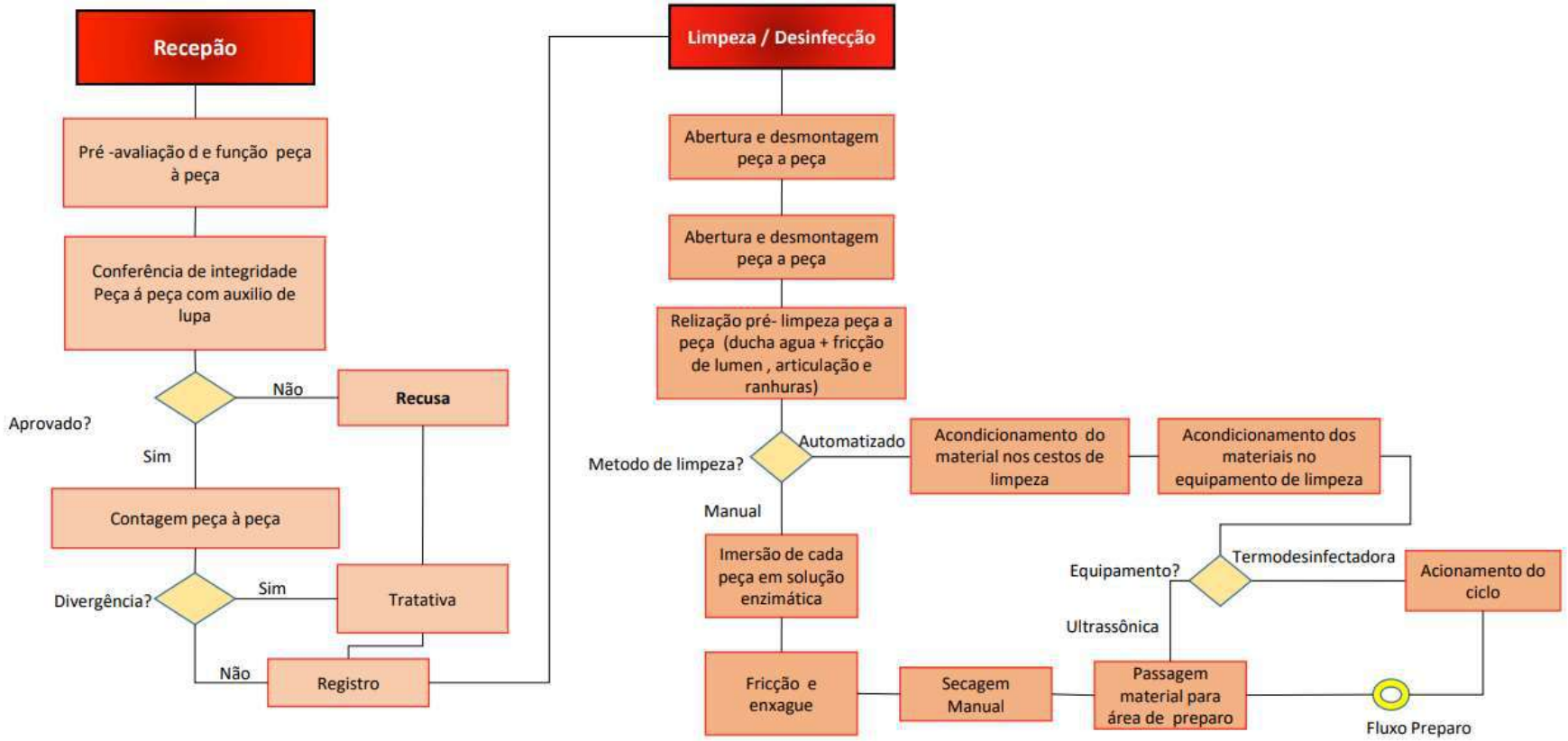
Macro fluxo do Centro De Material E Esterilização – CME



Autor: ANDREIA FERREIRA SOARES

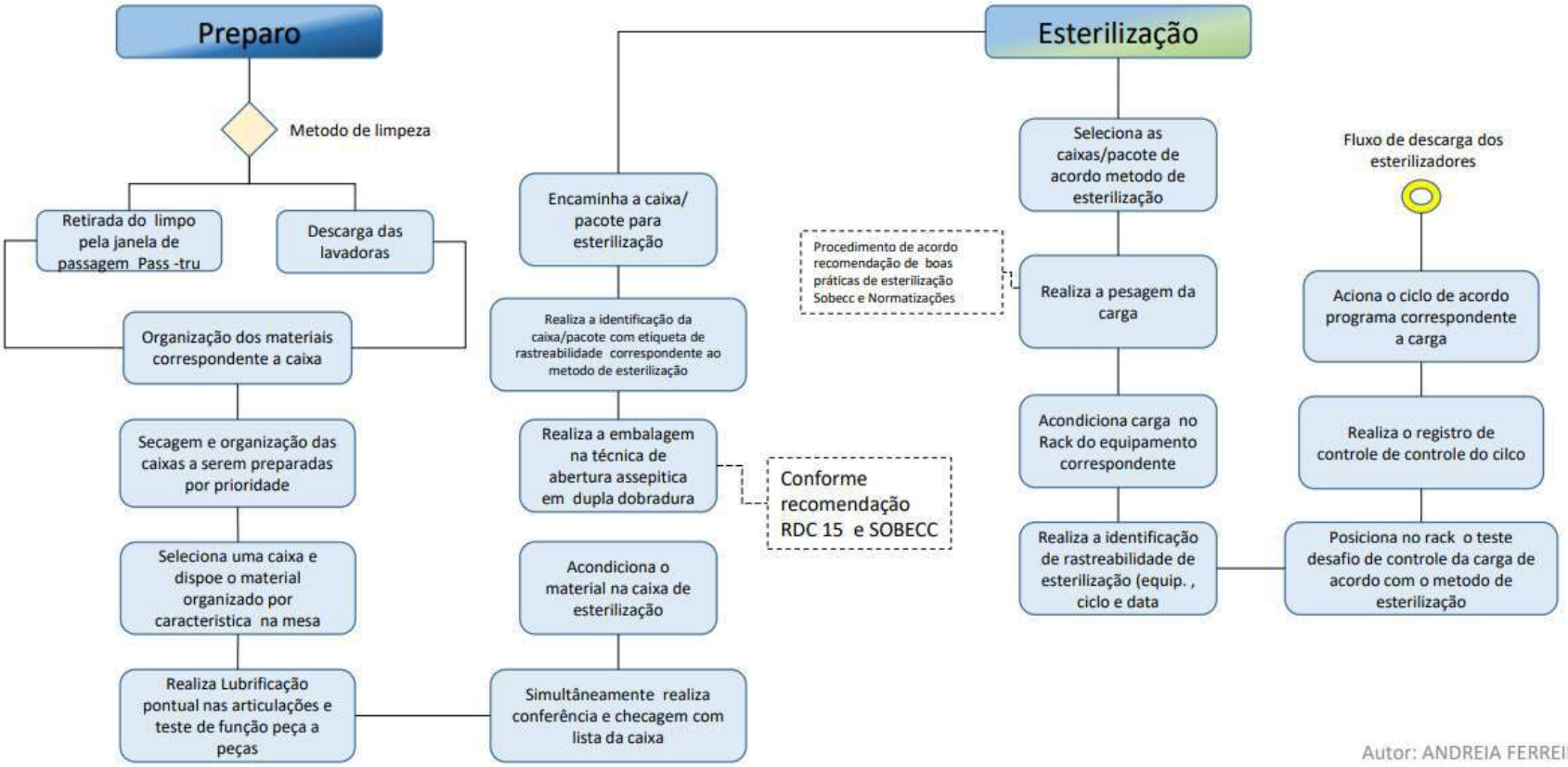
ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

FLUXO DOS PROCESSOS DE BOAS PRÁTICAS DE RECEPÇÃO E LIMPEZA DE MATERIAIS PASSIVEIS DE REPROCESSAMENTO APLICADOS NA ÁREA CONTAMINADA

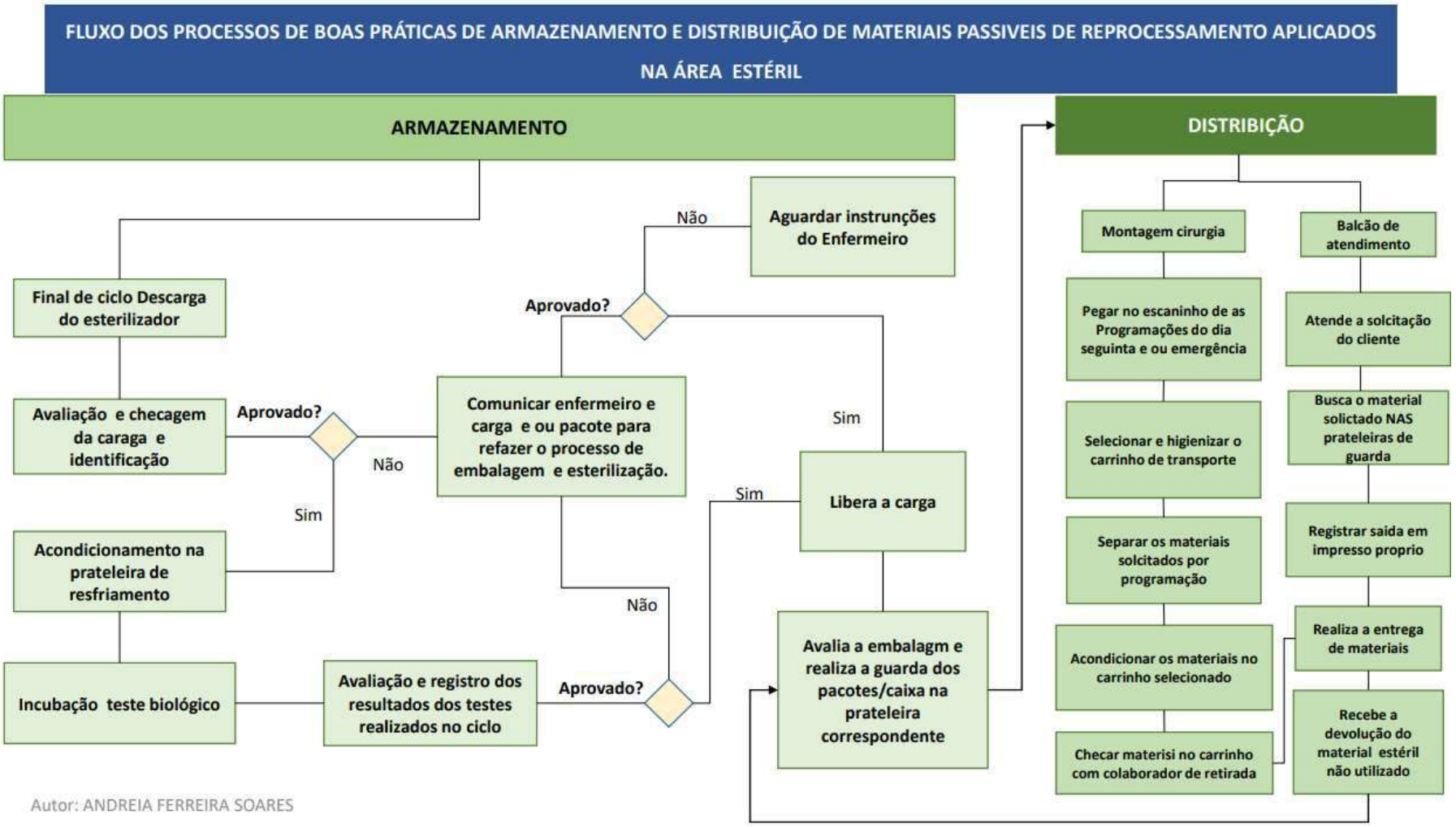


Autor: ANDREIA FERREIRA SOARES

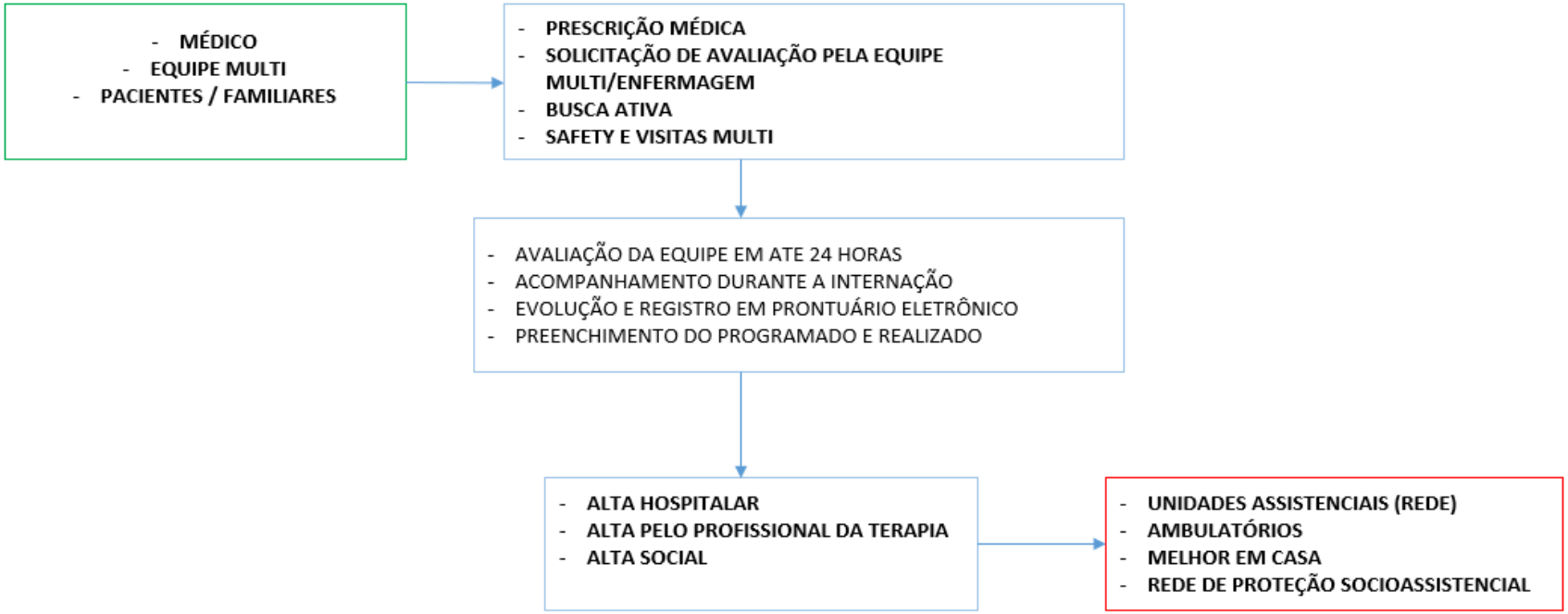
FLUXO DOS PROCESSOS DE BOAS PRÁTICAS DE PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS PASSIVEIS DE REPROCESSAMENTO APLICADOS NA ÁREA LIMPA

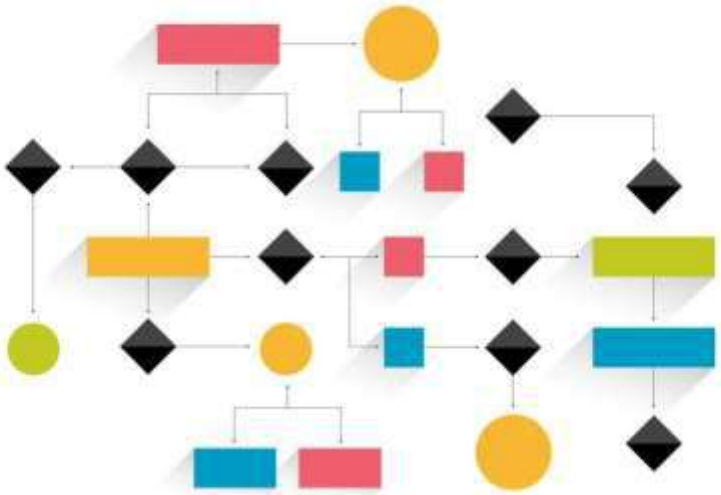


Autor: ANDREIA FERREIRA SOARES


FLUXO DOS PROCESSOS DE BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS PASSIVEIS DE REPROCESSAMENTO APLICADOS NA ÁREA ESTÉRIL
ARMAZENAMENTO
DISTRIBIÇÃO
Final de ciclo Descarga do esterilizador
Avaliação e checagem da caraga e identificação
Aprovado?
Não
Sim
Acondicionamento na prateleira de resfriamento
Incubação teste biológico
Avaliação e registro dos resultados dos testes realizados no ciclo
Aprovado?
Não
Sim
Comunicar enfermeiro e carga e ou pacote para refazer o processo de embalagem e esterilização.
Aprovado?
Não
Sim
Aguardar instruções do Enfermeiro
Libera a carga
Avalia a embalagm e realiza a guarda dos pacotes/caixa na prateleira correspondente
Montagem cirurgia
Pegar no escaninho de as Programações do dia seguinta e ou emergência
Selecionar e higienizar o carrinho de transporte
Separar os materiais solcitados por programação
Acondicionar os materiais no carrinho selecionado
Checar materisi no carrinho com colaborador de retirada
Balcão de atendimento
Atende a solcitação do cliente
Busca o material solictado NAS prateleiras de guarda
Registrar saida em impresso proprio
Realiza a entrega de materiais
Recebe a devolução do material estéril não utilizado
Autor: ANDREIA FERREIRA SOARES

FLUXO DE ACIONAMENTO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL INTERNAÇÃO
FISIO – FONO – PSICO – TO – SERVIÇO SOCIAL



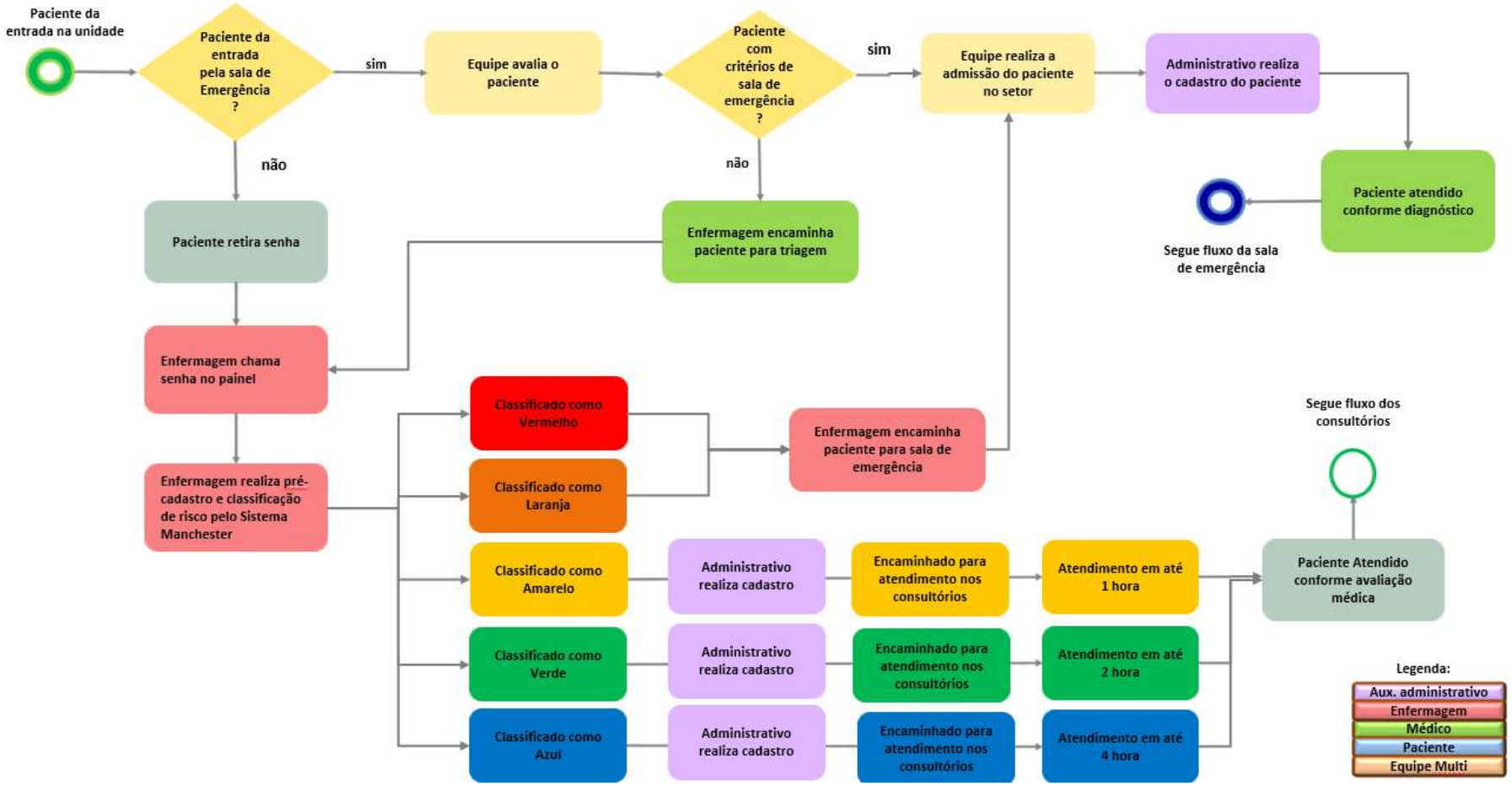


Fluxos e Processos Pronto Socorro

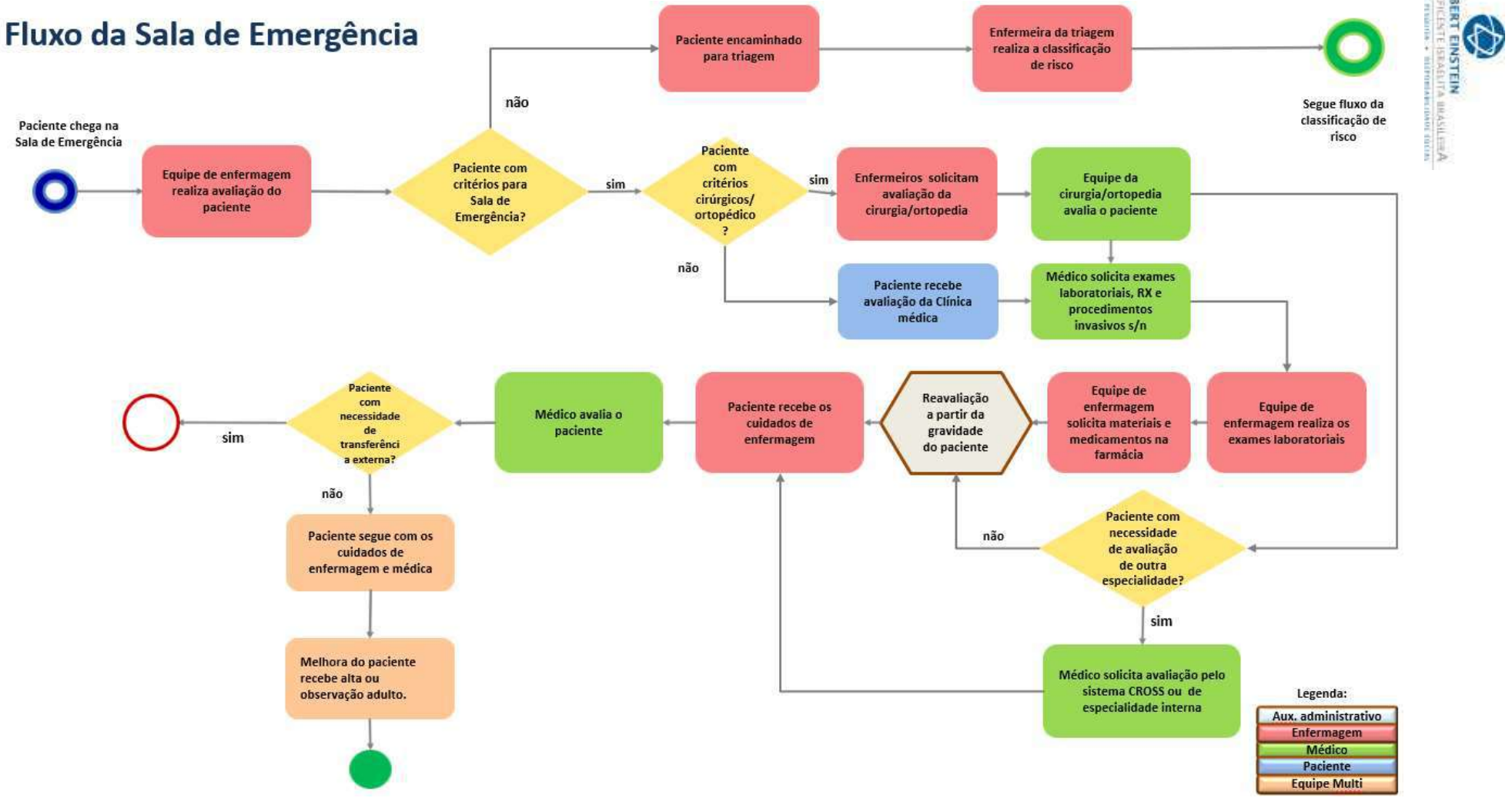
Principais Fluxos do Pronto Socorro

1. Fluxo de entrada do paciente: Classificação de Risco: SLIDE 3
2. Fluxo da sala de emergência: SLIDE 4 e 5
3. Fluxo Atendimento médico nos consultórios: SLIDE 6
4. Fluxo do Paciente na sala de medicação: SLIDE 7
5. Paciente na sala de medicação para realização de exame de tomografia ou USG: SLIDE 8
6. Paciente na sala de medicação para receber medicação: SLIDE 9
7. Paciente na sala de medicação para realizar raio-x: SLIDE 10
8. Paciente na sala de medicação para coleta de exames: SLIDE 11
9. Paciente na sala de medicação para coleta de exames e medicação: SLIDE 12
10. Paciente na sala de medicação aguardando internação: SLIDE 13

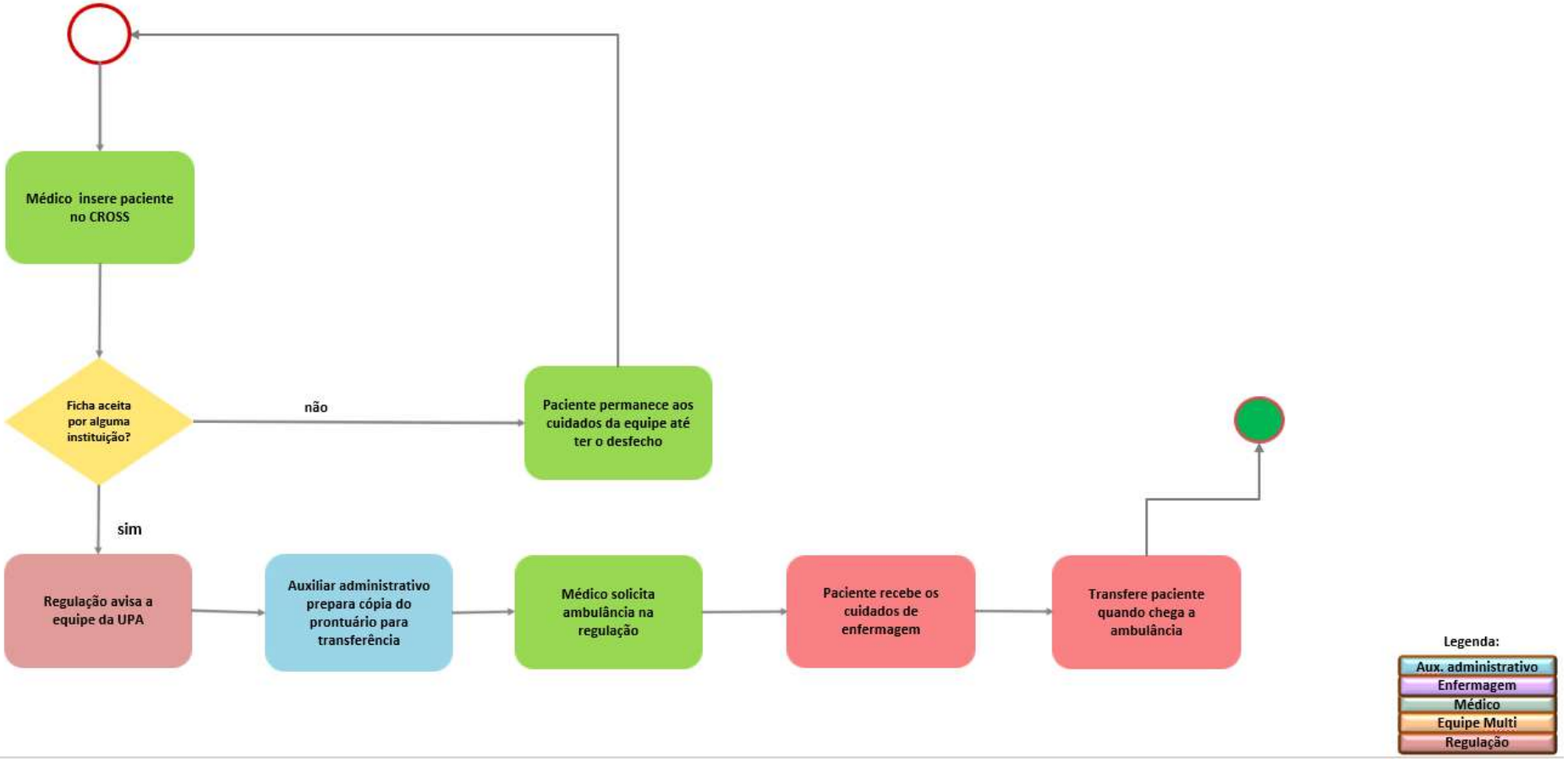
Fluxo Entrada do Paciente: Classificação de Risco



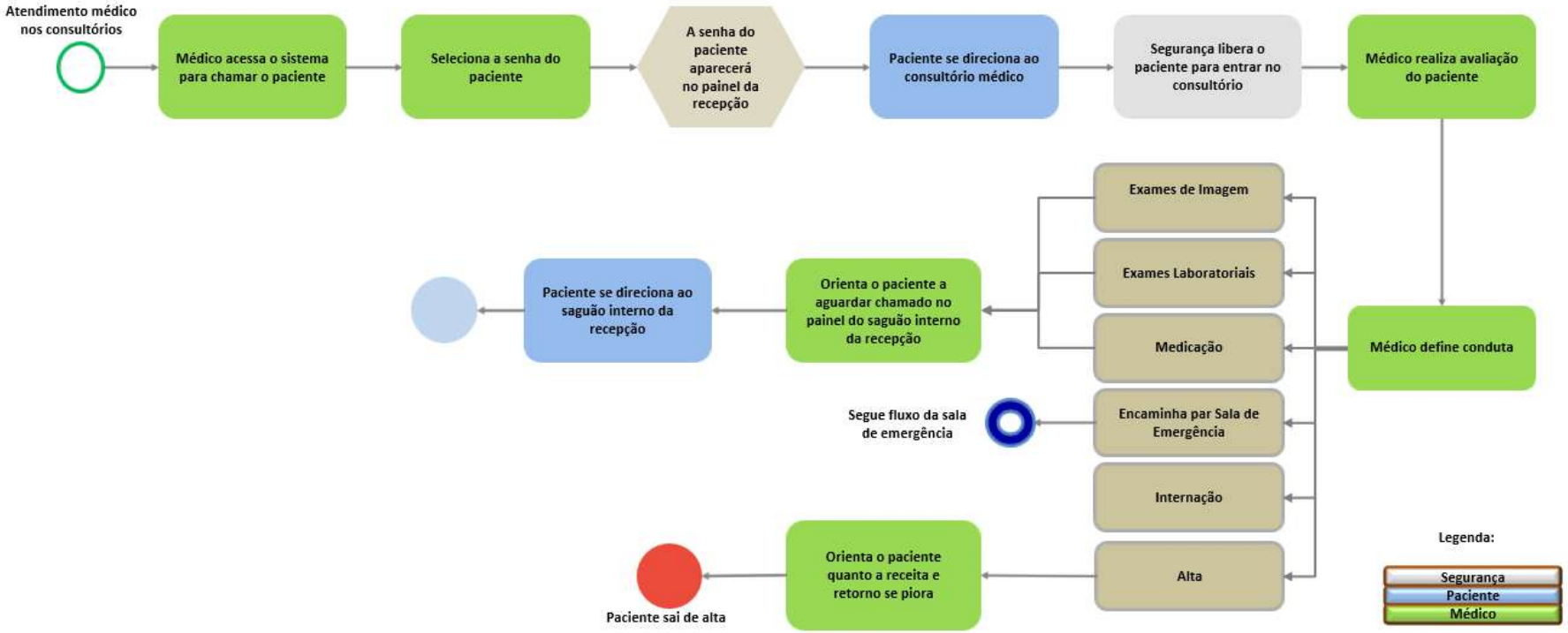
Fluxo da Sala de Emergência



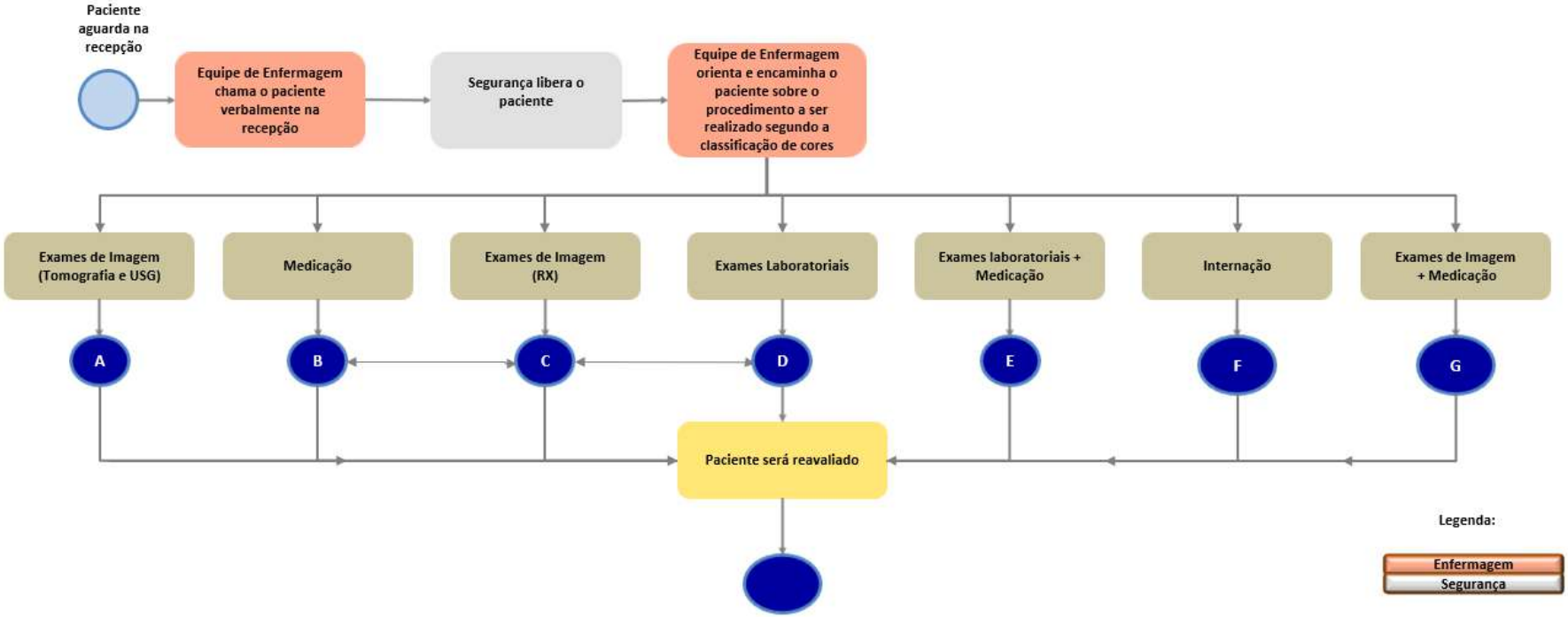
Fluxo da Sala de Emergência



Fluxo Atendimento Médico nos Consultórios



Fluxo do Paciente na Sala de Medicação

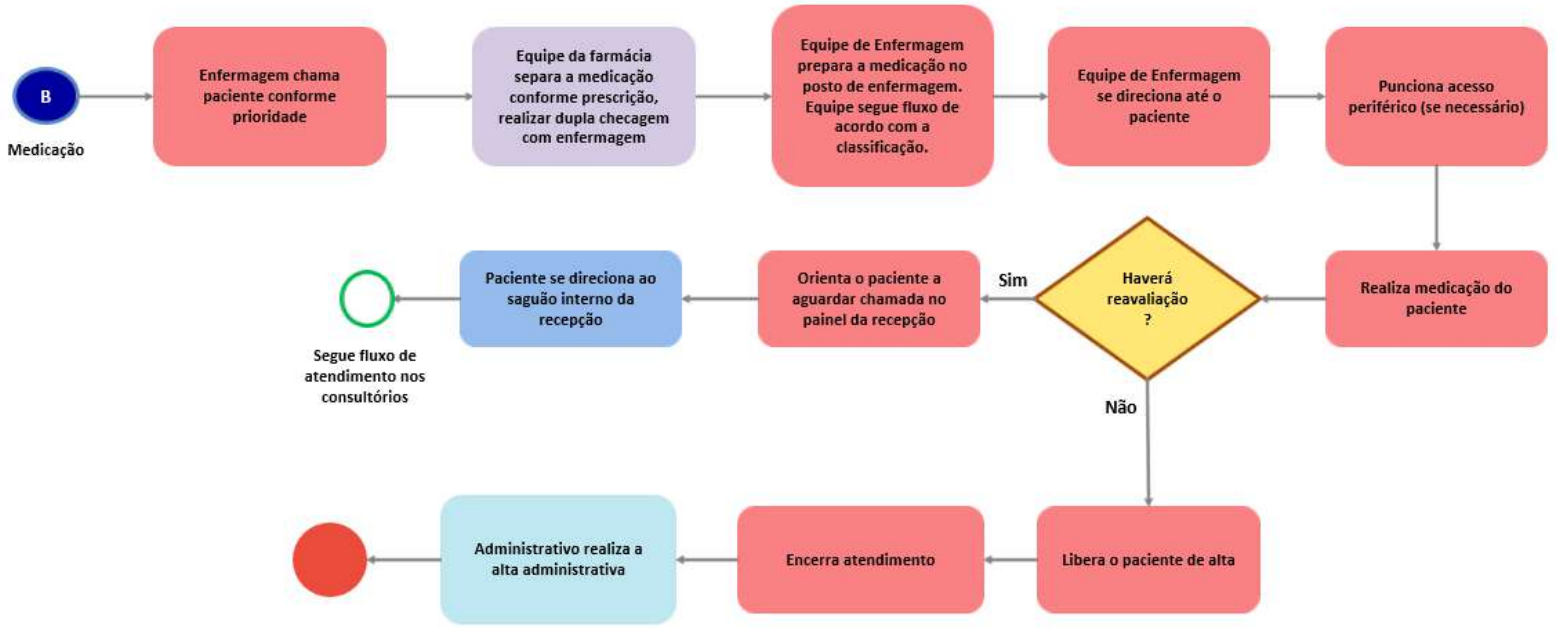


Paciente na Sala de Medicação para realizar exame de Tomografia ou USG

Legenda:

- Enfermagem
- Paciente
- Médico
- Setor de Imagem

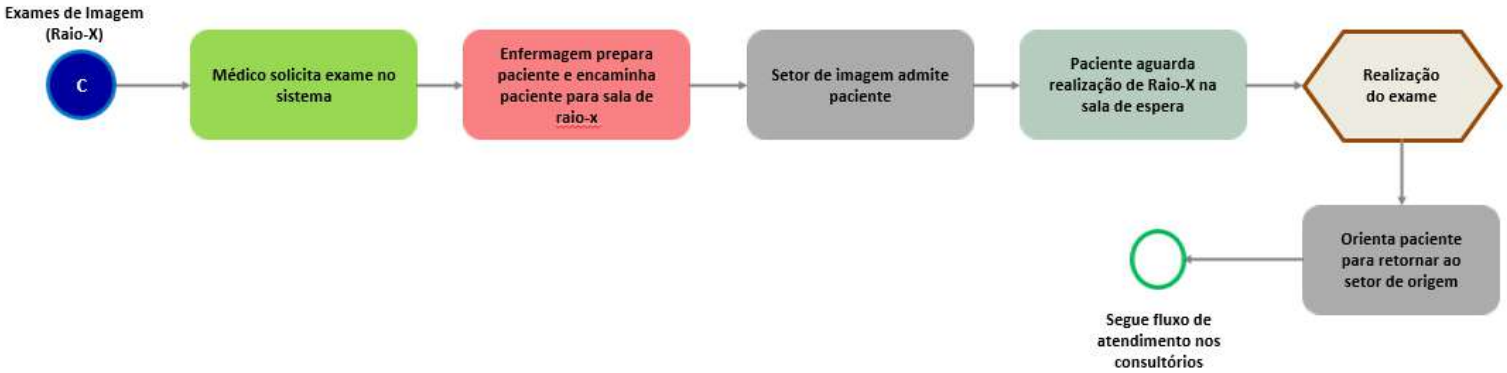
Paciente na Sala de Medicação para receber medicação



Legenda:

- Farmácia
- Enfermagem
- Paciente
- Auxiliar Adminstrativo

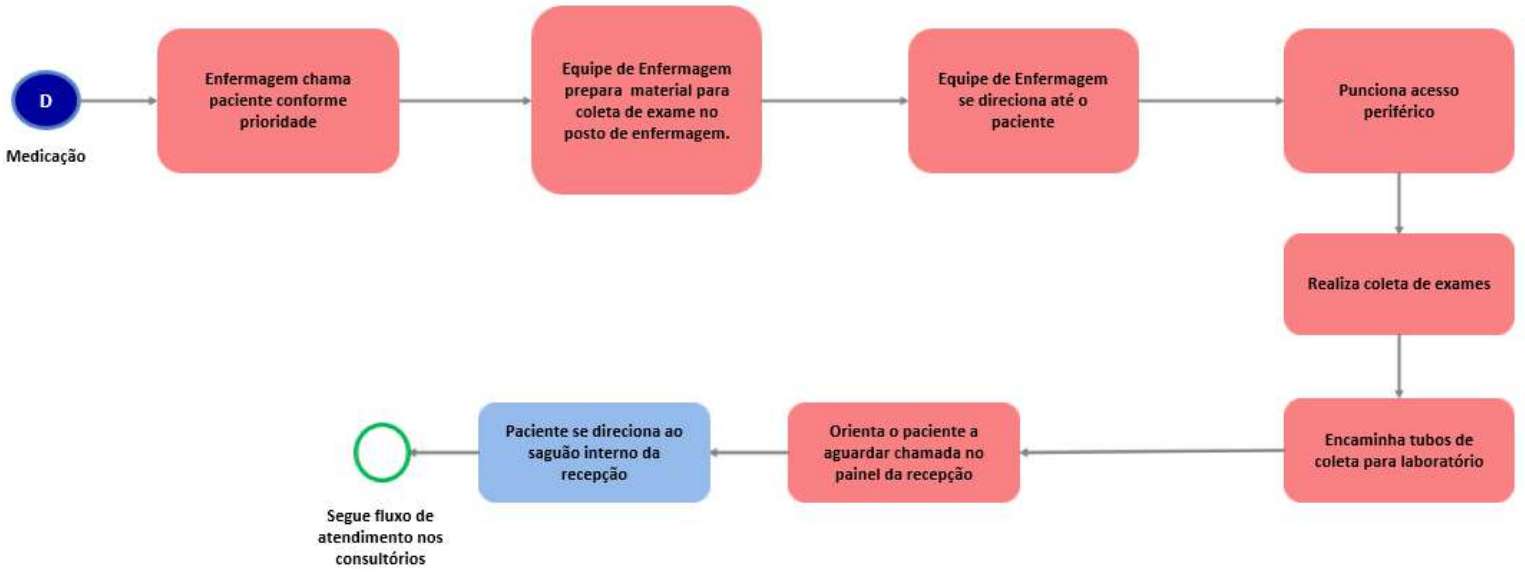
Paciente na Sala de Medicação para realizar exame de Raio-X



Legenda:

- Enfermagem
- Paciente
- Médico
- Setor de Imagem

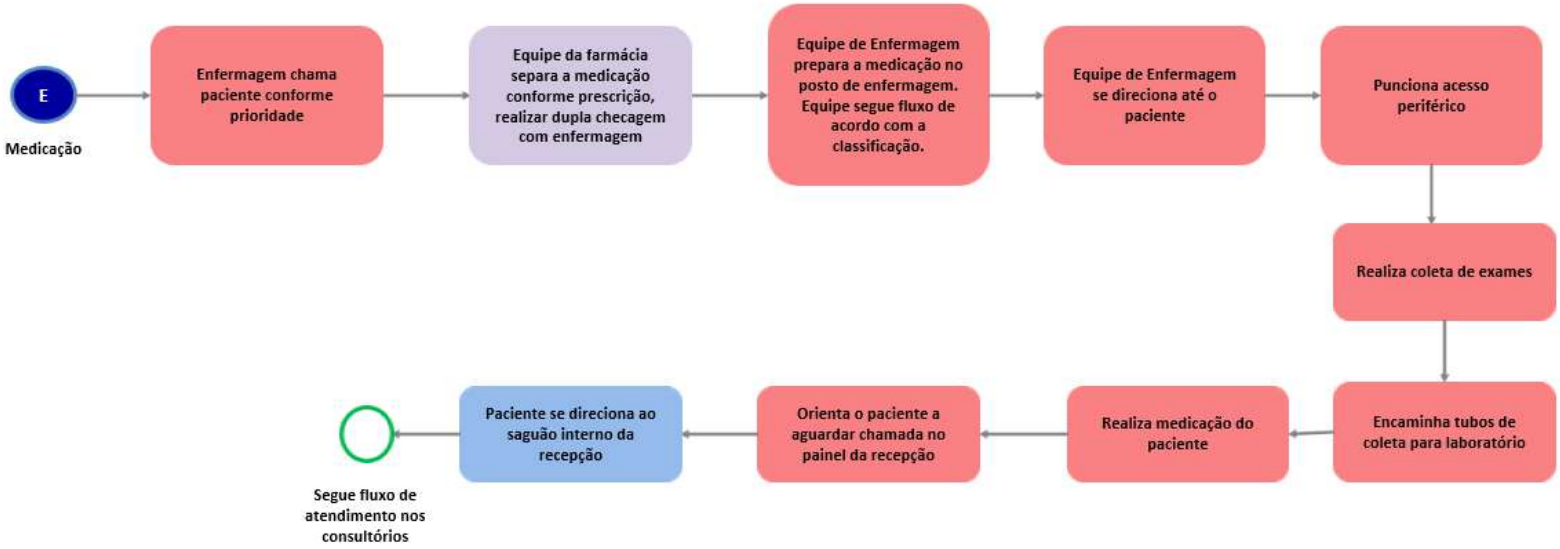
Paciente na Sala de Medicação para coleta de exames



Legenda:

Enfermagem
Paciente
Auxiliar Adminstrativo

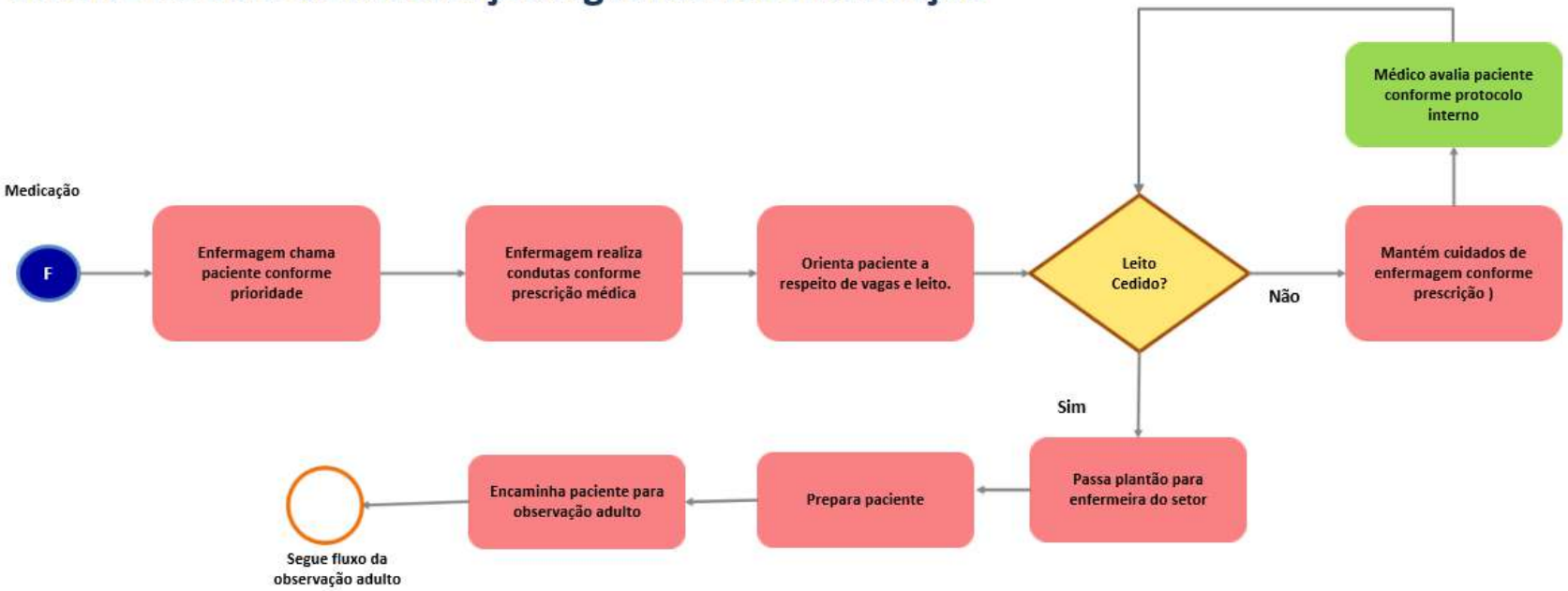
Paciente na Sala de Medicação para receber medicação e coleta de exames



Legenda:

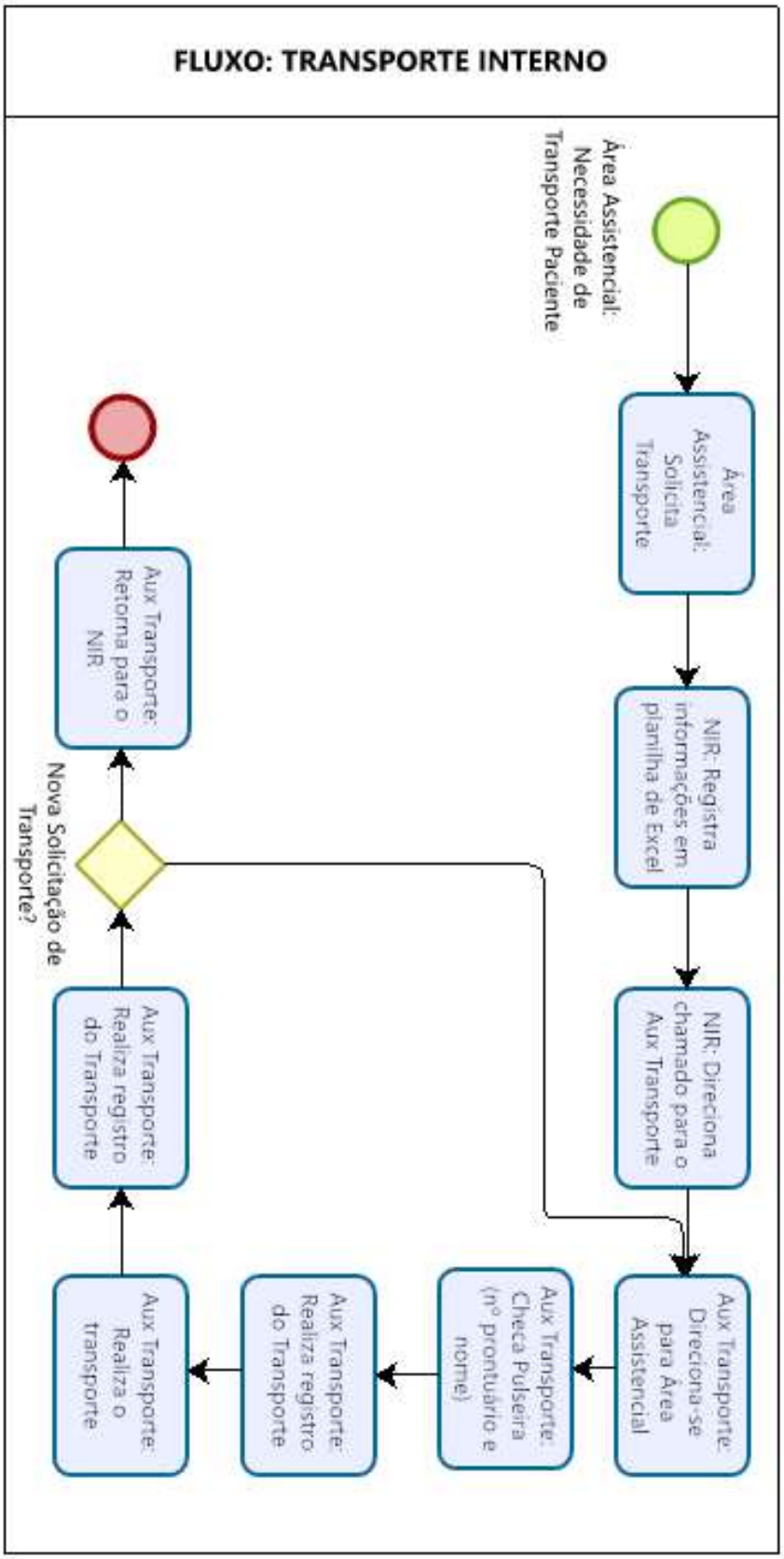
- Farmácia
- Enfermagem
- Paciente
- Auxiliar Adminstrativo

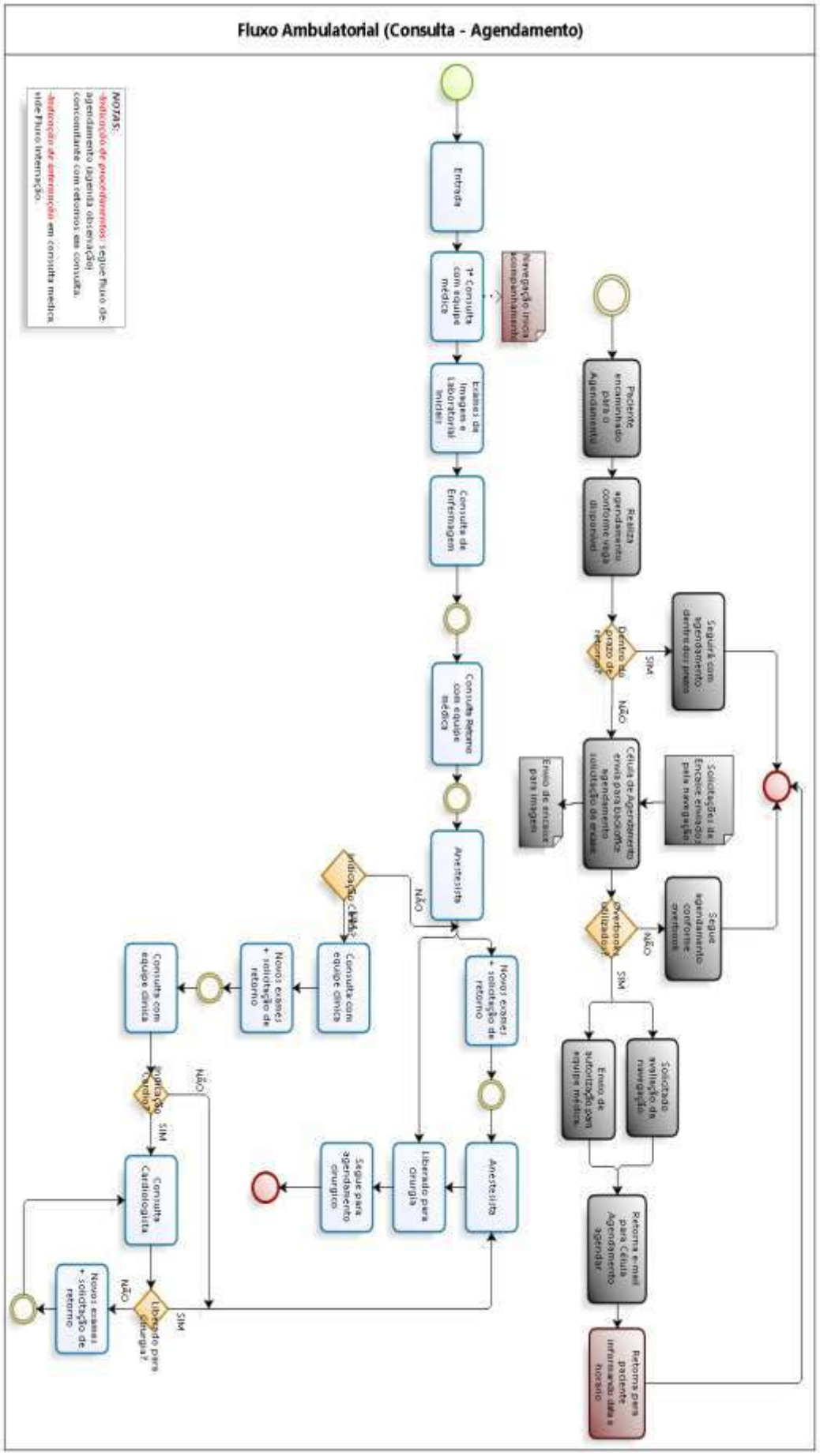
Paciente na Sala de Medicação Aguardando internação

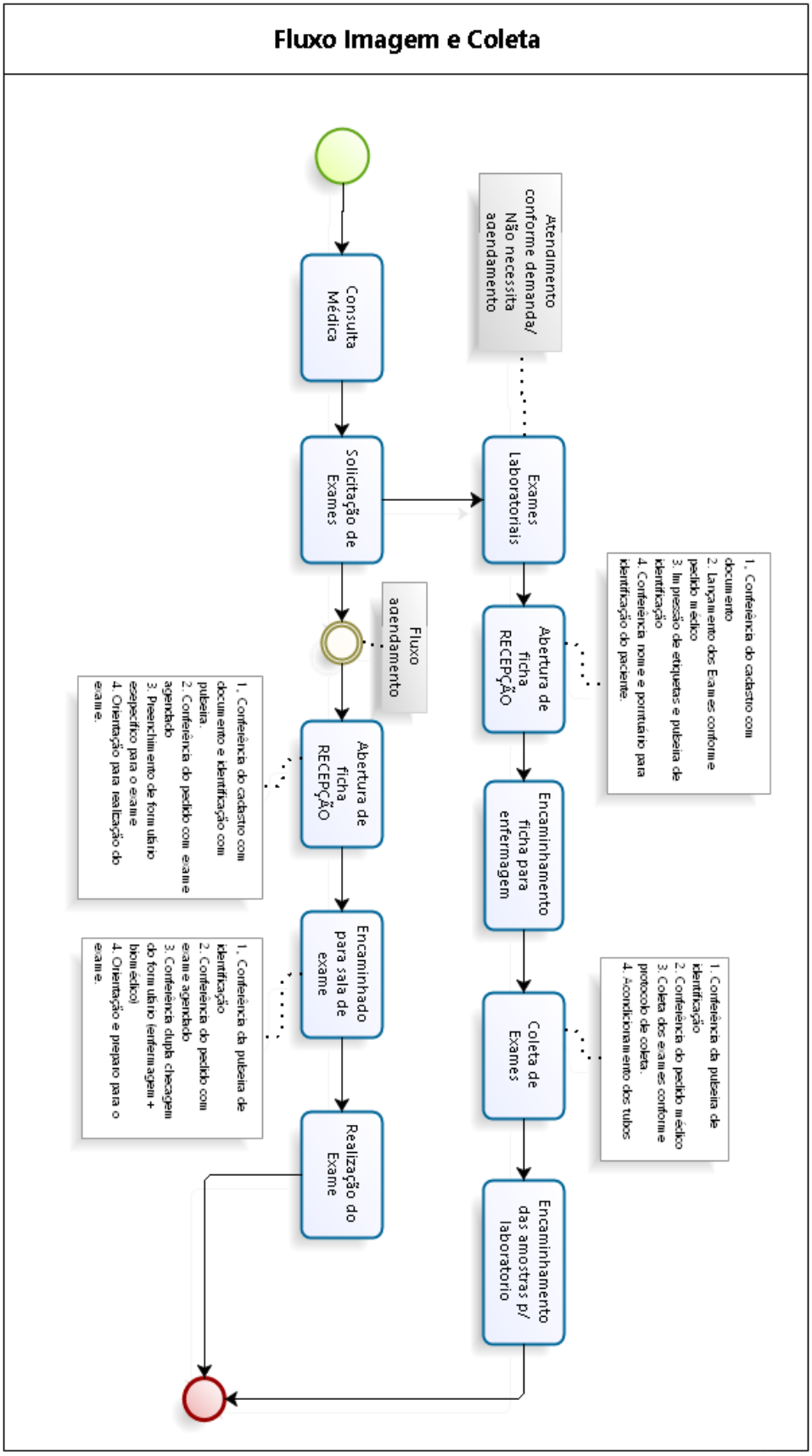


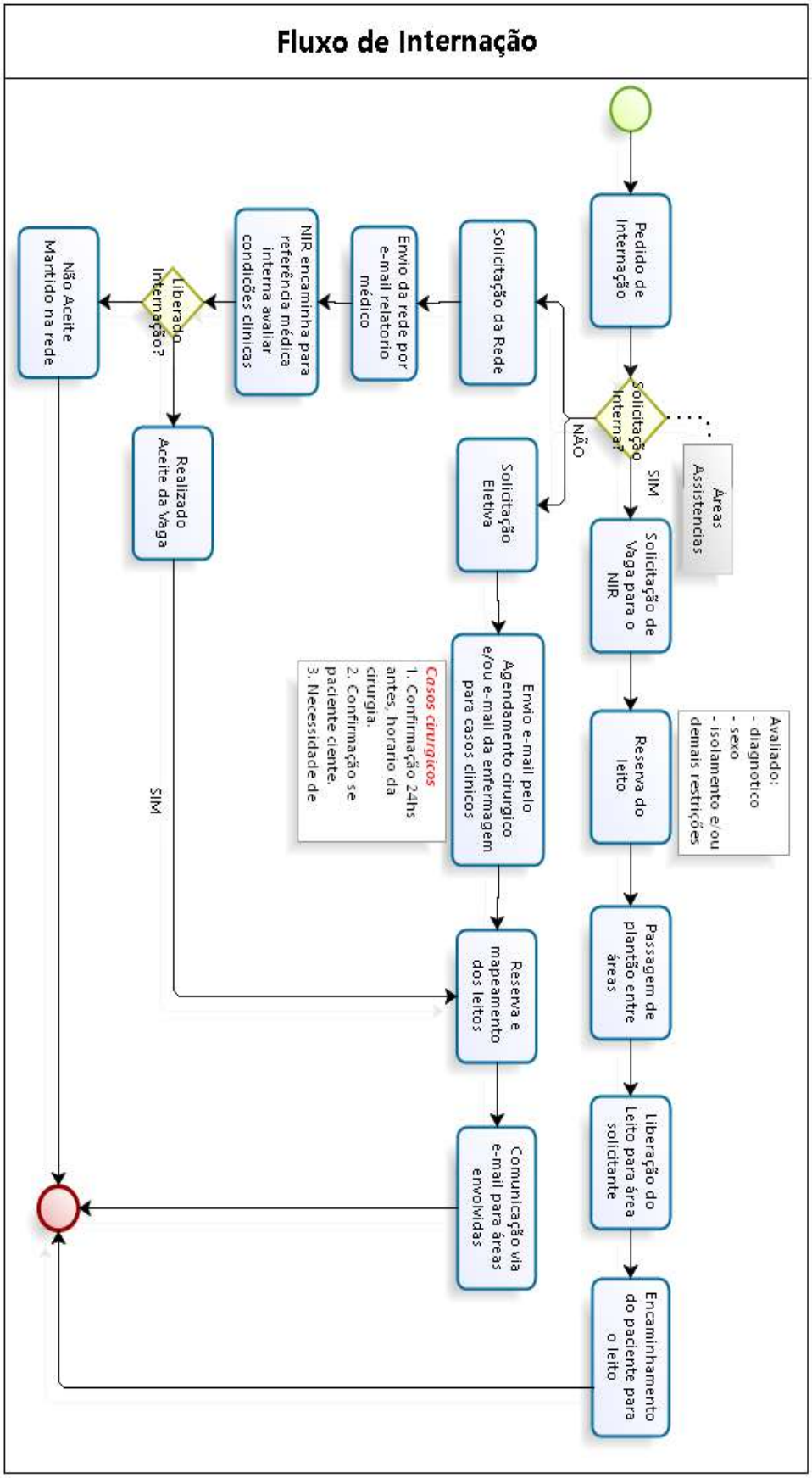
Legenda:

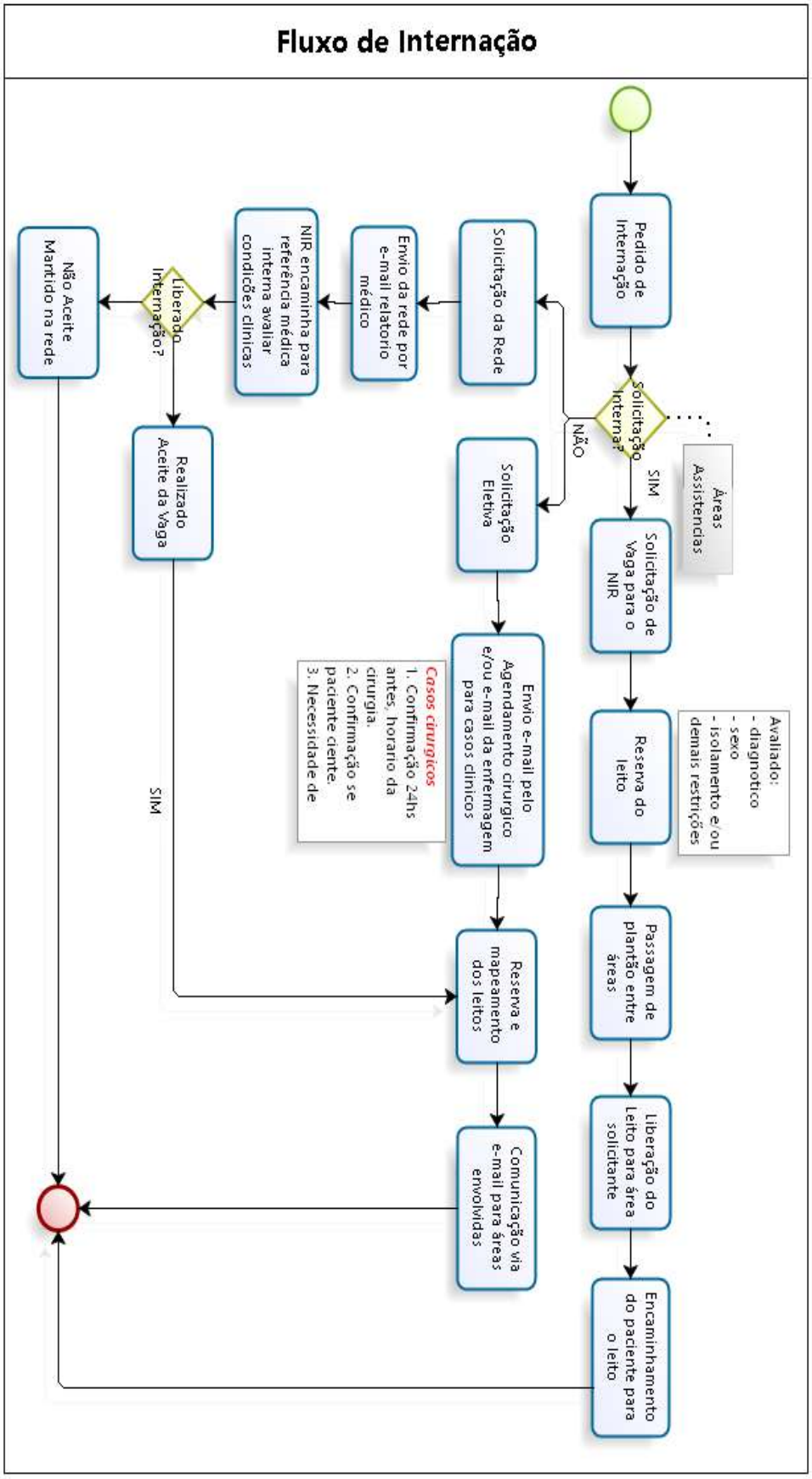
- Médico
- Enfermagem
- Paciente
- Auxiliar Adminstrativo

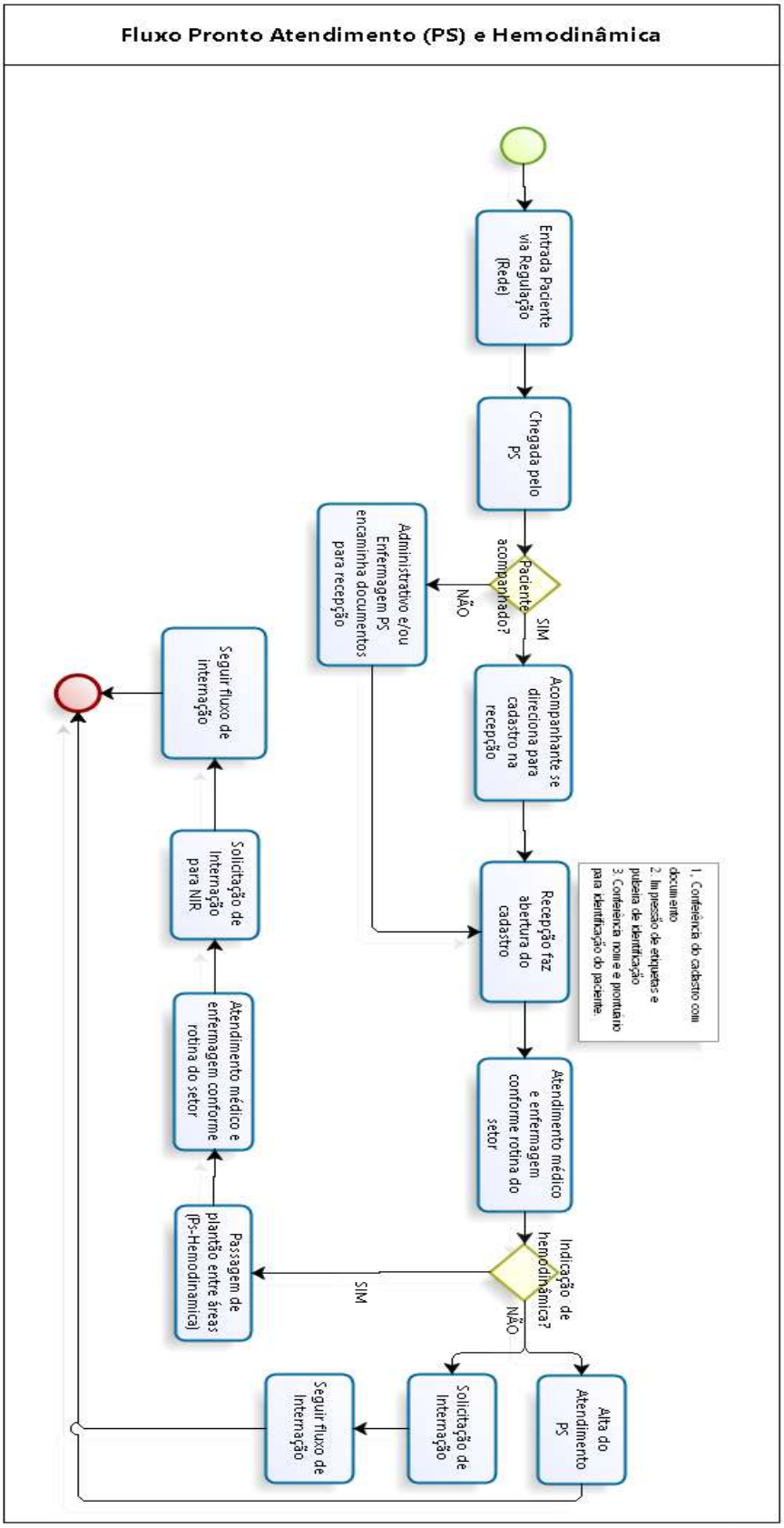

FLUXO: TRANSPORTE INTERNO
Área Assistencial: Necessidade de Transporte Paciente
Área Assistencial: Solicita Transporte
NIR: Registra informações em planilha de Excel
NIR: Direciona chamado para o Aux Transporte
Aux Transporte: Direciona-se para Área Assistencial
Aux Transporte: Checa Pulseira (nº prontuário e nome)
Aux Transporte: Realiza registro do Transporte
Aux Transporte: Realiza o transporte
Aux Transporte: Realiza registro do Transporte
Nova Solicitação de Transporte?
Aux Transporte: Retorna para o NIR

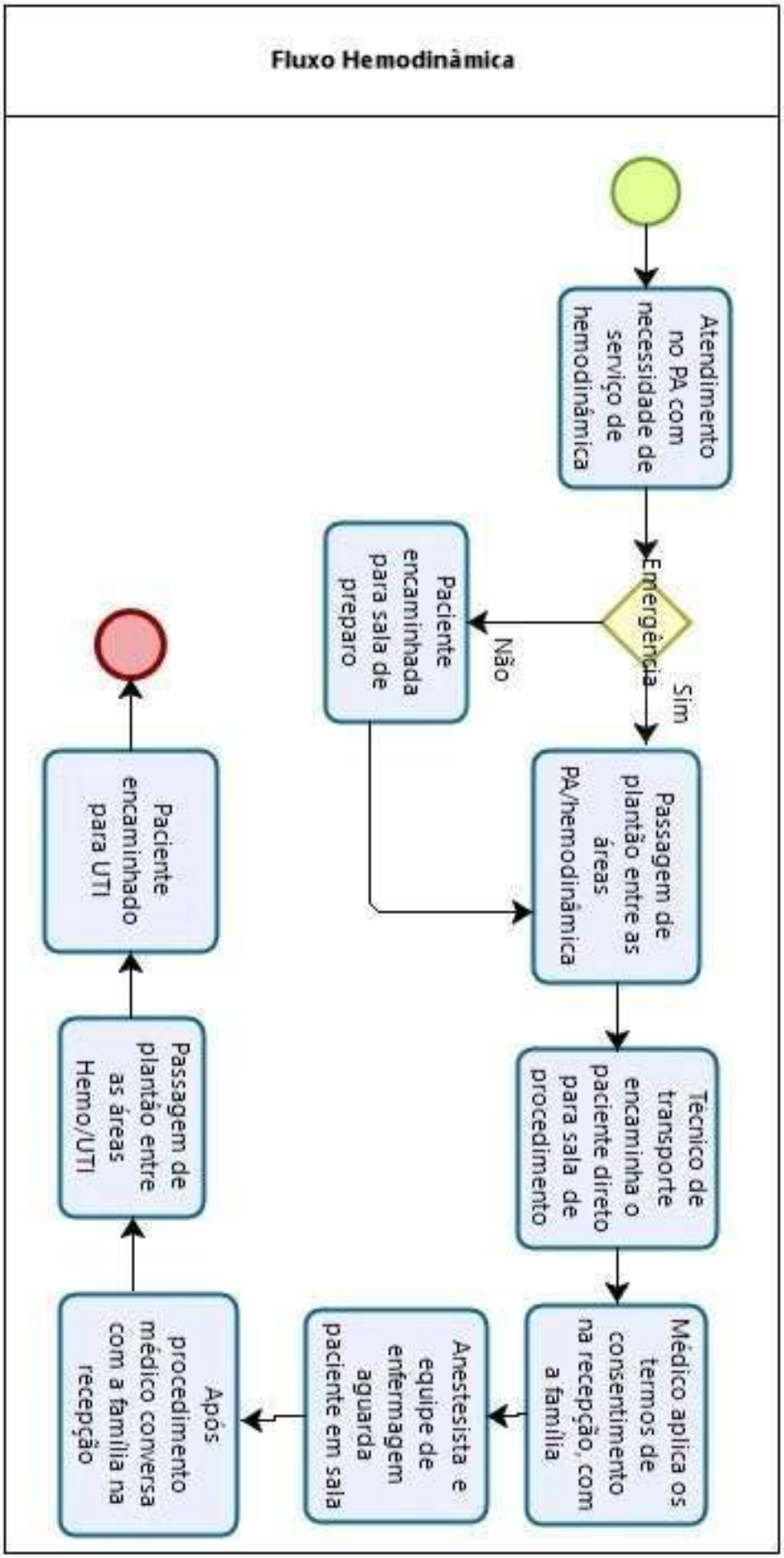

Fluxo Ambulatorial (Consulta - Agendamento)
NOTAS:
-Indicação de procedimentos: segue fluxo de agendamento (agenda observação) concomitante com retornos em consulta.
-Indicação de internação em consulta médica: vide Fluxo Internação.
Entrada
1ª Consulta com equipe médica
Navegação inicia acompanhamento
Exames de Imagem e Laboratorial Iniciais
Consulta de Enfermagem
Consulta Retorno com equipe médica
Anestesista
Indicação Cirurgia?
SIM
NÃO
Consulta com equipe clínica
Novos exames + solicitação de retorno
Consulta com equipe clínica
Novos exames + solicitação de retorno
Anestesista
Liberado para cirurgia
Segue para agendamento cirurgico
Indicação Cardio?
SIM
NÃO
Consulta Cardiologista
Liberado para cirurgia?
SIM
NÃO
Novos exames + solicitação de retorno
Paciente encaminhado para o Agendamento
Realiza agendamento conforme vaga disponível
Dentro do prazo de retorno?
SIM
NÃO
Segue/Já com agendamento dentro do prazo
Solicitação de Encaixe enviada pela navegação
Envio de encaixe para imagem
Celula de Agendamento envia para backoffice agendamento solicitação de exame
Overbooks utilizados?
NÃO
SIM
Segue agendamento conforme overbook
Envio de autorização para equipe médica
Solicitado avaliação da navegação
Retorna e-mail para Célula Agendamento agendar
Retorna para paciente infraestrutura data e horário

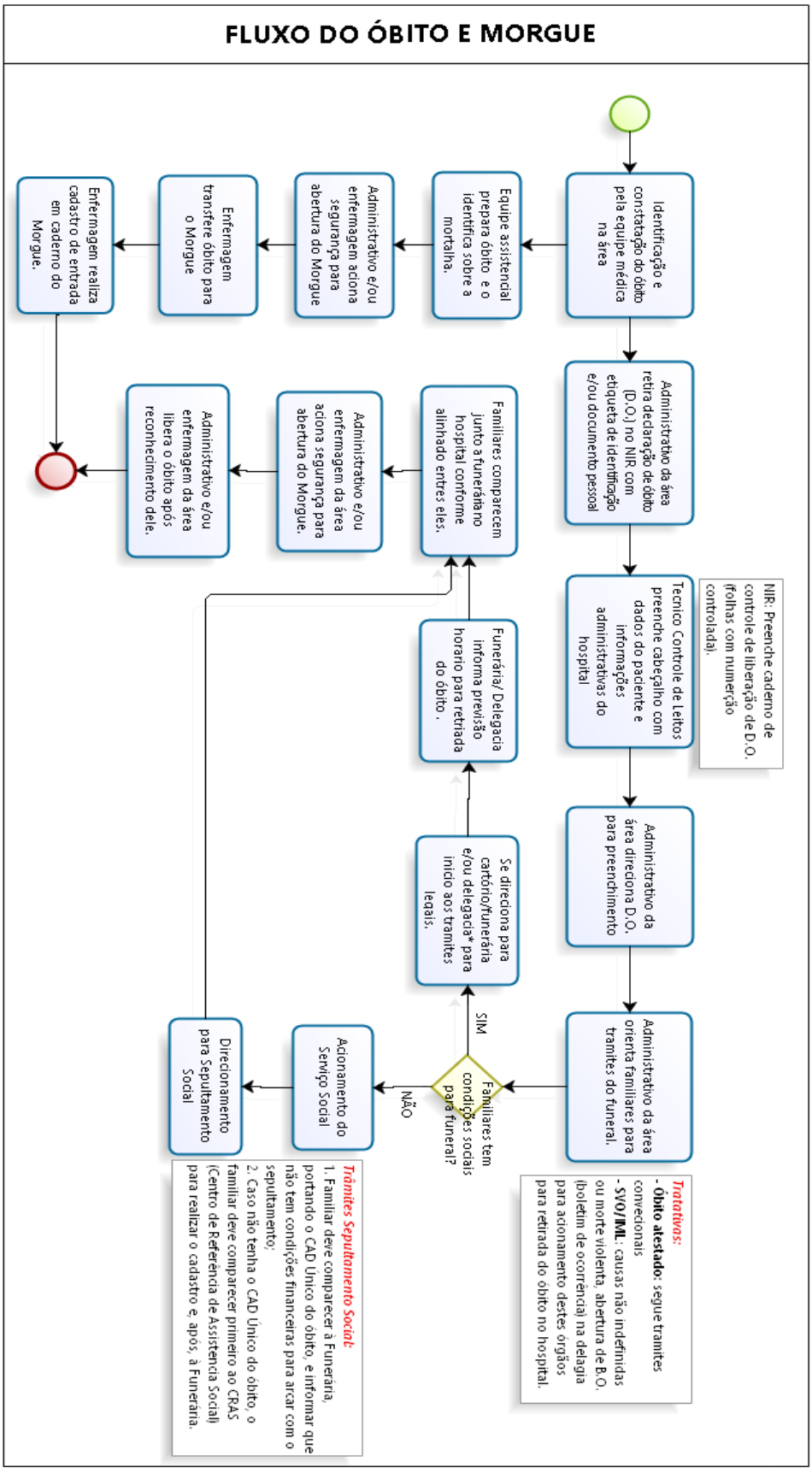

Fluxo Imagem e Coleta
Atendimento conforme demanda/ Não necessita agendamento
Consulta Médica
Solicitação de Exames
Exames Laboratoriais
Fluxo agendamento
Abertura de ficha RECEPÇÃO
Abertura de ficha RECEPÇÃO
Encaminhamento ficha para enfermagem
Encaminhado para sala de exame
Coleta de Exames
Realização do Exame
Encaminhamento das amostras p/ laboratorio
1. Conferência do cadastro com documento
2. Lançamento dos Exames conforme pedido médico
3. Impressão de etiquetas e pulseira de identificação
4. Conferência nome e prontuário para identificação do paciente.
1. Conferência do cadastro com documento e identificação com pulseira.
2. Conferência do pedido com exame agendado
3. Preenchimento de formulário específico para o exame
4. Orientação para realização do exame.
1. Conferência da pulseira de identificação
2. Conferência do pedido com exame agendado
3. Conferência dupla checagem do formulário (enfermagem + biomédico)
4. Orientação e preparo para o exame.
1. Conferência da pulseira de identificação
2. Conferência do pedido médico
3. Coleta dos exames conforme protocolo de coleta.
4. Acondicionamento dos tubos

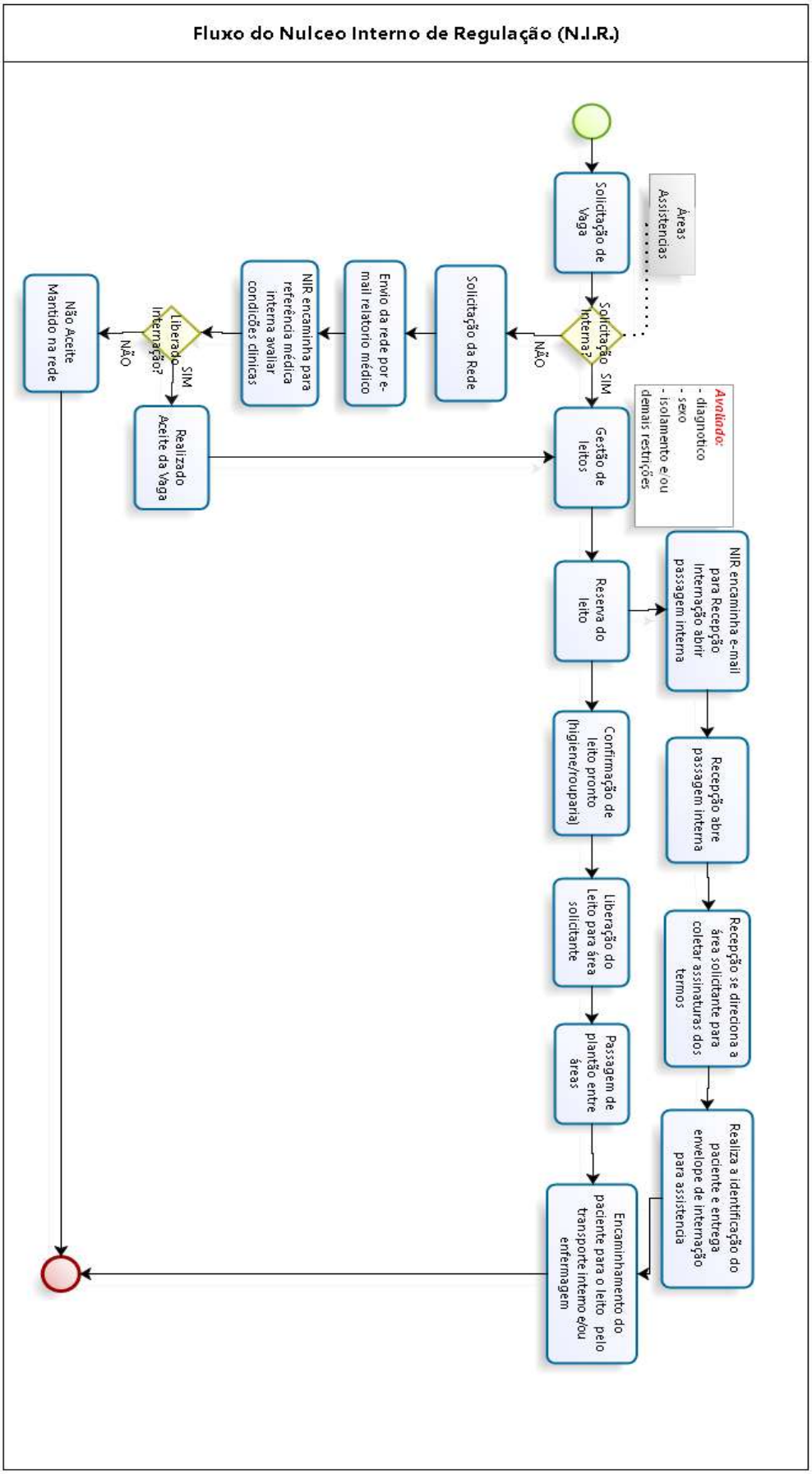

Fluxo de Internação
Pedido de Internação
Solicitação Interna?
SIM
NÃO
Áreas Assistencias
Solicitação de Vaga para o NIR
Avaliado:
- diagnotico
- sexo
- isolamento e/ou demais restrições
Reserva do leito
Passagem de plantão entre áreas
Liberação do Leito para área solicitante
Encaminhamento do paciente para o leito
Solicitação da Rede
Envio da rede por e-mail relatorio médico
NIR encaminha para referência médica interna avaliar condições clinicas
Liberado Internação?
Não Aceite Mantido na rede
Realizado Aceite da Vaga
Solicitação Eletiva
Envio e-mail pelo Agendamento cirurgico e/ou e-mail da enfermagem para casos clinicos
Casos cirurgicos
1. Confirmação 24hs antes, horario da cirurgia.
2. Confirmação se paciente ciente.
3. Necessidade de
Reserva e mapeamento dos leitos
Comunicação via e-mail para áreas envolvidas
SIM

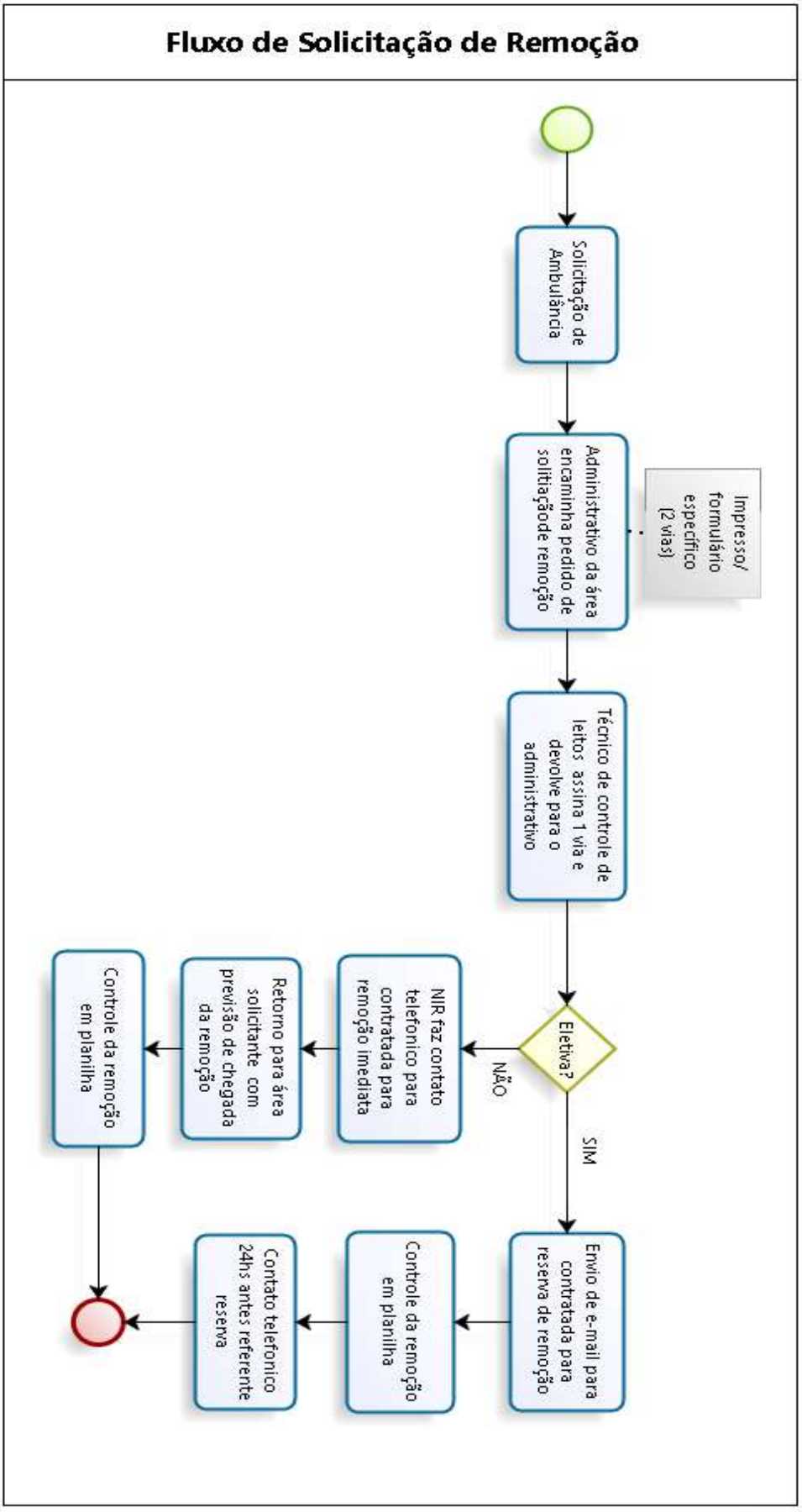

Fluxo de Internação
Pedido de Internação
Solicitação Interna?
SIM
NÃO
Áreas Assistencias
Solicitação de Vaga para o NIR
Reserva do leito
Avaliado:
- diagnotico
- sexo
- isolamento e/ou demais restrições
Passagem de plantão entre áreas
Liberação do Leito para área solicitante
Encaminhamento do paciente para o leito
Solicitação da Rede
Envio da rede por e-mail relatorio médico
NIR encaminha para referência médica interna avaliar condições clinicas
Liberado Internação?
Não Aceite Martido na rede
Realizado Aceite da Vaga
Solicitação Eletiva
Envio e-mail pelo Agendamento cirurgico e/ou e-mail da enfermagem para casos clinicos
Casos cirurgicos
1. Confirmação 24hs antes, horario da cirurgia.
2. Confirmação se paciente ciente.
3. Necessidade de
Reserva e mapeamento dos leitos
Comunicação via e-mail para áreas envolvidas
SIM

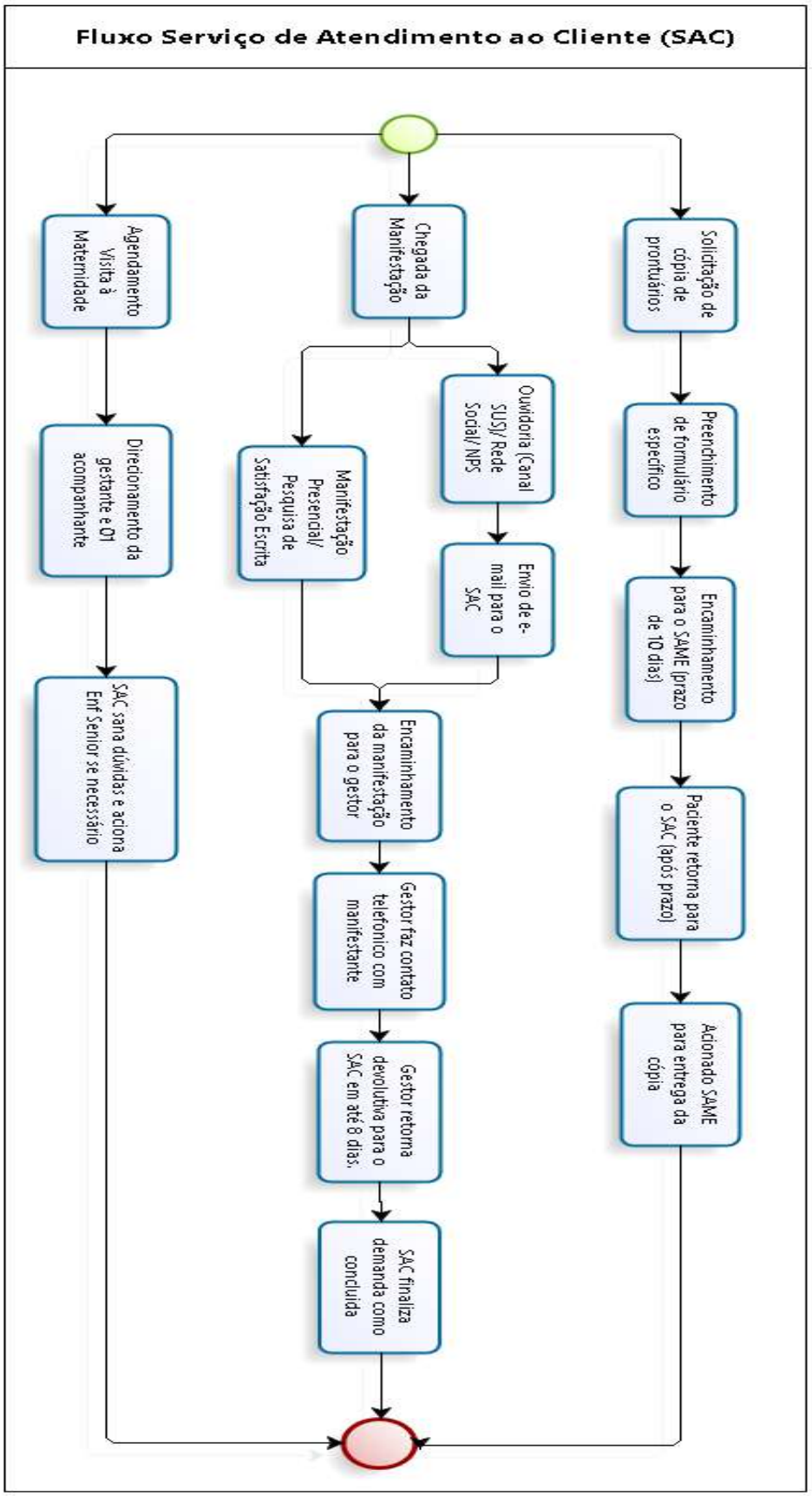

Fluxo Pronto Atendimento (PS) e Hemodinâmica
Entrada Paciente via Regulação (Rede)
Chegada pelo PS
Paciente acompanhado?
SIM
NÃO
Administrativo e/ou Enfermagem PS encaminha documentos para recepção
Acompanhante se direciona para cadastro na recepção
Recepção faz abertura do cadastro
1. Conferência do cadastro com documento
2. Impressão de etiquetas e pulseira de identificação
3. Conferência nome e prontuário para identificação do paciente
Atendimento médico e enfermagem conforme rotina do setor
Indicação de hemodinâmica?
SIM
NÃO
Passagem de plantão entre áreas (PS-Hemodinamica)
Atendimento médico e enfermagem conforme rotina do setor
Solicitação de Internação para NIR
Seguir fluxo de internação
Alta do Atendimento PS
Solicitação de Internação
Seguir fluxo de Internação

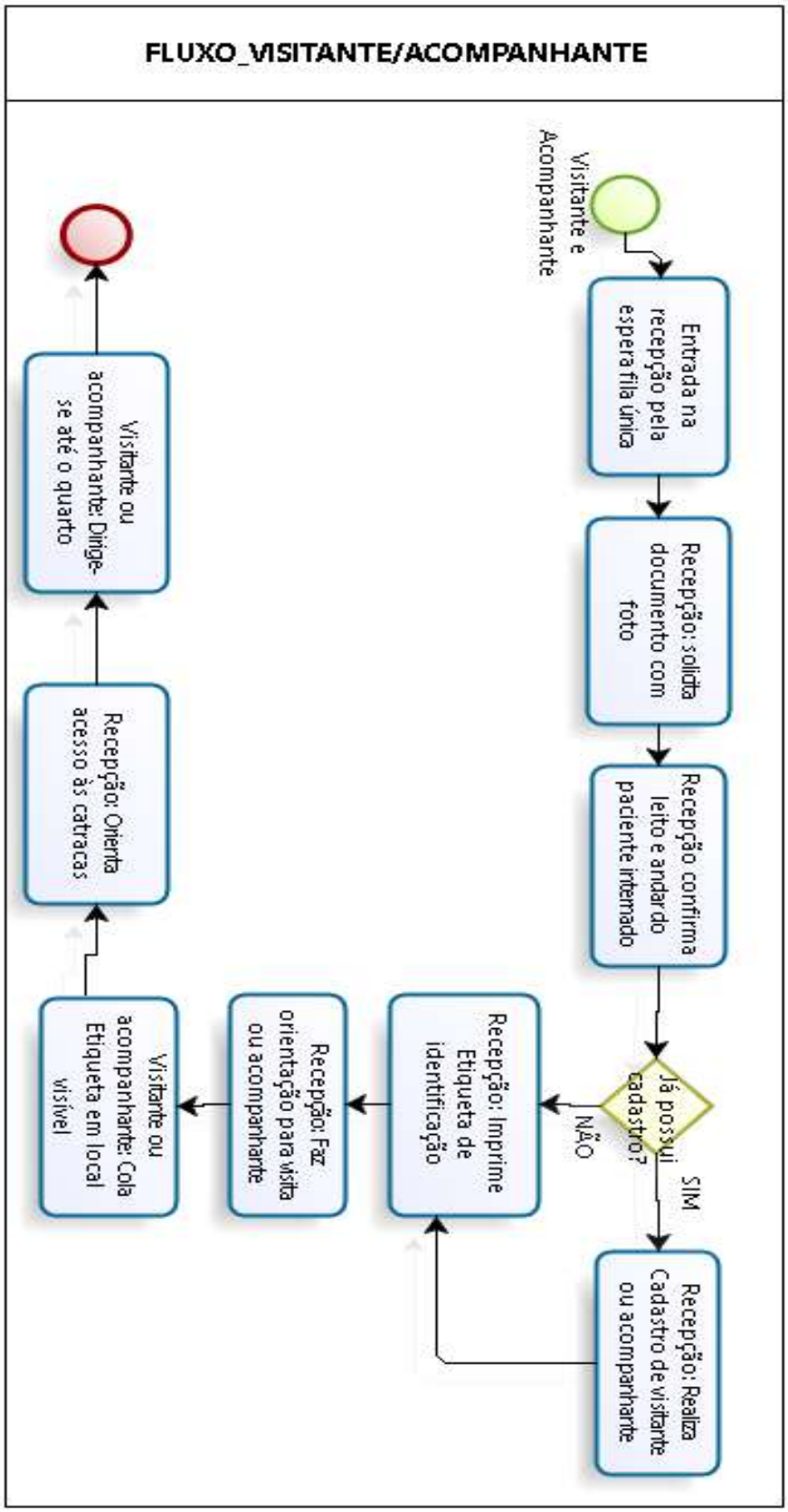

Fluxo Hemodinâmica
Atendimento no PA com necessidade de serviço de hemodinâmica
Emergência
Não
Sim
Paciente encaminhada para sala de preparo
Passagem de plantão entre as áreas PA/hemodinâmica
Técnico de transporte encaminha o paciente direto para sala de procedimento
Médico aplica os termos de consentimento na recepção, com a família
Anestesista e equipe de enfermagem aguarda paciente em sala
Após procedimento médico conversa com a família na recepção
Passagem de plantão entre as áreas Hemo/UTI
Paciente encaminhado para UTI


FLUXO DO ÓBITO E MORGUE
Identificação e constatação do óbito pela equipe médica na área
Equipe assistencial prepara óbito e o identifica sobre a mortalha.
Administrativo e/ou enfermagem aciona segurança para abertura do Morgue
Enfermagem transfere óbito para o Morgue
Enfermagem realiza cadastro de entrada em caderno do Morgue.
Administrativo da área retira declaração de óbito (D.O.) no NIR com etiqueta de identificação e/ou documento pessoal
Tecnico Controle de Leitos preenche cabeçalho com dados do paciente e informações administrativas do hospital
NIR: Preenche caderno de controle de liberação de D.O. (folhas com numeração controlada).
Administrativo da área direciona D.O. para preenchimento
Administrativo da área orienta familiares para tramites do funeral.
Familiares tem condições sociais para funeral?
SIM
NÃO
Se direciona para cartório/funerária e/ou delegacia* para inicio aos tramites legais.
Funerária/ Delegacia informa previsão horario para retirada do óbito .
Familiares comparecem junto a funerária no hospital conforme alinhado entres eles.
Administrativo e/ou enfermagem da área aciona segurança para abertura do Morgue.
Administrativo e/ou enfermagem da área libera o óbito após reconhecimento dele.
Acionamento do Serviço Social
Direcionamento para Sepultamento Social
Tratativas:
- Óbito atestado: segue tramites convecionais
- SVO/IML: causas não indefinidas ou morte violenta, abertura de B.O. (boletim de ocorrência) na delagia para acionamento destes órgãos para retirada do óbito no hospital.
Trâmites Sepultamento Social:
1. Familiar deve comparecer à Funerária, portando o CAD Único do óbito, e informar que não tem condições financeiras para arcar com o sepultamento;
2. Caso não tenha o CAD Único do óbito, o familiar deve comparecer primeiro ao CRAS (Centro de Referência de Assistencia Social) para realizar o cadastro e, após, à Funerária.


Fluxo do Nulceo Interno de Regulação (N.I.R.)
Solicitação de Vaga
Áreas Assistenciais
Solicitação Interna?
NÃO
SIM
Solicitação da Rede
Envio da rede por e-mail relatorio médico
NIR encaminha para referência médica interna avaliar condições clinicas
Liberado Internação?
NÃO
SIM
Não Aceite Mantido na rede
Realizado Aceite da Vaga
Avaliada:
- diagnostico
- sexo
- isolamento e/ou demais restrições
Gestão de leitos
Reserva do leito
NIR encaminha e-mail para Recepção Internação abrir passagem interna
Confirmação de leito pronto (higiene/rouparia)
Recepção abre passagem interna
Liberação do Leito para área solicitante
Recepção se direciona a área solicitante para coletar assinaturas dos termos
Passagem de plantão entre áreas
Realiza a identificação do paciente e entrega envelope de internação para assistencia
Encaminhamento do paciente para o leito pelo transporte interno e/ou enfermagem


Fluxo de Solicitação de Remoção
Solicitação de Ambulância
Administrativo da área encaminha pedido de solitiaçãode remoção
Impresso/ formulário específico (2 vias)
Técnico de controle de leitos assina 1 via e devolve para o administrativo
Eletiva?
NÃO
SIM
NIR faz contato telefonico para contratada para remoção imediata
Retorno para área solicitante com previsão de chegada da remoção
Controle da remoção em planilha
Envio de e-mail para contratada para reserva de remoção
Controle da remoção em planilha
Contato telefonico 24hs antes referente reserva

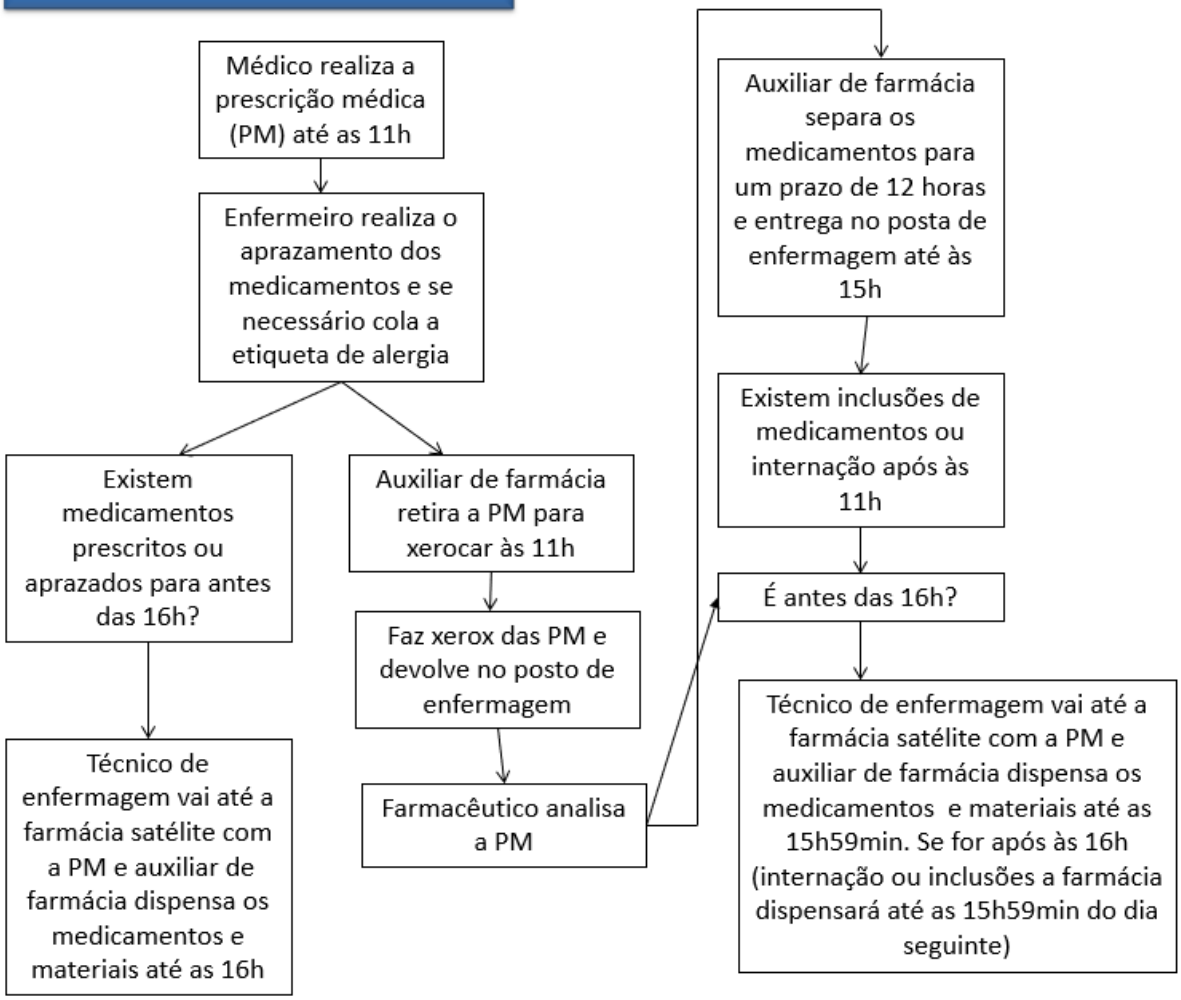

Fluxo Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)
Solicitação de cópia de prontuários
Preenchimento de formulário específico
Encaminhamento para o SAME (prazo de 10 dias)
Paciente retorna para o SAC (após prazo)
Acionado SAME para entrega da cópia
Chegada da Manifestação
Ouvidoria (Canal SUS)/ Rede Social/ NPS
Envio de e-mail para o SAC
Manifestação Presencial/ Pesquisa de Satisfação Escrita
Encaminhamento da manifestação para o gestor
Gestor faz contato telefonico com manifestante
Gestor retorna devolutiva para o SAC em até 8 dias.
SAC finaliza demanda como concluida
Agendamento Visita à Maternidade
Direcionamento da gestante e 01 acompanhante
SAC sana dúvidas e aciona Enf Senior se necessário



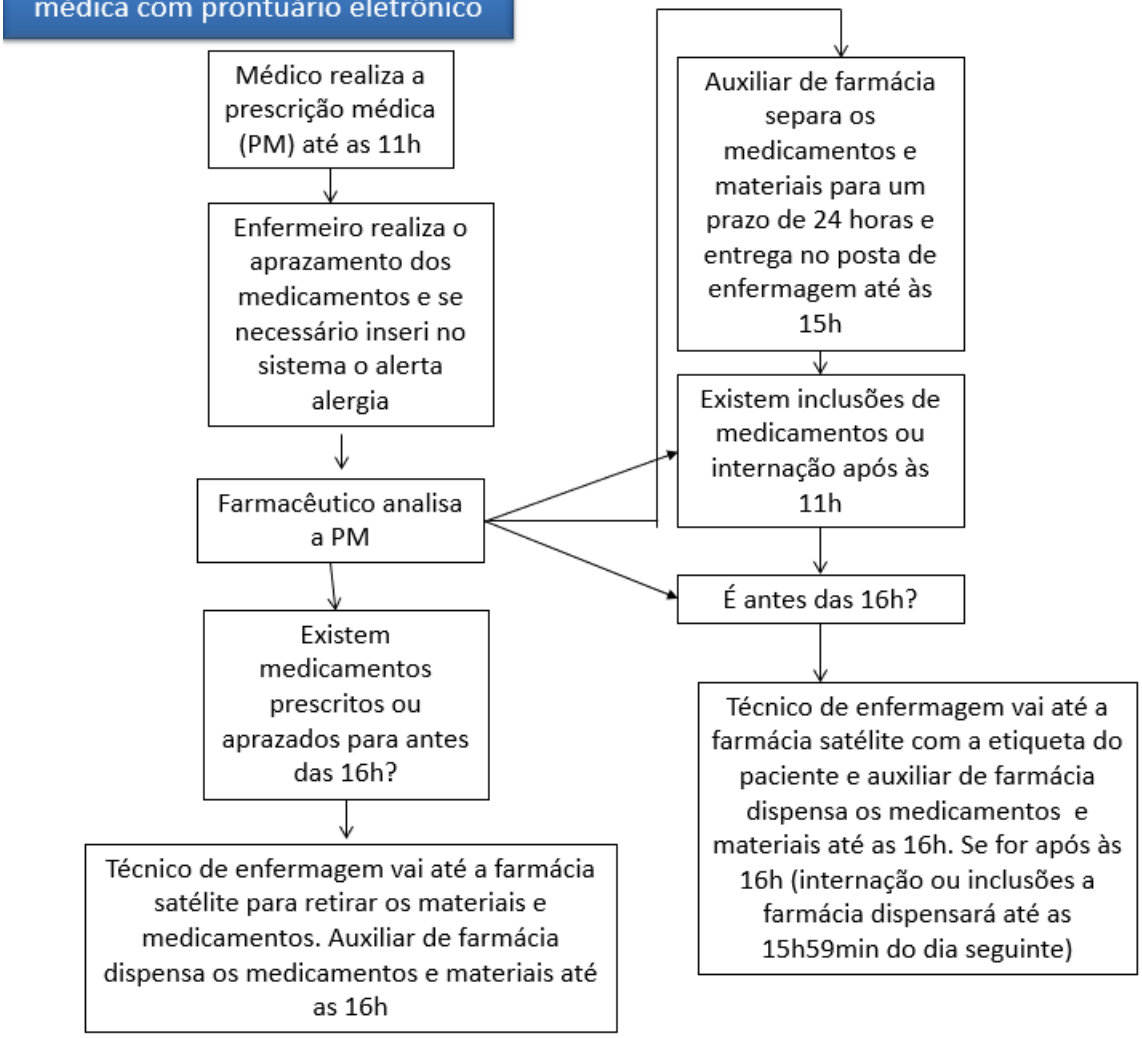
Powered by bizagi Modeler

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

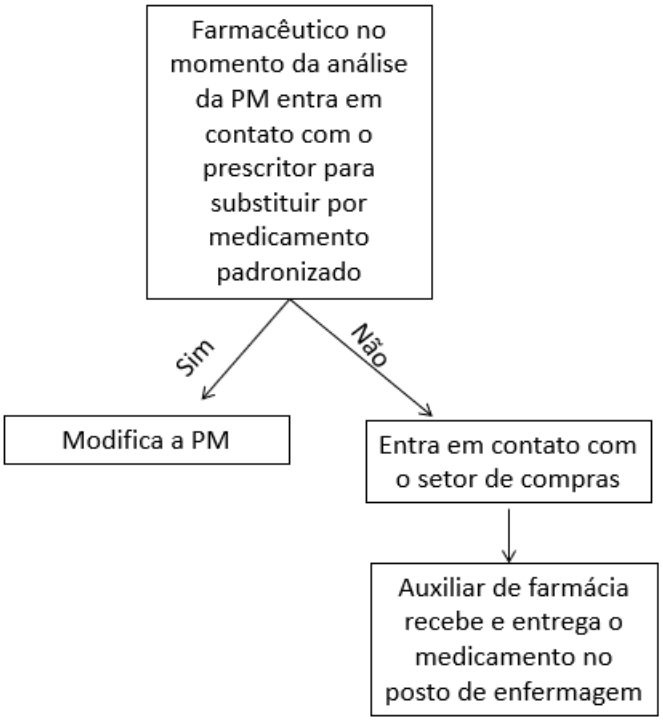
Fluxo da farmácia com prescrição médica manual

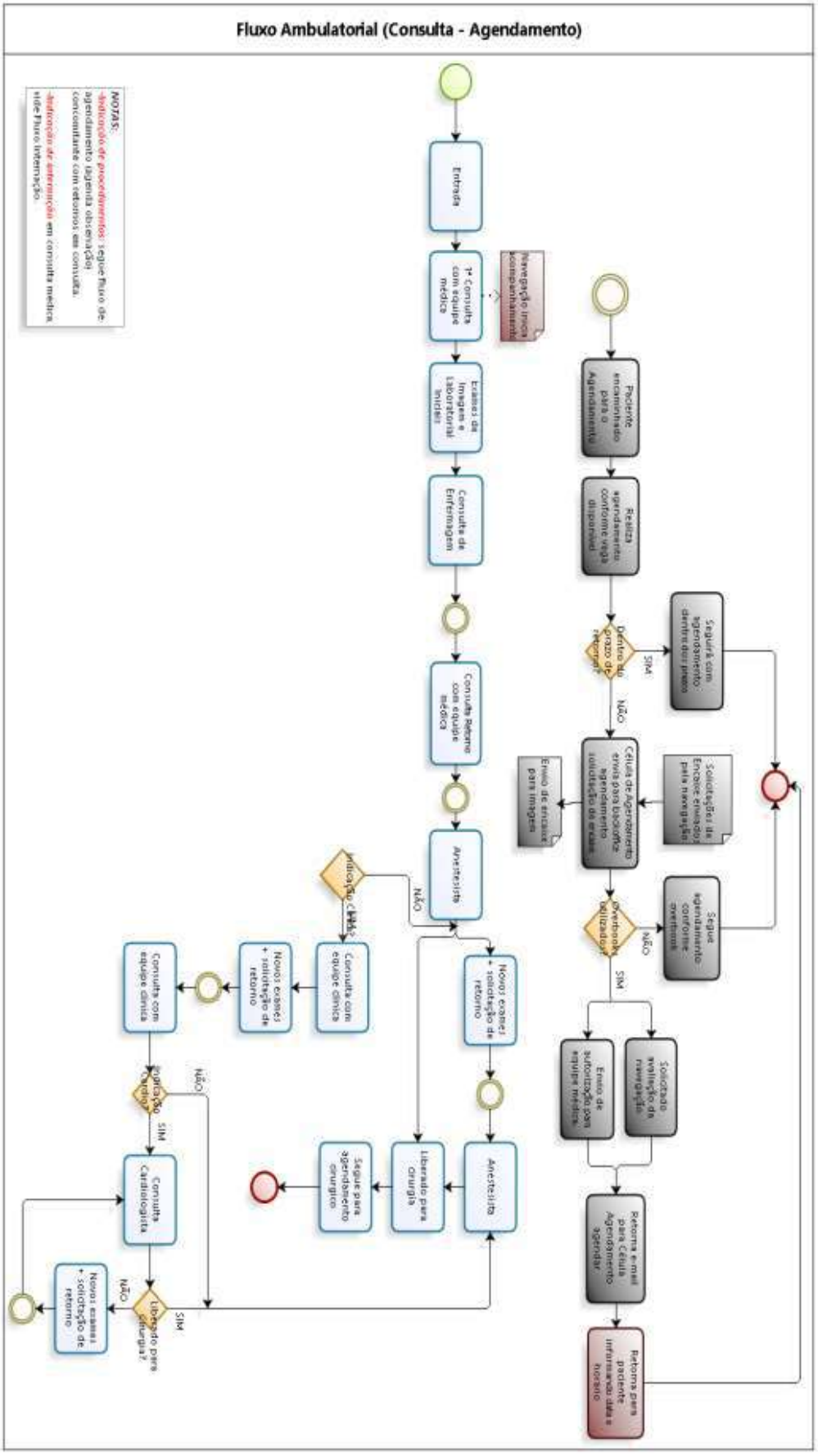


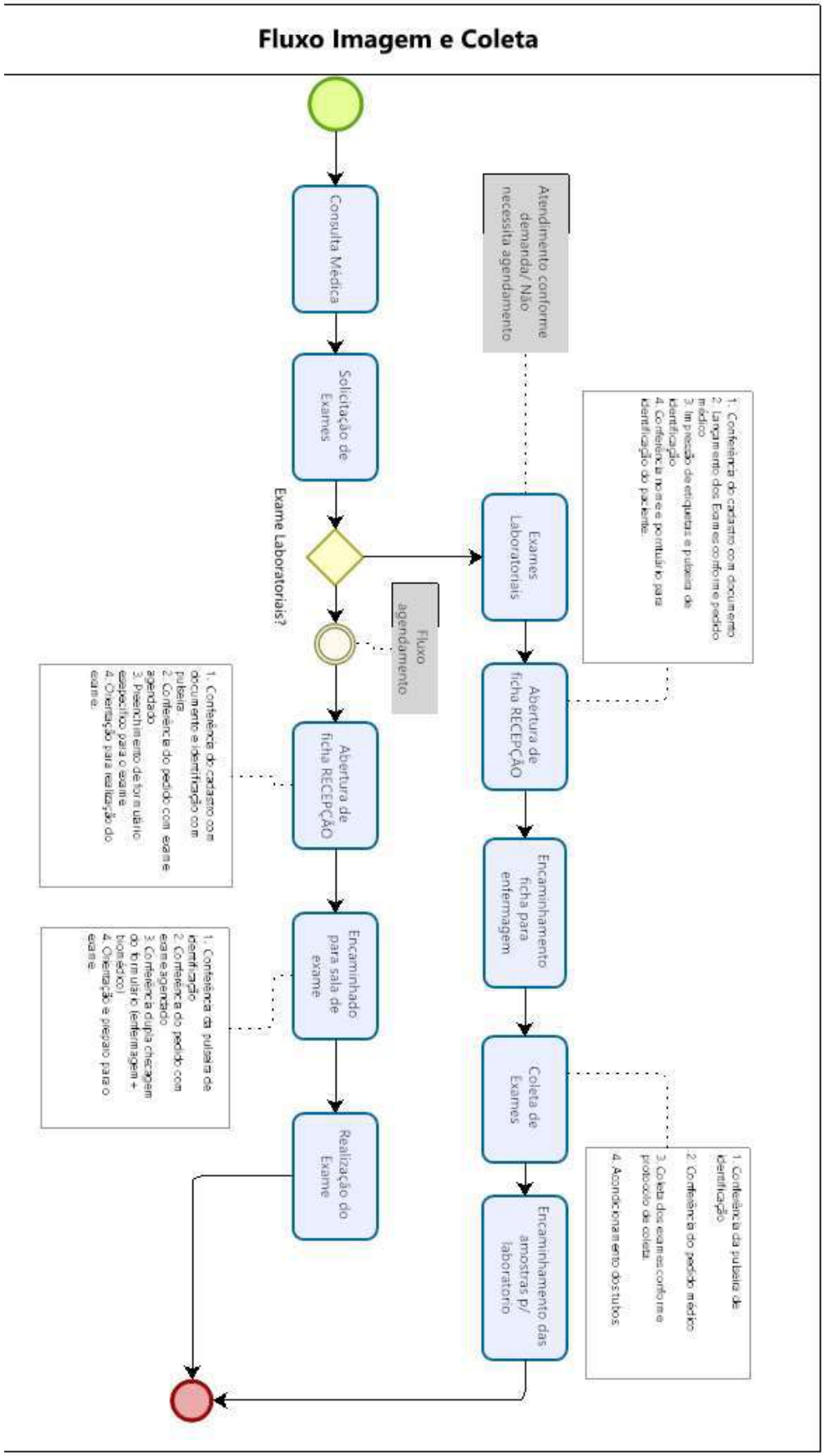
Fluxo da farmácia com prescrição médica com prontuário eletrônico

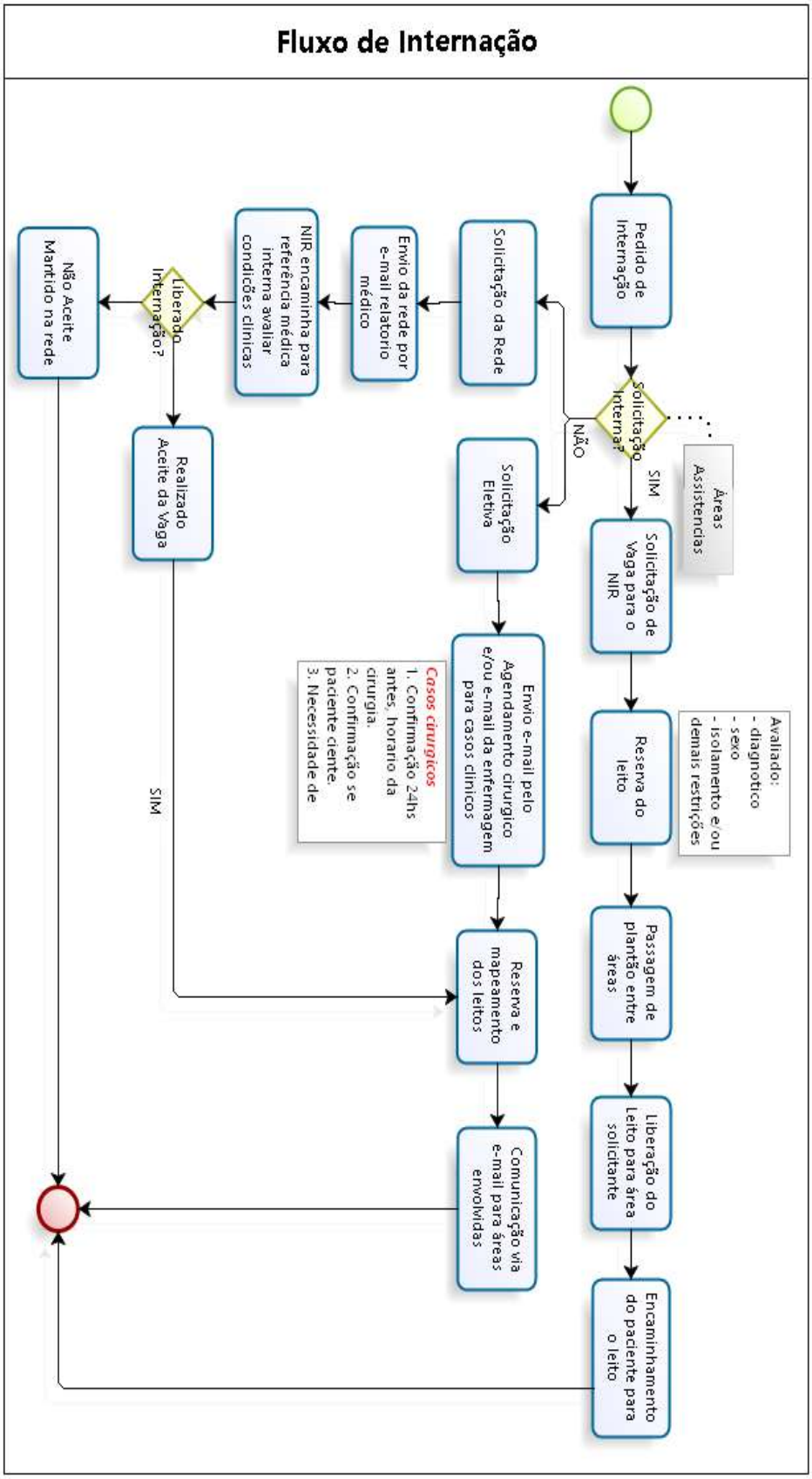


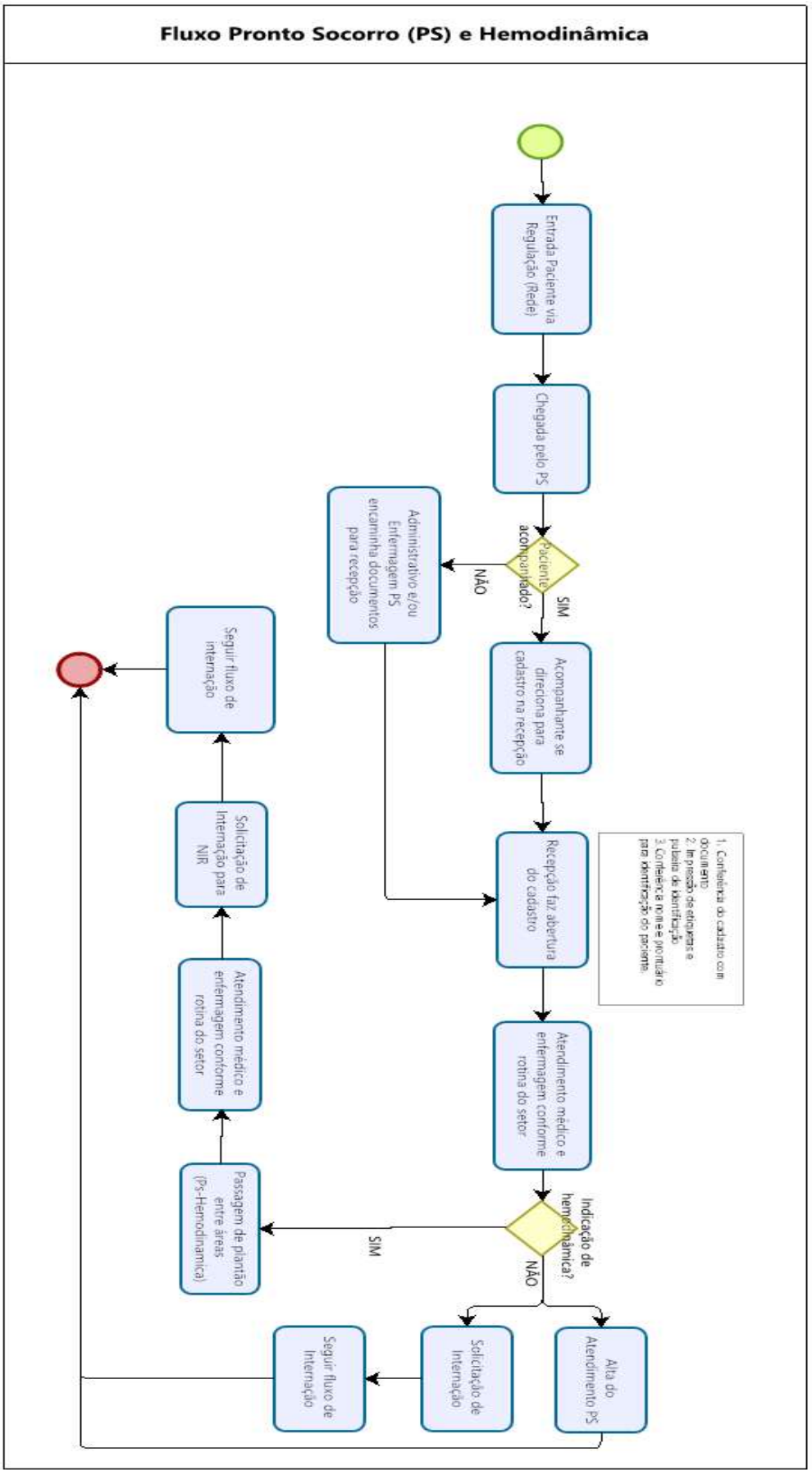
Prescrição de medicamentos não padronizados

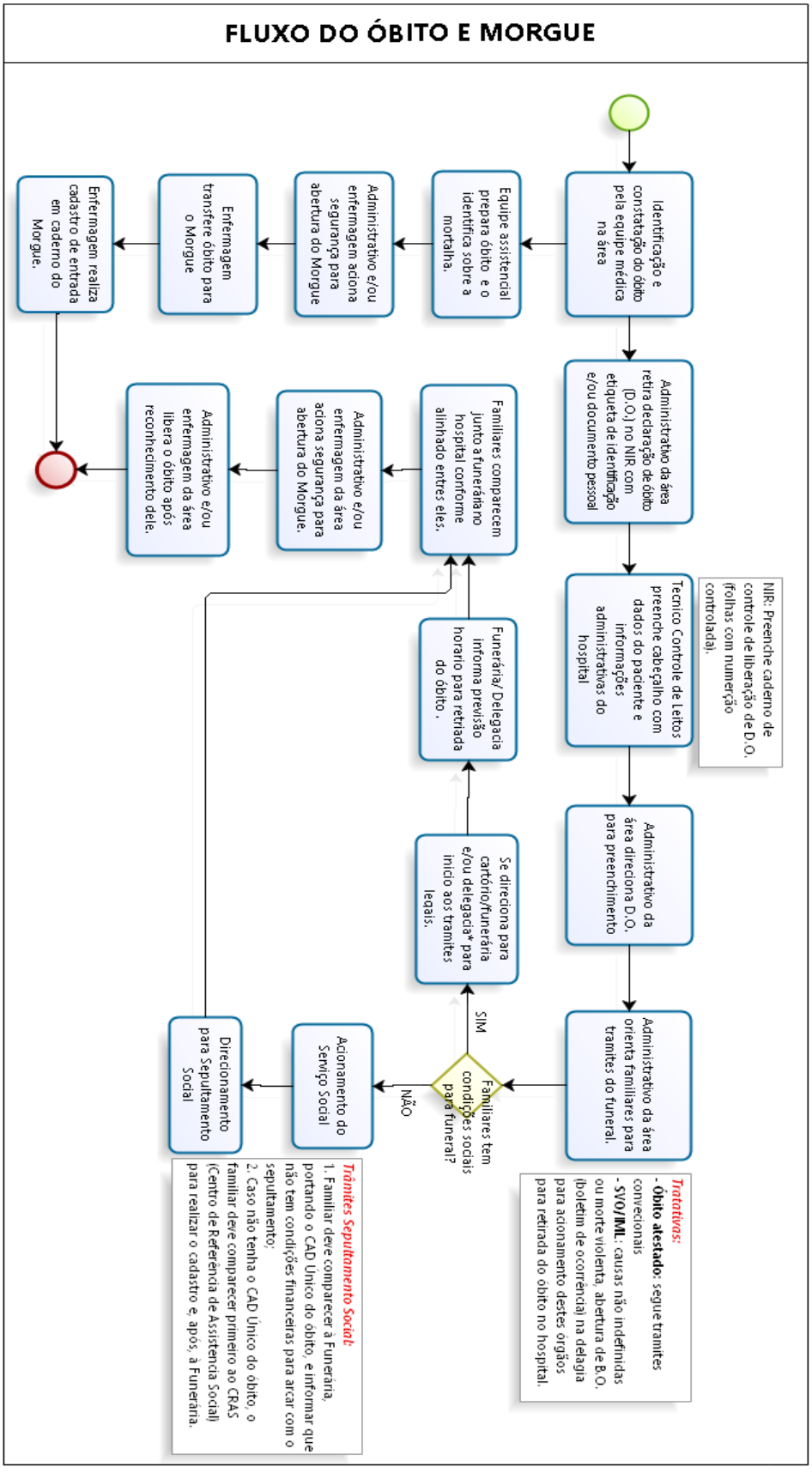



Fluxo Ambulatorial (Consulta - Agendamento)
NOTAS:
-Indicação de procedimentos: segue Fluxo de agendamento (agenda observação) concomitante com retornos em consulta.
-Indicação de internação em consulta medica vide Fluxo Internação.
Entrada
1ª Consulta com equipe médica
Navegação inicia acompanhamento
Exames de Imagem e Laboratorial liberados
Consulta de Enfermagem
Consulta Retorno com equipe médica
Anestesista
Indicação Cirurgia
SIM
NÃO
Consulta com equipe clínica
Novos exames + solicitação de retorno
Consulta com equipe clínica
Novos exames + solicitação de retorno
Anestesista
Liberado para cirurgia
Segue para agendamento cirurgico
Liberação Cardio
SIM
NÃO
Consulta Cardiologista
Liberado para cirurgia?
SIM
NÃO
Novos exames + solicitação de retorno
Paciente encaminhado para o Agendamento
Realiza agendamento conforme vaga disponível
Dentro do prazo de retorno?
SIM
NÃO
Segue com agendamento dentro do prazo
Célula de Agendamento envia para busca/ agendamento/ solicitação de exame
Solicitações de Encaixe emitidas pela navegação
Envio de encaixe para imagem
Overbook utilizado?
NÃO
SIM
Segue agendamento conforme overbook
Envio de autorização para equipe médica
Solicitado avaliação da navegação
Retorna email para célula Agendamento agendar
Retorna para paciente informando data e horario

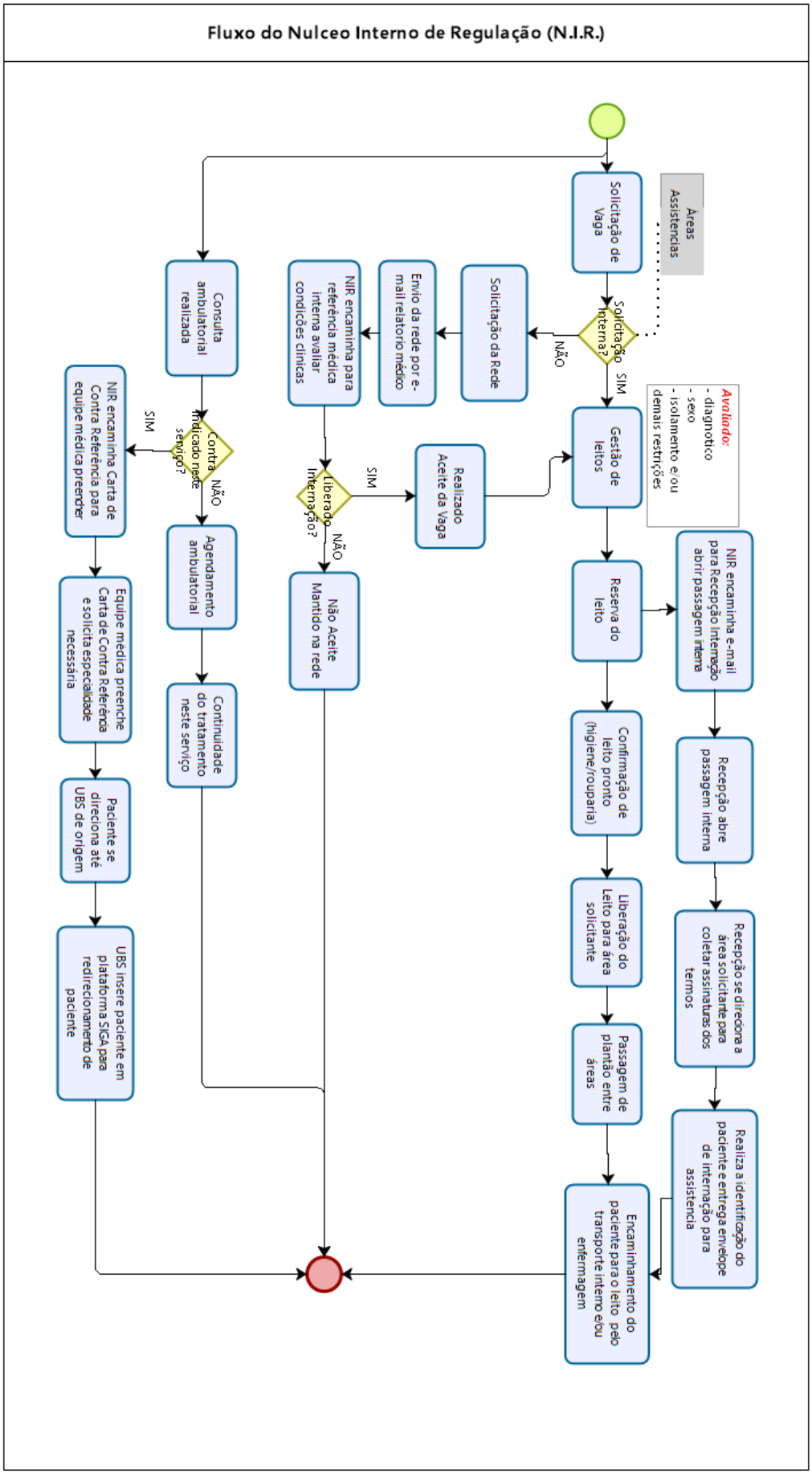

Fluxo Imagem e Coleta
Consulta Médica
Solicitação de Exames
Exame Laboratoriais?
Fluxo agendamento
Abertura de ficha RECEPÇÃO
Encaminhado para sala de exame
Realização do Exame
Atendimento conforme demanda/ Não necessita agendamento
Exames Laboratoriais
Abertura de ficha RECEPÇÃO
Encaminhamento ficha para enfermagem
Coleta de Exames
Encaminhamento das amostras p/ laboratorio
1. Conferência do cadastro com documento
2. Lançamento dos Exames conforme pedido médico
3. Impressão de etiquetas e pulseira de identificação
4. Conferência nome e pontuário para identificação do paciente.
1. Conferência do cadastro com documento e identificação com pulseira
2. Conferência do pedido com exame agendado
3. Preenchimento de formulário específico para o exame
4. Orientação para realização do exame
1. Conferência da pulseira de identificação
2. Conferência do pedido com exame agendado
3. Conferência dupla checagem do formulário (enfermagem + biomédico)
4. Orientação e preparo para o exame
1. Conferência da pulseira de identificação
2. Conferência do pedido médico
3. Coleta dos exames conforme protocolo de coleta
4. Acondicionamento dos tubos

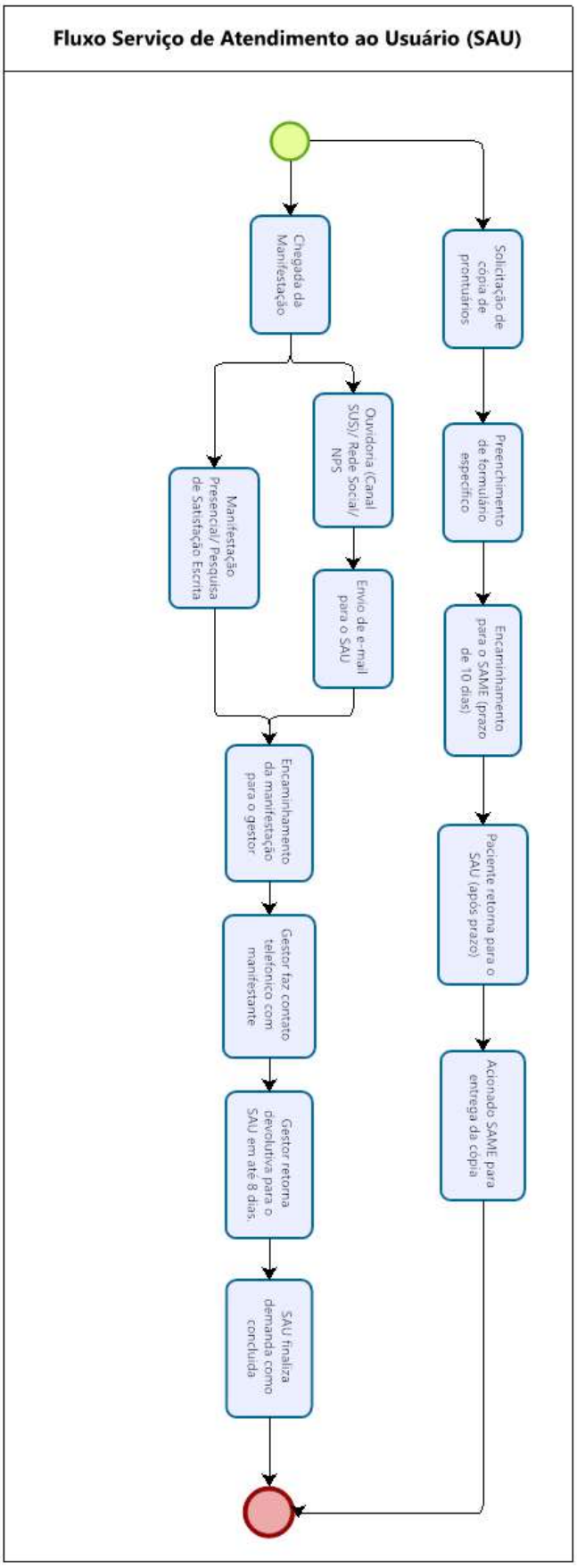

Fluxo de Internação
Pedido de Internação
Solicitação Interna?
SIM
NÃO
Áreas Assistenciais
Solicitação de Vaga para o NIR
Avaliado:
- diagnotico
- sexo
- isolamento e/ou demais restrições
Reserva do leito
Passagem de plantão entre áreas
Liberação do Leito para área solicitante
Encaminhamento do paciente para o leito
Solicitação da Rede
Solicitação Eletiva
Envio e-mail pelo Agendamento cirurgico e/ou e-mail da enfermagem para casos clinicos
Casos cirurgicos
1. Confirmação 24hs antes, horario da cirurgia.
2. Confirmação se paciente ciente.
3. Necessidade de
Reserva e mapeamento dos leitos
Comunicação via e-mail para áreas envolvidas
Envio da rede por e-mail relatorio médico
NIR encaminha para referência médica interna avaliar condições clinicas
Liberado Internação?
Não Aceite Mantido na rede
Realizado Aceite da Vaga
SIM

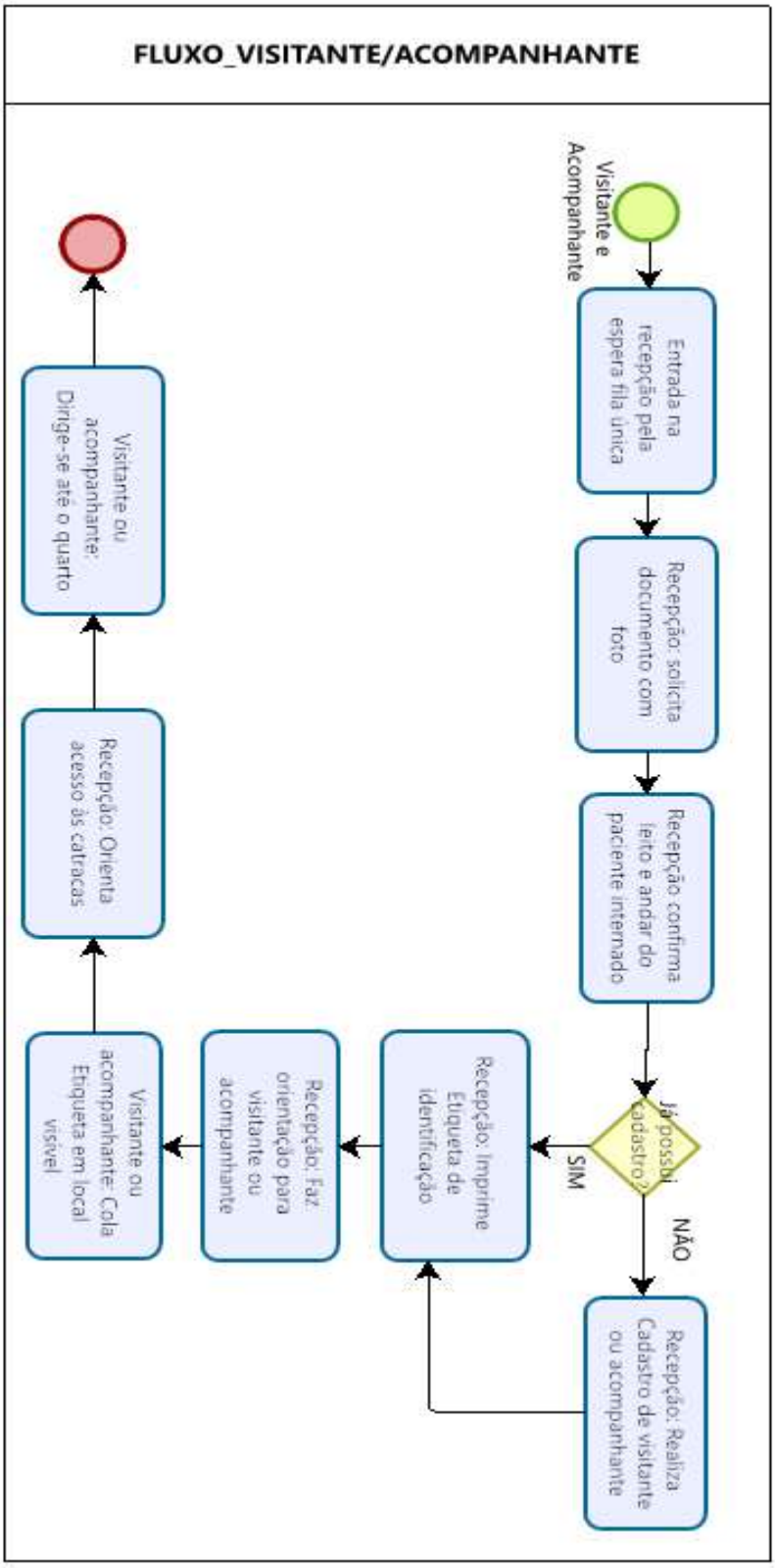

Fluxo Pronto Socorro (PS) e Hemodinâmica
Entrada Paciente via Regulação (Rede)
Chegada pelo PS
Paciente acompanhado?
NÃO
SIM
Administrativo e/ou Enfermagem PS encaminha documentos para recepção
Acompanhante se direciona para cadastro na recepção
Recepção faz abertura do cadastro
1. Conferência do cadastro com documento
2. Impressão de etiquetas e pulseira de identificação
3. Conferência nome e prontuário para identificação do paciente
Atendimento médico e enfermagem conforme rotina do setor
Indicação de hemodinâmica?
SIM
NÃO
Passagem de plantão entre áreas (Ps-Hemodinamica)
Atendimento médico e enfermagem conforme rotina do setor
Solicitação de Internação para NIR
Seguir fluxo de Internação
Alta do Atendimento PS
Solicitação de Internação
Seguir fluxo de Internação

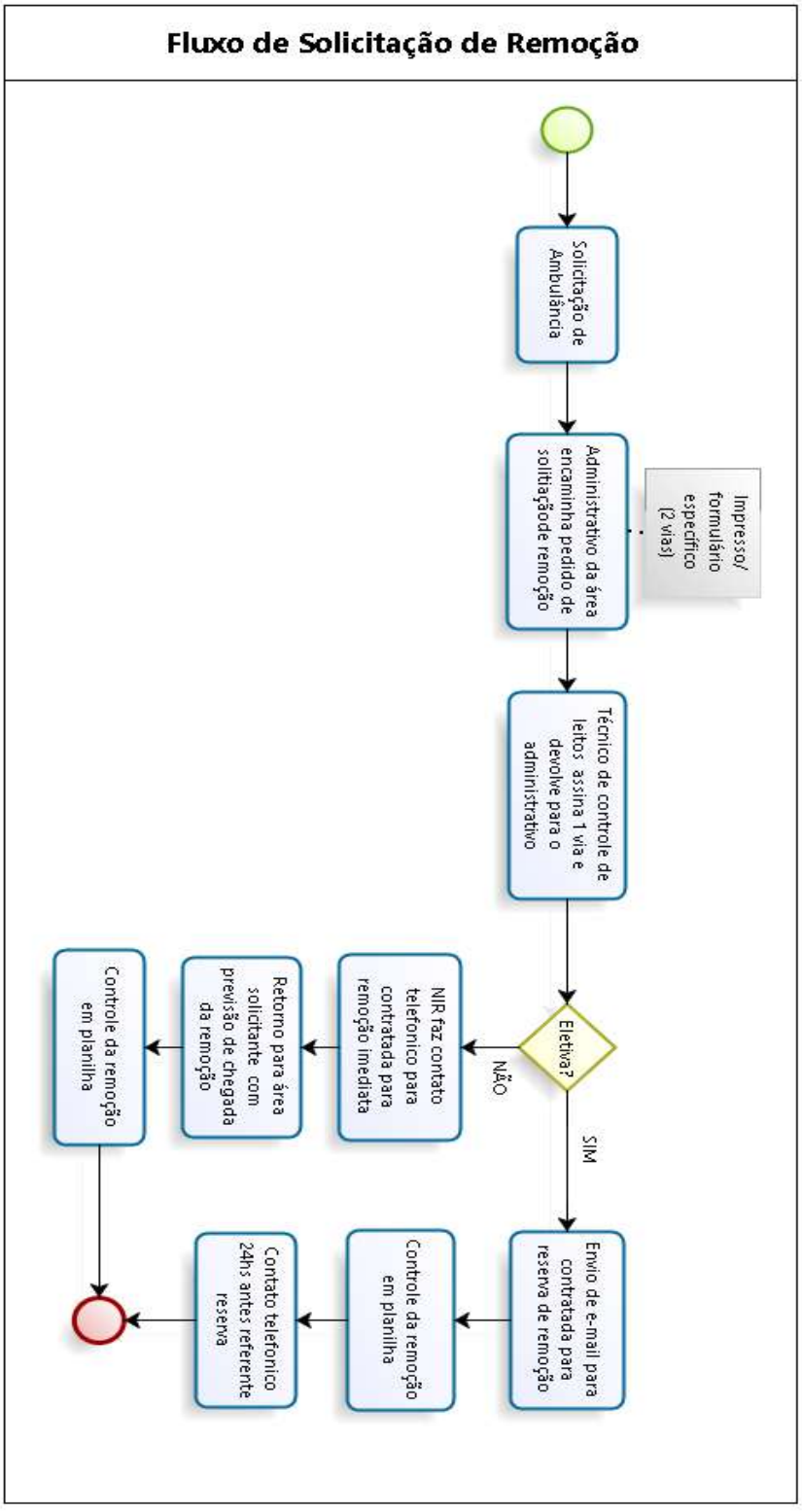

FLUXO DO ÓBITO E MORGUE
Identificação e constatação do óbito pela equipe médica na área
Equipe assistencial prepara óbito e o identifica sobre a mortalha.
Administrativo e/ou enfermagem aciona segurança para abertura do Morgue
Enfermagem transfere óbito para o Morgue
Enfermagem realiza cadastro de entrada em caderno do Morgue.
Administrativo da área retira declaração de óbito (D.O.) no NIR com etiqueta de identificação e/ou documento pessoal
NIR: Preenche caderno de controle de liberação de D.O. (folhas com numeração controlada).
Técnico Controle de Leitos preenche cabeçalho com dados do paciente e informações administrativas do hospital
Administrativo da área direciona D.O. para preenchimento
Administrativo da área orienta familiares para trmites do funeral.
Tratativas:
- Óbito atestado: segue tramites convecionais
- SVO/IML: causas não indefinidas ou morte violenta, abertura de B.O. (boletim de ocorrência) na delagia para acionamento destes órgãos para retirada do óbito no hospital.
Familiares tem condições sociais para funeral?
SIM
NÃO
Se direciona para cartório/funerária e/ou delegacia* para início aos tramites legais.
Funerária/ Delegacia informa previsão horario para retriada do óbito .
Familiares comparecem junto a funerária no hospital conforme alinhado entres eles.
Administrativo e/ou enfermagem da área aciona segurança para abertura do Morgue.
Administrativo e/ou enfermagem da área libera o óbito após reconhecimento dele.
Acionamento do Serviço Social
Direcionamento para Sepultamento Social
Trâmites Sepultamento Social:
1. Familiar deve comparecer à Funerária, portando o CAD Único do óbito, e informar que não tem condições financeiras para arcar com o sepultamento;
2. Caso não tenha o CAD Único do óbito, o familiar deve comparecer primeiro ao CRAS (Centro de Referência de Assistencia Social) para realizar o cadastro e, após, à Funerária.

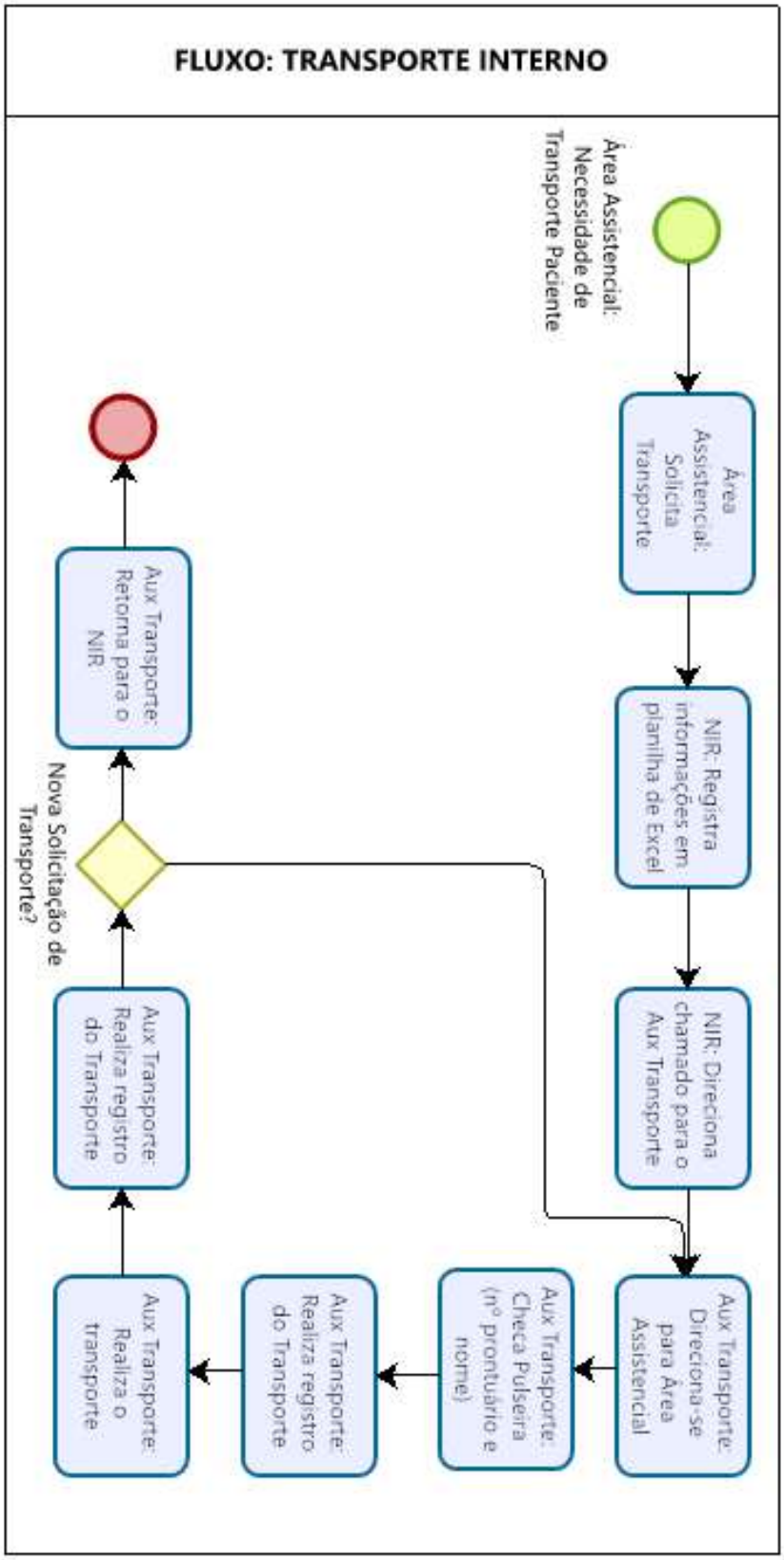
Fluxo do Nulceo Interno de Regulação (N.I.R.)




Fluxo Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)
Chegada da Manifestação
Solicitação de cópia de prontuários
Ouvidoria (Canal SUS)/ Rede Social/ NPS
Preenchimento de formulário específico
Manifestação Presencial/ Pesquisa de Satisfação Escrita
Envio de e-mail para o SAU
Encaminhamento para o SAME (prazo de 10 dias)
Encaminhamento da manifestação para o gestor
Paciente retorna para o SAU (após prazo)
Gestor faz contato telefônico com manifestante
Acionado SAME para entrega da cópia
Gestor retorna devolutiva para o SAU em até 8 dias.
SAU finaliza demanda como concluída
Powered by bizagi Modeler


FLUXO_VISITANTE/ACOMPANHANTE
Visitante e Acompanhante
Entrada na recepção pela espera fila única
Recepção: solicita documento com foto
Recepção: confirma leito e andar do paciente internado
Já possui cadastro?
SIM
NÃO
Recepção: Imprime Etiqueta de identificação
Recepção: Faz orientação para visitante ou acompanhante
Visitante ou acompanhante: Cola Etiqueta em local visível
Recepção: Orienta acesso às catracas
Visitante ou acompanhante: Dirige-se até o quarto
Recepção: Realiza Cadastro de visitante ou acompanhante


Fluxo de Solicitação de Remoção
Solicitação de Ambulância
Administrativo da área encaminha pedido de solitiçaode remoção
Impresso/ formulário específico (2 vias)
Técnico de controle de leitos assina 1 via e devolve para o administrativo
Eletiva?
NÃO
SIM
NIR faz contato telefonico para contratada para remoção imediata
Retorno para área solicitante com previsão de chegada da remoção
Controle da remoção em planilha
Envio de e-mail para contratada para reserva de remoção
Controle da remoção em planilha
Contato telefonico 24hs antes referente reserva


FLUXO: TRANSPORTE INTERNO
Área Assistencial: Necessidade de Transporte Paciente
Área Assistencial: Solicita Transporte
NIR: Registra informações em planilha de Excel
NIR: Direciona chamado para o Aux Transporte
Aux Transporte: Direciona-se para Área Assistencial
Aux Transporte: Checa Pulseira (nº prontuário e nome)
Aux Transporte: Realiza registro do Transporte
Aux Transporte: Realiza o transporte
Aux Transporte: Realiza registro do Transporte
Nova Solicitação de Transporte?
Aux Transporte: Retorna para o NIR

POLÍTICA DE CONTROLE DE ACESSO AO CENTRO CIRÚRGICO

1. Definição

Esta política visa descrever diretrizes para controle de acesso aos centros cirúrgicos do Hospital.

Aplica-se aos médicos, funcionários dos centros cirúrgicos, funcionários de outros departamentos, instrumentadores cirúrgicos, representantes comerciais e fornecedores de produtos médicos hospitalares.

Destina-se também a orientar a entrada e permanência de acompanhantes e familiares quando autorizada suas entradas nessas dependências.

Obs: A política considera as seguintes classificações de acesso ao centro cirúrgico para representantes comerciais e fornecedores de produtos médicos hospitalares:

- Crachá Preto: fornecedor não autorizado a entrar nas dependências do Centro Cirúrgico.
- Crachá Amarelo: fornecedor autorizado a entrar nas dependências do Centro cirúrgico, mas, não está autorizado a atuar em campo cirúrgico.
- Crachá Verde: fornecedor autorizado a entrar nas dependências do Centro cirúrgico e atuar em campo cirúrgico

2. Objetivos

Controlar o acesso aos centros cirúrgicos do Hospital segundo normas Institucionais, de maneira a garantir boas práticas no ambiente cirúrgico e assegurar a segurança do paciente e do colaborador e garantir boas práticas no ambiente cirúrgico.

3. Indicação

Controle de acesso ao centro cirúrgico do Hospital.

3.1. O acesso ao Centro Cirúrgico para realização do procedimento anestésico/cirúrgico está autorizado somente para:

- Médicos Cadastrados portando crachá de identificação;
- Instrumentadores, perfusionistas cadastrados portando crachá de identificação;
- Funcionários do Centro Cirúrgico portando crachá de identificação.

Obs: Instrumentadores e perfusionistas terão que realizar o curso "Atualização em Rotinas Cirúrgicas no contexto da segurança do paciente, do ambiente e do instrumentador cirúrgico" oferecido pelo Treinamento em Saúde (TRSA) do Hospital Albert Einstein. A validade do curso é bianual. O registro do curso estará no Portal do Conhecimento (http://www.einstein.br/ensino/paginas/ensino.aspx) e o profissional receberá um certificado de participação com a validação de seu cadastro de maneira subsequente.

3.2. Profissionais de assistência não cadastrados, para cumprir a função de 1° auxiliar médico, 2° auxiliar médico e instrumentadores.

O acesso será autorizado somente mediante a:

- Autorização prévia da Diretoria Clínica, do SCRE (Cadastro Multiprofissional) ou ainda do Plantão Administrativo (fora do horário comercial);
- Instrumentadores: Autorização do médico titular ou médico assistente ou Comitê Gestor do Centro Cirúrgico após preenchimento do TERMO DE RESPONSABILIDADE no ato de acesso.
- Cirurgiões Auxiliares: Autorização do médico titular ou Comitê Gestor do Centro Cirúrgico após preenchimento do TERMO DE RESPONSABILIDADE no ato de acesso.

Obs: Não será permitida a presença de profissionais não cadastrados nas dependências dos centros cirúrgicos sem as devidas autorizações.

3.3. Funcionários de outras áreas do HIAE terão acesso liberado após o preenchimento do termo de responsabilidade, devidamente assinado por um dos representantes do Comitê Gestor do centro cirúrgico.

Contatos serão realizados pelos ramais:

- Coordenação de enfermagem do Centro Cirúrgico.
- Engenharia Clínica do CC.
- Coordenação Farmácia e Central de Materiais e Esterilização.

3.4. Representantes comerciais e Fornecedores de Produtos Médico Hospitalares deverão portar OBRIGATORIAMENTE o crachá de identificação com as seguintes classificações:

Portar obrigatoriamente o crachá de identificação com as seguintes classificações:

- Crachá Preto: fornecedor não autorizado a entrar nas dependências do Centro Cirúrgico. Essa credencial é disponibilizada pela diretoria clínica.
- Crachá Amarelo: fornecedor autorizado a entrar nas dependências do Centro cirúrgico, mas, não está autorizado a atuar em campo cirúrgico.
- Crachá Verde: fornecedor autorizado a entrar nas dependências do Centro cirúrgico e atuar em campo cirúrgico.

Para obtenção dos crachás de identificação que permitem o acesso aos centros cirúrgicos, o fornecedor deverá:

- Realizar o curso "Boas Práticas dos Fornecedores Hospitalares - Qualidade e Segurança no Centro Cirúrgico", oferecido pelo Treinamento em Saúde (TRSA) do Hospital Albert Einstein. Esse curso presencial tem validade bianual. No ano subsequente ao curso presencial o profissional irá receber uma avaliação de conhecimento *online* quando terá a oportunidade de demonstrar a consolidação das

informaçãoes consideradas necessárias. Na eventualidade do não atingimento da média mínima aceitável (valores inferiores a 70%), o profissional deverá realizar novamente o curso presencial no ano vigente. O registro do curso estará no Portal do Conhecimento (http://www.einstein.br/ensino/paginas/ensino.aspx) e o profissional receberá um certificado de participação

Após a realização do curso, o profissional deverá efetivar seu cadastro junto ao SCRE que validará sua classificação (Amarelo, Verde) seguindo os passos:

- Preencher on line (http://medicalsuite.einstein.br) a ficha cadastral.

- Enviar a seguinte documentação para Cadastro Médico 6º andar do Bloco D:

  - CIC e RG;

  - Fotografia 3 x 4 colorida;

  - Certificado técnico de Instrumentação Cirúrgica (para os fornecedores pleiteantes da credencial Verde);

  - Carta nominal de referência da empresa (timbrada e assinada) solicitando seu cadastro;

  - Certificado do Curso de "Boas Práticas dos Fornecedores Hospitalares;

  - Qualidade e Segurança no Centro Cirúrgico" emitido pelo Treinamento em Saúde (TRSA) do Hospital Albert Einstein.

Obs: Informações relacionadas ao cadastro podem ser tratadas junto ao: Cadastro Multiprofissional – 6º andar - Bloco D. Telefone: 2151-2652 / 2151-2653, e-mail: cadmed@einstein.br.

No ato da entrada ao centro cirúrgico, o fornecedor devidamente cadastrado deverá ter autorização do médico titular ou assistente ou Comitê Gestor do Centro Cirúrgico mediante preenchimento do TERMO DE RESPONSABILIDADE e apresentar seu crachá de identificação.

Obs: a entrada ao centro cirúrgico de fornecedores cadastrados ao centro cirúrgico será autorizada exclusivamente para acompanhar os procedimentos cirúrgicos mencionados no ato da autorização.

3.5. Acompanhantes e Familiares terão sua entrada franqueada ao Centro Cirúrgico somente pelo médico plantonista.

4. Considerações gerais:

- O SCRE fornecerá o crachá de identificação ao representante comercial e fornecedor de produtos médicos hospitalares com a classificação da cor. O segurança do controle de acesso deverá checar a identidade do profissional com o registro do SCRE.

- Não será prática permitida a autorização de fornecedor não cadastrado. Entretanto, em situações que ultrapassam as regras aqui estabelecidas, o Comitê gestor do Centro Cirúrgico, a Diretoria de Prática Médica e a Superintendência poderão deliberar a questão.

- O crachá de identificação é de propriedade da instituição e deverá ser devolvido sempre que solicitado e não deverá ser utilizado para outros fins além da identificação e acesso ao HIAE. Essa credencial não dá direito a utilização do Estacionamento da instituição. Caso o crachá seja perdido/furtado, é de responsabilidade do representante comunicar o fato imediatamente ao Departamento de Segurança do HIAE (11 2151 0303 - 24hrs).

5. Instruções Específicas

Atendimento às diretrizes estabelecidas e controle de acesso visando a segurança do paciente, profissional e ambiente.

6. Registro

Impresso próprio de autorização e livro de registro.

MANUAL OPERACIONAL ATENDIMENTO E FLUXO DO PACIENTE

1. INTRODUÇÃO

O fluxo de pacientes representa a capacidade do sistema de saúde em atender os pacientes de forma eficiente, respeitando as movimentações nos diferentes níveis de cuidados. Sempre que um paciente espera para o acesso ao próximo passo na cadeira, existe desperdício, e os custos desses desperdícios impactam, de forma significativa, sobre a qualidade dos cuidados que um paciente recebe.

Segue sob atuação sistêmica com gerenciamento estatístico baseado em evidências revisando processo e requisitos de conformidade, além do controle de variabilidade e rompimento de falhas na sincronia dos recursos e comunicação inadequada.

2. OBJETIVO

Garantir atendimento de pacientes, visitantes e acompanhantes com efetividade mantendo interface entre as áreas assistenciais e apoio considerando foco na experiência do paciente.

3. DEFINIÇÕES

Considerado a efetividade da entrada do paciente, visita e acompanhantes pela recepção, direcionamento da sua acomodação mediante gestão de leitos e regulação, bem como controle das remoções; interface com as áreas viabilizando transporte interno; segmentação do tratamento garantindo agendamento de consultas; e, atuação no desfecho da experiência dos pacientes e familiares sob controle do nível de satisfação do usuário e/ou acolhimento e direcionamento no fluxo do óbito.

4. RESPONSABILIDADES

4.1 SAC

O Serviço de atendimento ao cliente oferece um canal de comunicação entre o cliente e o hospital. As manifestações recebidas, após triagem, são direcionadas para o gestor da unidade para análise da causa raiz, tratativa e parecer ao cliente. Os indicadores desta área auxiliam os gestores na implantação de ações para melhoria de processo existentes.

Atuação com o comitê da experiência do paciente e conselho gestor com objetivo de garantir melhorias no atendimento e infraestrutura através do olhar dos clientes e representantes da comunidade. Interação com o voluntariado para realização de comemorações de datas festivas e acolhimento enquanto indicação de internação.

Interface com Canal de Ouvidoria do Município – 156, com emissão de relatórios trimestrais e devolutiva das demandas espontâneas seguindo tratativa citada com gestor e área envolvida.

5. ATENDIMENTO

Área responsável pelo cadastro nas recepções e identificação do paciente, garantindo direcionamento e acolhimento com qualidade dos pacientes, familiares, visitantes, fornecedores e colaboradores.

- RECEPÇÃO AMBULATORIAL: cadastro e identificação de pacientes para consultas, exames e procedimentos. Entrega de receitas e pedidos médicos arquivados para retirada conforme convocação da enfermagem. Para pacientes da Medicina fetal, agendamento retorno das consultas pré-natais.

- RECEPÇÃO VISITANTES: controle de acessos de visitantes e acompanhantes mediante horários acordados com as unidades e para casos de exceção, contato realizado imediato para confirmação da liberação. Controle de acesso de fornecedores e colaboradores.

- RECEPÇÃO INTERNAÇÃO: admissão de pacientes com internações eletivas e provenientes da UPA para as unidades assistenciais.

- RECEPÇÃO COLETA: cadastro e identificação de pacientes para realização de exames laboratoriais e procedimentos eletivos (líquor, mielograma e curva glicêmica). E para consultas com equipe multidisciplinar.

- RECEPÇÃO PS: cadastro e identificação de pacientes para triagem e atendimento clínico ou avaliação cirúrgica.

Realizado atendimento através de mensageiros em interface às áreas assistenciais (laboratório e banco de sangue) para encaminhamento de materiais (amostras biológicas).

6. AGENDAMENTO

Área responsável pela realização de agendamentos de consultas, exames, procedimentos de enfermagem.

- CÉLULA DE AGENDAMENTO: agendamento presencial de consultas, exames e procedimentos de enfermagem, com orientação dos preparos quando pertinentes. Direcionamento dos casos que necessitam de encaixe garantindo a atualização do cadastro para contatos futuros.

- *BACKOFFICE* AGENDAMENTO: realiza remanejamentos de agendas ambulatoriais mediante bloqueios por necessidade médica; gestão dos encaixes com interface das equipes médicas; agendamentos de consultas ambulatoriais de pacientes pós alta hospitalar; contato com paciente para atualização das atividades realizadas para atualização do retorno.

7. *BACKOFFICE*

- *BACKOFFICE* AMBULATORIAL: responsáveis pela organização dos consultórios, solicitação de materiais e migração da agenda SIGA (prefeitura) para agenda ambulatorial informatizada da unidade; bem como suporte para *backoffice* agendamento para as devolutivas aos pacientes referentes aos agendamentos realizados. Abertura das passagens mensais de atendimentos com fisioterapia.

- *BACKOFFICE* PS: responsáveis pela organização dos consultórios, solicitação de materiais, alta administrativa dos prontuários físicos e encaminhamento para o SAME. Organização das documentações para internação de pacientes aceitos em outros serviços.

8. NIR – NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

- GESTÃO DE LEITOS: gerenciamento dos leitos operacionais em interface com higiene e rouparia. Responsável pelas reservas cirúrgicas e eletivas. Realiza as movimentações internas de leito em interface com SCIH. Comunicação diária com a Diretoria e Gerencia referente taxa de ocupação do hospital no dia.

- REGULAÇÃO: recebimento e encaminhamento de pacientes via Complexo de Regulação de Estadual e direcionamento de pacientes. Reporte diário com Diretoria e Gerência referente capacidade operacional versus demanda regulação.

- TRANSPORTE INTERNO: responsável por viabilizar e realizar transporte interno de pacientes para atendimento das necessidades das unidades assistenciais.

- REMOÇÕES: responsável pelas reservas e solicitação de remoções para transferência externa de pacientes e contratação do serviço terceirizado.

9. MORGUE

Área responsável pelo controle de saída do óbito e gestão da capacidade operacional conforme demanda diária. Processo de liberação do óbito e orientação aos familiares junto ao serviço funerário.

10. CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

NR-32 Segurança e Saúde do trabalho em Serviços de Saúde.
NR-17 Trabalho em Teleatendimento/ Organização do Trabalho e Ergonomia.

11. DIMENSIONAMENTO DO SETOR

11.1 RECURSOS HUMANOS

- Coordenador de atendimento;
- Analista de Informações Pleno;
- Enfermeiro Sênior;

- Enfermeiro Pleno;
- Técnico de Controle de Leitos;
- Auxiliar de Transporte;
- Líderes de Atendimento;
- Técnicos Administrativos I;
- Assistente de Atendimento I;
- Aprendizes;
- Mensageiros

12. ESTRUTURA FÍSICA

12.1 RECEPÇÕES:

- posições de atendimento;
- computadores

12.2 SALAS ADMINISTRATIVAS:

- posições de atendimento;
- computadores/notebooks

13. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Os indicadores e representam os principais resultados do fluxo do paciente. Todos indicadores possuem ficha técnica e análise periódica dos resultados.

13.1 SAC

- Pesquisa de Satisfação do Cliente;
- Manifestação por Classificação e Área;
- Taxa de Retorno do Gestor à Tratativa

13.2 ATENDIMENTO

- Tempo Médio de Espera;
- Tempo Médio de Atendimento;
- Produtividade de Atendimento;
- Volumetria de Atendimento.

13.3 TRANSPORTE INTERNO

- Tempo de Atendimento do Transporte para o Centro Cirúrgico;
- Tempo de Atendimento do Transporte para as Unidades Assistenciais

13.4 CESTA FLUXO DO PACIENTE

- Taxa de Ocupação;
- Tempo Médio de Permanência;
- Número de Saídas;
- Número paciente dia;
- Giro de leito;
- Readmissão menor que 48h;
- % de pacientes com mais de 15 dias de permanência;
- Tempo médio de higienização terminal;
- Número de leitos em manutenção;
- % de leitos bloqueados;
- Tempo médio de admissão (da recepção ao leito);

- Tempo médio de admissão via PS (UTI e internação)

POLÍTICA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da saúde e diversas acreditações estabelecem as metas internacionais de segurança como essenciais para a prática profissional segura na assistência ao paciente, sendo a meta 1 relacionada a boas práticas de identificação do paciente.

2. OBJETIVO

- Identificar com segurança o paciente, por meio do uso de dois identificadores;
- Garantir a identificação do paciente, antes de serem submetidos a procedimentos diagnósticos, tratamentos e outros procedimentos;
- Melhorar a precisão da identificação e a segurança do paciente.

3. DEFINIÇÕES

Padronizar e sistematizar a forma, conteúdo e método de checagem da identificação dos pacientes. Os pacientes são identificados por meio de pulseira de identificação padronizada na instituição: NOME COMPLETO e NÚMERO DE PRONTUÁRIO, exceto em situações especiais. As informações de PRONTUÁRIO, NÚMERO DO ATENDIMENTO, DATA DE ADMISSÃO e IDADE também constam nas etiquetas podendo ser utilizadas como itens adicionais de checagem mediante necessidade. **NÃO É PERMITIDO** o uso do número do quarto ou da localização do paciente como identificadores do mesmo.

Os profissionais que assistem o paciente devem sempre checar os dois identificadores padronizados na instituição de modo visual ou eletrônico. A verificação dos identificadores do paciente deve acontecer obrigatoriamente antes de:

- Admissão do paciente na Unidade;
- Realização de exames e/ou coleta de amostras para exames;
- Digitação e Liberação de laudos de exames;
- Procedimentos Cirúrgicos e Anestésicos;
- Procedimentos e tratamentos em geral (invasivos e não-invasivos);

- Administração de medicamentos por qualquer via;
- Instalação de sangue ou hemoderivados;
- Entrega de refeições.

ATENÇÃO! Não é permitido aos profissionais realizar qualquer procedimento ou tratamento em paciente sem pulseira de identificação. Nestes casos o processo deve ser interrompido até que se regularize a identificação do paciente.

4. CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

a) INDICAÇÂO

Essa política se aplica a todos os pacientes.

b) CONTRA INDICAÇÃO/EXCEÇÃO

Alguns pacientes encontram-se em condições clínicas ou emocionais desfavoráveis, que impedem o uso da pulseira de identificação nos membros superiores ou inferiores.

Dentre os pacientes passíveis de serem mantidos **SEM PULSEIRA** de identificação estão:

- Pacientes muito fragilizados, com facilidade para lesão cutânea;
- Pacientes em anasarca;
- Pacientes queimados;
- Paciente demenciado.

ATENÇÃO! Nestes casos é permitida a manutenção da pulseira de identificação ou etiqueta afixada na **roupa, cabeceira do leito**. **A vigilância e checagem constante dos identificadores no leito devem ser redobradas em função do alto risco de trocar tais pacientes de leito.** **Nestes Casos!** Nas Unidade de Pronto Socorro (PS) o paciente admitido a critério de Emergência/Urgência e que ainda não dispõe de cadastro e, portanto, não dispõe de pulseira, é identificado por meio de NOME COMPLETO e IDADE, referidos por ele ou pelo socorrente. A documentação deste paciente deve permanecer próxima a ele evitando erro até que a identificação padrão seja emitida.

c) SITUAÇÕES ESPECIAIS

Laboratório - Os DOIS IDENTIFICADORES padronizados nos laboratórios são: NOME COMPLETO e NÚMERO DE PRONTUÁRIO ou NÚMERO DE LABORATÓRIO.

d) PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO

As pulseiras e/ou etiquetas de identificação de pacientes são confeccionadas e colocadas no paciente, nos locais de atendimento e admissão onde é realizado o cadastro do paciente.

Cabe aos locais de atendimento e admissão de pacientes:

- Cadastrar os pacientes mediante apresentação de documento de identificação com dados e foto legíveis (CPF, identidade, CNH e carteira profissional).
  ATENÇÃO! Mediante impossibilidade de apresentação de documento no momento da admissão, solicitar aos familiares a regularização (apresentação do documento) em até 12 horas.

- Imprimir a etiqueta de identificação, certificando-se da legibilidade dos dados impressos;

- Colar a etiqueta na pulseira de identificação padrão do hospital;

- Solicitar para o paciente e/ou familiares que faça a conferência dos dados impressos;

- Instalar a pulseira no membro superior do paciente, podendo o paciente optar pelo lado de sua maior conveniência (direito ou esquerdo, quando aplicável).

ATENÇÃO! Quando o paciente ou seu responsável recusar a instalação da pulseira no momento da admissão:

- A unidade de destino deve ser contatada e receber a informação antecipadamente;

- A pulseira deve ser encaminhada para a enfermagem anexada aos documentos de admissão;
- A enfermagem deverá checar novamente o documento de identificação, dados da pulseira e do cadastro antes de instalar a pulseira no paciente.

A equipe de enfermagem (nas unidades de internação) e a equipe das demais disciplinas assistenciais (nas áreas ambulatoriais) podem indicar a instalação da pulseira de identificação do paciente nos membros inferiores, mediante a impossibilidade de instalação nos membros superiores.

A equipe de enfermagem (nas unidades de internação) e a equipe das demais disciplinas assistenciais (nas áreas ambulatoriais) são responsáveis por garantir a manutenção, integridade e legibilidade da identificação dos pacientes (pulseira e/ou etiqueta) durante todo o período de permanência na instituição.

A substituição das pulseiras do paciente é realizada obrigatoriamente por dois profissionais (assistencial ou administrativo da área) garantindo a **dupla checagem** e registrada em prontuário. No caso de menores, realizar **preferencialmente**, na presença dos pais.

Para retirada de laudos e exames, além do nome completo, considerar como identificação outros documentos que contenham foto: RG, RNE (Registro Nacional de Estrangeiro) e Passaporte.

ATENÇÃO! A checagem dos dois identificadores (nome completo e número do prontuário) implica em ter em mãos um documento do prontuário ou etiqueta que contenham tais dados para a verificação. O PROCESSO EDUCACIONAL do paciente/família inclui a abordagem sobre:

- A importância da identificação do paciente;
- A importância da utilização da pulseira de identificação ou etiqueta durante todo o período de permanência na instituição;
- A importância da prática de checagem dos dois identificadores pelos profissionais antes de qualquer procedimento ou tratamento;
- O registro das orientações em prontuário eletrônico.

ATENÇÃO! É sugerido à assistência retirar as pulseiras dos Clientes Externos ao final de todos os procedimentos realizados.

Cor das Pulseiras	Perfil de Paciente
Amarelo Listrado	Pacientes Externos
Branca	Pacientes Internados
Azul	Paciente em risco ou com episódios de hipoglicemia durante a internação
Roxa	Pacientes com restrição de membro como presença de fístula arteriovenosa, pressão arterial invasiva, trombose, mastectomia com esvaziamento ganglionar, membro com prejuízo da mobilidade e/ou sensibilidade e uso de cateter central de inserção periférica (PICC), que impossibilitam procedimentos tais como: punção venosa, coleta de exames laboratoriais e mensuração de pressão arterial.
Verde	Pacientes submetidos a cirurgia de face deverão ter a identificação do sítio cirúrgico sinalizada através do uso da pulseira verde no membro superior do lado a ser operado, contendo a informação da lateralidade.
Laranja	Risco de queda.
Vermelho listrada (Protocolo Manchester)	EMERGÊNCIA → 0 min Necessitam de atendimento imediato
Laranja listrada (Protocolo de Manchester)	MUITO URGENTE → 10 min Necessitam de atendimento praticamente imediato
Dourada (Protocolo Manchester)	URGENTE → 50 min Necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar

4. RESPONSABILIDADES

Todos os profissionais assistenciais e não assistenciais.

5. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

O indicador da meta 1. Índice de Conformidade na Identificação do paciente em que verificado uso da pulseira, legibilidade e verificação da mesma antes da realização dos procedimentos.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

ADMISSÃO PACIENTE AMBULATORIAL

1. DEFINIÇÃO

Abertura e Atualização de Cadastro de pacientes.

2. OBJETIVOS

Definir sistemática para registro e atualização de dados de identificação do paciente

3. RESPONSÁVEIS

Assistentes de Atendimento e aprendizes que atuam diretamente no atendimento ao cliente.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

4.1 Cadastro/Atualização de Cadastro

Chamar paciente para atendimento no guichê através do sistema de controle de senhas.

4.2 Acesso ao prontuário

a) Solicitar:

- RG ou Certidão de Nascimento do paciente e acompanhante (caso menor de idade);
- CPF do paciente e acompanhante (caso menor de idade);
- Cartão do SUS (Sistema Único Saúde);

b) Acesso ao sistema:

Visualizar: Documentos digitalizados e verificar se constam RG/CNH/Certidão de nascimento e cartão do Sus para confirmação dos dados e visualização da foto, caso o documento não esteja disponível no sistema, o colaborador deve solicitá-lo ao cliente e digitalizar no prontuário.

b.1) Consulta agendada:

Verificar no sistema se o paciente tem consulta médica. Selecionar a passagem e realizar a abertura dessa passagem externa. Escanear o pedido médico na passagem, imprimir *login* e senha e orientar o paciente como acessar o resultado do exame.

Identificar com a pulseira de identificação com etiqueta contendo nome e prontuário:

- Pulseira Amarela- Todos os pacientes sem comorbidades
- Pulseira Laranja- Pacientes acima de 75 anos ou com dificuldades de locomoção

Caso o paciente se recuse a colocar a pulseira de identificação, informá-lo ou ao responsável que é para sua própria segurança, e que lhe será solicitado antes de cada procedimento a apresentação de um documento com foto.

Entrar em contato com o setor para onde o cliente será encaminhado, explicando o ocorrido e também deixar uma mensagem de alerta no prontuário eletrônico.

b.2) Paciente que não possui cadastro:

- Registrá-lo no sistema, preenchendo todos os campos do cadastro, principalmente os campos obrigatórios como: Nome, Nome da mãe, data de nascimento, CPF e cartão do SUS. Todos os números dever ser digitados sem pontos, traços, vírgulas e espaço, os nomes devem ser digitados sem abreviações, cedilha e deverá contemplar todos os sobrenomes do paciente. O endereço deverá contemplar CEP, número e complemento;

- Conferir se todos os dados dos pacientes estão cadastrados de forma correta no sistema.

5. ATENDIMENTO EM CONTINGÊNCIA – SISTEMA/ADMISSÃO DE PACIENTES

5.1 Falta do sistema de senhas

A senha será fornecida pela equipe de atendimento que utilizará o bloco de senha de papel em duas vias, devendo ser entregue uma para o cliente e a segunda ficará retida para controle do setor.

5.2 Sistema

Sempre que o Sistema estiver inativo e precisarmos abrir passagens, seja ela interna ou externa, precisamos recorrer ao plano de contingência.

O Formulário e o passo a passo para impressões de etiquetas, utilizado em as recepções, para contingência deve estar disponível para a equipe.

a) Passagens de externo:

- Preencher o formulário completo, escanear e imprimir uma cópia;
- Escanear os documentos dos pacientes e também imprimir uma cópia;
- Fazer a impressão das etiquetas de acordo com o manual anexado e identificar o paciente com a pulseira correta. Caso essa opção também não esteja funcionando podemos escrever o nome do paciente a mão e fazer a identificação com a pulseira mesmo assim.

Um kit (Formulário e cópia dos documentos) fica na recepção e outro kit é encaminhado para o setor.

Assim que o sistema retornar devemos fazer a abertura de passagem normalmente e descartar os impressos.

Para impressão de etiquetas pela intranet devemos utilizar o local de impressão determinado para cada recepção.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CÉLULA DE AGENDAMENTO

1. DEFINIÇÃO

Agendamento de exames e consultas de retorno para os ambulatórios.

2. OBJETIVOS

Definir o fluxo da célula de agendamento para marcação de consultas e exames.

3. RESPONSÁVEIS

Assistentes de atendimento e aprendizes que atuam diretamente no atendimento ao cliente.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

4.1 CÉLULA DE AGENDAMENTO

Chamar paciente para atendimento no guichê através do sistema de senhas.

Solicitar:

- Documento com foto;
- Cartão do SUS (Sistema Único Saúde);
- Pedido Médico.

Digitalizar o pedido médico no prontuário eletrônico.

Realizar o agendamento de retorno do paciente via sistema de acordo com a especialidade. As consultas são agendadas de acordo com a disponibilidade de vaga, porém, quando necessário uma vaga antes da disponibilidade de agenda seguimos o fluxo de encaixe.

Nas solicitações de encaixe é necessário agendar a consulta na vaga disponível e orientar o paciente aguardar contato. Solicitamos o encaixe em caráter de urgência via e-mail para o colaborador responsável e acompanhamos a resolução do caso.

Entregar comprovante para o paciente após concluir agendamento, o orientamos referente os preparos/duvidas.

Funcionamento da célula de agendamento: de segunda a sexta das 08h às 19h.

O agendamento, transferências e cancelamentos de consulta de retorno deverão ocorrer presencialmente.

O setor de agendamento possui:

BackOffice Agendamento: é composta por assistentes de atendimento e aprendizes, que realizam todas as tratativas solicitadas por e-mail dos setores da Unidade. Exemplo: remanejamentos, encaixes, agendamento de fisioterapia, transferências de consultas/exames.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CADASTRO – CONTROLE DE VISITANTES E ACOMPANHANTES

1. OBJETIVO

Obter o controle de entrada e saída dos visitantes e acompanhantes.

2. DEFINIÇÃO

Acompanhantes - Controle de visitas – Entrada – Saídas - visitantes.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

- Sempre solicitar documento de identificação do visitante/acompanhante;
- Não é permita a entrada sem identificação e cadastro;
- Registrar todas as entradas e saídas.
- estrutura, equipamento e MATERIAL
- Catraca, Cartão de acesso de entrada e saída, documento de identificação do paciente, computadores e telefone.

3. DESCRIÇÃO

Entrar no MD ACESSO, pelo atalho que está nos documentos de rede ou pelo link http://172.16.69.250:81/. Ao acessar o MD abrirá a página inicial, onde no rodapé superior consta a opção **visitante,** dentro dessa opção existe o **cadastro de visitante.**

O Assistente de Atendimento solicita o documento de identificação do visitante/acompanhante (RG, CPF ou CNH e ou Carteira profissional com foto); abre o campo de pesquisa que e verifica se ele já possui cadastro, será feito a busca pela opção **CPF,** colocando o documento e pesquisando, caso o visitante não tenha o acesso abrir na tela um campo informando que não há nenhum visitante cadastrado, dando a opção para que preencha as informações paro o cadastro. nessas informações é solicitado: **nome completo**, **contato** (dados de onde ele deseja visitar, tais como nome do paciente ou responsável pelo setor), **estrutura** (local onde o visitante ira, dentro dessa opção a um campo onde abre todos os setores do hospital, para que seja informado onde especificamente o visitante ira), **observações, perfil de acesso** (nessa opção

será cadastrado como **visitante**). Após o preenchimento de todas essas informações vá na opção credencial e incluir os números da credencial do cartão de acesso e **salvar.**

No MV, ir no Perfil Controle de Visitas, localizar o paciente em questão, ir em adicionar e inserir o nome da pessoa que está entrando para visitar. Importante registra o numérico do crachá no campo observações.

Entregar o cartão de acesso para o visitante/acompanhante e orientá-los para o acesso nas catracas, informando que precisa depositar o cartão em qualquer catraca das recepções sociais para sair do hospital.

4. RESPONSÁVEIS

- Assistente de Atendimento, Equipe de Segurança
- Pontos críticos e/ou riscos
- O paciente perder o Cartão;
- O cartão perder o registro por erro de sistema;
- A catraca não liberar o visitante/acompanhante depois que depositar o cartão;
- O visitante/acompanhante não está munido dos documentos de identificação.

5. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anual.

6. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tempo médio de permanência, quantidade de registros de entrada e saídas, turno dos registros e satisfação do atendimento da recepção.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CADASTRO PACIENTE – INTERNAÇÃO ELETIVA

1. OBJETIVO

Para pacientes eletivos e com reserva de leito, o processo de internação do paciente é iniciado com a conferência do cadastro de pessoa física realizado previamente pela marcação da agenda e admissão do paciente.

2. DEFINIÇÃO

Refere-se à descrição dos procedimentos necessários para registro de cadastro na admissão de clientes para atendimento assistencial, para procedimentos cirúrgicos, tratamento clínico e/ou investigação diagnóstica.

Internação também é termo utilizado para designar o cliente que está procedendo a entrada no hospital para atendimento assistencial.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

• O paciente pode ter esquecido os documentos de identificação no momento da admissão;
• O paciente pode se recusar a fazer o tratamento;
• O paciente pode se recusar a passar informações necessárias e importantes para conclusão do cadastro;
• As máquinas e equipamentos podem apresentar defeito;
• O paciente pode confundir data e horário do procedimento.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Catraca, Totem, documento de identificação do paciente, computadores, impressora para pulseira, impressora para etiqueta do prontuário, Scanner, Câmera de registro de cadastro, telefone, papel A4, caneta, painel de senha, pulseiras de identificação, rolo da senha.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

• Não tirar a pulseira de identificação enquanto estiver admitido no hospital;

• Orientação verbal sobre o Protocolo de quedas;

6. DESCRIÇÃO

- O paciente retira a senha para atendimento no Totem de internação e aguarda a chamada;
- O Assistente de Atendimento inicia o processo do atendimento no sistema MV→ Internação – Recepção Operacional - Gerenciamento de Senha -
- Cumprimentar o paciente/cliente cordialmente, desejando-lhe Bom dia, Boa tarde ou Boa noite;
- Apresentar-se pronunciando o seu nome e em seguida solicitar o documento de identificação do Cliente/Paciente ou Responsável (RG, CPF, CNH ou Carteira Profissional com foto e Certidão de nascimento se necessário), e perguntar para paciente se é cirurgia eletiva ou clínica e se está com o Pedido Médico, após acessar o perfil Gestão da Agenda Cirúrgica para confirmação do agendamento;
- Comentário: Certificar-se de identificação positiva (cliente e documento apresentado);
- Caso o cliente esteja sem os documentos:
- Se for a 1ª admissão do cliente, informar que não será possível a admissão sem os documentos em mãos, explicar que é uma forma de identificação do cliente, aguardar até que o cliente/responsável traga o mesmo.

Se o cliente/paciente possuir passagens anteriores na Instituição:

- No MV, acessar Entrada Única de Pacientes e pesquisar cadastro, onde consta Documento digitalizado para identificação;
- Atualizar os dados e Salvar → Imprimir Documentos e solicitar ao paciente que leia e assine;
- Termo de Responsabilidade;
- Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente;
- Etiquetas de Identificação do Paciente;
- Após colher assinatura, digitalizar documentos e Anexar no sistema MV
- No sistema MV, o médico vai gerar a necessidade de vaga para internação.
- Imprimir etiqueta da pulseira e colocar no paciente;
- Imprimir etiqueta do envelope e anexar todos aos documentos físicos dentro do envelope devidamente identificado;

- Solicitar ao paciente que aguarde na recepção.

Para paciente/cliente que não tem cadastro:

- Com Documento de identificação → No MV, Cadastro Completo de Pessoas;
- Adicionar Novo;
- Nome – Data de Nascimento – Sexo – Cor – Nacionalidade – Estado Civil – Cidade Natal – Grau de Instrução – Religião – Documentos – Informações Pessoais – Contatos (no mínimo 2) – Salvar;
- Abre tela de "Entrada única" Motivo do Atendimento → Tipo de atendimento: Internado → Clínica do atendimento → Procedência → Forma de chegada → Médico responsável → Tipo do convênio → Caráter do atendimento → *Classificação do atendimento (Obrigatório) → Salvar;
- Na tela Setores → Setor de atendimento do paciente: Controle de leitos → Clica em Unidade básica que automaticamente o sistema reconhece → Salvar;
- Imprimir Documentos e solicitar ao paciente que leia e assine → Após assinado scanear documentos e Anexar → Imprimir etiqueta da pulseira e colocar no paciente → Imprimir etiqueta do envelope e anexar todos os documentos físicos dentro do envelope devidamente identificado.
- Termo de Responsabilidade;
- Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente;
- Etiquetas de Identificação do Paciente;
- Termo de Ciência – caso seja necessário aplicar;

Se houver a necessidade de Gerar Vaga!

- Na tela de Gerar Necessidade de Vaga → Classifica "Tipo de solicitação" → Tipo de Vaga → Setor desejado → Acomodação desejada → Ok. Foi gerada então a necessidade de Vaga e para ver o número do atendimento clicar em Ver no canto superior direito.
- Comentários: Deve-se efetuar a emissão dos documentos somente após o cadastro em sistema;
- Cordialmente, solicitar ao paciente que aguarde na recepção;

Em Gestão de Vagas:

- Em solicitações de Vaga → Filtra → Abre a tela com nome do paciente e status de "Aguardando" → Seleciona e clica em Ver → Abre a tela de solicitação de vaga → Alterar setor atual → Status do paciente → Salvar → automaticamente volta para tela Pendentes → Clica com botão direito → Clica na opção Gerar Transferência → Escolhe o setor → Acomodação → Ok → Automaticamente o Status altera para paciente acomodado.

7. RESPONSÁVEIS

Assistente de Atendimento.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- O paciente pode não ter seguido as orientações pré cirúrgicas;
- O paciente pode desistir no momento da admissão;
- O paciente pode não querer aguardar na sala de espera;
- O paciente pode chegar atrasado;
- O médico pode cancelar o procedimento por qualquer motivo.

9. INDICADORES DE DESEMPENHO

Satisfação do paciente, tempo médio de permanência, quantidade de internações cirúrgicas, contagem de pacientes por especialidade, turno da internação, perfil dos pacientes.

CADASTRO DE PACIENTE – PRONTO SOCORRO

1. OBJETIVO

O setor de Recepção do PS será responsável pela internação e atendimento do paciente e a sua inclusão no sistema, quando estes são de pronto atendimento. Com o processo de cadastro do paciente, emissão dos formulários e demais orientações referentes a internação dos pacientes introduzidas no sistema obter-se a um atendimento mais rápido ao paciente no momento da sua internação.

2. DEFINIÇÃO

Atendimento – Emergência – Gestão de Vagas - Internação – Paciente.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Catraca, Totem, documento de identificação do paciente, computadores, impressora para pulseira, impressora para etiqueta do prontuário, Scanner, , telefone, papel A4, caneta, painel de senha, pulseiras de identificação.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Estar sempre atento e observar o fluxo de pacientes do P.S. O paciente é encaminhado primeiramente para a triagem, avaliando suas condições e o estado de gravidade, na recepção do P.S é feito seu cadastro e entrada de atendimento, posteriormente é encaminhado ao consultório médico, feita sua avaliação e verificada a necessidade de internação o médico ou a assistência médica gera a necessidade de vaga para aquele paciente. Em tela na função ‘’gestão de vagas’’ aparecerá a necessidade de vaga. Feito isso a assistência médica informará a internação sobre o paciente, encaminhando-o para a internação onde o acompanhante/responsável/paciente irá retirar a senha no Totem, será feito novo atendimento, impressão de novas etiquetas e novo prontuário para o atendimento de internação, é necessário

retirar a pulseira de paciente externo (dourada) e substituir para a pulseira (branca) de paciente interno. De acordo com o estado de gravidade do paciente este poderá entrar pela Emergência, portanto é necessário que o Posto de Enfermagem comunique a recepção do P.S sobre o atendimento, e caso haja necessidade de internação além da necessidade de vaga gerada o colaborador da internação também deverá ser informado. A função ‘’gestão de vagas’’ deverá estar sempre em tela para otimizar o tempo de atendimento, se o paciente for deslocado do Leito de Apartamento para UTI (ou vice-versa) será gerada a necessidade de vaga pelo setor solicitante informando em qual leito o paciente será direcionado.

Caso o paciente seja menor de 18 anos, acima de 80 anos ou incapaz, um responsável pelo paciente deverá ser vinculado ao atendimento, com documentos anexados e cadastro completo no MV.

Antes de gerar a transferência deve-se verificar com o Posto de Enfermagem qual o melhor leito para transferir o paciente.
Acompanhar as internações verificando particularidades ou necessidades dos pacientes.

6. DESCRIÇÃO

Em casos de pacientes de emergência o cadastro será realizado pela internação ou recepção de pronto socorro diretamente no sistema MV “Entrada Única de Pacientes”. O cadastro de tipo de atendimento é selecionado Internação Eletiva.
Ao cadastrar nova pessoa física o sistema gera um número de prontuário idêntico ao número de pessoa física. Em caso de pessoa física já cadastrada, o número de prontuário é carregado automaticamente.

- No sistema MV, o médico ou Assistência Médica vai gerar a necessidade de vaga para internação;
- A Internação é comunicada para admitir o paciente;

Após verificar e preencher todas as informações necessárias no MV o Assistente de Atendimento imprime todos os documentos necessários para colher assinatura, termos de consentimentos, autorizações (caso necessário).

- Termo de Responsabilidade;

- Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente;
- Etiquetas de Identificação do Paciente (Pulseira e Etiqueta SAME no prontuário);
- Termo de Ciência – caso seja necessário aplicar;
- Após colher assinatura, digitalizar documentos e Anexar no sistema MV

6.1 GESTÃO DE VAGAS

- No sistema MV, entra no perfil Gestão de Vagas na função Gestão de Vagas > Solicitação de Vagas filtra ou Digita Nome do paciente que vai cair direto na tela – Clicar em ver – fazer a reserva do leito destino Ex. UTI pavimento X – Salvar – Clicar em cima do nome do paciente – com botão direito gerar a transferência – conferir os dados e Ok.

- Confirmar se o paciente foi acomodado e mudar o Status para acomodado.

7. RESPONSÁVEIS

Assistente de Atendimento.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Falha no processo de admissão e transferência do paciente sem comunicação entre os setores envolvidos.

Alocar o paciente no leito errado, realizar admissão sem assinatura dos documentos, dados do atendimento incompletos.

9. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Trimestral.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

a) TMEOR (Tempo médio de espera e Requisição de Leito) → Tempo entre a prescrição médica do paciente ao chegar no pronto atendimento até a conversão do episódio;

b) TMEOL (Tempo médio de espera Liberação de Leito) → Tempo entre a prescrição médica do paciente ao chegar no pronto atendimento até a liberação da reserva do leito em sistema feito pelo controle de leitos;

c) TMEA (Tempo médio de espera Atendimento) → Tempo espera para atendimento na recepção da internação.

d) TMA (Tempo médio para atendimento) → Tempo em que o paciente é atendido na recepção da internação assinando os temos e processos administrativos;

e) TME (Tempo médio de espera) → Tempo entre a retirada de senha do totem de atendimento da recepção da internação até a mesa de atendimento;

f) TMEL (Tempo médio de espera leito) → Tempo de espera até a reserva do leito;

g) TML (Tempo médio de Locomoção) → Trajeto entre a recepção da internação e o leito com o auxílio de um mensageiro Einstein.

h) Indicador Volume de queixas mensal - Porcentagem de queixas registradas no SAC (Serviço de atendimento ao cliente).

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CADASTRO DE PACIENTES – IMAGEM E COLETA

1. OBJETIVO

Definir sistemática para registro e atualização de dados de identificação do paciente, para abertura de passagem e lançamento de exames.

2. DEFINIÇÃO

Abertura de Cadastro de Pacientes Externos.

3. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Totem, documento de identificação do paciente, computadores, impressoras Zebra e Multifuncional, Scanner, telefone, papel A4, caneta, painel de senha, pulseira de identificação, sistema MV.

4. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

5. DESCRIÇÃO

Requisitos mínimos para o procedimento:

a) Apresentação do documento de identificação com foto;

b) Confirmação dos dados cadastrais;

c) Pedido médico;

d) O menor de idade tem que estar acompanhado por responsável legal, maior de idade;

- Chamar o paciente para atendimento no guichê através do Gerenciador de senhas no sistema MV;

- Se o paciente já tiver cadastro é só consultar no Cadastro Completo de Pessoas - Documentação e fazer a identificação, é necessário atualizar telefone e endereço;

- Verificar no Cadastro se tem anexo o documento do Paciente;

- Caso não tenha o documento scannear e anexar no prontuário do paciente;

a) CPF e RG do paciente ou responsável;

b) Certidão de nascimento no caso de menor de idade.

- Os profissionais habilitados a fazer exames são: médicos, nutricionistas, dentistas, psicólogos etc. De acordo com as regras de aceitação de pedidos médicos por categoria do profissional solicitante;

- Verificar, para todos os casos, se o paciente já foi agendado;

- Caso o paciente esteja atrasado, comunicar a sala de exame sobre o atraso;

- Comunicar ao paciente a situação de atraso e posicioná-lo sobre o atendimento;

- Confirmar se o paciente está em condições adequadas para realizar o exame - preparo;

- Caso não exista o cadastro do paciente, registrá-lo no sistema MV na tela "Cadastro Completo de Pessoas", preenchendo todos os campos obrigatórios referente ao cadastro, sendo que números deverão ser digitados sem espaço, pontos ou vírgulas, e nomes deverão ser digitados sem abreviações, cedilha e acentuação, contemplando todos os sobrenomes do paciente, com as iniciais em letras maiúsculas. Endereços devem contemplar CEP, número e complemento.

- Necessário informar e-mail e dois contatos telefônico;

- Para maior segurança, pesquisar novamente a existência de um cadastro do paciente, atentando-se para os seguintes aspectos:

a) Procurar o paciente pelo nome e sobrenome para tentar localizar semelhantes ou CPF, RG ou data de nascimento;

b) O paciente agendado, a equipe do Agendamento faz um cadastro simplificado para pacientes não cadastrados com apenas o nome Completo, CPF e telefone, nesses casos é preciso complementar as informações com e-mail, endereço completo e mais um número de telefone do paciente/responsável;

- Caso o paciente possua duplo prontuário, considerar sempre o cadastro mais antigo e solicitar ao Supervisor de Atendimento a unificação do cadastro;

- Caso o Supervisor não estiver do Departamento, abrir uma passagem no sistema com o prontuário mais antigo;

- Informar o fato de o paciente possuir mais de um cadastro para a supervisão via e-mail que deverá providenciar a unificação dos mesmos, deixando prevalecer o prontuário mais antigo;

- Caso o pedido médico esteja ilegível ou não consiga interpretar a letra do médico:

a) 1ª passo – Acionar o Supervisor de Atendimento para auxílio;

b) 2º passo - Acionar área técnica e pedir ajuda a fim de esclarecer as dúvidas;

c) 3º passo – Caso a área técnica não consiga ajudar é necessário fazer contato com o médico solicitante;

- Na tela de Dados do Atendimento – em anexos colocar todos os documentos utilizados para o atendimento:

a) Documento pessoal com foto;

b) CPF;

c) Pedido Médico;

d) Termo de Responsabilidade;

- Ao abrir passagem do paciente ou ocorrer algum problema que impeça o paciente de realizar o exame, informar ao Supervisor o nº do atendimento e o motivo do cancelamento, somente o Supervisor tem autorização para cancelar o atendimento no sistema MV;;

- Verificar se o médico solicitante tem cadastro no sistema, caso tenha é só informar. Se não tiver, fazer cadastro simplificado do médico com o nome completo, número do conselho e a UF a qual o conselho pertence;

- Realizar a conferência de todos os exames lançados na prescrição antes de liberar;

- Ao imprimir o Termo de Responsabilidade orientar o paciente a ler e assinar conforme documento apresentado;

- Ao imprimir o Protocolo e entregar ao paciente devendo orientá-lo que é necessário acessar o link com Login e Senha e a data de liberação dos resultados;

- Orientar o paciente que a senha que é apresentada no protocolo de resultado é somente de primeiro acesso, que ao acessar o portal ele deverá criar sua própria senha no mínimo oito caracteres contendo letra maiúscula, letra minúscula, números e caracteres especiais (*, -, @, ect).

- Imprimir etiquetas de identificação da pulseira e SAME;

- Solicitar ao paciente que confira os dados cadastrais na etiqueta;

- Se o paciente estiver dentro do risco de Protocolo de Quedas, colocar a pulseira na cor laranja no braço direito do paciente junto com a pulseira de identificação;

- Caso o paciente se recuse a colocar a pulseira de identificação, informá-lo ou ao seu responsável – que para sua segurança lhe será solicitado antes da realização de cada exame a apresentação de um documento com foto. Entrar em contato com o setor para onde o paciente será encaminhado, explicando o ocorrido e também deixar uma mensagem de alerta no prontuário do mesmo;

- Em ambos os casos o funcionário do Atendimento deverá informar a situação às salas que receberão o paciente para realização dos exames;

Cadastro de Pacientes Vips

- Os pacientes recomendados são sinalizados pelo Comitê Gestor, ao fazer o cadastro no campo Complemento – Cadastros e Alertas colocar a mensagem de paciente Vip ou Notório.

Pacientes com necessidades especiais

A identificação de barreiras inicia na recepção/cadastro e auxilia a equipe assistencial para a admissão segura deste paciente especial. Quando uma barreira é identificada, além de ser registrada no cadastro, é muito importante que o colaborador que identificou a mesma, faça um contato com o profissional da área/serviço destino (local onde o paciente receberá os cuidados) por telefone alertando a equipe para este fato.

As barreiras mais comuns incluem:

- Barreiras físicas → limitação física para movimentação, dependência ou comunicação;

- Barreiras Linguísticas (outro idioma) → Pacientes que falam outros idiomas ou declaram/apresentam ser analfabetos;

- Barreiras Culturais → restrições dos pacientes declaradas pelo mesmo ou pela família;

- Barreiras religiosas → restrições dos pacientes declaradas pelo mesmo ou pela família por questões religiosas;

- Em casos de pacientes com deficiência visual (acompanhado por cão guia), prestar atendimento normalmente;

- Caso não domine a língua do paciente, acionar um colaborador que domine a língua para auxiliar no atendimento;

Para cadastro de pessoas que não querem ser chamadas pelo Nome Social:

- Cadastro Completo de pessoas → Cadastro → (...) no canto superior a direita→ Pessoa Oculta → adicionar → Nome Oculto → seleciona os perfis para visualizar o nome da pessoa Ex: Artista, trans....

Para cadastro de Estrangeiro

- Cadastro Completo de pessoas → Adicionar → Nome → Sexo → Nacionalidade → Contatos → Em Complemento-Informação Adicional → digita número do cartão Estrangeiro (se não tiver pode ser o nº do passaporte) → digita nº da RNE (se não tiver digita o nº do passaporte) → Passaporte → salva → Em Complemento digita o Endereço → E-mail → Telefone → Salva;

6. RESPONSÁVEIS

Assistente de Atendimento.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

a) Duplicidade no prontuário;

b) Paciente sem portar documento de identificação com foto;

c) Erro no cadastro do paciente;

d) Erro na prescrição do paciente;

e) Esquecer de vincular o responsável pelo paciente no sistema;

8. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anual.

9. INDICADORES DE DESEMPENHO

a) TME (Tempo médio de espera Atendimento);

b) TMA (Tempo médio para atendimento) → Tempo em que o paciente é atendido, desde o chamado da senha até liberar exames para prescrição;

c) TMC (Tempo médio de cadastro);

d) Indicador Volume de queixas mensal - Porcentagem de queixas registradas no SAC (Serviço de atendimento ao cliente);

e) Volumetria de Exames realizados por mês;

f) Quantidade de atendimentos por colaborador;

g) Volumetria de exames realizados por hora;

h) Volumetria de Atendimentos por hora, dia da semana e Mês;

REGISTRO – ÓBITO

1. DEFINIÇÃO

SEGUE INFORMAÇÕES ÚTEIS:

Declaração de óbito: Documento emitido pelo Hospital e utilizado pelas funerárias para a contratação do serviço. Assinado pelo médico que assistia o paciente, no qual afirma o falecimento e sua causa.

B.O: Boletim de ocorrência

Câmara Fria: Equipamento utilizado para conservar o corpo (óbito)

CIHT: Comissão intra-hospitalar de transplante.

Certidão de Óbito: Documento emitido pelo cartório, consequente do requerimento de um familiar de posse do Atestado de óbito.

SMT: Secretaria Municipal de Trânsito, Transporte e Mobilidades

Formolização: Procedimento de conservação do corpo (óbito) com a utilização do formol.

Embalsamento: Procedimento de conservação do corpo para viagens de longa distância, ou extenso período de exposição do mesmo (óbito).

IML: Instituto Médico Legal.

Óbito: Falecido

CNCDO-GO: Organização de Procura de Órgãos – Central Estadual de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos de Goiás.

Pessoas Notórias: Pessoa muito importante no contexto politico, artístico, social e econômico.

RG: Registro Geral

SVO: Serviço de Verificação de Óbitos

Tamponamento: Processo pelo qual se tampona os orifícios corporais

Termo de Doação: Documento preenchido e assinado pelo familiar responsável que aprovou a doação de órgãos.

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

VIP: Very Importante Person

2. OBJETIVOS

Definir o fluxo de atendimento aos óbitos ocorridos no Hospital e o acolhimento aos clientes.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermagem, Serviço de Atendimento ao Cliente, Assistentes de Atendimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O setor onde ocorreu o falecimento deverá acionar o setor de internação, munidos das informações necessárias (comunidades religiosas, lista de atendimento funerário e empresa particular), apresentam-se a família e colocam-se à disposição.

Velórios de pessoas notórias:

Quando ocorrer o óbito de pessoa de renome na mídia ou de membro da administração do Hospital, as ações a serem tomadas seguem o seguinte fluxo:

No horário comercial, cabe à Coordenadora de Enfermagem do andar informar o óbito à Gerente Assistencial e fora do horário comercial cabe ao enfermeiro da Unidade. E Diretor por sua vez, informará a assessoria de imprensa às áreas de apoio necessárias. A Assessoria de Imprensa

em função da notoriedade da pessoa que faleceu, definirá as contingências cabíveis e solicitara o apoio necessário, inclusive quando julgar.

Pacientes de outras religiões:

Perguntar o local do sepultamento ou se o corpo será cremado. Se for ao Município de Goiânia: entregar o prospecto das agências funerárias da Prefeitura de Goiânia e informar aos familiares que o sepultamento deve, necessariamente, ser tratado com as agências oficiais do Município (Lei 8.908 de 03/05/2010).

Doação de Órgãos

Todos os casos de Morte Encefálica são comunicados, pela enfermagem da UTI, ao profissional enfermeiro da CIHT (Regimento e Lista de membros disponível no sistema) que deverá reportar o caso para CNCDO-GO.

O profissional enfermeiro da CIHT, avalia o potencial doador afastando contraindicações absolutas à doação e caso não existam impedimentos realiza entrevista com um familiar do potencial doador sobre o interesse em fazer a doação.

Se optarem por fazer a doação, os familiares deverão assinar a documentação que autoriza a retirada dos órgãos e receberão todas as informações sobre o procedimento informado pelo profissional enfermeiro da CIHT.

Todo procedimento é realizado no Centro Cirúrgico pelos profissionais da CIHT e CNCDO-GO.
Ao término do processo, o corpo é encaminhado para a câmara fria, recomposto condignamente.
O procedimento leva aproximadamente 24h, após definição do diagnostico (morte encefálica) até o início do velório.

De posse da documentação fornecida pela enfermeira da CNCDO-GO ou CIHT interno (Declaração de óbito e Termo de doação) os familiares poderão dar início à contratação da funerária com o apoio do Assistente de Atendimento.

Nota 01: Em caso de doação de córnea, não há necessidade que tenha ocorrido morte encefálica e o procedimento de extração pode ser realizado no próprio morgue do Hospital, pelo banco de olhos da FUBOG – Fundação Banco de Olhos.

A extração só deve ocorrer após consentimento dos familiares, e autorização escrita a enfermeira da CIHT (após exclusão de contraindicações absolutas) (antes que se completem 6 horas do momento do óbito).

Declaração de Óbito:

Morte no Hospital: Preenchido pelo médico que assiste o paciente

Morte Natural (na residência): A família deverá procurar um médico que conheça o histórico do óbito para atestá-lo. Sendo um médico cadastrado no Hospital a declaração de óbito é fornecida pelo hospital. Caso contrário, a declaração de óbito devera ser retirada na secretaria de saúde pública mais próxima.

Falecimento no Pronto Socorro: O Hospital não fornece Declaração de óbito para pacientes que venham a falecer no Pronto Atendimento se o mesmo não for paciente do Hospital, pois é preciso ter conhecimento de todo o histórico médico do falecido para declarar a causa da morte. Se a família não conseguir um médico para preencher a Declaração de Óbito, o corpo terá que ser removido para o Serviço de Verificação de Óbito ou Instituto Médico Legal, dependendo da causa origem.

Nota:

O documento em branco Declaração de Óbito é armazenado no Departamento de Internação, controlado em ordem numérica e fornecido pelo mesmo departamento para o funcionário do andar onde ocorreu o óbito com o cabeçalho preenchido (dados cadastrais do paciente). Em seguida este documento é entregue para o médico responsável concluir o preenchimento. O documento não pode ser rasurado. Em casos de Cremação a declaração de óbito deverá ter assinatura e carimbo de dois médicos.

Informações Gerais:

Empresa funerária particular: Para sepultamento no Município de Goiânia

O familiar, de posse da Declaração de Óbito e de um documento de identificação do falecido, segue para uma das agências de sua escolha. O agente preenche um protocolo do Atestado de Óbito com todos os dados pessoais do falecido apresenta as opções de urnas para escolha e oferece as opções de flores.

Feita às escolhas, o familiar contrata o serviço e a agência se responsabiliza pela remoção do corpo do Hospital para o local indicado (cemitério ou crematório). No ato de registro a família retira a Certidão de Óbito no Cartório 1 Registro Civil de Goiânia, situado na Av 85, 2437 – Setor Marista, Goiânia - GO, CEP 74160-010 Telefones 3926-0300/3928-0300.

As agências funerárias não tem autorização para realizar nenhum procedimento de preparo do corpo (formolização, embalsamento e tamponamento) nas dependências do Hospital.

Empresa funerária particular: (Para sepultamento fora do Município de Goiânia)

O agente funerário questiona o local do sepultamento, verifica a preparação adequada para o corpo (tamponamento, formolização ou embalsamento em caso de viagem aérea) que será realizado em laboratórios especializados contratados pela empresa. Informa o tempo de percurso até o destino, oferece modelos de urnas e questiona a necessidade de flores. As agências funerárias não tem autorização para realizar nenhum procedimento de preparo do corpo nas dependências do Hospital, somente os laboratórios especializados contratados pelas agências para executar tamponamento, formolização ou embalsamento.

Cremação

A declaração de óbito devera ter assinatura e carimbo de dois médicos. Ao contratar a agência funerária, esta se incumbira de realizar o processo de remoção do corpo para o crematório (mesmo que a opção seja a cremação, o serviço funerário deverá ser contratado).

O funcionamento do crematório de Goiânia é das 08:00 às 17:00, todos os dias por meio de agendamento.

No crematório: será necessária a presença de um familiar de grau direto e mais duas testemunhas maiores de 18 anos com as devidas carteiras de identidade para assinar a Ata de Cremação.

No caso de não haver um familiar direto, o acompanhante deverá portar uma declaração, feita em vida, do falecido autorizando a cremação com a assinatura de um juiz.

Falecimento sem assistência média, por violência ou acidentes (IML- Instituto Médico Legal/ SVO-(Serviço de Verificação de Óbito)

A família deverá procurar o Distrito Policial mais próximo do Hospital para a realização de um Boletim de Ocorrência.

Em alguns casos Haverá visitas de policiais e, por isso, deve-se comunicar á Central de Segurança que solicitará um agente para acompanhar o caso.

Tudo será acompanhado pelo funcionário de Atendimento, pois não é permitido que fosse feito exame de necrópsia.

O corpo ficará no Morgue Até ser removido para o IML ou S V.O.

Sepultamento de membro:

- Todo membro que chega ao Morgue deve estar devidamente identificado e acompanhado de uma autorização médica original para o sepultamento, em receituário, assinada e carimbada.

- O Termo de ‘’Consentimento Informado para Destino Final de membros amputados’’ (disponível no Tasy na aba consentimentos) já estará nas mãos dos familiares, assinado, conforme orientação da Enfermagem.

- Orientar os familiares das providências a serem adotadas após amputação do membro do paciente incluindo aspectos relacionados a sua religião. Reforçar aos familiares que optarem pelo sepultamento do membro , a importância do cumprimento do prazo de 30 dias para a retirada do mesmo no Morgue do Hospital.

- Encaminhar os familiares a uma agência funerária (apresentar a lista das funerárias municipais) para que sigam os devidos procedimentos e, para que o membro possa ser removido do Hospital por um agente funerário, com a devida autorização assinada pelo familiar.

- Em caso negativo de retirada, fazer o encaminhamento para tratamento de resíduo hospitalar.

- Em caso de falecimento do paciente que teve o membro amputado e estando o membro mantido na câmara fria até esta data, o mesmo deverá ser sepultado juntamente com o óbito.

Nota 01: Legislação (destino de membros amputados)

Recomendação para o destino de peças anatômicas destacadas de um ser humano vivo:

1 – todas as peças resultantes de atos cirúrgicos , processos obstétricos ou a amputação de membros, retiradas de ser humano vivo, devem ser embaladas em sacos de lixo infectante no próprio local onde se processou o ato, este saco plástico deve ser resistente, o qual, por sua vez, será colocado em outro comas mesmas características, hermeticamente fechado e com identificação e especificação do conteúdo;

2- pequenas peças podem ser incineradas pela empresa de processamento de resíduos contratada pelo Complexo após recolhimento permitido pelo Decreto Federal nº 61.817 de 01.12.67, em seu artigo 6º;

3- membros amputados, qualquer que seja o estado, devem, na medida do possível, ser sepultados em cemitério existentes no município;

4- na impossibilidade de ser atendido o disposto no item anterior, ou, por medida de precaução, como no caso de peças contaminadas, especialmente por bactérias anaeróbicas, considera-se aceitável que as peças, sempre embaladas como assinalado no item1, sejam incineradas por serviço do Complexo.

Remoção para fora do País:

Acompanhar as negociações sem interferir na escolha.

Oferecer total apoio à família no tacante a documentação e passagens aéreas.

Nota1: Toda documentação exigida para esse processo (Polícia Federal, Ministério da Saúde e Consulado) é providenciada pela funerária contratada, assim como o contato com a funerária receptora do País de destino.

A preparação do corpo é feita em laboratório de responsabilidade da funerária contratada.

A funerária contratada encaminhará, para o Hospital um agente funerário que dará as orientações á família e pode acompanhar até o cartório para providenciar o Registro de Óbito.

Caso não exista um familiar próximo presente, a funerária contratada providenciará um laudo de reconhecimento para concluir a remoção.

Nota Geral: Para as remoções, um responsável da família deverá assinar o Termo de Remoção de Óbito, apresentado pelo funcionário do velório.

Importante:

Lembrar os familiares sobre a necessidade de trazer roupas para que a funerária contratada possa vestir o corpo.

Certificar-se de que todas as solicitações dos familiares, passíveis de serem atendidas, já foram solucionadas e/ou encaminhadas; colocar-se à disposição dos familiares para qualquer outra solicitação.

Hotelaria deve manter-se informado sobre os trâmites até o final do procedimento: saída do corpo.

Endereço do cartório de registro: Av. 85, 2437-Setor Marista, Goiânia- GO, CEP 74160-010
Telefones 3926-0300/ 3928-0300

Notas:

O corpo deverá ser mantido na câmara fria aguardando o serviço funerário.

Na chegada do serviço funerário quando solicitado o serviço de maquiagem, a empresa contratada é acionada após escolha pelos familiares.

Se o corpo apresentar alguma irregularidade, a enfermagem do andar onde ocorreu o óbito deverá ser comunicada para a devida correção.

Remoção para o IML (Instituto Médico Legal)- SVO (Serviço de verificação de óbito).

O corpo não deve ser vestido, tamponado ou receber qualquer outro procedimento.

O corpo deverá ser mantido na sala, aguardando para ser removido pelo IML.

Acompanhar tudo de perto, pois não é permitido que seja feito o exame de autópsia dentro do Hospital.

Uso de câmara:

Uso de câmara deverá ser solicitado pela família;

OS corpos deverão ser identificados, de acordo com o ‘’Mapa da Câmara’’ fixado no Quaro de Comunicação Interno;

O funcionário responsável pelo morgue (setor de internação) preencherá o formulário de Controle da Câmara fria, afixado no morgue.

O corpo só será retirado da câmara na hora marcada pela família após preenchimento do Termo de Remoção do Corpo.

Deixar a câmara sempre em ordem e pronta para o uso. Nunca deixar as portas das câmaras abertas e sempre usar luvas, máscaras e avental ao abrir as portas internas.

Somente os colaboradores da Assistência e Segurança tem acesso ao Morgue. A porta de acesso deve ser mantida trancada. A chave da câmara fica em pose da segurança e assistente de hotelaria.

Quando houver vazamento de sangue na maca deverá ser acionada equipe da higienização que deverá proceder a limpeza com desinfetante.

Endereços de serviços públicos:

1° Cartório de Registro Civil de Goiânia(Silva)
Av. 85, 2437- Setor Marista, Goiânia- GO
CEP: 74160-010/ Telefones: 3926-0055/ 39280300

2° Registro Civil de Goiânia (Antônio do Prado)
Rua Geraldo Ney, 156- Setor Campinas, Goiânia- GO
CEP:74515-020/ Telefone: 3233-0055

4º Distrito Policial- Setor Bueno- (Segunda á Sexta das 08h ás 18h)
Rua T-29, 527- St. Bueno, Goiânia- GO
CEP: 74250-010/ Telefones: 3201-2603/ 3201-2604

8º Distrito Policial – St. Pedro Ludovico – (Atendimento 24 horas)
Av. Segunda Radial, quadra 48 lote 28- St. Pedro Ludovico, Goiânia- GO
CEP: 74820-090/ Telefone: 3201-7070

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

Legislação:
Remoção para outros países - documentação necessária será fornecida pela Polícia Federal, Ministério da Saúde e Consulado.
Cremação – Declaração de óbito deve ser assinada por dois médicos.
Natimortos: em caso de natimortos, se o médico não atestar o óbito, a família devera se dirigir até delegacia 4º ou 8º DP.
Religiosos: outras religiões consultar o familiar sobre sepultamento ou cremação.

Doadores de Órgãos, exceto córneas:
Todos os casos de Morte Encefálica a comunicação com CIHT e familiares deve ser feita pelo enfermeiro da UTI.

Ao término do processo de doação o corpo recomposto condignamente é encaminhado para o Morgue.

6. PADRÃO DE PRÁTICA

Que a legislação seja, seguida referente aos tramites de constatação de óbito.

NOME DO REGISTRO	FORMA E LOCAL DE ARMAZENAMENTO	FORMA DE PROTEÇÃO	MÍNIMO DE RETENÇÃO	DISPOSIÇÃO APÓS O TEMPO MÍNIMO
Controle de Uso da Câmara fria	Papel/Impresso Velório	-	Pasta em armário no Morgue	No Mínimo 1 ano, além do mês vigente	Destruir

Consentimento Informado para Destino Final de Membros Amputados Aba de Consentimentos no Sistema Impresso

Encaminhado ao SAME pela enfermagem. SAME Permanente Guarda permanente no Prontuário do paciente

Formulário de Aviso de Óbito/ Preenchido pela enfermagem e impresso em 3 vias (1 Pront/ 1 encaminhada Internação/1 sob o corpo) SAME/ Internação/ Permanente Guarda permanente no Prontuário do paciente

7. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional.

8. ANEXOS

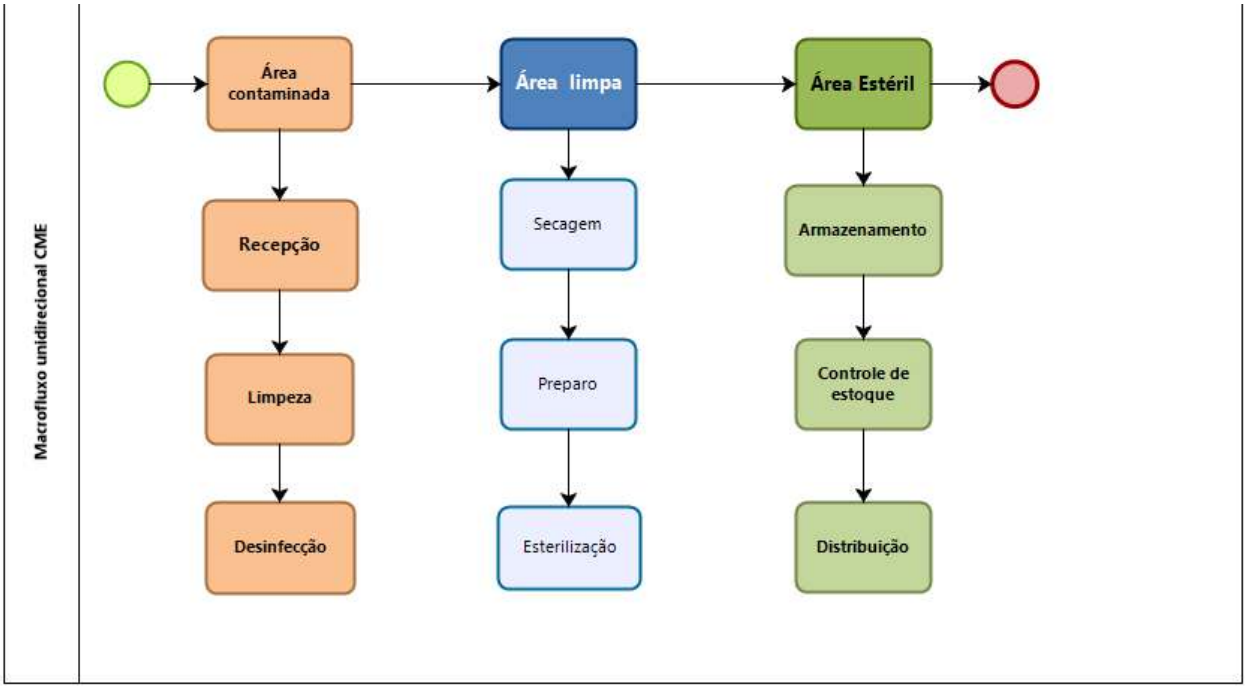
Consentimento Informado Para Destino Final De Membros Amputados - Sistema Tasy - Aba consentimentos

Aviso de Óbitos – Impresso

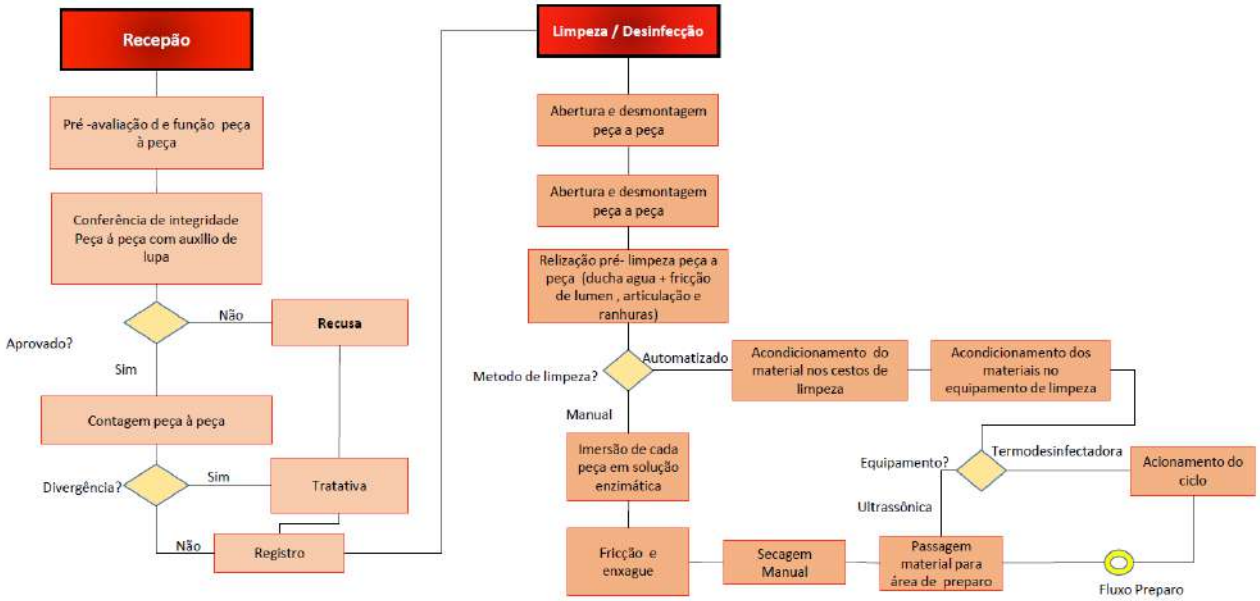
9. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Preparo do Corpo Pós Morte.

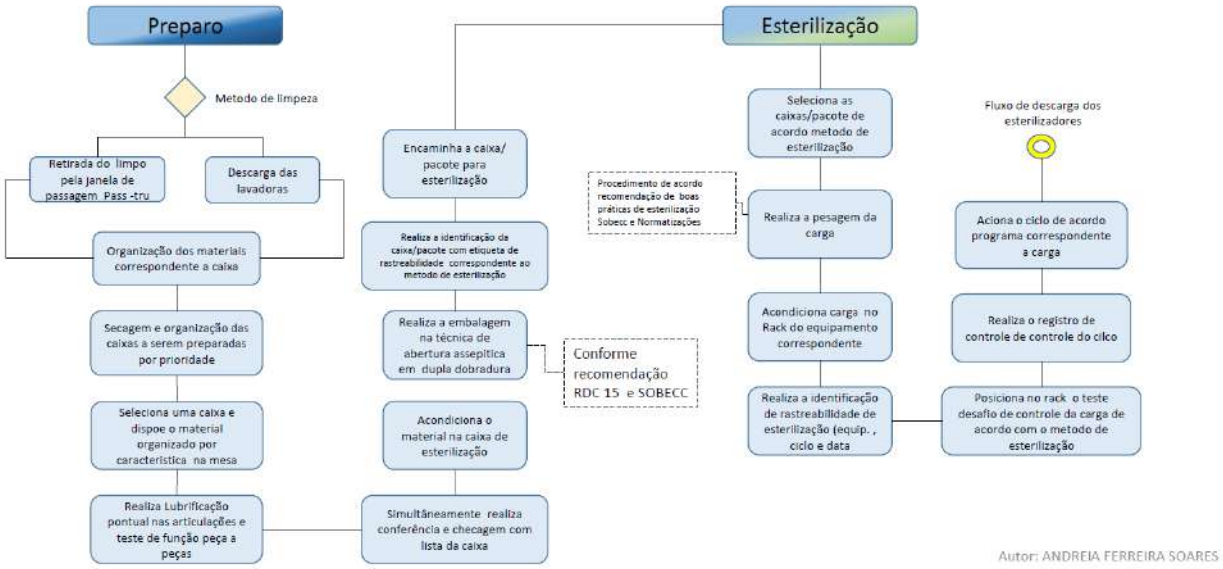
MACRO FLUXO DO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – CME



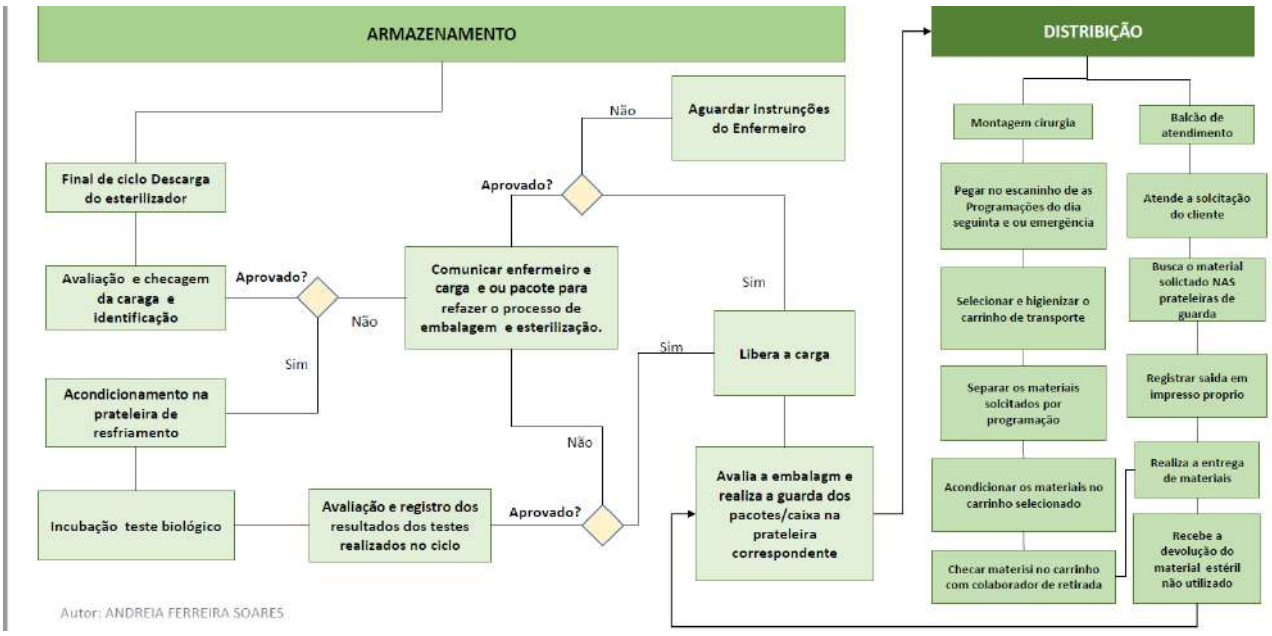
FLUXO DOS PROCESSOS DE BOAS PRÁTICAS DE RECEPÇÃO E LIMPEZA DE MATERIAIS PASSIVEIS DE REPROCESSAMENTO APLICADOS NA ÁREA CONTAMINADA



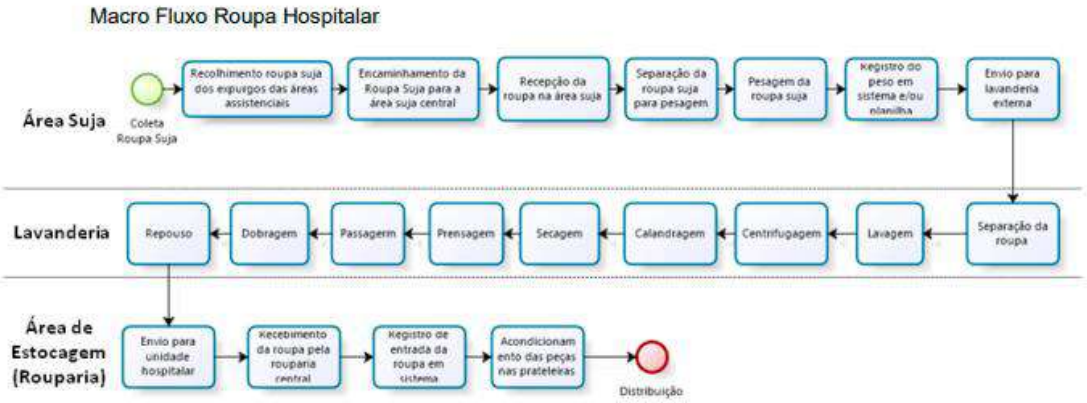
FLUXO DOS PROCESSOS DE BOAS PRÁTICAS DE PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS PASSIVEIS DE REPROCESSAMENTO APLICADOS NA ÁREA LIMPA



FLUXO DOS PROCESSOS DE BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS PASSIVEIS DE REPROCESSAMENTO APLICADOS NA ÁREA ESTÉRIL



FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS



PROCEDIMENTO PLANO DE GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS SBIBAE

1. OBJETIVO

Aprimorar o gerenciamento dos resíduos, garantir o cumprimento das legislações vigentes e o manejo seguro dos resíduos, com base em requisitos legais. Seu descumprimento, em qualquer de suas etapas, poderá ser enquadrado como crime ambiental. Para o bom funcionamento do sistema de gerenciamento de resíduos devem- se seguir as diretrizes descritas neste procedimento.

2. DEFINIÇÕES

PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SIGOR: Sistema Integrado de Gerenciamento Online de Resíduos
SINIR: Sistema Nacional de Informações sobre a Gestão dos Resíduos
MTR: Manifesto de Transporte de Resíduos

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento se aplica a unidades internas e externas que geram resíduos de serviços de saúde da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica

6. DESCRIÇÃO

Este Plano de Gerenciamento de Resíduos possui definições gerais aplicáveis aos resíduos de serviços de saúde da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Cada unida de da SBIBAE possui fluxos, rotinas e características específicas, que estão expressas nos Planos de Gerenciamento de Resíduos de cada unida de e encontram-se nos itens anexos. As unidades alocadas em hospitais, laboratórios e clínicas não possuem Plano de Gerenciamento de Resíduos individual, pois está incorporado ao do empreendimento.

O gerador do resíduo é responsável por apresentá-lo em condições que garantam seu manejo seguro em todas as etapas, sendo responsabilizado por qualquer dano que possa ocorrer em virtude do não atendimento do disposto no presente documento.
De acordo com as premissas da SBIBAE o gerenciamento do resíduo deve estar alinhado a prática dos 3 R's:
1º - Reduzir a geração de resíduos;
2º - Reutilizar antes do descarte sempre que possível; e
3º - Reciclar, ou seja, descartar os materiais corretamente, de acordo com os padrões da coleta seletiva.

A SBIBAE necessita evidenciar a órgãos ambientais a destinação final adequada dos resíduos gerados em detrimento de suas atividades. dessa forma é vedada a venda, a doação ou empréstimo de materiais, caracterizados como resíduos sem que sejam emitidas as documentações pertinentes.
A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein tem um compromisso com a Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Gestão da Energia descrito na Política de Gestão Integrada.

Caracterização, Segregação, Manuseio e Acondicionamento
Durante as atividades são gerados na SBIBAE os seguintes resíduos: infectante, químico, radioativo, comum e perfuro cortante, divididos em grupos: A, B, C, D e E conforme a RDC 222/18, e desses, os grupos A, B, C e E (Infectante, químico, radioativo e perfuro cortante) são classificados como resíduos perigosos pela NBR 10.004 e por isso seu manejo difere dos demais.
Os processos que definem a caracterização, segregação, manuseio e acondicionamento, são definidos pela gestão de facilities e estes estão de acordo com a legislação vigente.
A segregação do resíduo de acordo com a classificação deve ser realizada no momento da geração, para evitar a contaminação e possibilitar a destinação final ambientalmente adequada.

<u>Grupo A - Resíduo infectante</u>
São resíduos que apresentam riscos devido à possível presença de agentes biológicos. Este grupo é composto pelos subgrupos A1, A2, A3, A4 e A5 e têm como características: secreções, excreções e líquidos orgânicos na forma livre e por resíduos que apresentam essas substâncias em quantidade representativa, como resíduos advindos de áreas de isolamento; filtros de gases aspirados de áreas contaminadas; inóculo e misturas de microrganismos em laboratórios clínicos; peças anatômicas; etc.

Os resíduos identificados como pertencentes ao grupo A devem ser descartados em lixeiras com tampa de vedação, com acionamento por pedal, revestidas por sacos de lixo branco leitoso, com simbologia universal de risco biológico, conforme RDC 222/2018. As lixeiras devem estar disponíveis em todas as áreas onde haja geração de resíduo infectante, cabendo ao gestor da área providenciar a reposição sempre que necessário, bem como identificar a lixeira com a etiqueta correspondente ao resíduo descartado.

O descarte de resíduos provenientes do atendimento de pacientes com suspeita ou comprovação de contaminação pelo vírus ebola, bem como aqueles contaminados por microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, devem seguir o fluxo indicado pela empresa responsável pela coleta dos resíduos, conforme orientações da Autoridade Sanitária de Vigilância em Saúde do Município São Paulo.

Grupo B - Resíduo químico

Resíduos que contenham substâncias químicas e que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, reatividade, corrosividade e toxicidade.

As características dos riscos destas substâncias são as contidas nas Fichas com Dados de Segurança de Resíduos – FDSR, exceto para produtos, medicamentos e cosméticos. Fazem parte deste grupo:

- Resíduos químico sólidos, de acordo com sua classificação: Tóxicos, corrosivos, inflamáveis ou reativos e suas embalagens primárias;
- Resíduos químico líquidos, de acordo com sua classificação: Tóxicos, corrosivos, inflamáveis ou reativos e suas embalagens primárias;
- Resíduos quimioterápicos e materiais contaminados por estes;
- Medicamentos;
- Películas radiográficas;
- Óleo lubrificantes;
- Pilhas e baterias;
- Lâmpadas;
- Óleos diesel.

A tabela abaixo apresenta, de forma sucinta, o padrão de acondicionamento dos principais resíduos gerados:

Material	Acondicionamento
Resíduos Químicos Sólidos	Não Perfurocortantes: Saco de lixo e Lixeira laranja com simbologia universal de físico químico.
	Perfurocortantes: Caixa clean box cor laranja com identificação. deve ser lacrada pela equipe assistencial quando o recipiente atingir 2/3 de sua capacidade. É necessário o uso de saco de lixo da cor laranja para embalar essas caixas.
Resíduos químicos líquidos	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada, podendo armazenar dois tipos ou mais de reagentes no mesmo recipiente desde que haja compatibilidade química. As embalagens desses materiais são identificadas com etiquetas.
Resíduos quimioterápicos	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada. As embalagens desses materiais são identificadas com etiquetas.
Medicamento controlados pela Portaria MS 344/98	Caixa clean box cor laranja, separadamente dos demais medicamentos. deve-se fazer uma relação de todos os medicamentos que estão sendo descartados no recipiente, bem como quantidades. O descarte se dá conforme Portaria MS 344/98, para solicitação de descarte é necessário entrar em contato com o departamento de Gestão de (gestaoderesiduos@einstein.br)
Películas radiográficas	Estas são acondicionadas em caixas até que sejam coletadas e transportadas até o destino final. Para Unidades fora do Estado de São Paulo, deve-se seguir conforme gestão do condomínio ou coletas diretas na Unidade.
Óleo Lubrificante	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada. As embalagens desses materiais são identificadas e as coletas devem ser realizadas diretamente nas próprias unidades.
Pilhas e baterias	Coletores de pilha distribuídos em pontos estratégicos pelas unidades
Lâmpadas fluorescentes	Caixas de papelão (embalagens primárias).
Óleo Diesel e derivados como tintas, solventes e materiais contaminados.	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada. As embalagens desses materiais são identificadas e as coletas devem ser realizadas diretamente nas próprias unidades.
Equipamentos eletrônicos e sucatas de equipamentos médicos	Em caixas de papelão ou bombonas.

As embalagens secundárias não contaminadas pelos produtos devem ser destinadas à reciclagem.

Grupo C - Resíduos radioativos

Fazem parte desse grupo todos os resíduos dos grupos A, B, D e E contaminados direta ou indiretamente por radionuclídeos. Todos os rejeitos radioativos são monitorados até a que o nível de radiação decaia a limites estabelecidos pela Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, que estão descritos no Plano de Radioproteção. Após decaimento esses resíduos são caracterizados como resíduo infectante e seguem o fluxo destes.

Grupo D – Resíduos comuns, recicláveis orgânicos e Construção civil

Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Os resíduos do grupo D são sub classificados como recicláveis, comum e orgânico.

Comuns

Este grupo é formado pela sobra de determinados produtos ou materiais, como papel de uso sanitário, embalagens plásticas laminadas, embalagens metalizadas, entre outros. devem ser descartados em lixeira com tampa de vedação e acionamento por pedal, revestidas com saco de lixo preto. Essa medida inibe a presença de insetos como moscas e baratas.

Recicláveis

Este grupo é formado pela sobra de determinados produtos ou processos e que podem ser reintroduzidos na cadeia produtiva como matéria-prima para a confecção de novos produtos – logística reversa. Composto principalmente por materiais como papel, papelão, plásticos, metais, madeiras, mantas de TNT, bolsas de álcool gel, óleo de cozinha usado, eletrônicos, pilhas e baterias, entre outros. Para os resíduos considerados inorgânicos ou secos é admissível o uso de cestos sem tampa de vedação, observados os padrões de higienização das lixeiras.

Os vidros quebrados devem ser acondicionados em caixa de papelão íntegra e montada adequadamente e posteriormente lacrada com fita adesiva. Após o fechamento da embalagem é necessário identificar a caixa com a inscrição VIDRO, de forma legível.

Resíduos Orgânicos

Os resíduos orgânicos são sobras alimentos destinados para o processo de compostagem. Também, consideram-se como orgânicos, as podas que são geradas durante manutenção e reforma de jardins.

Resíduos da construção civil

Resíduos gerados nas construções, reformas, reparos e demolições de obras de construção civil, incluídos os resultantes da preparação e escavação de terrenos para obras civis (concreto, madeira, sucata metálica, etc.). Parte destes resíduos são considerados recicláveis – madeira, plásticos, sucata metálica, e outros são considerados não recicláveis – concreto, telhas quebradas.

Para as atividades gerenciadas pela equipe interna da Unida de, os resíduos são destinados pela equipe da Gestão de Facilities, contudo, caso o gerenciamento seja realizado pela equipe de Engenharia e Obras é de responsabilidade da contratada as devidas destinações, conforme o procedimento.

Formas de acondicionamento

A tabela abaixo apresenta de forma sucinta como deve ser realizada a segregação e acondicionamento dos

Resíduos comuns:

Resíduos	Acondicionamento
Comuns	Lixeira com saco na cor preta. Para resíduos considerados pela classificação do IBAMA como diversos e mistura os mesmos po dem ser acondicionados em caçambas.
Reciclável Misto (Plástico, Papel, Papelão, Metal)	Lixeira com saco na cor transparente
Documentos confidenciais	Pequenas quantidades devem ser descaracterizadas no próprio setor gerador, manualmente ou utilizando fragmentadora portátil (Código SAP 302240) e descartado posteriormente como papel.
Sucatas metálicas	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Madeiras, troncos e galhos	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Bolsas de álcool gel	Contentores apropriados para este descarte, identificados com o logotipo do projeto, revestidos por sacos na cor verde, quando aplicável.

Resíduos	Acondicionamento
Equipamentos eletrônicos e sucatas de equipamentos médicos	Em caixas de papelão ou bombonas.
Resíduos orgânicos	Lixeira com saco na cor marrom ou diretamente nos contentores destinados à compostagem.
Podas e paisagismo (apenas folhagens e gramas)	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Entulho	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Óleo Vegetal	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada.
Lodo de ETE	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada.
Gordura proveniente da caixa de retenção.	Bombona e/ou coleta in loco com caminhão. A coleta deve ser realizada conforme gestão do condomínio ou diretamente na Unida de com documentação legal - MANUTENÇÃO VERIFICAR
Efluentes oriundos de Unidade com ausência de ligação na rede pública	Bombona e/ou coleta in loco com caminhão. A coleta deve ser realizada conforme gestão do condomínio ou diretamente na Unida de com documentação legal - MANUTENÇÃO

Grupo E– Perfurocortantes e infectantes

Considera-se resíduo perfurocortante aquele que possua pontas e arestas e que possa ocasionar perfuração ou corte com risco de contaminação, seja ela química ou biológica. Os resíduos mais comuns do grupo E são constituídos por: agulhas, ampolas de vidro, lâminas de bisturi, lancetas, lâminas e lamínulas, espátulas etc.

Estes materiais devem ser descartados separadamente no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificados. As agulhas devem ser desprezadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

As caixas de perfurocortante devem ser descartadas quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. A equipe assistencial é responsável por fechar o recipiente como garantia de sua não abertura. É necessário o uso de saco de lixo branco leitoso para embalar as caixas infectantes e laranja para os químicos.

Resíduos gerados em atendimento domiciliar

Para as atividades de atendimento domiciliar (Home Care), deve-se seguir os mesmos procedimentos de segregação e descarte descritos acima. Ao término do atendimento a equipe do Home Care é responsável pela retirada e transporte desses resíduos do local de atendimento até a unida de do Einstein. Conforme RDC 222/2018, o transporte destes resíduos pode ser feito no próprio veículo utilizado para o atendimento e deve ser realizado em coletores de material resistente, rígido, identificados e com sistema de fechamento dotado de dispositivo de vedação, garantindo a estanqueidade e o não tombamento.

Coleta Interna, Pesagem e Higienização de Carros Coletores

Todos os resíduos caracterizados no PGRSS são monitorados de forma a se obter controle sobre a geração, e dessa forma, os abrigos finais possuem balanças para a pesagem dos resíduos. Os resultados do monitoramento e controle de pesagem são utilizados para a confecção de indicadores institucionais sobre a geração dos RSS do Hospital Albert Einstein.

A higienização dos carros coletores de resíduos deve ocorrer de acordo com o procedimento interno da unida de e o Programa de Infecção Hospitalar.

Armazenamento Interno, Temporário e Externo

O armazenamento temporário visa otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o abrigo final, e pode ser dispensado devido à proximidade do armazenamento externo. Neste local, os resíduos não podem ser dispostos diretamente sobre o piso e os carros coletores devem ser mantidos com a tampa fechada. Quando o armazenamento temporário for feito em local exclusivo, deve ser identificado como: "abrigo temporário de resíduos"

A sala de utilidades ou expurgo pode ser compartilhada, para o armazenamento temporário dos RSS dos Grupos A, E e D. Neste caso, a sala de utilidades ou expurgo deve conter também a identificação com a inscrição **"abrigo temporário de resíduos"** e ter área mínima de seis metros quadrados conforme RDC 50.

O armazenamento externo consiste em local para acondicionamento final dos resíduos em abrigo, até a coleta externa e ser construído em ambiente exclusivo, possuindo no mínimo, um ambiente separado para armazenar resíduos do grupo A e E, outro para o grupo B e outro para o grupo D.

Documentação Exigida para Transporte de RSS

O manifesto de transporte de resíduos (MTR) é um formulário obrigatório para transporte de resíduos perigosos regulamentado pela NBR 13221, que especifica os requisitos para o

transporte terrestre de resíduos, de modo a evitar danos tanto ao meio ambiente quanto á saúde pública. O MTR deve conter, no mínimo:

- N° de referência para controle interno;
- Descrição do resíduo transportado conforme orientação do sistema de manifesto eletrônico estadual ou nacional;
- Informações do Gerador (Razão social, endereço, CNPJ, código gerador AMLURB, telefone, e-mail, campo para assinatura e data);
- Informações do transportador (Razão social, endereço, CNPJ, telefone, e-mail, veículo/placa, campo para assinatura e data);
- Informações do destino (Razão social, endereço, CNPJ, telefone, e-mail, campo para assinatura e data).

Para os resíduos perigosos, juntamente com o MTR devem ser anexados: Ficha de emergência e certificado de movimentação de resíduos de interesse ambiental (CADRI).

Para os resíduos não perigosos, é necessário emitir apenas o MTR.

Os MTRs devem ser controlados pelo gerador do resíduo, via sistema eletrônico estadual para manter o histórico e garantir que não haja duplicidade. Para os Estados que não possuem sistema eletrônico de manifestos, deve ser utilizado o sistema nacional SINIR.

Em relação ao município de São Paulo, como os resíduos infectantes e químicos são gerenciados pela Prefeitura e estão isentos de cadastro junto ao sistema eletrônico SIGOR, os manifestos são realizados manualmente e controlados por planilha eletrônica e arquivados pelo período de 5 anos conforme legislação vigente.

Saúde e Segurança do Trabalhador

Ações desenvolvidas para os funcionários da equipe interna da higiene e coleta de resíduos:

- PCMSO (Programa de controle médico de saúde ocupacional)
- Exames admissional, periódico, demissional e complementares;
- Assistência médica de grupo e do trabalho;
- Treinamento das atividades de higiene (limpeza de áreas e coleta de resíduos) e saúde ocupacional;
- Imunização para tétano e hepatite B.

Programas de Capacitação

O programa de capacitação em Gerenciamento de Resíduos tem por objetivo conscientizar os colaboradores quanto ao manejo dos resíduos de serviços de saúde, orientar e padronizar o descarte de forma a garantir a destinação ambientalmente correta dos resíduos, bem como a

segurança do colaborador. Estas ações ocorrem conforme o item 10. Periodicidade de Treinamento

7. RESPONSABILIDA DES

A área de Meio Ambiente e Sustentabilidade de é responsável pela atualização deste procedimento, que deve ser cumprido por todos os colaboradores e prestadores de serviço na SBIBAE.

A área de gestão de Facillities é responsável pela gestão operacional deste procedimento nas unidades internas e externas. nas unidades

A responsabilidade legal será o Diretor Superintendente

A responsabilidade de operacional é o supervisor de Facilities

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Descartes incorretos;
- Resíduos perigosos.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Cumprimento dessa política por todas as diretorias, departamentos, gerências, unidades, colaboradores e prestadores de serviço.

10. PERIODICIDADE TREINAMENTO

- Durante a Integração dos funcionários recém-contratados, realizada em conjunto pelos departamentos de Recursos humanos e Ensino;
- Anualmente de forma obrigatória a todos os colaboradores da Instituição, por meio das Trilhas Institucionais;
- Em comitês e reuniões específicas ou quando houver solicitações pontuais.

11. REGISTROS DA QUALIDA DE

- Manifestos de transporte – MTR
- Declaração de movimentação de Resíduos – DMR
- Certificados de destinação

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Geração de Resíduos

13. ANEXOS

Anexo Alphaville

Anexo Alto de Pinheiros

Anexo Atlética

Anexo Anália Franco

Anexo Aeroporto de Guarulhos

Anexo Aeroporto Rio Galeão (Área COVID / Telemedicina)

Anexo Aeroporto Rio Galeão II (NTO)

Anexo Belo Horizonte

Anexo Brasília

Anexo Centro de Ensino e Pesquisa

Anexo Centros Administrativos

Anexo Creches

Anexo Chácara Klabin

Anexo Espaço Einstein: Esporte e Reabilitação (Jockey)

Anexo Faria Lima

Anexo Higienópolis

Anexo Morato

Anexo Ibirapuera

Anexo Jardins

Anexo MBA Paulista

Anexo Mogi

Anexo Morumbi

Anexo NTO

Anexo Osasco

Anexo Paraisópolis

Anexo Perdizes

Anexo Parque da Cida de

Anexo Parque Ibirapuera

Anexo Paulista

Anexo Porto Alegre Anexo Recife

Anexo Rio de Janeiro

Anexo Santana

Anexo Santos

Anexo São José dos Campos

Anexo Vila Mariana

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução Da Diretoria Colegiada - RDC Anvisa Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe Sobre O Regulamento Técnico Para Planejamento, Programação, Elaboração E Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;

Resolução Conama Nº 358/2005. Dispõe Sobre O Tratamento E A Disposição Final Dos Resíduos de Serviços de Saúde E Dá Outras Providências;

Lei Estadual Nº 12.300 de 16 de março de 2006 – Estado de São Paulo. Institui A Política Estadual de Resíduos Sólidos E define Princípios E Diretrizes;

Portaria CVS N º 21/2008. Estabelece Critérios Técnicos de Segurança Para O Gerenciamento de Resíduos Perigosos de Medicamentos Em Serviços de Saúde, Tendo Em Vista A Saúde Dos Trabalhadores, Dos Usuários Dos Serviços de Saúde E Da População Em Geral.

Lei Federal Nº 12.305, de 02 de agosto de 2010. Dispõe Sobre A Política Nacional de Resíduos Sólidos;

Resolução Da Diretoria Colegiada – RDC Anvisa Nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta As Boas Práticas de Gerenciamento Dos Resíduos de Serviços de Saúde E Dá Outras Providências;

Resolução Da Diretoria Colegiada – RDC Anvisa Nº 56, de 06 de agosto de 2008. Dispõe Sobre O Regulamento Técnico de Boas Práticas Sanitárias No Gerenciamento de Resíduos Sólidos Nas Áreas de Portos, Aeroportos, Passagens de Fronteiras E Recintos Alfandegados.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Gerenciamento de resíduos de terceiros
- Controle de Pragas Urbanas
- Descarte de Resíduos de Serviços de Saúde

PROCEDIMENTO PLANO DE GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS SBIBAE

1. OBJETIVO

Aprimorar o gerenciamento dos resíduos, garantir o cumprimento das legislações vigentes e o manejo seguro dos resíduos, com base em requisitos legais. Seu descumprimento, em qualquer de suas etapas, poderá ser enquadrado como crime ambiental. Para o bom funcionamento do sistema de gerenciamento de resíduos devem- se seguir as diretrizes descritas neste procedimento.

2. DEFINIÇÕES

PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SIGOR: Sistema Integrado de Gerenciamento Online de Resíduos
SINIR: Sistema Nacional de Informações sobre a Gestão dos Resíduos
MTR: Manifesto de Transporte de Resíduos

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento se aplica a unidades internas e externas que geram resíduos de serviços de saúde da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica

6. DESCRIÇÃO

Este Plano de Gerenciamento de Resíduos possui definições gerais aplicáveis aos resíduos de serviços de saúde da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Cada unida de da SBIBAE possui fluxos, rotinas e características específicas, que estão expressas nos Planos de Gerenciamento de Resíduos de cada unida de e encontram-se nos itens anexos. As unidades alocadas em hospitais, laboratórios e clínicas não possuem Plano de Gerenciamento de Resíduos individual, pois está incorporado ao do empreendimento.

O gerador do resíduo é responsável por apresentá-lo em condições que garantam seu manejo seguro em todas as etapas, sendo responsabilizado por qualquer dano que possa ocorrer em virtude do não atendimento do disposto no presente documento.
De acordo com as premissas da SBIBAE o gerenciamento do resíduo deve estar alinhado a prática dos 3 R's:
1º - Reduzir a geração de resíduos;
2º - Reutilizar antes do descarte sempre que possível; e
3º - Reciclar, ou seja, descartar os materiais corretamente, de acordo com os padrões da coleta seletiva.

A SBIBAE necessita evidenciar a órgãos ambientais a destinação final adequada dos resíduos gerados em detrimento de suas atividades. dessa forma é vedada a venda, a doação ou empréstimo de materiais, caracterizados como resíduos sem que sejam emitidas as documentações pertinentes.
A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein tem um compromisso com a Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Gestão da Energia descrito na Política de Gestão Integrada.

Caracterização, Segregação, Manuseio e Acondicionamento
Durante as atividades são gerados na SBIBAE os seguintes resíduos: infectante, químico, radioativo, comum e perfuro cortante, divididos em grupos: A, B, C, D e E conforme a RDC 222/18, e desses, os grupos A, B, C e E (Infectante, químico, radioativo e perfuro cortante) são classificados como resíduos perigosos pela NBR 10.004 e por isso seu manejo difere dos demais.
Os processos que definem a caracterização, segregação, manuseio e acondicionamento, são definidos pela gestão de facilities e estes estão de acordo com a legislação vigente.
A segregação do resíduo de acordo com a classificação deve ser realizada no momento da geração, para evitar a contaminação e possibilitar a destinação final ambientalmente adequada.

<u>Grupo A - Resíduo infectante</u>
São resíduos que apresentam riscos devido à possível presença de agentes biológicos. Este grupo é composto pelos subgrupos A1, A2, A3, A4 e A5 e têm como características: secreções, excreções e líquidos orgânicos na forma livre e por resíduos que apresentam essas substâncias em quantidade representativa, como resíduos advindos de áreas de isolamento; filtros de gases aspirados de áreas contaminadas; inóculo e misturas de microrganismos em laboratórios clínicos; peças anatômicas; etc.

Os resíduos identificados como pertencentes ao grupo A devem ser descartados em lixeiras com tampa de vedação, com acionamento por pedal, revestidas por sacos de lixo branco leitoso, com simbologia universal de risco biológico, conforme RDC 222/2018. As lixeiras devem estar disponíveis em todas as áreas onde haja geração de resíduo infectante, cabendo ao gestor da área providenciar a reposição sempre que necessário, bem como identificar a lixeira com a etiqueta correspondente ao resíduo descartado.

O descarte de resíduos provenientes do atendimento de pacientes com suspeita ou comprovação de contaminação pelo vírus ebola, bem como aqueles contaminados por microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, devem seguir o fluxo indicado pela empresa responsável pela coleta dos resíduos, conforme orientações da Autoridade Sanitária de Vigilância em Saúde do Município São Paulo.

Grupo B - Resíduo químico

Resíduos que contenham substâncias químicas e que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, reatividade, corrosividade e toxicidade.

As características dos riscos destas substâncias são as contidas nas Fichas com Dados de Segurança de Resíduos – FDSR, exceto para produtos, medicamentos e cosméticos. Fazem parte deste grupo:

- Resíduos químico sólidos, de acordo com sua classificação: Tóxicos, corrosivos, inflamáveis ou reativos e suas embalagens primárias;
- Resíduos químico líquidos, de acordo com sua classificação: Tóxicos, corrosivos, inflamáveis ou reativos e suas embalagens primárias;
- Resíduos quimioterápicos e materiais contaminados por estes;
- Medicamentos;
- Películas radiográficas;
- Óleo lubrificantes;
- Pilhas e baterias;
- Lâmpadas;
- Óleos diesel.

A tabela abaixo apresenta, de forma sucinta, o padrão de acondicionamento dos principais resíduos gerados:

Material	Acondicionamento
Resíduos Químicos Sólidos	Não Perfurocortantes: Saco de lixo e Lixeira laranja com simbologia universal de físico químico.
	Perfurocortantes: Caixa clean box cor laranja com identificação. deve ser lacrada pela equipe assistencial quando o recipiente atingir 2/3 de sua capacidade. É necessário o uso de saco de lixo da cor laranja para embalar essas caixas.
Resíduos químicos líquidos	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada, podendo armazenar dois tipos ou mais de reagentes no mesmo recipiente desde que haja compatibilidade química. As embalagens desses materiais são identificadas com etiquetas.
Resíduos quimioterápicos	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada. As embalagens desses materiais são identificadas com etiquetas.
Medicamento controlados pela Portaria MS 344/98	Caixa clean box cor laranja, separadamente dos demais medicamentos. deve-se fazer uma relação de todos os medicamentos que estão sendo descartados no recipiente, bem como quantidades. O descarte se dá conforme Portaria MS 344/98, para solicitação de descarte é necessário entrar em contato com o departamento de Gestão de (gestao deresiduos@einstein.br)
Películas radiográficas	Estas são acondicionadas em caixas até que sejam coletadas e transportadas até o destino final. Para Unidades fora do Estado de São Paulo, deve-se seguir conforme gestão do condomínio ou coletas diretas na Unidade.
Óleo Lubrificante	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada. As embalagens desses materiais são identificadas e as coletas devem ser realizadas diretamente nas próprias unidades.
Pilhas e baterias	Coletores de pilha distribuídos em pontos estratégicos pelas unidades
Lâmpadas fluorescentes	Caixas de papelão (embalagens primárias).
Óleo Diesel e derivados como tintas, solventes e materiais contaminados.	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada. As embalagens desses materiais são identificadas e as coletas devem ser realizadas diretamente nas próprias unidades.
Equipamentos eletrônicos e sucatas de	Em caixas de papelão ou bombonas.

Material	Acondicionamento
equipamentos médicos	

As embalagens secundárias não contaminadas pelos produtos devem ser destinadas à reciclagem.

Grupo C - Resíduos radioativos

Fazem parte desse grupo todos os resíduos dos grupos A, B, D e E contaminados direta ou indiretamente por radionuclídeos. Todos os rejeitos radioativos são monitorados até a que o nível de radiação decaia a limites estabelecidos pela Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, que estão descritos no Plano de Radioproteção. Após decaimento esses resíduos são caracterizados como resíduo infectante e seguem o fluxo destes.

Grupo D – Resíduos comuns, recicláveis orgânicos e Construção civil

Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Os resíduos do grupo D são sub classificados como recicláveis, comum e orgânico.

Comuns

Este grupo é formado pela sobra de determinados produtos ou materiais, como papel de uso sanitário, embalagens plásticas laminadas, embalagens metalizadas, entre outros. devem ser descartados em lixeira com tampa de vedação e acionamento por pedal, revestidas com saco de lixo preto. Essa medida inibe a presença de insetos como moscas e baratas.

Recicláveis

Este grupo é formado pela sobra de determinados produtos ou processos e que podem ser reintroduzidos na cadeia produtiva como matéria-prima para a confecção de novos produtos – logística reversa. Composto principalmente por materiais como papel, papelão, plásticos, metais, madeiras, mantas de TNT, bolsas de álcool gel, óleo de cozinha usado, eletrônicos, pilhas e baterias, entre outros. Para os resíduos considerados inorgânicos ou secos é admissível o uso de cestos sem tampa de vedação, observados os padrões de higienização das lixeiras.

Os vidros quebrados devem ser acondicionados em caixa de papelão íntegra e montada adequadamente e posteriormente lacrada com fita adesiva. Após o fechamento da embalagem é necessário identificar a caixa com a inscrição VIDRO, de forma legível.

Resíduos Orgânicos

Os resíduos orgânicos são sobras alimentos destinados para o processo de compostagem. Também, consideram-se como orgânicos, as podas que são geradas durante manutenção e reforma de jardins.

Resíduos da construção civil

Resíduos gerados nas construções, reformas, reparos e demolições de obras de construção civil, incluídos os resultantes da preparação e escavação de terrenos para obras civis (concreto, madeira, sucata metálica, etc.). Parte destes resíduos são considerados recicláveis – madeira, plásticos, sucata metálica, e outros são considerados não recicláveis – concreto, telhas quebradas.

Para as atividades gerenciadas pela equipe interna da Unida de, os resíduos são destinados pela equipe da Gestão de Facilities, contudo, caso o gerenciamento seja realizado pela equipe de Engenharia e Obras é de responsabilidade da contratada as devidas destinações, conforme o procedimento.

Formas de acondicionamento

A tabela abaixo apresenta de forma sucinta como deve ser realizada a segregação e acondicionamento dos

Resíduos comuns:

Resíduos	Acondicionamento
Comuns	Lixeira com saco na cor preta. Para resíduos considerados pela classificação do IBAMA como diversos e mistura os mesmos po dem ser acondicionados em caçambas.
Reciclável Misto (Plástico, Papel, Papelão, Metal)	Lixeira com saco na cor transparente
Documentos confidenciais	Pequenas quantidades devem ser descaracterizadas no próprio setor gerador, manualmente ou utilizando fragmentadora portátil (Código SAP 302240) e descartado posteriormente como papel.
Sucatas metálicas	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Madeiras, troncos e galhos	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Bolsas de álcool gel	Contentores apropriados para este descarte, identificados com o logotipo do projeto, revestidos por sacos na cor verde, quando

Resíduos	Acondicionamento
	aplicável.
Equipamentos eletrônicos e sucatas de equipamentos médicos	Em caixas de papelão ou bombonas.
Resíduos orgânicos	Lixeira com saco na cor marrom ou diretamente nos contentores destinados à compostagem.
Podas e paisagismo (apenas folhagens e gramas)	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Entulho	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Óleo Vegetal	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada.
Lodo de ETE	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada.
Gordura proveniente da caixa de retenção.	Bombona e/ou coleta in loco com caminhão. A coleta deve ser realizada conforme gestão do condomínio ou diretamente na Unida de com documentação legal - MANUTENÇÃO VERIFICAR
Efluentes oriundos de Unidade com ausência de ligação na rede pública	Bombona e/ou coleta in loco com caminhão. A coleta deve ser realizada conforme gestão do condomínio ou diretamente na Unida de com documentação legal - MANUTENÇÃO

Grupo E– Perfurocortantes e infectantes

Considera-se resíduo perfurocortante aquele que possua pontas e arestas e que possa ocasionar perfuração ou corte com risco de contaminação, seja ela química ou biológica. Os resíduos mais comuns do grupo E são constituídos por: agulhas, ampolas de vidro, lâminas de bisturi, lancetas, lâminas e lamínulas, espátulas etc.

Estes materiais devem ser descartados separadamente no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificados. As agulhas devem ser desprezadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

As caixas de perfurocortante devem ser descartadas quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. A equipe assistencial é responsável por fechar o recipiente como garantia de sua não abertura. É necessário o uso de saco de lixo branco leitoso para embalar as caixas infectantes e laranja para os químicos.

Resíduos gerados em atendimento domiciliar

Para as atividades de atendimento domiciliar (Home Care), deve-se seguir os mesmos procedimentos de segregação e descarte descritos acima. Ao término do atendimento a equipe do Home Care é responsável pela retirada e transporte desses resíduos do local de atendimento até a unida de do Einstein. Conforme RDC 222/2018, o transporte destes resíduos pode ser feito no próprio veículo utilizado para o atendimento e deve ser realizado em coletores de material resistente, rígido, identificados e com sistema de fechamento dotado de dispositivo de vedação, garantindo a estanqueidade e o não tombamento.

Coleta Interna, Pesagem e Higienização de Carros Coletores

Todos os resíduos caracterizados no PGRSS são monitorados de forma a se obter controle sobre a geração, e dessa forma, os abrigos finais possuem balanças para a pesagem dos resíduos. Os resultados do monitoramento e controle de pesagem são utilizados para a confecção de indicadores institucionais sobre a geração dos RSS do Hospital Albert Einstein.

A higienização dos carros coletores de resíduos deve ocorrer de acordo com o procedimento interno da unida de e o Programa de Infecção Hospitalar.

Armazenamento Interno, Temporário e Externo

O armazenamento temporário visa otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o abrigo final, e pode ser dispensado devido à proximidade do armazenamento externo. Neste local, os resíduos não podem ser dispostos diretamente sobre o piso e os carros coletores devem ser mantidos com a tampa fechada. Quando o armazenamento temporário for feito em local exclusivo, deve ser identificado como: "abrigo temporário de resíduos"

A sala de utilidades ou expurgo pode ser compartilhada, para o armazenamento temporário dos RSS dos Grupos A, E e D. Neste caso, a sala de utilidades ou expurgo deve conter também a identificação com a inscrição **"abrigo temporário de resíduos"** e ter área mínima de seis metros quadrados conforme RDC 50.

O armazenamento externo consiste em local para acondicionamento final dos resíduos em abrigo, até a coleta externa e ser construído em ambiente exclusivo, possuindo no mínimo, um ambiente separado para armazenar resíduos do grupo A e E, outro para o grupo B e outro para o grupo D.

Documentação Exigida para Transporte de RSS

O manifesto de transporte de resíduos (MTR) é um formulário obrigatório para transporte de resíduos perigosos regulamentado pela NBR 13221, que especifica os requisitos para o transporte terrestre de resíduos, de modo a evitar danos tanto ao meio ambiente quanto á saúde pública. O MTR deve conter, no mínimo:

- N° de referência para controle interno;
- Descrição do resíduo transportado conforme orientação do sistema de manifesto eletrônico estadual ou nacional;
- Informações do Gerador (Razão social, endereço, CNPJ, código gerador AMLURB, telefone, e-mail, campo para assinatura e data);
- Informações do transportador (Razão social, endereço, CNPJ, telefone, e-mail, veículo/placa, campo para assinatura e data);
- Informações do destino (Razão social, endereço, CNPJ, telefone, e-mail, campo para assinatura e data).

Para os resíduos perigosos, juntamente com o MTR devem ser anexados: Ficha de emergência e certificado de movimentação de resíduos de interesse ambiental (CADRI).

Para os resíduos não perigosos, é necessário emitir apenas o MTR.

Os MTRs devem ser controlados pelo gerador do resíduo, via sistema eletrônico estadual para manter o histórico e garantir que não haja duplicidade. Para os Estados que não possuem sistema eletrônico de manifestos, deve ser utilizado o sistema nacional SINIR.

Em relação ao município de São Paulo, como os resíduos infectantes e químicos são gerenciados pela Prefeitura e estão isentos de cadastro junto ao sistema eletrônico SIGOR, os manifestos são realizados manualmente e controlados por planilha eletrônica e arquivados pelo período de 5 anos conforme legislação vigente.

Saúde e Segurança do Trabalhador

Ações desenvolvidas para os funcionários da equipe interna da higiene e coleta de resíduos:

- PCMSO (Programa de controle médico de saúde ocupacional)
- Exames admissional, periódico, demissional e complementares;
- Assistência médica de grupo e do trabalho;
- Treinamento das atividades de higiene (limpeza de áreas e coleta de resíduos) e saúde ocupacional;
- Imunização para tétano e hepatite B.

Programas de Capacitação

O programa de capacitação em Gerenciamento de Resíduos tem por objetivo conscientizar os colaboradores quanto ao manejo dos resíduos de serviços de saúde, orientar e padronizar o descarte de forma a garantir a destinação ambientalmente correta dos resíduos, bem como a segurança do colaborador. Estas ações ocorrem conforme o item 10. Periodicidade de Treinamento

7. RESPONSABILIDA DES

A área de Meio Ambiente e Sustentabilidade de é responsável pela atualização deste procedimento, que deve ser cumprido por todos os colaboradores e prestadores de serviço na SBIBAE.

A área de gestão de Facillities é responsável pela gestão operacional deste procedimento nas unidades internas e externas. nas unidades

A responsabilidade legal será o Diretor Superintendente

A responsabilidade de operacional é o supervisor de Facilities

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Descartes incorretos;
- Resíduos perigosos.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Cumprimento dessa política por todas as diretorias, departamentos, gerências, unidades, colaboradores e prestadores de serviço.

10. PERIODICIDADE TREINAMENTO

- Durante a Integração dos funcionários recém-contratados, realizada em conjunto pelos departamentos de Recursos humanos e Ensino;
- Anualmente de forma obrigatória a todos os colaboradores da Instituição, por meio das Trilhas Institucionais;
- Em comitês e reuniões específicas ou quando houver solicitações pontuais.

11. REGISTROS DA QUALIDA DE

- Manifestos de transporte – MTR
- Declaração de movimentação de Resíduos – DMR
- Certificados de destinação

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Geração de Resíduos

13. ANEXOS

Anexo Alphaville

Anexo Alto de Pinheiros

Anexo Atlética

Anexo Anália Franco

Anexo Aeroporto de Guarulhos

Anexo Aeroporto Rio Galeão (Área COVID / Telemedicina)

Anexo Aeroporto Rio Galeão II (NTO)

Anexo Belo Horizonte

Anexo Brasília

Anexo Centro de Ensino e Pesquisa

Anexo Centros Administrativos

Anexo Creches

Anexo Chácara Klabin

Anexo Espaço Einstein: Esporte e Reabilitação (Jockey)

Anexo Faria Lima

Anexo Higienópolis

Anexo Morato

Anexo Ibirapuera

Anexo Jardins

Anexo MBA Paulista

Anexo Mogi

Anexo Morumbi

Anexo NTO

Anexo Osasco

Anexo Paraisópolis

Anexo Perdizes

Anexo Parque da Cida de

Anexo Parque Ibirapuera

Anexo Paulista

Anexo Porto Alegre Anexo Recife

Anexo Rio de Janeiro

Anexo Santana

Anexo Santos

Anexo São José dos Campos

Anexo Vila Mariana

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução Da Diretoria Colegiada - RDC Anvisa Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe Sobre O Regulamento Técnico Para Planejamento, Programação, Elaboração E Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;

Resolução Conama Nº 358/2005. Dispõe Sobre O Tratamento E A Disposição Final Dos Resíduos de Serviços de Saúde E Dá Outras Providências;

Lei Estadual Nº 12.300 de 16 de março de 2006 – Estado de São Paulo. Institui A Política Estadual de Resíduos Sólidos E define Princípios E Diretrizes;

Portaria CVS N º 21/2008. Estabelece Critérios Técnicos de Segurança Para O Gerenciamento de Resíduos Perigosos de Medicamentos Em Serviços de Saúde, Tendo Em Vista A Saúde Dos Trabalhadores, Dos Usuários Dos Serviços de Saúde E Da População Em Geral.

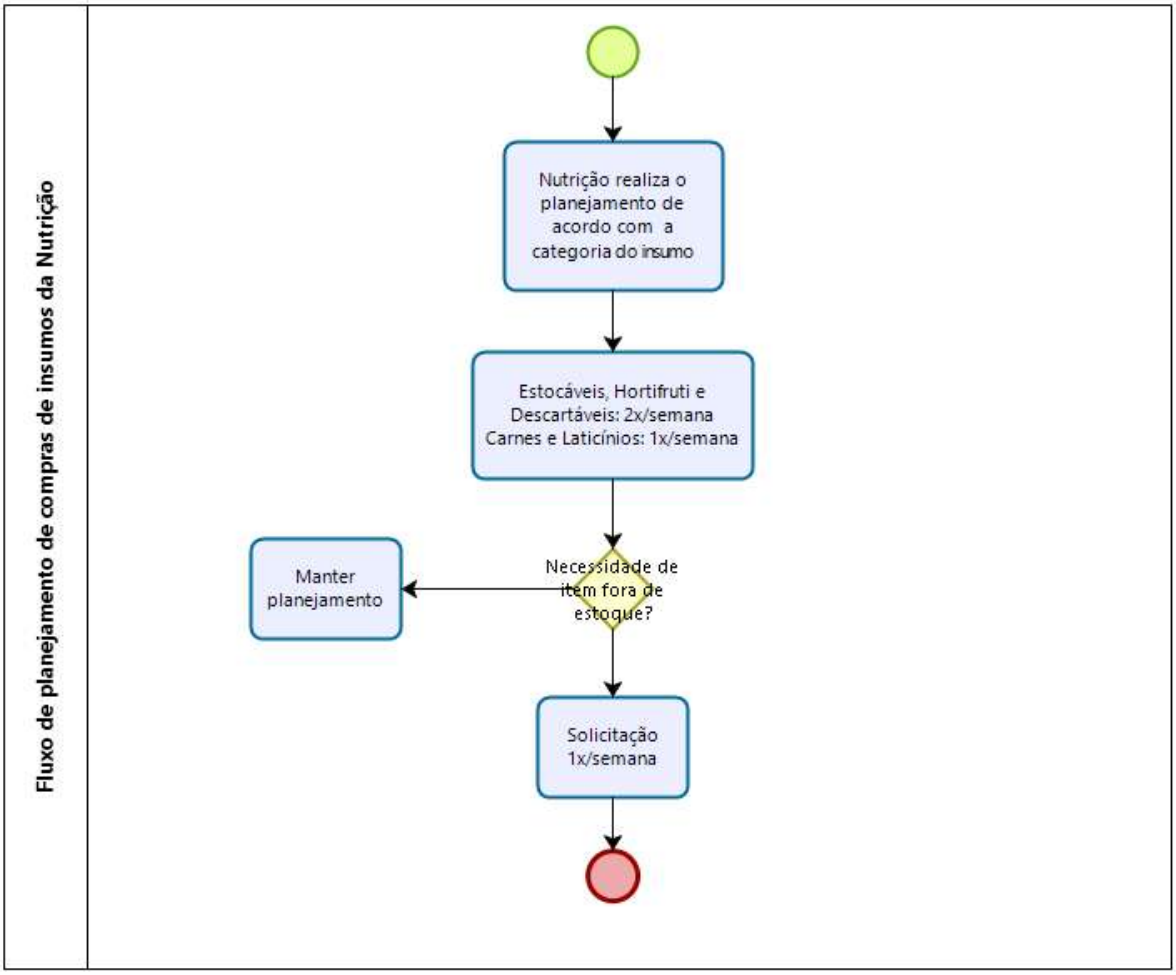
Lei Federal Nº 12.305, de 02 de agosto de 2010. Dispõe Sobre A Política Nacional de Resíduos Sólidos;

Resolução Da Diretoria Colegiada – RDC Anvisa Nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta As Boas Práticas de Gerenciamento Dos Resíduos de Serviços de Saúde E Dá Outras Providências;

Resolução Da Diretoria Colegiada – RDC Anvisa Nº 56, de 06 de agosto de 2008. Dispõe Sobre O Regulamento Técnico de Boas Práticas Sanitárias No Gerenciamento de Resíduos Sólidos Nas Áreas de Portos, Aeroportos, Passagens de Fronteiras E Recintos Alfandegados.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Gerenciamento de resíduos de terceiros
- Controle de Pragas Urbanas
- Descarte de Resíduos de Serviços de Saúde


Fluxo de planejamento de compras de insumos da Nutrição
Nutrição realiza o planejamento de acordo com a categoria do insumo
Estocáveis, Hortifruti e Descartáveis: 2x/semana
Carnes e Laticínios: 1x/semana
Necessidade de item fora de estoque?
Manter planejamento
Solicitação 1x/semana

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE COMPRAS DE SERVIÇOS E MATERIAIS

1. INTRODUÇÃO

Os processos de compras são críticos para a manutenção e sucesso das organizações. Decisões relacionadas ao que deve ou não ser adquirido, qual o momento adequado para uma aquisição e as condições negociadas são fundamentais para uma gestão eficiente das demandas e dos custos, bem como para o atingimento de objetivos da Sociedade.

Esta Política estabelece os princípios que devem ser observadas nos processos de aquisição de bens e serviços pela Sociedade.

A presente Política está alinhada com os objetivos estratégicos de sustentabilidade da SBIBAE, dentre os quais o seu Plano Diretor de Sustentabilidade, os compromissos públicos relacionados à contenção e adaptação à emergência climática e o desenvolvimento de sua cadeia de fornecimento, sob a ótica do ciclo de vida de produtos e serviços necessários ao desempenho de suas atribuições.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas à Gestão de Compras. Quando não houver nesta Política exemplo explicito para orientar a conduta a ser seguida, a decisão deve ser norteada pelos seguintes princípios:

- **Austeridade**: deve-se prezar pela eficiência e uso adequado de recursos, evitando desperdícios, futilidade e excesso no uso de bens, equipamentos, recursos naturais e na contratação e consumo de produtos e serviços.
- **Centralização de Compras**: as aquisições devem ser realizadas primordialmente de forma centralizada pela Diretoria de Suprimentos e Logística. Os casos em que é dispensado o envolvimento da Diretoria de Suprimentos e Logística estão explicitamente descritos no Procedimento de Abertura de Requisição.
- **Concorrência Leal**: todas as ofertas e formas de fornecimento seguirão critérios legais, éticos e justos, sendo inaceitáveis quaisquer condutas que envolvam acordos, beneficiamentos, conflitos de interesse e outras formas de violação à igualdade de tratamento entre os fornecedores.
- **Desenvolvimento sustentável na cadeia de fornecimento**: adoção de critérios de sustentabilidade, considerando as dimensões econômicas, ambiental, social e governança.

- **Imparcialidade**: as decisões de compras serão fundamentadas em critérios técnicos e isentas de quaisquer interesses ou benefícios pessoais ou individuais, sejam eles financeiros ou de outra natureza.
- **Livre Concorrência**: devem ser dadas oportunidades comerciais isonômicas a fornecedores capacitados, como forma de promover melhores preços, maior eficiência e qualidade no fornecimento.
- **Transparência**: todas as transações serão conduzidas de forma transparente, ou seja, as informações necessárias para demonstração de lisura nos processos de aquisição devem estar disponíveis para os fornecedores e o público em geral, a menos que exista razões legais, comerciais ou de outra natureza que recomendem o contrário.

3. OBJETIVO

Esta Política tem por objetivo estabelecer as regras para a aquisição de materiais, medicamentos, equipamentos e outros bens e serviços da Sociedade ou em seu nome, a fim de garantir eficiência na utilização dos recursos, bem como transparência e segurança nas transações, assim como propagar na cadeia de fornecimento relacionamentos pautados na responsabilidade, sustentabilidade e inovação, na busca por soluções e práticas sustentáveis para o setor de saúde.

4. DEFINIÇÕES

- **Acordo Comercial**: são acordos realizados entre a Sociedade e os fornecedores para definir previamente os valores, prazos e outras condições de aquisição de produtos e serviços.
- **Compra Avulsa**: é a aquisição de um determinado bem ou serviço de forma isolada e esporádica.
- **Compras Centralizadas**: são as aquisições executadas pela Diretoria de Suprimentos e Logística.
- **Compras Descentralizadas**: são as aquisições realizadas pela própria área demandante.
- **Compras Emergenciais**: são as aquisições necessárias e urgentes que visam atender a situações que envolvam riscos à continuidade das atividades, à segurança de pessoas e pacientes, ou ocasionar prejuízo relevante, caso não sejam realizadas imediatamente.
- **Compras Recorrentes**: é a aquisição de bens ou serviços que ocorrem continuamente.

- **Cadeia de Fornecimento**: conjunto de organizações, pessoas, atividades, informações e recursos envolvidos nas atividades de produção, armazenamento e transporte de produtos e serviços.
- **Critérios de Sustentabilidade**: características atribuíveis a produtos e serviços com o objetivo de minimizar impactos ambientais negativos, maximizar impactos sociais positivos e obter o melhor custo- benefício ao longo do ciclo de vida dos produtos ou serviços, tais como: economia de água, eficiência energética, redução de emissões de gases de efeito estufa e poluentes, redução de toxicidade, valorização de políticas sociais, atendimento a princípios de equidade e justiça social, dentre outros.
- **Compras Sustentáveis**: aquisições de bens ou contratação de serviços que consideram critérios e requisitos voltados à minimização de impactos ambientais negativos, à maximização de impactos sociais positivos e à obtenção do melhor custo-benefício, com base no ciclo de vida do produto ou serviço.
- **Due Diligence**: levantamento e análise de informações sobre uma empresa e seus sócios, com o propósito de identificar riscos de imagem, financeiros, legais ou operacionais à Sociedade, decorrentes da relação com o fornecedor.
- **Fornecedor local**: são fornecedores que estão localizados no entorno de até 150km das nossas unidades, que possuem capital social 100% nacional, que oferecem produtos e serviços categorizados como indiretos e com classificação de porte Microempresa (ME) ou Empresa de Pequeno Porte (EPP), segundo a receita federal brasileira.
- **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)**: conjunto de 17 objetivos e 169 metas que integram a agenda global adotada durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável em 2015, a serem atingidos até 2030.
- **Partes Associadas**: organizações de que os membros da Mesa Diretora e da Diretoria Eleita, incluindo seus Assessores, da Diretoria Executiva e o Diretor Geral, além dos membros próximos de sua família, participem como sócios, acionistas, conselheiros ou executivos, com influência ou poder de decisão.
- **Partes Relacionadas**: Os membros da Mesa Diretora e da Diretoria Eleita, bem como os membros próximos de sua família, as organizações de que participem como sócios ou acionistas controladores e as organizações nas quais a Sociedade mantém investimento e possui influência significativa, representada pela detenção de 20% ou mais do poder de voto.
- **Partes Vinculadas**: as organizações com as quais os colaboradores e médicos do corpo clínico aberto, além dos membros próximos de suas famílias, possuam vínculos, ou seja, relacionamento formal, normalmente suportado por contrato.
- **Pedido de Compra**: é um documento que formaliza um processo de aquisição previamente negociado.

- **Requisição de Compras**: registro sistêmico, realizado pela área requisitante, que indica à área de Compras a necessidade de adquirir um produto ou serviço.
- **Single Sourcing (Fornecedor Único)** – Ocorre quando um fornecedor é exclusivo para a aquisição do bem ou serviço, ou seja, é um fornecedor de notório saber, alto grau de especialidade ou não há outro no mercado.
- **SLA**: sigla para *Service Level Agreemen*t (em português Acordo de Nível de Serviço), que define critérios qualitativos e quantitativos formalizados no ato da contratação para mensuração da qualidade do serviço prestado pelo fornecedor.
- **Sustentabilidade**: estado do sistema global, incluindo aspectos ambientais, sociais e econômicos, em que as necessidades do presente são atendidas sem comprometer a capacidade das gerações futuras satisfazerem as suas próprias necessidades. (Ref.: ABNT NBR ISO 20400).
- **Termos e Condições Gerais de Fornecimento**: as condições padrão e gerais para o fornecimento em qualquer modalidade de compra.
- **Validação Técnica**: processo de avaliação obrigatória, a ser executado pela área requisitante na aquisição de bens ou serviços.

5. APLICABILIDADE

Esta Política de Compras aplica-se a todas as unidades públicas e privadas administradas pela SBIBAE, devendo ser observada por todos os colaboradores e, em especial, por aqueles que realizam aquisições e contratações em nome da Sociedade ou que participem direta ou indiretamente do processo de compras. Além desta Política de Compras, as unidades públicas geridas pelo Einstein devem observar ainda as regras dos contratos com o ente público. Sem prejuízo destas limitações, os princípios norteadores e o espírito das regras desta Política devem ser considerados nesses processos.

6. DESCRIÇÃO

O processo de compras, incluindo a pesquisa de mercado e negociação de preços é realizado primordialmente através de concorrência, é de responsabilidade da Diretoria de Suprimentos e Logística e deve ser realizado por colaboradores autorizados, em conformidade com os princípios descritos nesta Política. Aquisições com Partes Relacionadas, Associadas ou Vinculadas devem ser realizadas pelas equipes das Diretorias de Suprimentos e Logística, independentemente do valor da aquisição respeitando a livre concorrência e o processo de equalização da proposta comercial.

Requisição de Compras

Quando é identificada uma necessidade de aquisição, inicia-se um processo de compras, com a criação de uma Requisição de Compras pelos requisitantes de compras de cada área solicitante. Todos os Requisitantes e aprovadores devem ter conhecimento do processo de compras da Sociedade através de treinamento obrigatório oferecido pela Diretoria de Suprimentos e Logística

Planejamento de Compras

Durante o processo de aquisição, deve-se buscar oportunidades e redução de custos por meio de planejamento da demanda e de ganhos de escala e sinergia entre as áreas internas, além da busca por aproveitamento de empresas da base ativa de fornecedores já avaliados, homologados e habilitados para o fornecimento.

Empresas bloqueadas no Cadastro de Fornecedores ficam proibidas de fornecer à Sociedade, conforme premissas constantes no "Procedimento de Cadastro, Homologação e Avaliação dos Fornecedores

Planejamento Orçamentário

Para iniciar qualquer etapa do processo de aquisição é necessário que as áreas tenham orçamento aprovado para a sua realização.

Gestão de Fornecedores

Seleção, Homologação e Cadastro de fornecedores

O processo de identificação e escolha de fornecedores deve ser isento e transparente. O fornecedor deve comprometer-se com os padrões de qualidade e boas práticas descritas no Manual do Fornecedor.

Visando prevenir conflitos de interesse, o relacionamento com as empresas fornecedoras deve acontecer sempre no âmbito institucional, através de encontros, reuniões ou contatos formais, devendo ser evitados relacionamentos de amizade ou conversas sobre negociações comerciais em encontros individuais, informais ou fora do ambiente de trabalho.

Avaliação de fornecedores

A Sociedade tem como objetivo permanente a otimização de sua base de fornecedores, mantendo ativos apenas aqueles que atendam a requerimentos comerciais, técnicos, de qualidade e sustentabilidade previamente estabelecidos e que estejam em conformidade com o Manual do Fornecedor

Bloqueio e Desbloqueio de Fornecedores

O processo de bloqueio do fornecedor permite que a Sociedade proteja suas interações comerciais contra riscos relacionados a potenciais não conformidades de fornecedores ou com quem ela se relaciona ou tem a intenção de se relacionar.

Concorrência, Negociação e Contratação

Concorrência

O processo de cotação visa identificar a melhor opção de fornecimento para suprir as demandas da Sociedade, levando em conta o custo-benefício das opções oferecidas pelo mercado e o princípio da livre concorrência, que estimula o aprimoramento e desenvolvimento de novas e melhores soluções.

Os processos de concorrência devem oferecer condições de igual oportunidade de fornecimento para 3 ou mais fornecedores, sem relação entre si. Para tal é necessário a obtenção de 3 ou mais propostas ou declínio formal dos fornecedores convocados. Após a recepção das propostas, o processo de equalização deve ser realizado por equipe especializada e considerar a avaliação dos requisitos técnicos, organizacionais, de *compliance*, econômico-financeiros e socioambientais.

Excepcionalmente, nos casos em que não for possível executar a concorrência por se tratar de fornecedor exclusivo, ou seja, com alto grau de especialidade ou único na oferta do bem ou serviço, cabe à área contratante apresentar justificativa, por meio do preenchimento do Formulário de *Single Sourcing*, para aprovação da respectiva diretoria.

O *Single Sourcing* não é necessário nas situações abaixo descritas:

- aquisições que possuam carta de exclusividade
- aquisições que não possuam similar no mercado,
- aquisições que possuam recomendação via câmara/comitê técnico multidisciplinar;
- itens utilizados para manutenção ou consumo de um determinado equipamento já existente na Sociedade;

Compras Emergenciais

No caso da necessidade de compras emergenciais será necessária a justificativa detalhada na própria requisição de compras, descrevendo que a situação que está sendo caracterizada como tal, os riscos associados à continuidade das atividades, à segurança de pessoas ou prejuízos relevantes, bem como aprovação da Diretoria. Neste caso, fica dispensada a necessidade de mais de uma cotação.

Em casos de calamidade pública declarada, circunstâncias especiais ou emergenciais é permitida a contratação de serviços e produtos sem concorrência, desde que para produtos de saúde seja garantida a existência de aprovação em ao menos uma das três agências reguladoras: Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, FDA - *Food and Drug Administration* ou CE – Comissão Europeia e comunicadas dentro do prazo de 48 (quarenta e oito) horas aos órgãos de Governança.

Negociação e Contratação

A formalização das condições contratadas, deve ser realizada pela Diretoria de Suprimentos e Logística através de contrato, programa de remessa, catálogo de aquisição de bens/serviços ou pedido avulso, conforme detalhamento abaixo:

Programa de Remessa: aplicável para a compra de itens estocáveis, quando não há formalização em contrato. As condições comerciais são formalizadas via Acordo Comercial.

Catálogo de Aquisição: aplicável para a compra de itens não estocáveis, quando não há formalização em contrato. As condições comerciais são formalizadas via Acordo Comercial.

Pedido Avulso: são utilizados para os itens não estocáveis e não homologados na instituição.

Contrato: instrumento que formaliza direitos e obrigações entre as partes.

Quando um contrato expira, existe a oportunidade de reavaliar o mercado e decidir pela sua continuidade ou substituição de um fornecedor. Um novo processo de concorrência pode ser realizado sempre que um contrato expira e é mandatório que a área de Compras julgue a necessidade antes desse momento ou ao final do terceiro ano.

Contratações envolvendo empresas Partes Relacionadas e Associadas serão submetidas previamente à avaliação e deliberação do Comitê de Conflitos de Interesses na Governança Corporativa, conforme estabelecido pela Política Institucional de Prevenção e Controle de Potenciais Conflitos de Interesses na Governança Corporativa.

Compras Sustentáveis

A SBIBAE valoriza e promove ações de engajamento da cadeia de fornecimento, que visa promover compras sustentáveis, em quatro dimensões: direitos humanos, condições de trabalho, meio ambiente e combate à corrupção.

Confidencialidade

Contratações em que dados pessoais precisam ser compartilhados entre parceiros de negócios devem prever obrigações e responsabilidades em atendimento à Lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD) e serem previamente aprovadas pela Diretoria Jurídica.

7. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

- Lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD)

8. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética.
- Manual do Fornecedor Einstein.
- Manual de Compras Sustentáveis

- Termos e Condições Gerais de Fornecimento.
- Política Institucional de Prevenção a Corrupção.
- Política Institucional de Prevenção e Controle de Potenciais Conflitos de Interesses.
- Política Institucional de Prevenção e Controle de Potenciais Conflitos de Interesses na Governança Corporativa.
- Procedimento de Cadastro, Homologação e Avaliação de Fornecedores.

Critérios de Admissão, Alta e Transferência UTI Adulto – HUGO

1. INTRODUÇÃO

Estabelecer critérios de admissão, alta e transferência da UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO.

2. OBJETIVO

Definir os critérios de admissão, alta e transferência de pacientes adultos nos serviços que compõem a UTIA HUGO.

3. DEFINIÇÕES

De acordo com a Resolução do CFM 2272/2020, Unidade de Terapia Intensiva é o ambiente hospitalar organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançados para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica.

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.

4. CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Pacientes com necessidade de UTI maior que 18 anos, ou maiores que 15 anos, se definido pelas normas da instituição, com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando de assistência contínua

Como regra geral, paciente com diretiva antecipada de não internação na UTI não deverá ser internado na UTI.

4.1. Critérios de transferência para a UTI

- ✓ Instabilidade clínica, hemodinâmica e respiratória;
- ✓ Alteração do estado neurológico ou rebaixamento do nível de consciência (GCS < 10);
- ✓ Necessidade de acompanhamento de exames laboratoriais cujas alterações levem a risco de óbitos;
- ✓ Pós-operatórios de médio e alto risco;
- ✓ Dependência da VNI por mais de 2 horas por período;
- ✓ Indicação de suporte ventilatório invasivo.

Pacientes em cuidados paliativos ou casos considerados terminais deverão ter clara documentação em prontuário do planejamento do tratamento paliativo, das especificações quanto à limitação de tratamentos dentro da unidade.
Pacientes que não mais preencherem os critérios acima deverão ser transferidos para as unidades de internação da clínica médica e maternidade.

4.2 Admissão e Continuidade da Assistência na UTI A:

Tendo sido estabelecido os critérios de internação na UTI A o médico responsável pela recepção do paciente deverá receber/ obter as seguintes informações:

- ✓ Profissionais que já prestam serviços ao paciente.
- ✓ Equipamentos, medicamentos e estrutura de suporte vital o paciente fará uso ou poderá vir a necessitar nas próximas horas.
- ✓ Condição clínica atual, sua história pregressa e seus antecedentes, incluindo medicamentos em uso para que sejam reconciliados.
- ✓ Existência de condições excepcionais: alergias, idiossincrasias, particularidades e decisões que limitem a atuação médica.
- ✓ Processos administrativos, diagnósticos e terapêuticos que estão em curso e quais necessitam ser deflagrados ou interrompidos.

Durante a permanência do paciente na UTI diversos processos garantem a continuidade de sua assistência:

- ✓ Avaliação rotineira sistematizada e registro em prontuário de todas as equipes que prestam o atendimento nessa unidade;
- ✓ Passagem de plantão entre os médicos intensivistas;
- ✓ Conferência médica com os profissionais assistentes;
- ✓ Acompanhamento horizontal por parte dos médicos intensivistas diaristas (UTI);
- ✓ Visita diária da equipe multiprofissional (realização de check list de segurança);
- ✓ Envolvimento da família com informações atualizadas.

4.2.1 Situações especiais de admissão:

Quando não houver leitos disponíveis para pacientes com critérios de admissão na UTI todos os recursos necessários serão garantidos a estes pacientes, que serão alocados nas áreas de contingência para estas situações.

4.3. Critérios de transferência e alta das unidades da UTI

Os pacientes que não atenderem aos critérios de internação na UTI A, deverão ser transferidos para as outras áreas de assistência neste hospital para continuidade do tratamento de acordo

com os critérios de admissão das respectivas áreas ou receber alta hospitalar. As transferências e altas são determinadas pelo médico da equipe e pelo intensivista/diarista em conjunto com as demais equipes que assistem o paciente. A alta hospitalar deve ser realizada pelo médico da equipe e pelo médico intensivista.

Por ocasião da alta ou transferência do paciente, os seguintes processos são acionados:

✓ Avaliação clínica das condições de alta com o devido registro no prontuário.

✓ Avaliação de enfermagem e das demais disciplinas envolvidas na assistência para a previsão de recursos e outras necessidades na transferência interna ou externa do paciente que garantam a continuidade de sua assistência.

✓ Em caso de transferência entre unidades, deverá haver comunicação entre as equipes que ficarão responsáveis pelo atendimento para a passagem de plantão médico, de enfermagem e de fisioterapia e preenchimento do impresso de passagem de plantão entre áreas.

✓ Em caso de transferência para outras instituições, o médico da UTI deverá passar as informações para o médico do transporte e para aquele que receberá o paciente na outra instituição, encaminhar um relatório escrito sobre o histórico da internação, redigir o resumo de alta e deixar tudo registrado em prontuário.

✓

4.3.1 Situações especiais de alta e transferência

Uma situação de contingência ocorre quando pacientes com indicação de internação na UTI, aguardam em outros setores devido falta de vagas para serem admitidos na unidade de terapia intensiva. Trata-se de uma situação grave pelo potencial de ocorrer atraso ou inadequação do tratamento proposto, o que gera grande insegurança para os pacientes, seus familiares e para a equipe que os assiste.

Portanto, em situações de contingência, para que possamos garantir a segurança dos pacientes que necessitam de cuidados na UTI a Coordenação Médica da UTI ou seus Representantes (Diarista) poderão dar alta ou transferir àqueles pacientes internados na UTI que não mais preenchem os critérios de permanência naquelas unidades ou que possuam em suas avaliações objetivas menor complexidade respectivamente para as alas de internação e Unidades de Recuperação anestésica do Centro Cirúrgico.

4.4 Responsabilidades na transferência de pacientes entre área

<u>UTI – IMAGEM</u>

Encaminhamento do paciente – enfermagem, fisioterapia e médico da unidade de terapia intensiva adulto conforme documentação institucional.

<u>UTI - Bloco Cirúrgico</u>

Encaminhamento do paciente - enfermagem unidade de terapia intensiva adulto e intensivista.

UTI A – Unidade de Internação.

Encaminhamento do paciente - enfermagem unidade de terapia intensiva adulto.

UTI A – MORGUE.

Encaminhamento do corpo - enfermagem unidade de terapia intensiva adulto.

UTI A - outra Instituição Hospitalar.

Encaminhamento do paciente - médico e enfermagem do serviço de remoção responsável pela transferência e/ou médico responsável pela solicitação da transferência, considerando que tenha sido feito acordo prévio com a família e desde que atenda as todas as necessidades de recursos exigidas pela condição clínica do paciente.

5. RESPONSABILIDADES

Unidade de terapia intensiva adulto.

6. CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.271/2020.

7. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

PREENCHIMENTO DE SAPS3

TAXA DE MORTALIDADE

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA

REINTERNAÇÃO EM 48 HORAS

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

GIRO DE LEITO

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.271/2020

9. DOCUMENTOS RELACIONADOS

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.271/2020

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO, ALTA E TRANSFERÊNCIA: UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA, NEUROLOGIA E CIRÚRGICA

1. INTRODUÇÃO

Este documento estabelece os critérios de admissão, alta e transferência para a Clínica Médica Cirúrgica - CMC.

2. OBJETIVO

Definir os critérios de admissão, alta e transferência, de pacientes adultos internados na CMC do hospital.

Garantir a segurança na assistência dos pacientes internados e a utilização de recursos disponíveis no serviço de forma custo efetiva e compatíveis com a necessidade destes pacientes.

3. DEFINIÇÕES

As unidades que compõem a área de Clínica Médica Cirúrgica estão localizadas no segundo, terceiro e quarto andares e compõe os leitos de internação de pacientes clínicos e cirúrgicos.

4. CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Política aplicável para todos os pacientes adultos admitidos para assistência clínica ou cirúrgica que requerem cuidados/medidas clínicas que somente podem ser prestadas em ambiente hospitalar.

5. RESPONSABILIDADES

A decisão de internar o paciente nas diferentes unidades de CMC é de responsabilidade médica, respeitando os critérios de admissão e alocação compatíveis com os recursos da unidade de destino. Cabe à equipe de enfermagem das unidades verificar se, por ocasião da admissão, o paciente de fato se mantém dentro destes critérios, e atuar como barreira para eventuais alocações inadequadas que possam comprometer a segurança do paciente.

5.1 INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

✓ Os pacientes admitidos na CMC serão aqueles que apresentam quadro clínico controlado para o ambiente, sem uso de drogas vasoativas ou de suporte que indiquem necessidade de cuidados que seriam compatíveis com de unidades de Terapia Intensiva, e que, portanto, requerem monitorização/ vigilância compatíveis com as rotinas da área.

✓ Define-se como quadro clínico controlado para o ambiente de CMC as situações em que o paciente apresenta diagnóstico e sinais vitais que permitam sua permanência neste ambiente com segurança, sem necessidade de cuidados intensivos. Esta definição é de reponsabilidade do médico e deverá levar em consideração, por exemplo, as diretrizes de cuidados paliativos, de uso de ventilação não invasiva e de telemetria nas unidades de CMC.

✓ Para admissão na CMC é necessário apresentar os seguintes critérios:

- Pacientes que necessitem de cuidados por equipe multiprofissional, e controles de sinais vitais a cada 6 horas, em ao menos uma das condições abaixo:
- Pacientes agudamente doentes em processo de investigação ou em exacerbação da doença crônica, que necessitem de intervenção rápida, realizar exames e acompanhamento médico e de enfermagem;
- Pacientes em pré ou pós-operatórios eletivos ou de urgência que necessitem de estadia noturna ou em regime de internação~~;~~
- Pacientes transferidos da UTI, ou provenientes de outras unidades de saúde externas ao hospital (UPAs, outros Hospitais etc.), que estejam extubados e compensados hemodinamicamente e/ou com quadro clínico compensado para ambiente de enfermaria, para continuidade de cuidados e preparo para a alta;
- Pacientes que necessitam de hidratação, medicação endovenosa com controle de gotejamento;
- Pacientes que necessitam de controle da dor ou controle glicêmico em regime de internação e sem necessidade de infusão contínua, salvo caso de pacientes paliativos;
- Pacientes que utilizam ventilação não invasiva (VNI) para apneia do sono com utilização intermitente e em condições clínicas estáveis e com duração inferior a 2 horas por período;
- Pacientes que necessitem de medidas de precaução e isolamento;
- Pacientes em controle de dor ou para sedação paliativa, para paciente em estado terminal de doença grave ou incurável, preconizada pelo Protocolo Institucional.

✓ Como regra geral, pacientes que não preencherem os critérios acima não deverão ser admitidos, e a atenção recomendada poderá ser ambulatorial ou domiciliar.

✓ Quando da impossibilidade de alocar o paciente em leito da especialidade indicada, temporariamente, este poderá ser alocado em algum outro leito disponível, para possibilitar o início do processo assistencial.

Exceções a essas regras somente se justificarão em situações de contingência por hiperlotação, desde que todos os recursos compatíveis com a complexidade do cuidado e as necessidades do paciente estejam disponíveis.

6. Critérios de exclusão para admissão na Unidade de Clínica Médica Cirúrgica e de Transferência para Unidades de Terapia Intensiva:

✓ Pacientes que necessitem de cuidados multiprofissionais ou monitorização contínua e registros de sinais vitais em intervalo inferior a 6h;
✓ Pacientes com instabilidade hemodinâmica que se beneficiam de uso de drogas vasoativas ou qualquer outra forma de suporte cardiovascular invasivo;
✓ Pacientes com arritmias cardíacas agudas (taqui ou bradiarritmias) com repercussão hemodinâmica ou risco de instabilidade e/ou necessidade de monitorização;
✓ Pacientes com AVC agudo, em intervalo inferior a 24h, isquêmico com exame neurológico instável ou NIHSS>10 ou hemorrágico. Casos de HSA com Hunt-Hess >2 ou Fisher 3 ou 4;
✓ Pacientes com Escore na Escala de Glasgow < 10, de qualquer etiologia, exceto pacientes em cuidados paliativos ou outras situações que possam caracterizar pacientes com quadro clínico estável para enfermaria;
✓ Pacientes em estado convulsivo ou não convulsivo intubados ou com risco de intubação e pacientes com infecções do SNC que não estejam estabilizadas;
✓ Pacientes com sinais clínicos ou por imagem de HIC, com ou sem alteração do nível de consciência;
✓ Pacientes com Insuficiência respiratória que se beneficiam de ventilação invasiva;
✓ Pacientes com necessidade de suporte ventilatório não invasivo quando houver dependência de VNI;
✓ Pacientes com instabilidade hemodinâmica ou choque, taquicardia ou sinais de má perfusão orgânica ou periférica, com ou sem necessidade de droga vasopressora desde que não se enquadrem no perfil de pacientes com quadro clínico controlado para o ambiente de enfermaria.
✓ Paciente com necessidade e que se beneficiem de suporte ou monitorização hemodinâmica invasiva;
✓ Pacientes em pós-operatório imediato de cirurgias de grande porte como transplantes, cardiovasculares ou neurológicas, ou em pacientes de alto risco (co-morbidades múltiplas);
✓ Pacientes em urgências e emergências dialíticas que se beneficiem de terapia de substituição renal;

✓ Pacientes em Sepse grave ou choque séptico que se beneficiem de tratamento em unidades de terapia intensiva;

✓ Necessidade de controle glicêmico em intervalo inferior a 3 horas ou insulina IV contínua;

✓ Internação cujo motivo seja exclusivamente acompanhamento de doença psiquiátrica;

✓ Pacientes com ideação suicida persistente;

✓ Pacientes psicóticos com potencial ou agitação psicomotora agressiva;

✓ Pacientes com potássio menor que 2.5mEq/L com risco grande arritmias cardíacas, estado definido pelo médico;

✓ Pacientes que necessitem receber medicamentos de uso restrito, conforme orientado no Manual Farmacêutico institucional, que necessitam de monitorização contínua de um ou mais parâmetros fisiológicos devido a efeitos colaterais que devem ser detectados prontamente por profissionais treinados e em unidades devidamente equipadas, para não causar danos. Exceções: Fentanila pela via transdérmica ou em PCA e Morfina em PCA ou em doses preconizadas pelo Protocolo institucional de controle da Dor ou para sedação paliativa.

✓ Referente à administração de benzodiazepínicos pela via endovensa (EV), não é recomendada a administração deste medicamento na CMC em pacientes de alto risco, uma vez que a unidade não dispõe de recursos necessários para o monitoramento contínuo destes pacientes. Define-se alto risco para a administração deste medicamento: idade superior a 65 anos, presença de insuficiências renal, hepática ou cardíaca severas e uso em associação com outras drogas depressoras do Sistema Nervoso Central. Exceções: administração de sedação paliativa.

✓ Não é permitida, na CMC, a cardioversão química de arritmias supraventriculares, exceto para as situações que caracterizem urgência/emergência como em situações de atendimentos de códigos.

✓ A permanência dos pacientes traqueostomizados, com alterações congnitivas ou com comprometimento motor, sem acompanhante 24 horas, será mediante avaliação multiprofissional.

7. Critérios de Alta Hospitalar

Alta médica é indicada quando não houver mais benefício e necessidade de investigação, reabilitação, paliação e/ou tratamento em regime de internação hospitalar.

Não é permitida a manutenção de pacientes em regime de internação quando cessam as justificativas para essa permanência, seja por motivos sociais ou econômicos. O hospital poderá, nessa ocasião, interceder na avaliação do caso junto ao médico com a finalidade de reverter a internação.

Pressupõe-se preparo e planejamento para alta hospitalar com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado.

Os pacientes poderão receber alta hospitalar caso não apresentem quaisquer das seguintes condições por ocasião da alta hospitalar:

- ✓ Febre nas últimas 24 horas;
- ✓ Pressão arterial sistólica < ou = 90 mmHg, **estabelecida agudamente**;
- ✓ Frequência cardíaca > ou =120 batimentos/min;
- ✓ Impedimento de alimentação por via oral ou enteral;

O médico deverá justificar no prontuário caso a alta seja prescrita na vigência de alguma condição acima.

8. Critérios de Transferência

- ✓ Os descritos para a Unidade de Terapia Intensiva no item 6;
- ✓ Poderá ser transferido o paciente para outros hospitais no caso de impossibilidade de recursos terapêuticos no hospital de origem, respeitando o sistema de regulação municipal/estadual;
- ✓ Poderá ser transferido por demanda familiar com leito já cedido em outra instituição de saúde, sendo essa procura responsabilidade da família, desde que essa tenha possibilidade de continuidade do tratamento instituído.

9. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

- ✓ Giro de leito
- ✓ Infecções relacionadas à assistência à saúde
- ✓ Taxa de Mortalidade
- ✓ Tempo Médio de Permanência

MANUAL OPERACIONAL EXAMES: ENDOSCOPIA, COLONOSCOPIA, SIGMOIDOSCOPIA

Este manual descreve as atividades, responsabilidades e recursos adotados na unidade que realiza exames de endoscopia, colonoscopia e sigmoidoscopia.

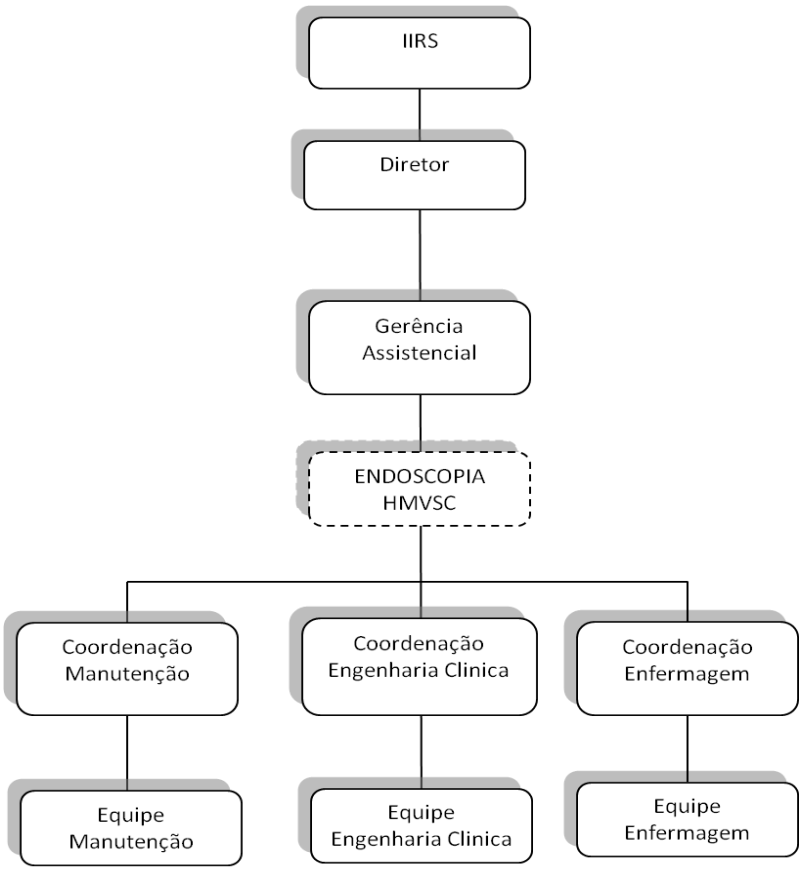
Localizado no andar térreo , sala de exame, recuperação pós anestésica com um leito.

Os exames de EDA ,colonoscopias são realizados diariamente durante o dia. O agendamento dos exames é realizado via central de agendamento.

1. CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Resolução RDC 6 Ministério da Saúde: Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais.

2. ORGANOGRAMA



3. DIMENSIONAMENTO DO SETOR

RECURSOS HUMANOS:

Cargo / Categoria Profissional	Número de Profissionais
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	**01**
COORDENANDOR MEDICO	**01**
ENFERMEIROS	**01**
TECNICOS DE ENFERMAGEM	**01**
MEDICO ENDOSCOPISTA	**01**
ANESTESISTAS	**DIMENSIONADA CONFORME DEMANDA**

ESTRUTURA FÍSICA:

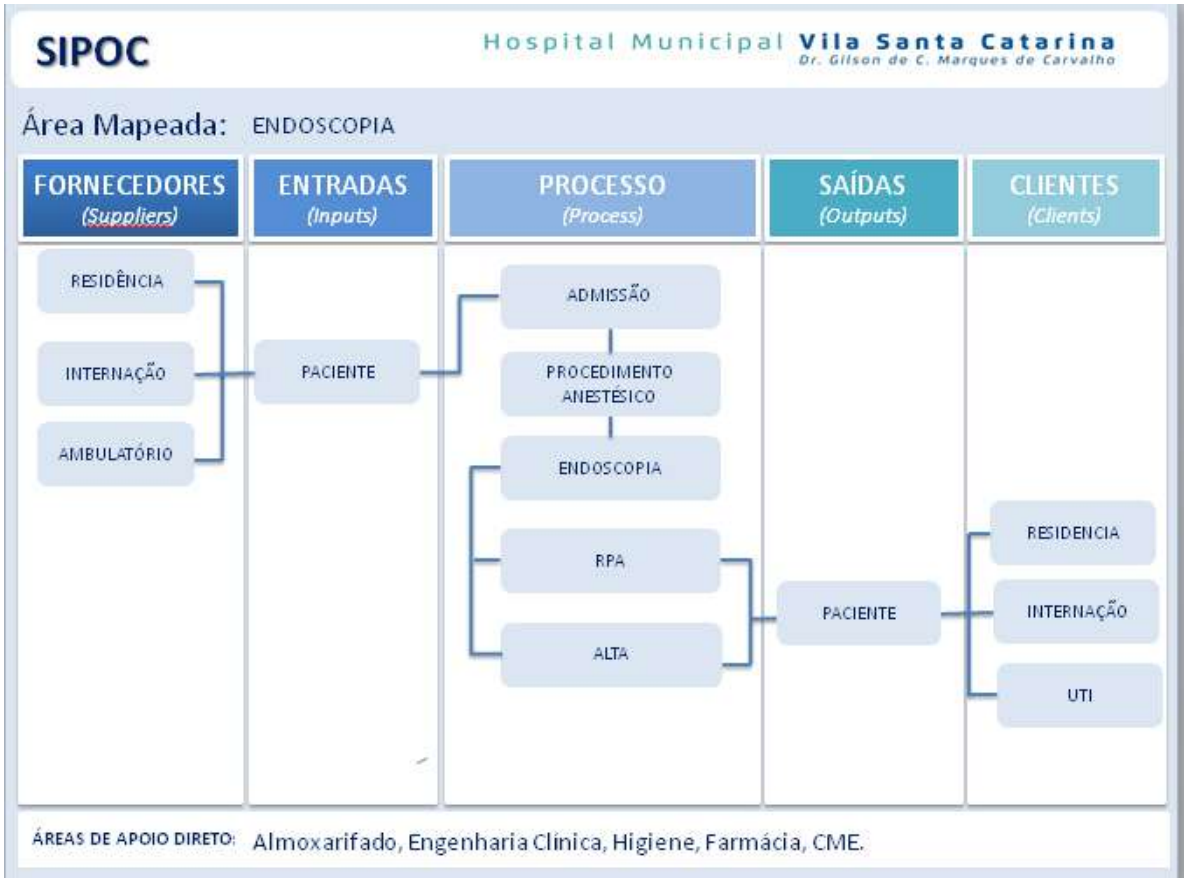
Localizada no térreo;

01 sala de exames, 01 leitos de RPA , 01 expurgo para lavagem;

Funcionamento da área: diariamente, para realização de exames agendados paciente externos e internados.

5. SIPOC DO SETOR

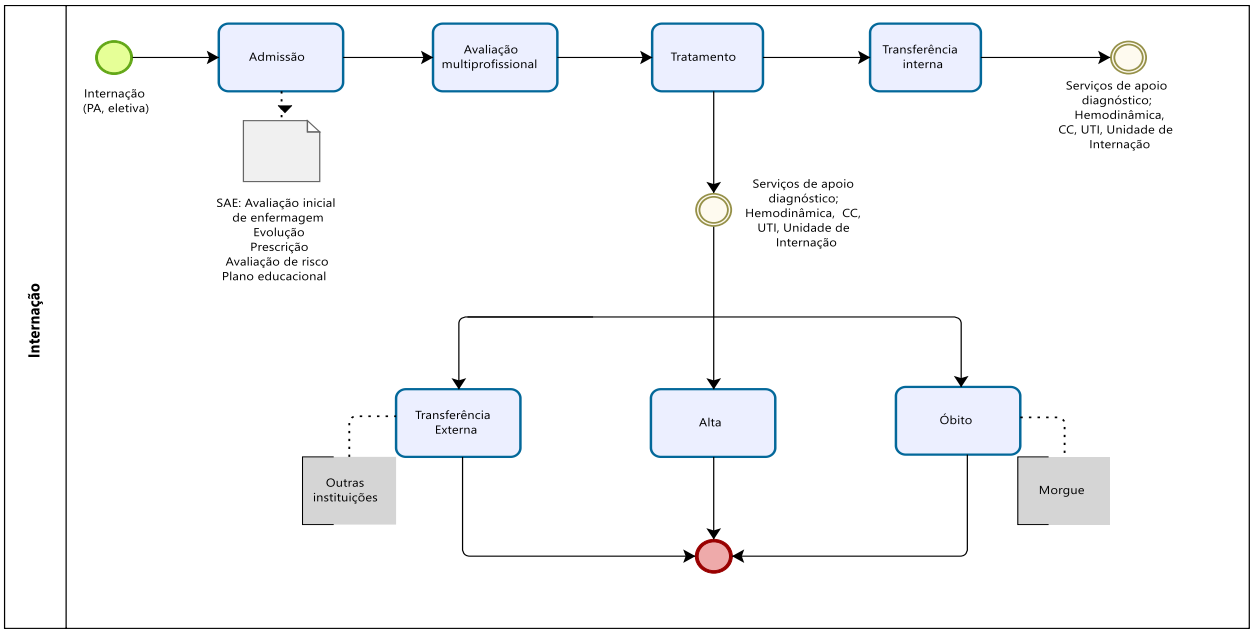
EXAMES: Endoscopias, colonoscopias e sigmoidoscopia.



6. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Quantidade de procedimentos realizados, endoscopias, colonoscopias e grastrostomias.

FLUXO UNIDADE DE INTERNAÇÃO



FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO DE DIETAS PARA PACIENTES EM ATENDIMENTO NO HOSPITAL

1. DEFINIÇÃO

Define o fluxo de distribuição de dietas para pacientes

2. OBJETIVOS

Direcionar distribuição de dietas para todos os setores de atendimentos à pacientes

Evitar contaminação cruzada

Garantir a segurança alimentar

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: Pacientes sob cuidados das áreas de atendimento do hospital.

Contra indicação: colaboradores e prestadores de serviços.

4. RESPONSÁVEIS

Nutricionista

Técnicos de Nutrição

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Não aplicável.

6. MATERIAL

Forno combinado

Banho Maria

Termômetro

Carro de distribuição

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Cozinha realiza a seleção, pré preparo e preparo de alimentos conforme ficha técnica e cardápio pré estabelecido;

Nutricionista realiza o mapeamento de pacientes internados e sob cuidados do hospital e disponibiliza etiquetas identificando nome, prontuário, unidade de internação, leito, dieta prescrita e observações;

Cozinha realiza o porcionamento de acordo com etiquetas e dietas correspondentes;

Técnico de nutrição realiza a conferência das bandejas de acordo etiquetas, monitora a temperatura da dieta a fim de garantir valor igual ou maior 65ºC e direciona refeições para distribuição.
Copeiros realizam a montagem de bandejas de acordo com o mapa de dietas e seguem para distribuição das refeições.
Nutricionista ou Técnico de Nutrição acompanha temperatura de bandeja teste após distribuição para controle de temperatura.

8. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Controle de temperatura inadequado
Contaminação cruzada
Montagem incorreta de bandeja

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Realizar controle de temperatura adequada, garantir segurança da informação através do mapa da nutricionista e copa com etiquetas enviados, garantir a segurança alimentar durante o preparo, montagem e distribuição.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Mensal.

10. REGISTRO

Controle de temperatura linha de montagem;
Controle de temperatura bandeja teste

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria CVS -5 09/04/2013 - "Regulamento Técnico sobre boas práticas para estabelecimentos comerciais de alimentos e para serviços de alimentação e o roteiro de inspeção.

Portaria 1210/06- SMS- Manual de boas práticas.

Portaria 2619 - SMS .G Regulamento de Boas Práticas e de Controle de condições Sanitárias e técnicas.

Resolução RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002

FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO DE DIETAS PARA COLABORADORES HOSPITAL

1. DEFINIÇÃO

Define o fluxo de distribuição de dietas para colaboradores.

2. OBJETIVOS

Direcionar distribuição de dietas para todos os setores de atendimentos à pacientes;

Evitar contaminação cruzada;

Garantir a segurança alimentar.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: Colaboradores.

Contra indicação: pacientes e acompanhantes.

4. RESPONSÁVEIS

Nutricionista

Técnicos de Nutrição

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Não aplicável.

6. MATERIAL

Forno combinado

Banho Maria

Termômetro

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Cozinha realiza a seleção, pré-preparo e preparo de alimentos conforme ficha técnica e cardápio pré-estabelecido;

Nutricionista elabora e divulga cardápio diário e identifica com antecedência de um dia restrições alimentares;

Cozinha realiza a montagem de balcão quente e frio de refeições.

Técnico de nutrição realiza o monitoramento da temperatura de todo o processo garantindo temperatura igual ou superior a 74ºC no preparo de alimentos e de no mínimo 60ºC na distribuição durante o período de até 6 horas para alimentos quentes e até 10ºC para alimentos frios no período de até 4 horas;

Colaboradores realizam o porcionamento de suas refeições nos horários pré estabelecidos de distribuição.
Nutricionista ou Técnico de Nutrição acompanha temperatura de balcão a cada hora após o inicio ao fim da da distribuição de alimentos.

8. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Controle de temperatura inadequado
Contaminação cruzada

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Realizar controle de temperatura adequada, garantir a segurança alimentar durante o preparo, montagem e distribuição.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Mensal.

10. REGISTRO

Controle de temperatura linha de montagem.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria CVS -5 09/04/2013 - "Regulamento Técnico sobre boas práticas para estabelecimentos comerciais de alimentos e para serviços de alimentação e o roteiro de inspeção.

Portaria 1210/06- SMS- Manual de boas práticas.

Portaria 2619 - SMS .G Regulamento de Boas Práticas e de Controle de condições Sanitárias e técnicas.

Resolução RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002

FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULAS LÁCTEAS PARA PACIENTES EM ATENDIMENTO NO HOSPITAL

1. DEFINIÇÃO

Define o fluxo de distribuição de dietas fórmulas lácteas para pacientes.

2. OBJETIVOS

Direcionar o preparo e distribuição de fórmulas lácteas

Evitar contaminação cruzada

Garantir a qualidade e segurança da fórmula ofertada.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: fórmulas lácteas prescritas para pacientes internados ou em atendimento

Contraindicação: leite materno.

4. RESPONSÁVEIS

Nutricionista

Técnicos de Nutrição

Lactarista

Copeiro

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Não aplicável.

6. MATERIAL

Manual de receitas

Balança

Jarra

Medidor

Mamadeira

Fogão

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nutricionista emite a prescrição de fórmula láctea e identifica paciente, prontuário e local de solicitação.

Lactarista realiza o preparo de acordo com receita pré estabelecida e realiza a retirada de amostra segundo legislação vigente.

Lactarista realiza o armazenamento da fórmula sob refrigeração inferior a 6ºC por até 12 horas em fórmulas não autoclavadas e 24 horas em fórmulas autoclavadas;
Copeiro realiza o aquecimento em microondas de acordo com a prescrição e/ou indicação da fórmula utilizada e realiza a distribuição conforme solicitação.

8. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Controle de temperatura
Armazenamento inadequado
Contaminação cruzada

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Realizar controle de temperatura adequada, garantir qualidade e segurança durante o preparo, armazenamento e distribuição.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Mensal.

10. REGISTRO

Controle de temperatura de preparação.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria CVS -5 09/04/2013 - "Regulamento Técnico sobre boas práticas para estabelecimentos comerciais de alimentos e para serviços de alimentação e o roteiro de inspeção.
Portaria 1210/06- SMS- Manual de boas práticas.
Portaria 2619 - SMS .G Regulamento de Boas Práticas e de Controle de condições Sanitárias e técnicas.
Resolução RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002
Resolução RDC nº216, de 15 de setembro de 2004

IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POLITICA DE GESTÃO DE CONTINUIDADE DE ATIVIDADES

1. INTRODUÇÃO

Eventos de paralisação total ou parcial das atividades podem causar danos às organizações e, após avaliar alguns eventos críticos passados e seus efeitos negativos, a Sociedade decidiu implementar o processo de Gestão de Continuidade de Atividades (GCA), com o propósito de assegurar resposta adequada a possíveis cenários de indisponibilidade, eliminando as perdas e danos potenciais Para tanto, elaborou a presente Política, que descreve o processo e as boas práticas de GCA, permitindo o gerenciamento e mitigação de riscos e a retomada das operações após cenários de indisponibilidade de instalações, pessoas, hardware, softwares e de fornecedores.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas à GCA. Quando não houver neste documento regras para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão em relação à melhor forma de agir deve ser orientada pelos seguintes princípios:

PREVENÇÃO: Evitar ou reduzir a possibilidade de ocorrência e os impactos de um incidente ou desastre.

RESPOSTA: Prontidão para manter em operação as atividades críticas, protegendo as pessoas e o patrimônio da Sociedade, na eventualidade de incidentes ou desastres.

RECUPERAÇÃO: Retomar o ambiente normal de trabalho e de seus recursos, reestabelecendo as atividades críticas após a ocorrência de incidentes ou desastres.

3. OBJETIVO

A presente Política tem por objetivo estabelecer as diretrizes, papéis e responsabilidades para a estruturação e manutenção do processo de GCA da Sociedade, visando manter suas operações críticas durante e após um incidente, ou desastre, minimizando os efeitos causados pela indisponibilidade total ou parcial das suas atividades ou de impactos financeiros, de imagem, reputação, legais e regulatórios e à saúde e segurança de pacientes, limitada a 2 dias de indisponibilidade de acordo com a diretriz estabelecida pela Diretoria Executiva e Diretoria Eleita.

4. DEFINIÇÕES

• Análise de Impacto no Negócio (em inglês Business Impact Analysis - BIA): processo que visa identificar a criticidade e priorização das atividades, recursos e colaboradores da Sociedade com base nos impactos financeiros, de imagem, reputação, legais, regulatórios e à saúde e segurança de pacientes, em cenários de contingência.

• Contingência: Uma ação imediata, que visa munir a Sociedade com procedimentos, definir papéis e responsabilidades e permitir a continuidade dos processos após ocorrências que impossibilitem de forma significativa a operação parcial ou total.

• Crise: Evento inesperado de alto impacto operacional, financeiro, imagem, regulatório, com duração superior a 48 horas.

• Gestão de Continuidade de Atividades (GCA): Capacidade da Sociedade em garantir a segurança dos pacientes, acompanhantes e colaboradores, preservando o valor da marca e a reputação, aprimorando a relação de confiança com os pacientes e parceiros, ampliando a eficiência das linhas de defesa, mitigando riscos financeiros, de imagem, reputação, legais e regulatórios e à saúde e segurança de pacientes e aumentando a disponibilidade operacional.

• Grupo de Resposta a Incidentes de Continuidade (GRIC): Grupo tático responsável pelo acionamento dos planos de continuidade e gerenciamento dos cenários de indisponibilidade.

• Incidente: Evento imprevisto e indesejado que pode resultar em dano à pessoa, ao patrimônio (próprio ou de terceiros), ao ambiente e a softwares da Sociedade.

• Objetivo do Ponto de Recuperação (em inglês Recovery Point Objective - RPO): Definição do tempo máximo tolerável, pela Sociedade, de perda de registros em softwares.

• Objetivo do Tempo de Recuperação (em inglês Recovery Time Objective - RTO): Definição do tempo máximo tolerável, pela Sociedade, de indisponibilidade de um software ou processo.

• Plano de Contingência (PC): Conjunto de documentos estruturados que relacionam as atividades necessárias para a recuperação de um processo crítico, redução dos impactos causados por uma interrupção e o adequado nível de comunicação a ser exercido durante o processo de recuperação. Tem como objetivo orientar e suportar as atividades em cenário de contingência das áreas operacionais e de suporte da Instituição.

Plano de Recuperação de Desastres de TI (PRD-TI): Conjunto de documentos estruturados que relacionam as atividades necessárias à manutenção das atividades críticas em TI, em cenário de contingência e em cenários de indisponibilidade.

• Procedimento de Gestão de Incidentes de Continuidade (PGIC): Procedimento para acionamento e resolução de eventos e incidentes que envolvam a indisponibilidade total ou parcial de serviços prestados pela Sociedade.

• Recuperação: Trata-se do início do processo de contingência, momento estratégico de acionamento dos planos de continuidade de atividades, que habilitam a Sociedade a operar em um local ou processo alternativo.

• Risco: Qualquer situação de incerteza que, se materializada, pode afetar, de forma significativa, a capacidade de prestação de serviços.
• Risco físico: Riscos relacionados a infraestrutura que podem causar danos ou potencializar situações que afetem a capacidade de prestar serviços.

5. APLICABILIDADE

Esta política se aplica a todos os colaboradores, docentes, pesquisadores e estagiários, em especial os líderes e substitutos que atuam em áreas impactadas por cenários de indisponibilidade parcial ou total de cunho operacional. Todas as diretrizes estabelecidas devem ser observadas e cumpridas em consonância com dispositivos legais vigentes, em especial, as previstas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e da ISO 22.301 Gestão de Continuidade de Negócios.

6. DESCRIÇÃO

A construção e revisão do Plano de Gestão de Continuidade de Atividades da Sociedade segue metodologia que prevê o cumprimento de um ciclo composto por 7 (sete) etapas principais descritas abaixo.

Figura 1 - Ciclo de Gestão de Continuidade de Atividades

1° Etapa – Planejar o Ciclo Operacional de Gestão de Continuidade de Atividades (GCA)

O planejamento do Ciclo Operacional de Gestão de Continuidade de Atividades é realizado para definição do escopo e para planejamento das atividades que serão praticadas no ano corrente. Este planejamento acontece anualmente contemplando a priorização dos novos processos e a manutenção dos processos já avaliados.

2° Etapa - Análise de Impacto de Negócio

O processo de análise de impacto às atividades visa avaliar, individualmente, todos os processos de áreas definidas no escopo, mensurar o potencial impacto (financeiro, de imagem, reputação, legal e regulatório e à saúde e segurança de pacientes) e priorizá-las diante da materialização de riscos que impliquem na interrupção de atividades. Durante o processo de análise de impacto às atividades, se faz necessário identificar os tempos máximos de indisponibilidade de cada processo mapeado e os recursos (insumos, fornecedores, equipamentos, mão de obra e sistemas) necessários para uma eventual contingência.

3° Etapa - Análise de Riscos Físicos

A análise de riscos físicos é realizada em todas as unidades contempladas no escopo anual da Gestão de Continuidade de Atividades. São avaliadas as instalações relacionadas a controles de acesso, licenças, segurança física, controles de ambiente (ar-condicionado e redundâncias), sistemas de controle e detecção de incêndio e manutenção da rede elétrica (controles, autonomia e no-breaks).

Nesta etapa são avaliados também os riscos de TI (gestão de capacidade, mudança, monitoramento e incidentes, inventário de ativos etc.), de fornecedores críticos identificados no BIA e que armazenam ou processam informações, seguro de mercadoria, gestão de logística e indisponibilidade física nas instalações da Sociedade.

4° Etapa – Determinar Estratégias de GCA

As estratégias de continuidade têm como foco viabilizar a continuidade dos processos críticos priorizados por meio do processo de análise de impacto às atividades, bem como o restabelecimento do processo contemplando pessoas, instalações, tecnologia, suprimentos e fornecedores, entre outros aspectos necessários para a continuidade dos serviços prestados pela Sociedade.

Os gestores responsáveis pelos processos priorizados definem as estratégias de continuidade com base nas informações definidas nas etapas anteriores (Análise de Impacto às Atividades e Análise de Riscos Físicos). Estão contemplados nestas estratégias os custos envolvidos e definições das obrigações.

5° Etapa - Plano de Contingência

Os planos de continuidade são desenvolvidos após a aprovação das estratégias de continuidade pelos diretores dos processos críticos priorizados. Cada plano possui um líder e substituto definidos em comum acordo entre as áreas priorizadas e os respectivos diretores.

Estes documentos são elaborados e revisados visando garantir resposta a diversos cenários de indisponibilidade. Devem ser atualizados e aprovados, no mínimo, anualmente, e/ou quando houver mudança no ambiente da Sociedade. Em cada plano de continuidade existe um fluxo de acionamento, contemplando o processo de comunicação entre a área afetada pela indisponibilidade e demais áreas que suportam o processo priorizado. Os seguintes documentos compõem o plano de Gestão de Continuidade de Atividades na Sociedade:

• PGIC - Procedimento de Gestão de Incidentes de Continuidade.

• PC - Plano de Contingência.

• PRD-TI - Plano de Recuperação de Desastres de TI.

Estes documentos deverão ficar disponíveis em locais de fácil acesso a todos os colaboradores envolvidos na Gestão de Continuidade de Atividades, de forma que seja possível acessá-los sempre que necessário. O armazenamento destes documentos deve considerar inclusive cenários de interrupção nos serviços de tecnologia, como indisponibilidade de servidores, ou seja, devem ser impressos.

Cada um destes documentos possui responsáveis definidos e validados:

• Planos de Contingência: As áreas assistenciais e não assistenciais.

• Procedimento de Gestão de Incidentes de Continuidade: Representantes das áreas de Continuidade de Atividades, Recursos Humanos, Tecnologia da Informação, Financeiro, Suprimentos e Segurança Patrimonial.

• Plano de Recuperação de Desastres de TI: Segurança da Informação Os casos de incidentes de indisponibilidade superiores a 48 horas, em que não haja o restabelecimento dos processos críticos previstos nos planos de continuidade de negócios ou incidentes de imagem repercutidos em larga escala, serão caracterizados como crise e deverão atender às diretrizes definidas pelo Comitê de Crise constituído pela Diretoria Geral da Sociedade.

6° Etapa – Treinar e Testar

• Treinamentos

A equipe do Programa de Continuidade de Atividades juntamente com os Líderes dos Planos de Continuidade têm a responsabilidade de disseminar a cultura e disciplina por meio dos canais de comunicação institucionais com o objetivo de divulgar, orientar, comunicar e multiplicar este tema a todos os profissionais da Sociedade, bem como prover treinamentos aos profissionais envolvidos, no mínimo, anualmente. O treinamento, a comunicação e a conscientização de todos

os colaboradores são de grande importância, permitindo que a Sociedade gerencie os riscos e esteja preparada para os momentos de contingência e possa garantir a continuidade do negócio.

• Testes

A realização de testes para avaliar a efetividade dos planos é fundamental para conferir a segurança de que tudo ocorrerá de forma organizada e efetiva, caso seja necessário colocá-los em ação, em uma situação real. Os testes são obrigatórios para todos os colaboradores envolvidos nos planos de continuidade dos processos prioritários, definidos na Análise de Impacto no Negócio com o objetivo de avaliar as estratégias de respostas aos cenários de incidentes que impactam a continuidade do processo de prestação de serviços. A periodicidade dos testes deve ser, no mínimo, anual.

Os testes são realizados através de simulações walk through onde são apresentados cenários hipotéticos a fim de avaliar a interação das áreas e adesão aos planos de continuidade. Para cada simulação realizada, deverá ser preenchido um "Formulário de Acompanhamento de Testes" com os resultados identificados. Os líderes dos planos de continuidade são os responsáveis pela documentação, atualização e tratamento das respectivas falhas que devem ser reportadas, por meio de planos de ação, e informadas ao Grupo de Resposta a Incidentes que impactam a continuidade do processo de prestação de serviços e o Programa de Continuidade de Atividades.

7° Etapa - Melhoria Contínua

Deve existir um processo de melhoria contínua, que garanta a adequação dos aspectos de Gestão de Continuidade de Atividades aos requisitos de órgãos reguladores, de normas ISO e/ou demais requisitos da Sociedade, se aplicáveis. A melhoria contínua também deve estabelecer critérios que permitam a avaliação da performance do processo de Gestão de Continuidade de Atividades a partir do monitoramento, mensuração, análise e avaliação dos resultados obtidos após a implementação do processo de GCA na Sociedade.

7. RESPONSABILIDADES

Diretoria de Excelência em Saúde

• Desenvolver a cultura de Continuidade de Atividades levando o assunto aos grupos e/ou Comitês aplicáveis;

• Definir o escopo de atuação do Ciclo anual de Gestão de Continuidade de Atividades;

• Garantir que a política, planos de continuidade e procedimentos estejam atualizados;

• Desenvolver e atualizar, com às áreas responsáveis as documentações de Gestão de Continuidade de Atividades (Análise de Impacto de Atividades, Análise de Riscos Físicos, Planos de Continuidade de Atividades);
• Elaborar e aplicar treinamentos e testes;
• Acompanhar e apoiar os planos de ação gerados, os testes de contingência e garantir a melhoria contínua de GCA;
• Monitorar os projetos que possam impactar a Gestão de Continuidade de Atividades e, se necessário, recomendar adequações em conjunto com os responsáveis pelos respectivos projetos;
• Acompanhar os planos de implantação e a manutenção das estratégias de continuidade; e
• Monitorar e consolidar os indicadores e planos de ação de GCA.

Segurança da Informação
• Atualizar a documentação de continuidade de atividades (PRD-TI - Plano de Recuperação de Desastres de TI);
• Implementar e acompanhar as estratégias de continuidade de TI;
• Planejar, executar e acompanhar, no mínimo anualmente, os treinamentos e testes de TI;
• Monitorar o processo de gestão de mudança e, se necessário, recomendar adequações em conjunto com os responsáveis pelos respectivos processos, bem como novos projetos de TI que possam realizar alguma alteração nas arquiteturas dos softwares; e
• Buscar o envolvimento dos responsáveis, coordenar a manutenção e operação da gestão de incidentes para apoiar a análise de cenários de alta exposição.

Gestão de Riscos Corporativos
• Acompanhar o nível de tolerância ao risco e monitorar o funcionamento dos controles para mitigação dos riscos.

Áreas assistenciais e não assistenciais
• Desenvolver e atualizar a Análise de Impacto às Atividades, acompanhar a Análise de Riscos Físicos e elaborar as Estratégias de Continuidade;
• Implantar e revisar os Planos de Continuidade; e
• Executar testes de contingência, sob a coordenação e orientação do Programa de Continuidade de Atividades.

Diretorias das áreas assistenciais e não assistenciais
• Validar o escopo de atuação do Ciclo anual de Gestão de Continuidade de Atividades; • Validar as Estratégias de Continuidade; e

• Aprovar ações e investimentos decorrentes das Estratégias de Continuidade.

Auditoria Interna

• Emitir parecer independente sobre o processo, riscos e controles de Gestão de Continuidade de Atividades.

Para realizar a governança de Gestão de Continuidade de Atividades foi adaptado o modelo de três linhas de defesa no gerenciamento eficaz de riscos e controles - *The Institute of Internal Auditors (IIA)*, destacado na figura 2 - Linhas de defesa de Gestão de Continuidade de Atividades.

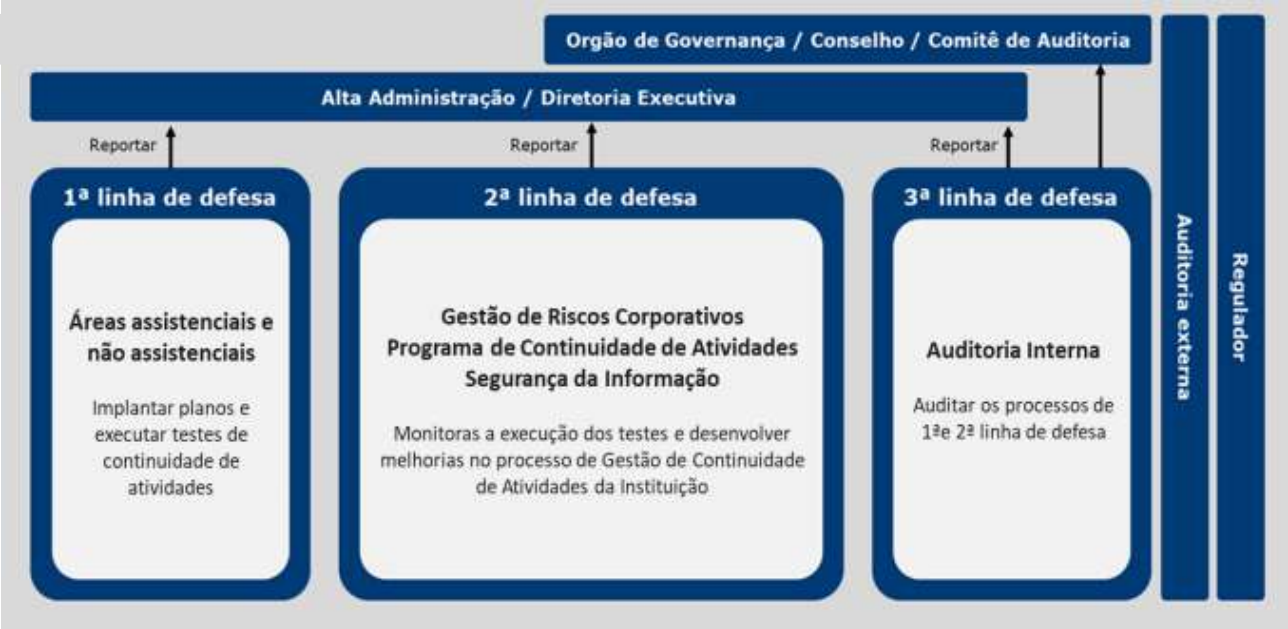


Figura 2 - Linhas de defesa de Gestão de Continuidade de Atividades

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

Normas de boas práticas:

• ISO/IEC 22.313 - Código de prática para um software de Gestão de Continuidade de Negócio.

• ISO/IEC 22.302 - Requisitos obrigatórios para um software de Gestão de Continuidade de Negócio.

• ISO/IEC 27.001 - Código de prática para controles de segurança da informação.

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Abaixo destacamos os registros de qualidade do Programa de Gestão de Continuidade de Atividades, por fase:

#	Fase	Registro
1	Análise de Impacto às Atividades	Relatório de mapeamento de processos relacionados ao escopo definido
2	Análise de riscos físicos	Relatório com a avaliação física de todas as instalações da Sociedade relacionadas ao escopo definido
3	Estratégia de Continuidade	Relatório com definição de estratégias elaboradas a partir dos processos prioritários.
4	Planos	Documento institucional contemplando todas as estratégias elaboradas a partir dos processos prioritários.
5	Treinamento	Documento utilizado para treinamento dos colaboradores envolvidos disponível na plataforma institucional oficial de treinamento
6	Treinamento	Documento com a quantidade de colaboradores elegíveis treinados.
7	Teste	Relatório do teste realizado incluindo a conformidade a partir dos critérios definidos.
8	Teste	Documento com a quantidade de planos testados, conformes e sua efetividade.
9	Melhoria Contínua	Planilha de controle contemplando a quantidade total de planos de ação recomendados para as áreas avaliadas.

Todos os registros mencionados na tabela acima são armazenados no site oficial em nuvem (SharePoint) da Diretoria de Excelência em Saúde com acesso restrito aos membros do Programa de Gestão de Continuidade de Atividades. Os registros e suas evidências não são descartados e a proteção deles está de acordo com a política de Segurança da Informação.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Abaixo destacamos os indicadores de Gestão de Continuidade de Atividades (Negócios), por fase:

#	Fase	Indicador	Objetivo
1	Análise de Impacto às Atividades	Quantidade total de processos da Instituição e quantidade de processos mapeados e avaliados no *BIA*.	Avaliar quais processos da Sociedade estão mapeados conforme a Gestão de Continuidade de Atividades
2	Análise de riscos	Quantidade total de instalações da Sociedade e quantidade de instalações avaliadas na análise de riscos.	Avaliar quais instalações da Sociedade estão mapeadas conforme Gestão de Continuidade de Atividades
3	Estratégia de Continuidade	Quantidade total de *softwares* avaliados como prioritários no *BIA* e quantidade contemplada no *Disaster Recovery* (*DR*).	Avaliar exposição da Sociedade em relação à indisponibilidade tecnológica.
4	Estratégia de Continuidade	Quantidade de fornecedores alternativos, existência e níveis de *SLA*.	Avaliar as garantias de fornecedores alternativos disponíveis.
5	Estratégia de Continuidade	Quantidade de fornecedores que não possuem *SLA* de atendimento.	Avaliar as garantias de fornecedores que possuem *SLA*.
6	Estratégia de Continuidade	Quantidade de estratégias não implementadas dos processos prioritários.	Avaliar os riscos, aprovar investimentos e garantir prazos para implementação de estratégias.
7	Planos	Quantidade de processos prioritários nos *BIA*s e quantidade de processos contemplados nos PCNs.	Garantir que todos os processos foram avaliados e documentados nos planos.
8	Planos	Quantidade de planos de contingência (PCs) e relação das atualizações realizadas e pendentes.	Avaliar o nível de conformidade e atualização dos planos.
9	Treinamento	Quantidade de colaboradores que atuarão em contingência, de acordo com o *BIA*, e quantos destes foram treinados.	Garantir que o *staff* mínimo em cenários de contingência esteja adequadamente capacitado.
10	Teste	Quantidade de planos testados, conformes e sua efetividade.	Avaliar o nível de conformidade e efetividade dos testes realizados.
11	Melhoria Contínua	Quantidade total de planos de ação e aqueles fora do prazo.	Avaliar o cumprimento dos planos de ação, conforme prazos estabelecidos.

11. ANEXOS

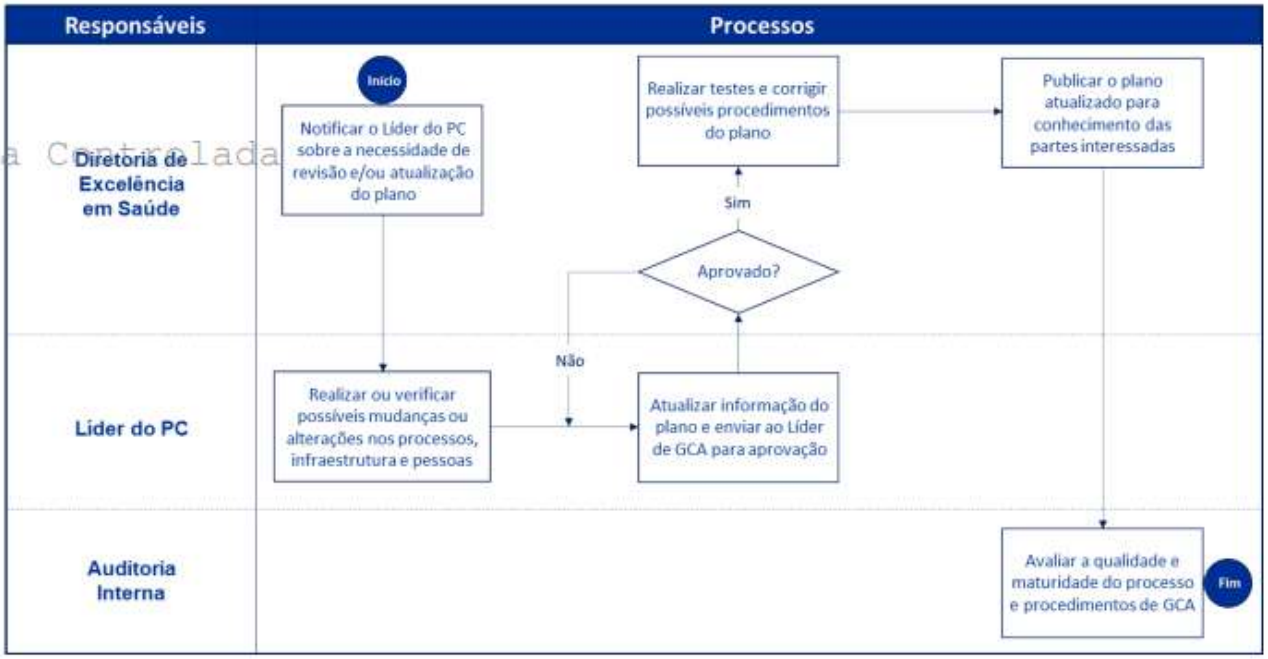


Figura 3 - Fluxo de atualização do PC

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• ISO/IEC 22.313 - Código de prática para um software de Gestão de Continuidade de Negócio.
• ISO/IEC 22.302 - Requisitos obrigatórios para um software de Gestão de Continuidade de Negócio.
• ISO/IEC 27.001 - Código de prática para controles de segurança da informação.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

• Política de Gestão de Riscos Corporativos.
• PGIC - Procedimento de Gestão de Incidentes de Continuidade. • PC - Plano de Contingência.
• PRD-TI - Plano de Recuperação de Desastres de TI.

Política de Gestão do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz
Regimento Interno HUGO

INTRODUÇÃO

O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgências e Emergências. Inaugurado em 1991, o HUGO é o segundo maior hospital de urgência e emergência de Goiás e responde às demandas, de acordo com as necessidades, do Complexo Regulador Estadual, nesta linha de cuidado.

A SBIBAE é responsável pela gestão e operação do HUGO, o qual está inserido na rede de atenção à saúde do Estado de Goiás, recebendo financiamento da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) atua, em todas as suas frentes de atuação, em consonância com sua missão, visão e seus quatro pilares estratégicos (Assistência: Oferecer excelência assistencial a todos por meio de um sistema integrado de saúde baseado no modelo Quintuple Aim; Ensino e Educação: Melhorar a saúde da população, a qualidade da assistência e da gestão em saúde, difundindo conhecimento e educando pacientes e a sociedade; Pesquisa e Inovação: Abrir caminhos e procurar soluções para a promoção de saúde, prevenção e cura de doenças por meio da integração entre a pesquisa cientifica e a inovação tecnológica e de serviços; Responsabilidade Social: Apoiar o desenvolvimento do sistema de saúde público, transferindo práticas e conhecimento que contribuam para a melhoria do acesso e a qualidade da assistência, bem como reduzir a situação de vulnerabilidade das comunidades mais próximas).

OBJETIVO

Este documento define a política de gestão do HUGO contemplada por sua missão, visão, valores que são norteadores do planejamento estratégico, além de apresentar perfil e estrutura organizacional (níveis estratégicos, táticos e operacionais).

A política de Gestão do HUGO está baseada na construção de um "Hospital de Valor". Assim, a busca pela melhor experiência do paciente, redução do custo do cuidado e ampliação do acesso à saúde de qualidade, aliados a experiência do colaborador e equidade é a inspiração para desenvolvimento do planejamento e da estruturação do plano de gestão do Hospital, desde o mapeamento de processos e estrutura até a elaboração do mapa estratégico do Hospital A teoria do "hospital de valor" foi inspirada no conceito do quintuple aim - Institute os Healthcare

Improvement (IHI), uma organização sem fins lucrativos com desenvolvimento de diversos projetos de melhoria do atendimento à saúde em todo mundo.

Perfil do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO):

Localização -Av. 31 de março esquina com a 5ª radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia – GO, cep: 74820-300

Fones: (62) 3201-4455

Endereço na Internet: a definir

A. Natureza da Instituição

O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz é uma entidade pública, inserida na rede estadual de saúde que tem como objetivo à assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária na linha de cuidados de urgência e emergência, de média e alta complexidade, apoiando o Complexo Regulador Estadual.

B. Quadro de Colaboradores

O HUGO conta, com aproximadamente, 2.068 colaboradores ativos distribuídos por diversas áreas assistências e de apoio, além de aproximadamente 312 servidores estatutários cedidos ao HUGO pela SES-GO.

C. Clientes

Os clientes são órgãos públicos e a sociedade brasileira através dos pacientes/ clientes internos.

D. Áreas de Atendimentos:

O HUGO foi estruturado para os atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência e emergência com os serviços de emergência adulto, clínica médica, especialidades cirúrgicas (cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia geral, cirurgia torácica, ortopedia e traumatologia, neurocirurgia, otorrinolaringologia, neurologia, angiologia e cirurgia vascular), terapia intensiva, consultas ambulatoriais médicas em especialidades e multiprofissionais, realização de cirurgias eletivas e realização de SADT externos para atendimento das necessidades pactuadas da rede, além de exames par os pacientes internados.

O HUGO é regulado pela Central de Regulação Estadual, sendo referência para atendimento de suas necessidades de forma regulada. Eventuais pacientes de demanda espontânea são avaliados na triagem (enfermagem e médico), definindo indicação de permanência no HUGO ou contrarreferência para a rede de atenção à saúde.

O paciente hospitalizado no HUGO após ter seu atendimento prestado e ter sua situação resolvida ou controlada é referenciado para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência ou outro centro especializado às suas necessidades (hospitalar ou ambulatorial).

Conforme definição da SES, o hospital recebe pacientes eletivos para procedimentos cirúrgicos, os quais também são encaminhados à rede básica de assistência depois de sanado sua situação de doença/cirúrgica.

- **Clínica Médica Cirúrgica**

- Clínica Médica: atendimento de urgência e emergência via Pronto-Socorro, acompanhamento de doentes internados (inclusive dos cirúrgicos, como hospitalistas para o co-manejo clínico e seguimento ambulatorial; Cardiologistas para avaliações ambulatoriais e de doentes internados; Neurologistas disponíveis para atendimento de urgência/emergência, acompanhamento de internados e ambulatorial; Geriatras disponíveis para seguimento de pacientes que necessitem.
- Clínica Cirúrgica: atendimento de urgência e emergência via Pronto-Socorro, nas especialidades: cirurgia bucomaxilofacial, geral, torácica, ortopedia e traumatologia, neurocirurgia, otorrinolaringologias em plantões diurnos e vascular/angiologia; acompanhamento de doentes internados; atendimento ambulatorial, internações e cirurgias eletivas das seguintes especialidades: vascular, cirurgia geral, cirurgia torácica, neurocirurgia, ortopedia de pacientes referenciados pela Central de Regulação (inclusive os egressos).
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto (Geral): internação de pacientes com patologias clínicas ou cirúrgicas com necessidade de suporte avançado de vida oriundos das unidades do HUGO ou referenciados pela Central de Regulação;

- **Medicina Diagnóstica**

-Realização de exames radiológicos (ultrassom, Raio X, tomografia), endoscópicos, eletrocardiograma e laboratoriais de pacientes eletivos ou de urgência provenientes do Complexo regulador ou de outras unidades do próprio HUGO;

Capacidade Instalada

Unidade	Quantidade
UTI Adulto	57 leitos
Enfermaria Adulto Clínica	60 leitos
Enfermaria Neurologia	10 leitos
Enfermaria Cirúrgica	212 leitos
Leitos carcerários	6 leitos
Leitos -dia	15 leitos
Centro Cirúrgico	10 salas
RPA	10 leitos
Consultórios	10 salas

Visão, Missão, Valores e Princípios do Sistema Einstein da Qualidade e do HUGO

"Missão SBIBAE"

Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira

"Visão SBIBAE"

Ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social

"Visão HUGO"

Ser um hospital público de alta complexidade, com excelência em qualidade, segurança, humanização, ensino e pesquisa, reconhecido por resultados sólidos e sustentáveis na assistência à população

"Preceitos Judaicos Universais"

A ética e os preceitos judaicos como valores para a vida e para a prática profissional. São eles:

Refuá: Significa saúde, cura ou o retorno à saúde alterada pela doença.

Tsedaká: Significa solidariedade humana. Abrange simultaneamente as ideias de filantropia e de justiça social, exercida como princípios de vida.

Chinuch: Significa educação e traz dentro de si o conceito de melhoria do ser humano por meio do conhecimento e do estudo.

Mitzvá: Significa o dever de cumprimento dos mandamentos bíblicos.

"Valores Organizacionais"

Honestidade: Significa não lesar a outrem, nem direta nem indiretamente, nem em benefício próprio, nem do Einstein, nem de superiores hierárquicos ou de qualquer outra pessoa.

Verdade: Significa revelar sempre a realidade dos fatos dos quais tenha conhecimento, em sua inteireza, sem omissões nem distorções.

Integridade: Significa empregar no exercício de suas funções a mesma atitude que qualquer pessoa honrada e de caráter íntegro empregaria na relação com outras pessoas, respeitando sempre os valores.

Diligência: Significa executar com zelo todas as tarefas que lhes são confiadas, procurando sempre se aperfeiçoar no exercício de suas funções.

Competência: Significa ter capacidade, habilidade e aptidão para executar as ações que lhe são confiadas.

Justiça: Significa o ideal constante e perpétuo de atribuir a cada o que lhe é devido.

Altruísmo: Significa ter preocupação com o bem-estar dos outros, sem esperar reciprocidade.

Autonomia: Significar ter capacidade de fazer escolhas e conduzir suas próprias ações.

Profissionalismo: Significa ter a capacidade para a realização do seu trabalho de forma competente e plausível.

Trabalho em equipe: Significa cooperação de um grupo de pessoas para atingir metas e objetivos.

Estabelecemos como princípios norteadores, aqueles publicados pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América do Norte (IOM), a saber:

-Assistência Focada no Paciente: prover assistência que atenda e respeite as preferências, necessidades e valores dos pacientes.

-Prover Assistência no Tempo Adequado: reduzir esperas e atrasos, por vezes prejudiciais, àqueles que recebem e prestam os cuidados.

-Eficiência: evitar desperdícios e mau uso de suprimentos, equipamentos, ideias e energia.

-Equidade: respeito à igualdade de direito de cada um. Prover assistência cuja qualidade não varie em função de características pessoais, tais como: gênero, etnia, condições socioeconômicas ou localização geográfica.

-Efetividade: prover serviços adequados àqueles que deles se beneficiarão; Uso responsável dos recursos - evitar uso excessivo ou insuficiente.

-Segurança do Paciente: evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente.

A atuação da gestão Einstein é também orientada pelo Quintuple Aim, ou Objetivo Quíntuplo, criado pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI), que preconiza que o planejamento, a tomada de decisão e a execução de ações pelas organizações de saúde devem considerar cinco objetivos inter-relacionados:

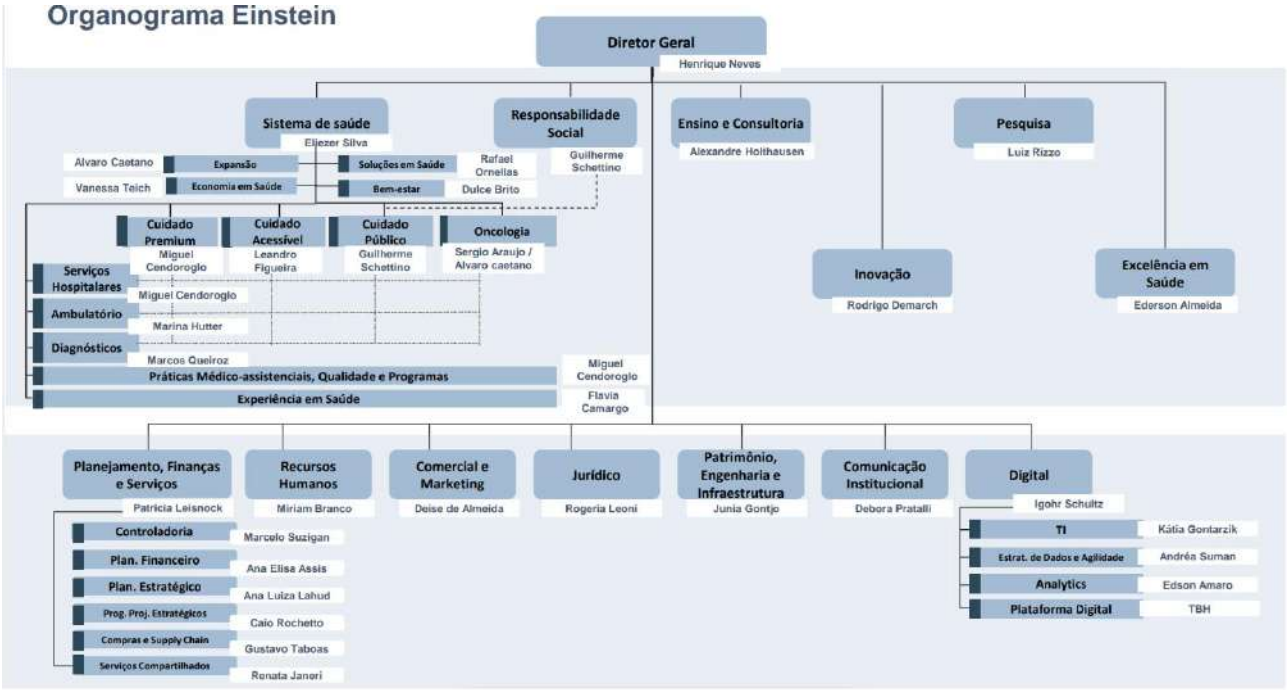
- EXPERIÊNCIA DO CUIDADO: melhorar qualidade, segurança e experiência do paciente e o desfecho clínico;
- SAÚDE POPULACIONAL: ampliar o alcance das ações para parcelas maiores da população e coordenar o cuidado dos pacientes, desde a atenção primária, para reduzir a necessidade de cuidados de média e alta complexidades;
- REDUÇÃO DE CUSTO PER CAPITA: aplicar os recursos de modo eficiente e eficaz, eliminando desperdícios;
- CUIDADO AO TRABALHADOR DE SAÚDE: prover condições para que o colaborador atue com felicidade e significado;
- EQUIDADE: viabilizar a todos, independentemente de gênero, raça, orientação sexual ou fatores socioeconômicos, a oportunidade de atingir seu pleno potencial de saúde.

Estrutura Organizacional e Funcional

As diretrizes do HUGO são estabelecidas pelo Diretor Superintendente do Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS) e Cuidado Público, Diretor Regional Goiás e Diretoria do HUGO, em reunião estratégica composta pelo Diretor do IIRS, Diretor Regional, Diretor Técnico, Diretor Clínico e Gerentes.

O Diretor do Instituto Israelita de Responsabilidade Social entre outras ações é responsável pelo relacionamento com poder público e por políticas públicas de saúde.

A Estrutura Organizacional e Funcional da Instituição (Einstein e HUGO) é divulgada para todos os profissionais através do Organograma disponível na Intranet Institucional.



I – Diretoria:

Diretores (IIRS, Regional, Técnico, Clínico)

Gerentes (Médico, Assistencial, Alta Confiabilidade, Operações, RH, Suprimentos e Logística, Controladoria e TI)

Os membros da Diretoria têm a função principal de garantir a comunicação entre os diversos níveis da estrutura organizacional assim como garantir a execução das decisões quanto ao desdobramento das diretrizes do Plano Estratégico da Instituição e do Sistema de Gestão da Qualidade implementado.

<u>As atribuições da Diretoria são estratégicas e incluem</u>**:**

· Estabelecer diretrizes gerais;

· Interlocução com a Secretaria Estadual de Saúde e demais órgãos competentes;

· Propor e aprovar as modificações necessárias para as diversas áreas e atividades;

· Acompanhar o desdobramento das diretrizes estabelecidas;

· Avaliar os resultados dos indicadores estratégicos e analisar as ações desenvolvidas pelas áreas envolvidas;

· Estabelecer planejamento orçamentário e buscar os recursos necessários;

· Promover a Capacitação das Lideranças;

· Avaliar e aprovar a implantação das diretrizes o Sistema de Gestão da Qualidade, processos necessários para melhoria da qualidade e segurança do paciente, colaboradores e ambiente, assim como a adequação dos já existentes;

· Garantir a comunicação e integração entre os diversos níveis da estrutura organizacional.

. Direcionar e participar ronda diária de segurança (*safety huddle*)

· Garantir a Cultura Justa

II - Lideranças de áreas assistenciais, administrativas e de apoio:

Coordenadores

Supervisores

Atribuições das Lideranças de áreas assistenciais, administrativas e de apoio:

· Cumprir as diretrizes gerais;

· Propor modificações necessárias para suas respectivas áreas e atividades, bem com a interação com as demais;

· Desenvolver as atividades conforme desdobramento das diretrizes estabelecidas;

· Elaborar indicadores e implementar ações quando aplicável;

· Trabalhar conforme planejamento orçamentário institucional;

· Viabilizar o treinamento e qualificação para todos os níveis de profissionais;

· Desenvolver as atividades e envolver suas respectivas equipes, conforme diretrizes o Sistema de Gestão da Qualidade, processos necessários para melhoria da qualidade e segurança do paciente, colaboradores e ambiente, assim como a adequação dos já existentes;

· Buscar os recursos humanos, materiais e tecnológicos necessários para a implementação e o desenvolvimento de boas práticas;

· Promover a comunicação efetiva com a equipe e a comunicação entre a equipe e as estruturas da organização;

· Garantir a notificação, registro e análise dos Eventos Adversos, Não Conformidades, assim como a implementação das ações necessárias para a melhoria e segurança dos processos.

III – Diretor Clínico

Diretor Clínico:

.Dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição;

. Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição,

comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;

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

.Atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital sempre que necessário;

.Incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;

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

IV – Corpo Clínico:

Médicos

O Corpo Clínico do HUGO é constituído pelos médicos contratados, terceiros prestadores de serviço, estatutários cedidos pela SES, residentes e estagiários. O conjunto de médicos vinculados a instituição tem a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural, suporte de protocolos e políticas institucionais e legislações afins que regem o exercício da medicina.

V - Serviços, unidades, comissões, comitês, grupos/equipes de trabalho

Os serviços, unidades, comissões, comitês, grupos/equipes de trabalho, são norteadas pelas diretrizes e princípios da Instituição, operacionalizam as ações por meio de suas atividades, compartilhando informações e estabelecendo ações conjuntas.

· Comissão de Ética Médica
· Comissão de Ética Enfermagem
· Comissão de Biossegurança
· Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
. Comissão de Prontuário do Paciente
. Comissão de Óbito
. Comissão de Residência Médica (COREME)
. Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)
. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)
. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT)
. Comissão de Documentação Médica e Estatística
. Comissão de Ética em Pesquisa (CEP)
· Comissão de Normas e Qualidade em Terapia Nutricional

. Comitê de Radioproteção
. Comitê de Meio Ambiente e Sustentabilidade (inclui resíduos)
· Comissão de Normas e Qualidade em Hemoterapia
. Comitê de Qualidade e Segurança
. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
. Comitê de Lesão por Pressão
. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar
. Núcleo Interno de Regulação
. Comissão de Acidentes com Material Biológico
· Comissão de Farmácia e Terapêutica
· Comitê de Compliance e Auditoria
. Comissão de Erros de Medicação Institucional
. Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT)
. Comissão de Homologação de Materiais Médicos e Medicamentos
. Comitê de Códigos Emergenciais
. Comitê de Terapia Infusional
. Comitê de Prevenção de Queda
· Outros

VI – Comunicação

Os profissionais que atuam no HUGO recebem informações institucionais por meio:

· Reuniões
· Boletins
· E-mails
. Workplace
· Faixas
· Folders
· Intranet
· Murais
· Painéis
· Placas
· Quadros de Avisos
· Sinalizações
· Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) como um canal permanente de comunicação, utilizado pelo cliente externo, para avaliação dos serviços hospitalares e ser instrumento voltado para a garantia de melhoria da qualidade do desempenho da instituição.

VII– Análise de Dados

O Painel de indicadores contempla indicadores Estratégicos de diversas áreas e têm por objetivo monitorar os processos gerenciais, administrativos e clínicos. Além destes critérios, influências externas tais como leis, regulamentos e organizações de reconhecimento nacional e internacional influenciam na escolha dos indicadores propostos. São monitorados sistematicamente pela Diretoria do HUGO e, caso haja variações significativas, um plano de ação é elaborado em conjunto com as Gerencias ou Lideranças envolvidas.

Além do Painel de Indicadores, um BI (*Business Intelligence*) que integrará 5 bases de dados (Custo, Prontuário Eletrônico, *Diagnosis Related Groups* (DRG), Bando de Dados do Serviço de Controle de Infecção Intra-hospitalar, Base de Notificação de Eventos Adverso) possibilitando a análise e integração de dados de custo e desfecho será uma importante ferramenta utilizada na tomada de decisão e fruto de estudos e pesquisas científicas, implantado tão logo o prontuário eletrônico for implantado.

VIII – Reuniões

Os dados financeiros, produtividade, qualidade e segurança, tomada de decisão estratégicas, plano estratégico são discutidos mensalmente com o CEO da SBIBAE e semanalmente com Diretoria do IIRS e localmente, na Diretoria do HMAP.
Os dados e indicadores referentes ao Plano Estratégico, Metas Institucionais contratadas junto à Secretaria Estadual de Saúde e *Dashboard* de qualidade e segurança, *Dashboard de Segurança do Colaborador* são apresentados em reuniões mensais nomeadas de "Encontro do Diretor com a Liderança", onde são analisados e servem de subsídio para tomada de decisão e planejamento das ações.
O Comitê de Qualidade e Segurança realiza reunião mensal com todas as lideranças do Hospital e com todos os Comitês de Unidades da SBIBAE, discutindo temas estratégicos, eventos adversos e planos de melhoria. Da mesma maneira, a Comissão de Controle de Infecção Hospital reúne-se com liderança local e com todos os Hospitais da SBIBAE (públicos e privados), alinhando diretrizes e melhorias a serem implantadas.
A Diretoria e as Gerencias reúnem-se semanalmente em encontro denominado "COMEX" (Comissão Executiva) com objetivo de discutir e tomar decisões contínuas para adequação de recursos, decisões estratégicas, financeiras, etc. As Gerências reúnem-se com seus coordenadores semanalmente, discutindo estratégias definidas em COMEX e ações em suas áreas de atuação.

As visitas de segurança (*Safety Huddle*) são realizadas em todas as áreas do hospital e expostos os riscos à alta liderança diariamente pela manhã e à noite.

Reuniões diversas, Reuniões de Análise Críticas, tomadas de decisões institucionais são evidenciadas através de atas de reuniões, ou outros documentos.

RESPONSABILIDADES

A Diretoria do HUGO é a responsável pela informação e cumprimento do atual documento.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

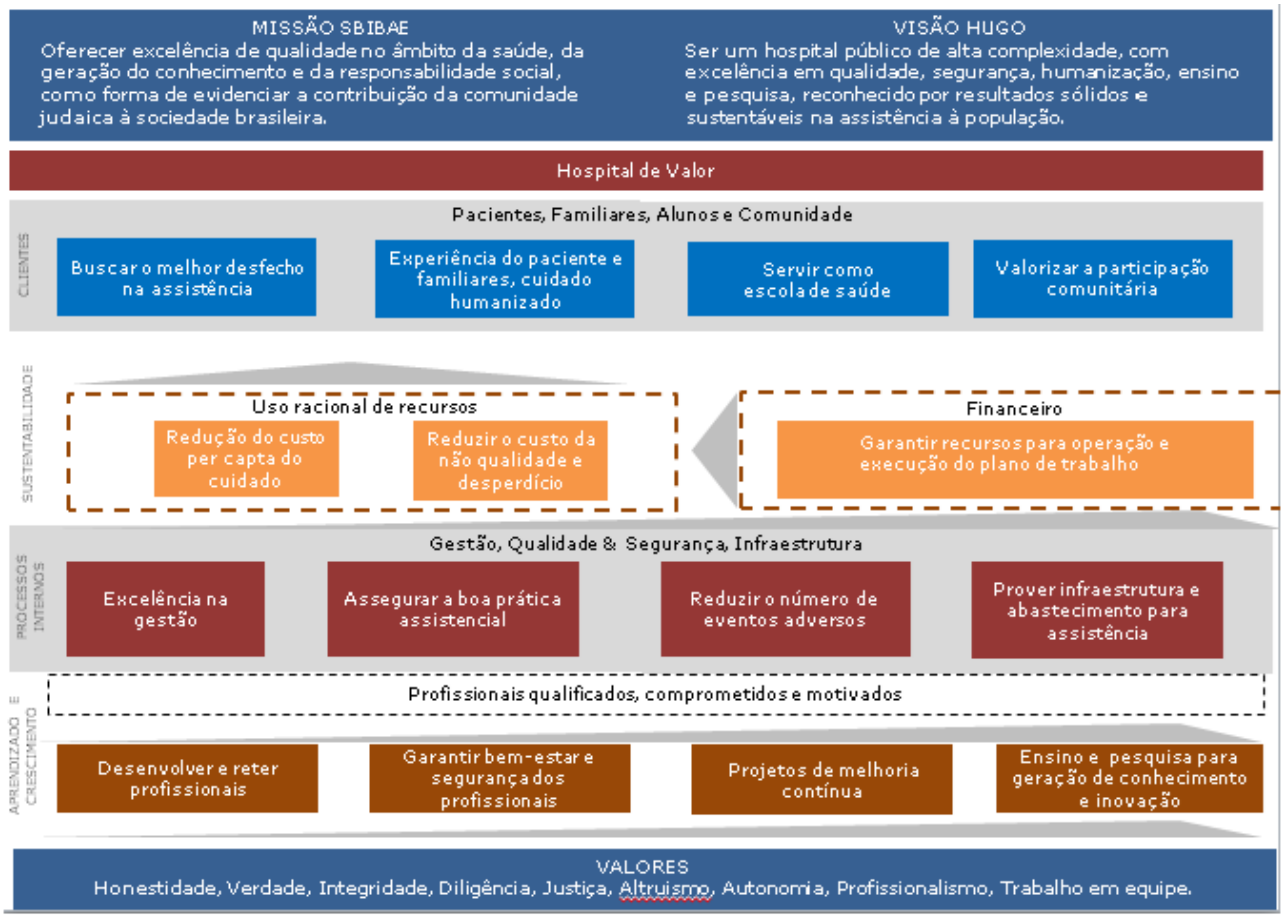
Leis que regulam o SUS

Indicadores de Qualidade e desempenho

Dashboard de Segurança do paciente e mapa estratégico

Anexos

Anexo 1 – Mapa Estratégico



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Regimento da Gerência Assistencial

INTRODUÇÃO

A Gerência Assistencial no Hospital Estadual de Urgência de Goiânia - HUGO é composta pelas equipes de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Multiprofissional (Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social) e Atendimento/Fluxo do Paciente, e está subordinada a Direção do Hospital.

As equipes atuam de forma multidisciplinar baseada no Modelo Assistencial com ações embasadas nos seguintes pilares: Sustentabilidade, Qualidade e Segurança do Paciente.

ATRIBUIÇÕES

1. ENFERMAGEM

A prática de Enfermagem consiste na prestação de cuidados de enfermagem que requerem conhecimento e habilidades técnicas, a fim de promover, manter e recuperar a saúde do indivíduo, além de assistir no processo de morte. Desenvolve-se com base em evidências científicas, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

É composto por um Gerente Assistencial, que tem a responsabilidade técnica dos profissionais de enfermagem, e com Coordenadores de Enfermagem por área.

Os Coordenadores de Enfermagem atuam diretamente nas unidades de internação (clínica médica e cirúrgica), unidades de terapia intensiva (adulto), no centro cirúrgico, na central de material e esterilização, serviço de diagnóstico e terapêutica, ambulatório e pronto socorro. Todas essas unidades são entendidas como Unidades Assistenciais por estarem ligadas diretamente na assistência ao paciente

Composição

A equipe de enfermagem, nas unidades assistenciais, é composta por um coordenador que responde pelo ambiente assistencial e a prática de enfermagem. Garante e disponibiliza profissionais para assistência direta ao paciente nas 24 horas ininterruptamente. Além disso, participa do dimensionamento da unidade, da coleta e análise de dados para gestão da unidade. Enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem desenvolvem atividades de assistência ao paciente dentro dos limites da Enfermagem, conforme os preceitos legais e o Código de Ética de Enfermagem e normas da instituição.

A enfermagem está inserida, além das unidades assistenciais, no Serviço e Controle e Infecção Hospitalar.

Além disso, atua em comissões e grupos diversos, entre eles destacamos:

☐ Núcleo de Segurança do Paciente

☐ Comissão de Segurança do Paciente
☐ Comissão de Segurança do Colaborador
☐ Comissão e Serviço de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar
☐ Comissão de Prontuários
☐ Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais
☐ Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional
☐ Comissão de Óbito
☐ Comitê de Ética em Enfermagem
☐ Protocolos Institucionais Gerenciados: Queda, Código Azul e Amarelo, Infecção de Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central (CVC), Cirurgia Segura e Sepse.

Indicadores:
Os indicadores assistenciais e gerenciais são analisados periodicamente para auxilio na tomada de decisão. Os indicadores assistenciais são disponibilizados para as equipes nas unidades assistenciais pelos Coordenadores de Enfermagem.
Assistenciais de Enfermagem:
☐ Úlcera por pressão
☐ Queda
☐ Erro de Medicação
☐ Infecção do trato urinário por SVD
☐ Infecção de Corrente Sanguínea por CVC
** com ações da equipe multidisciplinar

Dimensionamento e distribuição dos profissionais:
O dimensionamento de pessoal de enfermagem é definido como um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem necessário para prover os cuidados de enfermagem, que garantam a qualidade, previamente estabelecida, a um grupo de pacientes, de acordo com a filosofia e estrutura da organização, bem como com a singularidade de cada serviço (Gaidzinski, Fugulin e Castilho, 2005).
O dimensionamento de pessoal de enfermagem no HUGO foi norteado pela Resolução COFEN nº 0543/2017, do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen, 2016) e pela legislação vigente de UTI (RDC 7 de 2010 e complementada pela RDC 26 de 2012).
O dimensionamento da equipe de enfermagem foi realizado considerando as características da organização (estrutura física, porte, missão, serviços e programas, tecnologia, política de pessoal, recursos financeiros), características da população que seria atendida (realidade sócio cultural e econômica, gravidade e dependência dos pacientes) e dos modelos de gestão e de

assistência (estrutura organizacional, autonomia dos profissionais, características do serviço médico, de enfermagem e de apoio e sua inter-relação, dinâmica do funcionamento das unidades, jornadas de trabalho dos profissionais, índice de segurança técnica e absenteísmo).
Dados de Classificação dos Pacientes são aplicados nas unidades de internação e servem como base tanto para o dimensionamento de profissionais de enfermagem quanto para a distribuição da equipe de enfermagem diariamente para assistência ao paciente.
Nas unidades de clínica médica e cirúrgica é aplicado o SCP de Fugulin et al (1994) e Dini (2007) para pacientes pediátricos.
Nas UTIs é aplicado o NAS (Miranda, 2003)

Unidade Assistencial: Método de Classificação de Pacientes
Clinica Médica Cirúrgica: SCP proposto por Fugulin (2000) e Santos, Rogenski, Baptista e Fugulin (2007).
Para encontrar as horas de enfermagem ou carga de trabalho necessário para assistência ao paciente, utilizamos para os SCP que as horas definidas:

- ☐ 4 horas de Enfermagem, na assistência mínima ou autocuidado;
- ☐ 6 horas de Enfermagem, na assistência intermediária;
- ☐ 10 horas de Enfermagem, na assistência semi-intensiva;
- ☐ 18 horas de Enfermagem, na assistência intensiva.

Já para o NAS, sabendo-se que 1 ponto do NAS corresponde a 14,1 minutos de cuidado de enfermagem, as horas de enfermagem ou carga de trabalho da enfermagem são encontradas na aplicação do próprio instrumento.

2. MULTIPROFISSIONAL

A Equipe Multiprofissional do HUGO é composta por cinco especialidades:
Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social. Especialidades coordenadas por 01 coordenador, que atua em conjunto com as equipes Médicas e Enfermagem, garantindo a qualidade do plano terapêutico e efetividade no atendimento. A equipe participa da visita multiprofissional, cada área possui sua periodicidade e particularidade.

2.1. Fisioterapia

Atividade regulamentada pelo Decreto-Lei n° 938/69, Lei n° 6.316/75, Resoluções do COFFITO Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Lei n° 90640/84, Lei n° 8.856/94 e Portarias do Ministério da Saúde.
O profissional da Fisioterapia tem como objetivo avaliar, prevenir e tratar os distúrbios da cinesia humana seja decorrente de alterações de órgãos e sistemas ou com repercussões psíquicas e orgânicas. As ações do fisioterapeuta são fundamentadas em mecanismos terapêuticos próprios

adquiridos pelo estudo das ciências biológicas, morfológicas, fisiológicas, da bioquímica, de biofísica, da biomecânica, da cinesiologia, da sinergia funcional, das patologias de órgãos e sistemas; juntamente promove, aperfeiçoa ou adapta o indivíduo a melhoria de qualidade de vida. Para tanto se utiliza da ação isolada ou conjugada a eletroterapia e cinesioterapia e outros mais advindos da evolução dos estudos e da produção científica da área.

A equipe de Fisioterapia é composta por profissionais especializados na área hospitalar, divididos nos três períodos (manhã, tarde e noite), atuando nas unidades de Terapia Intensiva, Internação (Clinica Médica, Cirúrgica), Reabilitação e Pronto Socorro com jornada de trabalho de 30h semanais, sendo seis horas diárias para Fisioterapeutas Referências nos plantões matutino e vespertino, com dois dias de descanso semanal. Os demais profissionais do período diurno e os profissionais do período noturno seguem a jornada de 12h com descanso de 60h.

Nas unidades Intensivas, o serviço de Fisioterapia funciona 24h, garantindo a qualidade assistencial, sendo alocado um profissional por unidade de 10 leitos ou frações, de acordo com a RDC nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010 do Ministério da Saúde; na UPA o serviço de Fisioterapia também funciona 24h. Os profissionais atuam na reabilitação motora e funcional (mobilização precoce) e assistência ventilatória (reduzindo complicações da ventilação mecânica, tempo de ventilação e extubações acidentais).

Indicador

☐ Indicador de Extubação Acidental
☐ Indicador de Falha de Extubação
☐ Indicador de solicitação x atendimento
☐ Indicador de Produtividade
☐ Índice de mobilidade do paciente em UTI através da PERME SCORE
☐ Índice de mobilidade através da aplicação da Escala de Funcionalidade MIF
☐ Índice de dor e incapacidade de ombro avaliado através de questionário específico (SPADI)
☐ Qualidade de Vida de pacientes com incontinência urinária pós prostatectomia
☐ Tempo solicitação-atendimento na UPA
☐ Adequação de terapia ventilatória não invasiva na UPA

2.2. Psicologia

De acordo com a resolução nº 013/2007 do CFP, órgão que rege o exercício profissional do psicólogo no Brasil. O psicólogo hospitalar atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde. A Psicologia tem como objetivo atender a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; e, eventualmente, membros da equipe

multiprofissional, visando o bem estar físico e emocional do paciente; e, alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência.

O profissional da Psicologia tem como objetivo oferecer e desenvolver atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente à promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental.

Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. O acompanhamento pode ser dirigido a pacientes em atendimento clínico ou cirúrgico, nas diferentes especialidades médicas. Podem ser desenvolvidas diferentes modalidades de intervenção, dependendo da demanda e da formação do profissional específico; dentre elas ressaltam-se: avaliações, atendimentos e grupos psicoterapêuticos.

No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe.

Através das discussões de casos o serviço de psicologia contribui para a compreensão, por parte da equipe interdisciplinar, a respeito da resposta emocional do paciente e/ou de seus familiares frente o adoecimento e tratamento atual, promovendo uma assistência psicológica a pacientes e familiares com o intuito de minimizar sintomas disfuncionais, melhorando assim, a adesão aos procedimentos e/ou tratamento e suporte emocional no momento de crise.

A equipe de psicologia é composta por profissionais especializados, com carga horária de 30h semanais, sendo seis horas diárias nos períodos matutino e vespertino, com dois dias de descanso aos finais de semana, com atuação nos diversos setores à beira leito, em pacientes de todas as faixas etárias, atuando nas seguintes áreas: Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; clínica médica e cirúrgica e ambulatórios.

Indicador

☐ Indicador de Solicitação x Atendimento

☐ Indicador de Produtividade

2.3. Fonoaudiologia

Atividade regulamentada pela Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, e pelo Decreto nº 87.218, de 31 de maio de 1982. Têm como órgão regulamentador em São Paulo, Conselho Regional de Fonoaudiologia - CRFa 2ª região.

O profissional da fonoaudiologia tem como objeto a promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos. Atua nos setores à beira leito, em pacientes de todas as faixas etárias, buscando atender o mais precoce possível, de forma preventiva, intensiva e informativa. Promove respaldo técnico e prático à equipe interdisciplinar onde atua, em meio de discussões de casos e reuniões setoriais, com o objetivo de reduzir ou impedir as sequelas nas funções alimentares, que a patologia ou quadro clínico possa acarretar. Estabelece e executa o planejamento terapêutico com os pacientes, realiza orientação/capacitação de cuidadores no pré-alta hospitalar.

A equipe de Fonoaudiologia é composta por profissionais especializados na área hospitalar, divididos nos dois períodos (manhã e tarde) atuando nas unidades de Terapia Intensiva e Internação (Clínica Médica e Cirúrgica). Os profissionais atuam com jornada de trabalho de 30h semanais, sendo seis horas diárias para plantões matutino e vespertino, com dois dias de descanso aos finais de semana.

Indicador

☐ Indicador de Solicitação x Atendimento

☐ Indicador de Produtividade

☐ Grau de disfagia - escala FOIS em pacientes adultos

2.4. Terapia Ocupacional

Atividade regulamentada pelo Decreto-Lei n° 938/69, Lei n° 6.316/75, Resoluções do COFFITO Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Lei n° 90640/84, Lei n° 8.856/94 e Portarias do Ministério da Saúde.

O profissional da Terapia Ocupacional tem como objeto compreender a atividade humana como um processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de automanutenção e o homem, como um ser práxico interferindo no cotidiano do usuário comprometido em suas funções práticas objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida.

A Terapia ocupacional é composta por profissionais especializados, atuando nas unidades de Terapia Intensiva e Internação (Clinica Médica e Cirúrgica) com jornada de trabalho de 30h semanais, sendo seis horas diárias nos períodos matutino e vespertino com descanso aos finais de semana.

Para tanto se utiliza da ação isolada ou conjugada aos recursos adaptativos e outros mais advindos da evolução dos estudos e da produção científica da área.

Indicador

☐ Indicador de Solicitação x Atendimento

☐ Indicador de Produtividade

2.5. Serviço Social

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes/ famílias do HUGO, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, compondo a equipe interdisciplinar por meio da formulação de propostas e estratégias de intervenção de atenção e promoção a saúde, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento. As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio - ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão na saúde. O Assistente Social é cadastrado no Conselho de Classe da categoria (CRESS – Conselho Regional do Serviço Social e CFESS – Conselho Federal do Serviço Social). Com base nos parâmetros definidos pelo conjunto CFESS/CRESS, tem a atuação voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade Social (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos) e risco social (fragilidade dos vínculos afetivos e relacionais, violência doméstica, discriminação por faixa etária, gênero, etnia etc.).

Os profissionais atuam nas unidades de terapia intensiva, internação (Clínica Médica e Cirúrgica), com jornada de trabalho de 30h semanais, sendo seis horas diárias nos períodos matutino e vespertino com 2 folgas semanais.

Indicador

☐ Indicador de solicitação x atendimento

☐ Indicador de produtividade do Serviço Social

☐ Indicador de desfecho dos pacientes atendidos pelo Serviço Social

3. NUTRIÇÃO

A equipe de Nutrição do HUGO atua nas áreas: produção de refeições, nutrição clínica e ambulatório com a finalidade de fornecer refeições aos pacientes, acompanhantes, médicos plantonistas, além de suplementos nutricionais, dietas enterais e de prestar a Assistência Nutricional aos pacientes em risco nutricional.

A área é Coordenada por uma Nutricionista que atua em conjunto com as equipes médicas e assistenciais garantindo a qualidade da assistência nutricional, conforme o plano terapêutico.

A atividade profissional nutricionista é regulamentada pela Resolução Conselho Federal de Nutricionistas Nº 600, de 25 de fevereiro de 2018

Os objetivos da nutrição referente ao fornecimento das refeições compreendem o planejamento de produção de refeições, dietas, dieta enteral, fórmulas lácteas e suplementos; a previsão qualitativa e quantitativa dos gêneros alimentícios e materiais; a garantia de qualidade assegurada na seleção, recepção, armazenamento, processamento e distribuição dos alimentos;

o controle de qualidade das matérias primas, equipamentos, utensílios e ambiente e a distribuição de: refeições, dietas, dieta enteral, suplementos e formula láctea.

A assistência nutricional prestada tem inicio com a notificação do risco nutricional. A partir disso, é realizada a avaliação nutricional, a identificação do nível de assistencial nutricional e diagnóstico nutricional, prestação do atendimento dietoterápico individualizado aos pacientes, acompanhamento da evolução nutricional, avaliação da aceitação da dieta, adequação e modificação quando necessário e orientação da dieta para alta assim como, a avaliação das necessidades de aprendizado conforme manual de conduta nutricional.

As unidades de produção de refeições (Cozinha) e copa, funcionam 24h, garantindo o fornecimento de dietas e a continuidade da assistência.

Composição

A equipe da nutrição é composta por coordenador, nutricionistas, técnico em nutrição, cozinheiros, açougueiro, auxiliares de cozinha, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de almoxarifado e copeiros

As Nutricionistas Clínicas atuam nas unidades de Terapia Intensiva, Internação (Clinica Médica e Cirúrgica) e ambulatório.

Dimensionamento

O Serviço de Nutrição apresenta uma escala de trabalho dimensionada de acordo com a Resolução Conselho Federal de Nutricionistas Nº 600, de 25 de fevereiro de 2018 e os profissionais estão distribuídos de acordo com as atividades propostas pelos setores e os postos de trabalho.

Indicadores

Os dados são coletados por meio dos relatórios gerados na área:

- ☐ Adequação de Infusão em Terapia nutricional enteral e parenteral
- ☐ Controle microbiológico lactário
- ☐ Controle microbiológico cozinha
- ☐ Mensuração de desperdício per capita de refeições
- ☐ Taxa de conformidade nos processos da nutrição clínica
- ☐ Taxa de conformidade de prontuários
- ☐ Frequência de pacientes em jejum prolongado
- ☐ Oferta proteica >1,5g/kg em pacientes com LP
- ☐ Taxa de efetividade da intervenção em pacientes com baixa aceitação alimentar
- ☐ Taxa de perda de sonda
- ☐ Atendimento nutricional (perfil nutricional de pacientes internados e ambulatoriais, volume de orientação de alta, nível de assistência)
- ☐ Controle de qualidade das copas e cozinha

4 – Fluxo do Paciente

4.1 SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente

O serviço de atendimento ao cliente oferece um canal de comunicação entre o cliente e o hospital. As manifestações recebidas são analisadas e encaminhadas ao gestor da unidade para análise da causa raiz, tratativa e parecer ao cliente e servem como parâmetro para avaliação e aprimoramento dos processos de atendimento. Além das ações para datas comemorativas, visando proporcionar momentos de descontração e entretenimento ao paciente e familiar.

Indicador

- ☐ Índice de Manifestações por classificação – área
- ☐ Taxa de resposta efetiva
- ☐ Tempo de retorno

4.2. Setor de Atendimento

Constituído pelas recepções de Pronto Socorro, Ambulatórios, Visitantes, Célula de Agendamento, Internação, Coleta e SAC. Tem como objetivo garantir o acolhimento e a qualidade do atendimento aos clientes, familiares, visitantes, fornecedores e colaboradores.

Recepções Ambulatoriais: Cadastro e identificação dos pacientes para consultas, exames e procedimentos.

Recepção Célula de Agendamento: Agendamento de consultas e exames ambulatoriais.

Recepção de Internação: Admissão dos pacientes para internação nas unidades assistenciais.

Recepção de Visitantes: Controle de acesso de visitantes, acompanhantes, pacientes e fornecedores.

Recepção Pronto Socorro: Cadastro e identificação dos pacientes para encaminhamento a triagem e admissão de internações.

Recepção Coleta: Cadastro e identificação dos pacientes para realização de exames.

Composição

Equipe de atendimento composta por Líder, Assistentes de Atendimento e Assistentes Administrativos.

Indicador

- ☐ Produtividade por pessoa
- ☐ Tempo Médio de Espera e Atendimento
- ☐ Volume de atendimento por período

4.3 NIR - Núcleo Interno de Regulação e Transporte

A equipe que atua no setor de Regulação é responsável pelo gerenciamento de leitos do hospital, transferência externa de pacientes, contratação de remoção e encaminhamento dos pacientes via Complexo Regulador Estadual. Responsáveis pelo registro de solicitação de transporte interno e dimensionado para os auxiliares de transporte. Início ao fluxo do óbito com liberação da declaração de óbito.

Composição

Técnicos de controle de leitos em escala de revezamento para funcionamento da área 24 horas e auxiliares de transporte escala revezamentos para funcionamento da área por 12 horas.

Indicador

- ☐ Tempo Médio de espera de leito cedido
- ☐ Tempo Médio de alocação no leito
- ☐ Taxa de Alta até 10hs
- ☐ Índice de Previsibilidade de Alta
- ☐ Tempo de Higienização do Leito Reservado
- ☐ Tempo de Transporte do paciente cirúrgico
- ☐ Tempo de Transporte do paciente clínico

4.4 *Backoffice*

Área responsável pelo suporte ambulatorial aos consultórios médicos mantendo organização para atendimento, solicitação dos materiais e reposição dos mesmos nos consultórios, controle da agenda de consultas, escaneamento de exames no prontuário eletrônico, controle dos impressos para disposição no atendimento.

Composição

Técnicos Administrativos I.

4.5. MORGUE – Fluxo do óbito

Área responsável para controle de entrada e saída de óbitos considerando liberação do corpo e/ou reconhecimento do mesmo por familiares. Orientação dos processos funerários mediante entrega da declaração de óbito emitida pela regulação e finalizada pela equipe administrativa.

Composição

Técnico Administrativo I

5. FARMÁCIA

O serviço da Farmácia é destinado a prover medicamentos e materiais médicos hospitalares de forma racional e segura através das atividades de Assistência Farmacêutica e intervenções farmacêuticas pela Farmácia Clínica que promove a atenção ao paciente e informações sobre medicamentos, cujo objetivo é contribuir para que o período de internação do paciente seja o mais breve possível.

Os farmacêuticos atuam na atenção a prescrição médica de nas unidades de internação, pronto socorro , centro cirúrgico, e uti´s verificando possíveis reações adversas, interações droga alimento , droga – droga, droga dieta ,avaliação de função renal , alergias , monitoramento de exames laboratoriais, nível sérico de medicamentos , entre outros , garantindo seguimento farmacoterapêutico para pacientes e orientações para os pacientes internados e equipe multidisciplinar, atuam como facilitador de integração com a equipe multidisciplinar.

Composição

A equipe da Farmácia é composta por 1 Coordenador, Farmacêuticos Seniores, Farmacêuticos, Líderes de Farmácia, Auxiliares de Farmácia, Auxiliar de Almoxarifado e Auxiliares de Manipulação.

Os Farmacêuticos dividem-se em atividades de análise crítica das prescrições médicas , integração entre o SCIH, avaliação de admissão do paciente, atuação em comitês e Comissões de Farmácia e terapêutica , Homologação da Farmácia, Tecno vigilância, Farmacovigilância e Farmacoeconomia e manipulação de medicamentos que apresentam risco ocupacional , quimioterápicos , além de treinamento da equipe de Líderes, Auxiliares e equipe assistencial .

Os Líderes de Farmácia realizam a supervisão e o controle das atividades que envolvam o fluxo de dispensação dos medicamentos e materiais médico hospitalares, além de treinamento e supervisão da equipe de auxiliares.

Os Auxiliares de Farmácia realizam atividades de apoio para os Farmacêuticos e Líderes, controle de estoque etiquetagem, validade e dispensação de materiais e medicamentos para as unidades e organização das farmácias satélites.

Os Auxiliares de Almoxarifado realizam atividades de controle de estoque, etiquetagem e validade e distribuição de materiais e medicamentos para as farmácias satélites.

O Serviço de Farmácia está organizado estruturalmente para atender as unidades especializadas como: centro cirúrgico, pronto socorro, uti adulto, clínica médica e cirúrgica, ambulatório, e SADT. Para isso, conta com estoques descentralizados , chamados unidades satélites e uma farmácia central.

O sistema de dispensação das satélites é a dispensação individualizada de medicamentos.

Dimensionamento

O Serviço de Farmácia apresenta escala de trabalho dimensionado de acordo com as atividades propostas pelos setores e os postos de trabalho.

Para os Farmacêuticos, Líderes e Auxiliares de Farmácia o dimensionamento é de 220h mensais, contemplando 8h diárias de trabalho e de 180h mensais, contemplando o esquema 12x36h de trabalho.

Para os Auxiliares de Almoxarifado o dimensionamento é de 220h mensais, contemplando 8h diárias de trabalho.

O quantitativo de farmacêuticos atende a Lei 13021/14 que fala sobre assistência farmacêutica em todo o horário de funcionamento do estabelecimento de saúde.

Indicadores

Os dados são coletados por meio do Relatório de Gerenciamento de Processos.

- ☐ Indicadores da Farmácia:
- ☐ Nível de Serviço
- ☐ Nível de Sucata
- ☐ Intervenção Farmacêutica
- ☐ Adequação de Antibiótico Profilático
- ☐ Adequação de Antibiótico Terapêutico
- ☐ Adequação ao Manejo de Droga de Baixo Índice Terapêutico
- ☐ Taxa de Ajuste Posológico x Função Renal
- ☐ Descalonamento de Carbapenêmicos
- ☐ Acompanhamento Farmacêutico
- ☐ Número de Aceites
- ☐ Número de bolsas manipuladas
- ☐ Análise de qualidade Microbiológica
- ☐ Taxa de Padronização
- ☐ Validação da Reconciliação medicamentosa
- ☐ Farmacovigilância e Tecnovigilância

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0527/2016. Fixe e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: Conselho
Regional de Enfermagem. [texto na Internet] São Paulo; 2016. [citado 2016, nov 16] Disponível em:
http://www.corensp.org.br/resolucao293.htm 10/11/2016).

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Definição das Atribuições. [Citado 2010, Nov 23]Disponível em < http://www.crefito.com.br/>
Conselho Regional de Psicologia. Legislação. [Citado 2010, Nov 23]. Disponível em http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/titulo.aspx

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0527/2016. Fixe e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde.
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Definição das Atribuições. [Citado 2010, Nov 23]Disponível em < http://www.crefito.com.br/>
Conselho Regional de Psicologia. Legislação. [Citado 2010, Nov 23]. Disponível em http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/titulo.aspx
Dias MB. Aplicação do Sursing Activities Scores – NAS – como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI cirúrgica cardiológica. [dissertação]. São Paulo SP: Escola de Enfermagem da USP; 2006.
Dini AP. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de instrumento.
[dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2007.
Fugulin FMT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. Rev Med HU-USP. 1994;4(1/2):63-8.
Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P. (Coord). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005, cap.10, p. 125-37.
Martins PAS, Forcella HT. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. Acta Paul Enferm 2006;19(1):62-9.
Miranda DR, et al. Nursing activities score. Crit Care Med. 2003;31(2):374-82.
Santos F, Rogenski NB, Baptista CC e Fugulin FT. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(5).
Ministério da Saúde – Portaria de Consolidação nº5 – 28 de Setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde – Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho, de 16 de Novembro de 2005.

PLANO DE TRABALHO – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

A atuação da Tecnologia da Informação (TI) desempenha um papel de extrema importância em um hospital, sendo considerada uma aliada essencial para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde e otimização da gestão hospitalar. Ela proporciona uma assistência mais segura, rápida e eficiente, beneficiando tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde contribuindo para a excelência dos serviços prestados pelo hospital promovendo melhorias na assistência ao paciente. Algumas das principais formas de atuação da TI em um hospital incluem:

- Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP): A implementação e gestão do PEP é uma das principais áreas de atuação da TI em um hospital. O prontuário eletrônico permite o registro completo e organizado das informações clínicas dos pacientes, facilitando o acesso rápido a históricos médicos, resultados de exames e prescrições.
- Sistemas Clínicos: A TI é responsável pela implementação e manutenção de sistemas clínicos especializados, como sistemas de gestão de imagens médicas (PACS), sistema laboratorial, sistemas de prescrição eletrônica, sistemas de monitoramento de pacientes, entre outros.
- Gestão de Estoques e Recursos: A TI apoia a gestão de estoques de medicamentos, materiais médicos e recursos hospitalares através de sistemas informatizados, garantindo um controle mais eficiente e evitando desperdícios.
- Comunicação Interna: A TI viabiliza a comunicação interna entre os membros da equipe de saúde através de sistemas de mensagens instantâneas, e-mails e outras plataformas colaborativas.
- Conectividade e Redes: A infraestrutura de rede de TI é essencial para garantir uma conexão estável e abrangente em todos os dispositivos do hospital, incluindo acesso Wi-Fi para profissionais de saúde e pacientes.
- Infraestrutura: A infraestrutura de TI desempenha um papel fundamental ao englobar servidores e sistemas de armazenamento responsáveis por abrigar e gerenciar os dados clínicos, administrativos e operacionais do hospital. Esses dados são processados, armazenados e disponibilizados de forma ágil e segura. Além disso, a infraestrutura de TI é responsável por implementar políticas de backup e recuperação de dados, garantindo a preservação de informações cruciais mesmo em situações de falhas ou desastres
- Segurança da Informação: A TI implementa medidas de segurança para proteger os dados sensíveis dos pacientes, prevenindo acessos não autorizados e garantindo a confidencialidade das informações.

- Análise de Dados e Indicadores: A TI possibilita a coleta, análise e interpretação de dados, permitindo a geração de relatórios e indicadores que auxiliam na tomada de decisões estratégicas e melhoria contínua dos processos.
- Suporte Técnico: A equipe de TI oferece suporte técnico para resolver problemas e garantir o funcionamento adequado dos sistemas e equipamentos utilizados no hospital.
- Inovação Tecnológica: A TI acompanha as tendências tecnológicas e permitir a adoção de novas soluções inovadoras que tragam benefícios para o atendimento ao paciente e a eficiência dos processos.

Em resumo, a Tecnologia da Informação em um hospital tem um papel fundamental na modernização e aprimoramento dos serviços de saúde, trazendo benefícios significativos para a assistência ao paciente, a eficiência operacional e a gestão hospitalar. A contínua evolução tecnológica oferece oportunidades para aprimorar a qualidade do cuidado e melhorar a experiência tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes.

Para início das atividades, é necessário garantir sistemas adequados para correta prestação de contas, coleta de dados quantitativos e qualitativos operacionais, além de controle de estoques, de dados sensíveis e da segurança dos pacientes e colaboradores, sistemas de TI deverão ser adquiridos, instalados, assim como a infraestrutura de TI deve ser adequada à demanda. Para tanto, investimentos são necessários, após diagnóstico inicial realizado na visita técnica ao HUGO.

Segue abaixo as aquisições necessárias:

1. **Sistema Laboratorial**

Especificação técnica

- Gestão de Exames Laboratoriais
- Relatórios Customizados
- Portal de Resultados de Exames para Pacientes e Médicos
- Interfaceamento com Máquinas Laboratoriais
- Integração com Sistema MV

Um avançado Sistema de Gestão de Exames Laboratoriais com interfaceamento com máquinas laboratoriais é necessário pois oferecerá resultados precisos e ágeis para pacientes internos, facilitando a consulta dos médicos responsáveis pelos cuidados, bem como para pacientes externos que necessitem de exames eletivos.

Risco da não aquisição: Não ter sistema para gestão de exames laboratoriais impedindo a rastreabilidade das amostras, automação de processos, integração com equipamentos de análises, segurança de dados e acesso aos resultados.

Valor: R$ 180.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Valor: R$ 30.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

2. Sistema PACS

Especificação técnica

Sistema de Gestão de Exames de Imagens Radiológicas com as seguintes especificações:

- Soluções:
  - Portal de Resultado Online
  - Digitalização
  - Impressão sob Demanda
  - Gravação de CD e DVD
  - Registro na Anvisa
  - Serviço de Alerta de Resultados SMS e WhatsApp
  - Recurso Avançado para Visualização Cardíaca e Coronária
  - Integração com Sistema MV
- Ferramentas:
  - Controle de Ativo SLA
  - Filtros de Localização
  - Lista de Trabalho Customizada
  - Padronização de Máscara de Laudos
  - Peer Review
  - Imagens Chave Hiperlink / Hiperlaudo
  - Acho Crítico / Comunicado
  - Auditoria de Laudo e Históricos
  - Adendo e Retificação de Laudo

A solução proposta se baseia em uma análise criteriosa das necessidades no armazenamento e distribuição de imagens, bem como na otimização do fluxo de digitação de laudos utilizando ferramentas de reconhecimento de voz, laudo ditado e textos padronizados. Além disso, a integração com outros viewers e laudos, possibilita o acesso de pacientes e solicitantes através de um portal web, e a integração de worklist para facilitar o gerenciamento dos exames são características fundamentais dessa solução. Por fim, a implementação de um mecanismo de retorno dos laudos para o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) completa a abrangência e eficiência do sistema.

Risco da não aquisição: não adquirir um software PACS pode resultar em desafios significativos na organização, eficiência e qualidade do atendimento ao paciente. O investimento em um PACS moderno e adequado às necessidades da instituição de saúde é

essencial para garantir uma gestão eficaz de imagens, melhorar a colaboração entre profissionais, aprimorar diagnósticos e tratamentos e, em última análise, proporcionar um atendimento mais seguro e de alta qualidade aos pacientes.

Valor: R$ 350.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Valor: R$ 75.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

3. **Aditivo de Computadores e Notebooks**

300 - Notebooks

Especificação Técnica

- Notebook de 15 Polegadas
- Intel Core I5 12ª Geração
- HD de 256 NVMe
- 8 GB de RAM DDR4
- Windows 10 Pro 64 Bits

150 - Computadores

Especificação Técnica

- Monitor de 21,5 Polegadas
- CPU Intel Core I5 12ª Geração
- HD de 256 SSD NVMe
- 8 GB de RAM DDR4
- Windows 10 Pro 64 Bits

Equipamentos que serão utilizados como carro beira leito, estação de trabalho para acesso a sistemas, serviços e softwares de apoio, áreas administrativas e assistenciais.

Risco da não aquisição: A falta de aquisição de computadores adicionais causa um impacto direto no serviço prestado, uma vez que é essencial manter um equilíbrio adequado entre a quantidade de usuários e a disponibilidade de computadores. Essa proporção equilibrada é fundamental para evitar filas de espera para a utilização dos equipamentos, o que poderia resultar em atrasos significativos no registro das informações dos pacientes. Essa situação afeta diretamente o atendimento ao paciente, pois o tempo dedicado ao registro das informações pode ser prolongado, comprometendo a agilidade e a exatidão dos dados registrados.

Valor: R$ 100.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

4. **Upgrade Computadores Existentes**

Especificação Técnica

- 380 Unidades - SSD SATA 240GB
- 380 Unidades - Memória RAM 8GB

Upgrade das estações existentes com substituição de HD Mecânico por SSD e a inclusão de mais 8 GB de memória RAM para deixar as estações mais performática para acesso a sistemas assistenciais, internet e arquivos em geral para melhor desempenho da atividade dos colaboradores.

Risco da não aquisição: A lentidão dos computadores compromete significativamente o trabalho assistencial ao paciente, uma vez que os profissionais precisam investir mais tempo realizando processos nos sistemas e menos tempo dedicando atenção direta ao cuidado dos pacientes. Essa situação representa um obstáculo para a eficiência e eficácia dos serviços prestados, podendo afetar negativamente a qualidade do atendimento e o bem-estar dos indivíduos sob cuidados médicos. Portanto, é fundamental buscar soluções para otimizar o desempenho dos computadores utilizados na área de saúde, a fim de melhorar a experiência tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes.

Valor: R$ 180.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

5. Ramais Códigos Emergenciais

Especificação técnica

- 60 Ramais IP DECT
- 60 Antenas IP DECT
- 60 Carregadores Duplo
- 60 Bateria Sobressalente
- Licenças para 200 Usuários
- Servidor Wireless
- Integração com Central PABX
- Instalação, Configuração e Treinamento in loco

Fornecimento e instalação de 60 ramais móveis IP DECT, juntamente com o software para gerenciamento dos códigos de acionamento de chamadas emergenciais, representam uma solução robusta e avançada para a gestão eficiente de um ambiente hospitalar.

Com a implementação desses recursos, o hospital alcançará um alto nível de eficiência e segurança em suas operações, especialmente em situações de emergência. Algumas das principais vantagens e funcionalidades dessa solução incluem:

- Comunicação ágil e móvel: Os 60 ramais móveis IP DECT permitirão uma comunicação ágil e móvel entre as equipes assistenciais, possibilitando o rápido acionamento e resposta em casos de emergência ou situações críticas.

- Gerenciamento de códigos de acionamento: O software fornecido possibilitará o gerenciamento eficiente dos códigos de acionamento de chamadas emergenciais,

garantindo que as equipes sejam notificadas de forma rápida e precisa.

- Visibilidade em tempo real: O software proporcionará visibilidade em tempo real dos níveis de atendimento, contingência e atividades em curso, permitindo que os gestores acompanhem e monitorem a situação hospitalar em tempo real.

- Gestão de equipes assistenciais: Através do software, será possível gerenciar as equipes assistenciais, atribuindo tarefas, acompanhando o status das atividades e garantindo uma distribuição eficiente de recursos.

- Relatórios e indicadores: O software fornecerá relatórios detalhados e indicadores das atividades, permitindo uma análise precisa do desempenho e identificação de possíveis melhorias nos processos.

- Cobertura total através de antenas rádio base DECT: As antenas rádio base DECT contam com tecnologia própria e funcionam de forma isolada ao WIFI, garantido uma cobertura abrangente e confiável em todo o perímetro do hospital, assegurando que a comunicação seja mantida mesmo em áreas críticas e de difícil acesso.

Em suma, a aquisição e instalação desses 60 ramais móveis IP DECT e do software de gestão de códigos de acionamento são fundamentais para modernizar e aprimorar o ambiente hospitalar, tornando-o mais preparado para enfrentar situações emergenciais e proporcionando uma assistência de qualidade aos pacientes. A cobertura abrangente oferecida pelas antenas rádio base DECT garantirá uma comunicação confiável e ininterrupta, elevando a eficiência e a excelência nos serviços prestados pelo hospital.

Risco da não aquisição: A ausência de ramais IP DECT representa um desafio significativo, pois pode dificultar o acionamento rápido e eficiente de equipes especializadas em casos de emergência, resultando em um aumento do tempo de resposta e colocando pacientes e funcionários em situações de risco. Sem os ramais IP DECT, a comunicação durante situações críticas pode ser mais lenta e menos eficaz. O tempo necessário para acionar as equipes especializadas pode ser prolongado, prejudicando a capacidade de resposta imediata a eventos emergenciais. Essa demora na comunicação pode resultar em atrasos na prestação de cuidados essenciais aos pacientes em estado crítico.

Valor: R$ 60.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

6. Firewall + Zero Trust

Especificações Técnicas do Firewall Next Generation.

- Quantitativo

- 2 unidades Firewall Next Generation – Ativo/Passivo

➢ Geral

- Throughput Firewall: 79,5 Gbps
- Throughput IPS: 12 Gbps
- Throughput NGFW: 10 Gbps
- Throughput Threat Protection: 9 Gbps
- Zero Trust Network Access: Yes
- Token Mobile Support: Yes
- Application Control Support: yes
- IPS Support: yes
- AV Support: yes
- Web Filtering Support: yes
- Antispam Support: yes
- Sandbox Cloud Support: yes
- Analyzer Support: yes
- Manager centralized Support: yes

➢ Protection

- Router Border
- Firewall Stateful
- Decryption
- Threat Protection
- File Blocking
- Data Filtering
- Sandbox Cloud
- DoS Protection
- URL Filtering
- Anti-Virus Border
- Anti-Spyware Border

➢ Interfaces

- 2x GE RJ45 HA / MGMT Ports
- 16x GE RJ45 Ports 10 Gb
- 4x 10 GE SFP+ Slots 10 Gb
- 8x GE SFP Slots

➢ Interfaces and Modules

- USB Port: 1
- Console Port: 1
- Trusted Platform Module (TPM): Yes

- Bluetooth Low Energy (BLE): Yes
- Included Transceivers: 8

➢ System Performance — Enterprise Traffic Mix
- IPS Throughput: 12 Gbps
- NGFW Throughput: 10 Gbps
- Threat Protection Throughput: 9 Gbps

➢ System Performance and Capacity
- IPv4 Firewall Throughput: >= 80 Gbps
- Maximum Number of Tokens: 5000
- High Availability Configurations: Active-Active, Active-Passive, Clustering

Aquisição de 02 firewall (Equipamentos de segurança lógica que faz proteção contra ataques cyber criminosos). Equipamento/software que irá proteger contra invasões de ataques cyber criminosos.

Risco da não aquisição: Vulnerabilidade na rede de dados facilitando ataques cyber criminosos. Item importante para adequação a LGPD.

Valor: R$ 120.000,00 - Verba de CUSTEIO

7. NAC (Network Access Control)

Especificações Técnicas do NAC.

➢ Quantitativo
- 1x Licenciamento NAC

➢ Platform
- Deployment templates for any network type, identity store and endpoint 802.1X, MAC authentication and captive portal for SNMP-based enforcement on wired switches Advanced reporting, analytics and troubleshooting tools Interactive policy simulation and monitor mode utilities Multiple device registration portals – Guest, BYOD, and un-managed devices Admin/operator access security via CAC and TLS certificates.

➢ Framework and protocol support
- RADIUS, RADIUS Dynamic Authorization, TACACS+, web authentication, SAML v2.0
- RadSec (TLS encoded RADIUS) TEAP (Tunneled EAP)
- EAP-FAST (EAP-MSCHAPv2, EAP-GTC, EAP-TLS)
- PEAP (EAP-MSCHAPv2, EAP-GTC, EAP-TLS, EAP-PEAPPublic, EAP-PWD)
- TTLS (EAP-MSCHAPv2, EAP-GTC, EAP- TLS, EAP-MD5, PAP, CHAP)
- EAP-TLS
- PAP, CHAP, MSCHAPv1, MSCHAPv2, EAP-MD5
- OAuth2
- WPA3

- Windows machine authentication
- SMB v2/v3
- Online Certificate Status Protocol (OCSP)
- SNMP generic MIB, SNMP private MIB
- Common Event Format (CEF), Log Event Extended Format (LEEF), and RFC5424

➢ Supported identity stores
- Microsoft Active Directory
- RADIUS
- Any LDAP compliant directory
- MySQL, Microsoft SQL, PostGRES and Oracle 11g ODBC-compliant SQL server
- Token servers
- Built-in SQL store, static hosts list
- Kerberos

➢ RFC standards
- 2246, 2248, 2407, 2408, 2409, 2548, 2759, 2865, 2866, 2869, 2882, 3079, 3579, 3580, 3748, 3779, 4017, 4137, 4301, 4302, 4303, 4308, 4346, 4514, 4518, 4809, 4849, 4851, 4945, 5176, 5216, 5246, 5280, 5281, 5282, 5424, 5755, 5759, 6614, 6818, 6960, 7030, 7170, 7296, 7321, 7468, 7815, 8032, 8247

➢ Internet drafts
- Protected EAP Versions 0 and 1, Microsoft CHAP extensions, dynamic provisioning using EAP-FAST, TACACS+, draft-ietfcurdle-pkix-00 EdDSA, Ed25519, Ed448, Curve25519 and Curve448 for X.509, draft-nourse-scep-23 (Simple Certificate Enrollment Protocol)

➢ Profiling methods
- Active: Nmap, WMI, SSH, SNMP
- Passive: MAC OUI, DHCP, TCP, Netflow v5/v10, IPFIX, sFLOW, 'SPAN' Port, HTTP User-Agent, IF-MAP
- RADIUS
- TACACS+
- Clustering (intra-node communication)
- Web and CLI based management
- IPv6 addressed authentication & authorization servers
- IPv6 accounting proxy IPv6 addressed endpoint context servers
- Syslog, DNS, NTP, IPsec IPv6 targets
- IPv6 Virtual IP for high availability
- HTTP Proxy
- Ingress Event Engine Syslog sources Information assurance validations

- FIPS 140-2 – Certificate #2577
- Common Criteria NDcPP + Authentication Server
- USGv6 approved

Controlar a conectividade de computadores e ativos byod na rede. Desta forma prevenindo contra intrusos a usar a rede.

Risco da não aquisição: Qualquer intruso/sujeito mal intencionado com seu computador BYOD (computador pessoal, etc.), pode encontrar um ponto habilitado e usar a rede, serviços, sistemas em sua total plenitude, podendo até realizar um ataque ingress/egress.

Valor: R$ 40.000,00 - Verba de CUSTEIO

8. MFA

Múltiplo fator de autenticação para logins de acessos a portais externos. Esquema de segurança de múltiplo fator de autenticação para Portais externos.

Risco da não aquisição: Vulnerabilidade externa facilitando ataques cyber criminosos com metodologias brute force em páginas com apenas com um critério de login. Item importante para adequação a LGPD.

Valor: R$ 30.000,00 - Verba de CUSTEIO

9. Servidores, Storage e Backup

Especificações Técnicas Servidores (Cluster Vmware)

- 03x Servidores com cada um com 02x Processadores Xeon Gold 6346 3.1G 16C/32T 36M Cache Turbo
- 768 de RAM RDIM 3200MT/s DDR4 (Por Servidor)
- 02x Discos de 480 GB SATA SSD 6Gbps Hot-Plug em RAID 1 (Por Servidor)
- 02x Placas de Rede Broadcom 57414 Dual Port 10GB/25GB SFP+ (Por Servidor)
- 01x Placa HBA Qlogic 2692 Dual Port 16GB Fibre Channel (Por Servidor)
- 01x Placa de Gerenciamento (Por Servidor)
- Fontes Redundantes (Por Servidor)
- 5 Anos de Garantia Missão Crítica 24x7 SLA de 8 Horas

Especificações Técnicas Storage

- 01x Storage All Flash com 68 TB em RAID 6 (Volumetria Provisionada no Pool sem Feature de Redução de Dados) Workload de até 205.800 IOPS por Pool.

- 02x Drivers com 02x Processadores Intel Skylake de 8 Núcleos de 1.8 GHz com 02x Portas de 32GB FC 02x Portas 10Gbe SPF+ 01 Porta de Gerenciamento para o Software Define Storage.
- 02x Fontes Redundantes por Controladora.
- 02x Switches SAN 24 Portas 16 GB SFP+
- Data Reduction, Replicação Sincrôna e Assincrôna, Recovery Point Flash Cache, Flash Tier
- 5 Anos de Garantia Missão Crítica 24x7 SLA de 8 Horas

Especificações Técnicas Sistema de Backup

- 01x Servidor cada um com 01x Processador Xeon Silver 4309Y 2.8G 8C/16T 12M Cache Turbo
- 128 de RAM RDIM 3200MT/s DDR4
- 02x Discos de 1.92TB SATA 6Gbps Hot-Plug em RAID 1
- 02x Placas de Rede Broadcom 57414 Dual Port 10GB/25GB SFP+
- 01x Placa HBA Qlogic 2692 Dual Port 16GB Fibre Channel
- 01x Placa de Gerenciamento
- 01x Licenciamento Windows Server Standard 2022
- Fontes Redundantes (Por Servidor)
- 5 Anos de Garantia Missão Crítica 24x7 SLA de 8 Horas
- 01x Tape Library LTO 7 com 04x Drivers Fibre Channel 16 GB
- 02x Storages de 32 TB em RAID 5 com Tierização de Dados através de Discos SSDs, Features de Criptografia de Dados em Repouso utilizando o Algoritmo de Chave AES 256-bit (CBC), Taxa de Deduplicação de 111,8x e console de gerenciamento.
- Data Protection Suite para Vmware e Banco de Dados em nuvem ou on premisses com Deduplicação de até 39,8x (97.5%), Feature Retention Lock para proteger os dados de Leitura e escrita não autorizada do dado backupeado em Contêiner de Disco, features Worm, Backups Ful, Comutatitive Incremental e Incremental Synthetic, Estrutura de Backups em Discos com offload para Dispostivos de Armazenamento de Fitas LTO.
- 5 Anos de Garantia Missão Crítica 24x7 SLA de 8 Horas

Especificações Técnicas Licenciamento

- 850x Calls de Acesso por Device
- 48x Windows Server Datacenter 2022 64x Bits

- 06x Vmawre Sphere Enterprise por processador com Features de HÁ, DRS, Swtich Distribuido, vMotion, vSphere Replication.
- 01x Vmware vCenter Standard para gerenciamento do Cluster em Datacenter.

Estes equipamentos e softwares são importantes para adicionar e manter a disponibilidade e proteção de Serviços de Tecnologia da Informação (Sistemas) imprescindível na instituição, proporcionando a gestão, qualidade e atendimento aos pacientes referente a tomada de decisões embasada nas informações disponíveis (Exemplos: Dados de Prontuários, Prescrições Médicas, Resultados de exames, Gestão de estoques, indicadores, etc.)

Risco da não aquisição: Falta de infraestrutura necessária para instalação e backups de sistemas e controle de acessos.

Valor: R$ 3.000.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

10.Outsorcing de Impressão

- 70 impressoras laser monocromática A4. - Tradicionais
- 45 impressoras laser monocromática A4. - Multifuncionais
- 150 impressoras térmica de etiqueta.
- 2 impressoras laser colorida A3.
- 2 impressoras laser colorida A4. - Multifuncionais

Equipamentos (Impressora Laser) utilizados para impressões de documentos para uso interno e para disponibilização aos pacientes.

Impressoras de etiquetas para identificação de pacientes, coletas de exames, materiais e medicamento nas farmácias/ almoxarifado.

R$ 95.000,00/mês (Variável) - Verba de CUSTEIO

Risco da não aquisição: A falta de impressoras para impressão de documentos assistenciais, administrativos e etiquetas para identificação de medicamentos e pacientes representa um impacto significativo que pode afetar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados no ambiente hospitalar.

11.Antivírus

Especificações Técnicas do Antivírus.

- Quantitativo
  - 900x Licenciamento para Endpoints
- Platform
  - Gestão centralizada.
  - Plataforma: Windows, MAC, Linux, Android e iOS.
  - Sandbox Cloud.
  - Detecção de comportamento.

- Prevenção de exploração.
- Prevenção de instrução de host.
- Motor de Remediação.
- Proteção contra ameaças de arquivos.
- Proteção contra ameaças Web.
- Proteção contra ameaças de E-mail.
- Firewall.
- Proteção contra ameaças de rede.
- Prevenção de ataque BadUSB.
- Proteção AMSI.
- Controle de Aplicações.
- DLP.
- EDR.
- controle de dispositivos.
- Controle Web.
- Controle Adaptativo de anomalias.
- Encryptação de dados em repouso.
- Proxy SSL/TLS.

(900) licenças de antivírus, sistema de proteção contra vírus nos computadores. Software que irá proteger contra vírus e ransomware (programas maliciosos).

Risco da não aquisição: Computadores serem infectados com vírus, malware, etc., danificando sistemas de computadores e rede de dados. Não cumprimento da LGPD.

Valor: R$ 150.000,00/ano - Verba de INVESTIMENTO

12.TV + PC Small

Especificação Técnica

- SmartTV LED 55” c/ WiFi 5 Ghz
- 5 PC Chassi Small
- CPU Intel Core I5 10ª Geração
- HD de 256 SSD SATA
- 8 GB de RAM DDR4
- Windows 11 Pro 64 Bits

Aquisição de 50 TVs + 50 PC Small para painéis de chamadas de senha, painéis de checagem de medicações, painéis de farmácia, painéis de almoxarifado e painéis de indicadores.

Risco da não aquisição: A ausência de TVs e PC Small impacta diretamente na visibilidade dos indicadores da operação, bem como no acompanhamento da checagem de

medicações, dispensações da farmácia e controle de estoque no almoxarifado. Essa carência tem um efeito negativo significativo no monitoramento da operação hospitalar.

Valor: R$ 800.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

13.Carro Beira Leito

Especificação Técnica

- Carrinho móvel com suportes para bandeja, Oxivir, Descarpack 3L e álcool gel;
- Plataforma para notebook.

Aquisição de 200 carros beira leito para apoio de notebook e equipamentos para realizar evolução beira leito multiprofissional e controle de prescrição e medicamentos via sistema de prontuário eletrônico beira leito, ganhando produtividade assistencial e melhor registro de aplicação de medicações em tempo real.

Risco da não aquisição: A ausência do carrinho de medicação beira leito representa um impacto significativo na operação hospitalar, uma vez que esse equipamento é uma ferramenta essencial e de grande importância para a administração segura e eficiente dos medicamentos aos pacientes. A presença desse carrinho contribui para evitar erros na administração de medicamentos, minimizando o risco de eventos adversos e reações indesejadas aos fármacos. Sua estrutura organizada e seus compartimentos específicos facilitam o controle do estoque, garantindo o acesso imediato aos medicamentos necessários durante o atendimento aos pacientes. Além disso, o carrinho de medicação beira leito oferece portabilidade e mobilidade, permitindo que a equipe de enfermagem se desloque facilmente até o leito do paciente para a administração dos medicamentos, garantindo uma supervisão adequada e um atendimento mais próximo e individualizado.

Valor: R$ 640.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

14.Leitor de Código de Barros

Especificação Técnica

- Decode capabilities
  - 1D Code 39, Code 128, Code 93, Codabar/NW7, Code 11, MSI Plessey, UPC/EAN, I 2 of 5, Korean 3 of 5, GS1 DataBar, Base 32 (Italian Pharma)
  - 2D
  - PDF417, Composite Codes, TLC-39, Aztec, DataMatrix, MaxiCode, QR Code, Micro QR, Han Xin, Postal Codes.

Aquisição de 300 leitores de código de barras para agilizar o processo assistencial com leitura de pulseira de identificação de pacientes e de medicamentos, evitando erros de escrita, aumentando a segurança do processo e do paciente e ganhando produtividade beira-

leito. Dentre os 300 leitores, 200 seriam utilizados nos carros beira leitos propiciando a conferência bipando o código de barras do medicamento e o código de barras da pulseira do paciente, evitando erros na checagem do medicamento.

Risco da não aquisição: A ausência de leitores para realizar a leitura de medicamentos, materiais e pulseiras de pacientes pode ter um impacto direto na agilidade do processo assistencial. Os leitores são ferramentas essenciais para a identificação rápida e precisa de medicamentos, materiais e pulseiras, agilizando a administração de tratamentos e procedimentos médicos. Sem esses leitores, o processo de identificação manual pode ser mais demorado e sujeito a erros, o que pode afetar a eficiência e a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Valor: R$ 250.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

15.Rede de Dados

Especificações Técnicas de Switches Core / Distribuição.

- Quantitativo
  - 4x Switches – 24 portas SFP+.
  - 8x Cabos DAC's para Stack VSF.
  - 120x Transceivers SFP+ LC/LC Multimodo.

- I/O ports and slots
  - 24 SFP+ fixed 1000/10000 SFP+ ports.
  - Duplex: 100BASE-TX: half or full.
  - 1000BASE-T: full only.

- Ports and slots
  - 1x stacking module slot.
  - 1x RJ-45 serial console port.
  - 1x RJ-45 out-of-band management port.
  - 1x dual-personality (RJ-45 or USB micro-B).
- Power supplies
  - 2x power supply slots.
- Memory and processor
  - Processor Dual Core @ 1.2 GHz, 4 GB DDR3 SDRAM, 1 GB SD Card.
- Performance
  - 1000 Mb Latency: < 2.8 µs (FIFO 64-byte packets)
  - 10 Gbps Latency: < 1.8 µs (FIFO 64-byte packets)
  - 40 Gbps Latency: < 1.5 µs (FIFO 64-byte packets)

- Throughput: up to 285.7 Mpps (64-byte packets)
- Routing/Switching capacity: 480 Gbps
- Switch fabric speed: 508 Gbps
- Routing table size: 10000 entries (IPv4), 5000 entries (IPv6)
- MAC address table size: 64000 entries

➢ Protocols

- RFC 1997 BGP Communities Attribute
- RFC 2918 Route Refresh Capability
- RFC 4271 A Border Gateway Protocol 4 (BGP-4)
- RFC 4456 BGP Route Reflection: An Alternative to Full
- RFC 4724 Graceful Restart Mechanism for BGP
- RFC 5492 Capabilities Advertisement with BGP-4
- CPU DoS Protection
- RFC 1591 DNS (client)
- RFC 2576 (Coexistence between SNMP V1, V2, V3)
- RFC 2579 (SMIv2 Text Conventions)
- RFC 2580 (SMIv2 Conformance)
- RFC 3416 (SNMP Protocol Operations v2)
- RFC 3417 (SNMP Transport Mappings)
- HTML and telnet management
- IEEE 802.1ad Q-in-Q
- IEEE 802.1AX-2008 Link Aggregation
- IEEE 802.1D MAC Bridges
- IEEE 802.1p Priority
- IEEE 802.1Q VLANs
- IEEE 802.1s Multiple Spanning Trees
- IEEE 802.1v VLAN classification by Protocol and Port
- IEEE 802.1w Rapid Reconfiguration of Spanning Tree
- IEEE 802.3ad Link Aggregation Control Protocol (LACP)
- IEEE 802.3af Power over Ethernet
- IEEE 802.3az Energy Efficient Ethernet
- IEEE 802.3x Flow Control
- IEEE 802.3bz 2.5 Gbps and 5 Gbps interfaces
- RFC 768 UDP
- RFC 783 TFTP Protocol (revision 2)
- RFC 792 ICMP
- RFC 793 TCP

- RFC 826 ARP
- RFC 854 TELNET
- RFC 868 Time Protocol
- RFC 951 BOOTP
- RFC 1058 RIPv1
- RFC 1350 TFTP Protocol (revision 2)
- RFC 1519 CIDR
- RFC 1542 BOOTP Extensions
- RFC 1918 Address Allocation for Private Internet
- RFC 2030 Simple Network Time Protocol (SNTP) v4
- RFC 2131 DHCP
- RFC 2453 RIPv2
- RFC 2548 (MS-RAS-Vendor only)
- RFC 3046 DHCP Relay Agent Information Option
- RFC 3575 IANA Considerations for RADIUS
- RFC 3576 Ext to RADIUS (CoA only)
- RFC 3768 VRRP
- RFC 4675 RADIUS VLAN & Priority
- RFC 5798 VRRP (exclude Accept Mode and sub-sec timer)
- RFC 5880 Bidirectional Forwarding Detection
- RFC 5905 Network Time Protocol Version 4: Protocol and Algorithms Specification
- UDLD (Uni-directional Link Detection)
- RFC 3376 IGMPv3
- RFC 3973 PIM Dense Mode
- RFC 4601 PIM
- RFC 1981 IPv6 Path MTU Discovery
- RFC 2080 RIPng for IPv6
- RFC 2081 RIPng Protocol Applicability Statement
- RFC 2082 RIP-2 MD5
- RFC 2375 IPv6 Multicast Address Assignments
- RFC 2460 IPv6 Specification
- RFC 2464 Transmission of IPv6 over Ethernet Networks
- RFC 2710 Multicast Listener Discovery (MLD) for IPv6
- RFC 2925 Definitions of Managed Objects for Remote Ping, Traceroute, and Lookup Operations (Ping only)
- RFC 3019 MLDv1 MIB
- RFC 3315 DHCPv6 (client only)

- RFC 3484 Default Address Selection for IPv6
- RFC 3587 IPv6 Global Unicast Address Format
- RFC 3596 DNS Extension for IPv6
- RFC 3810 MLDv2 (host joins only)
- RFC 4022 MIB for TCP
- RFC 4087 IP Tunnel MIB
- RFC 4113 MIB for UDP
- RFC 4213 Basic Transition Mechanisms for IPv6 Hosts and Routers
- RFC 4251 SSHv6 Architecture
- RFC 4252 SSHv6 Authentication
- RFC 4253 SSHv6 Transport Layer
- RFC 4254 SSHv6 Connection
- RFC 4291 IP Version 6 Addressing Architecture
- RFC 4293 MIB for IP
- RFC 4294 IPv6 Node Requirements
- RFC 4419 Key Exchange for SSH
- RFC 4443 ICMPv6
- RFC 4541 IGMP & MLD Snooping Switch
- RFC 4861 IPv6 Neighbor Discovery
- RFC 4862 IPv6 Stateless Address Auto-configuration
- RFC 5095 Deprecation of Type 0 Routing Headers in IPv6
- RFC 5340 OSPFv3 for IPv6
- RFC 5453 Reserved IPv6 Interface Identifiers
- RFC 5519 Multicast Group Membership Discovery MIB (MLDv2 only)
- RFC 5722 Handling of Overlapping IPv6 Fragments
- RFC 6620 FCFS SAVI
- draft-ietf-savi-mix MIBs
- IEEE 802.1ap (MSTP and STP MIB’s only)
- IEEE 8021-Bridge-MIB (2008)
- IEEE 8021-Q-Bridge-MIB (2008)
- RFC 1155 Structure & ID of Mgmt Info for TCP/IP Internets
- RFC 1213 MIB II
- RFC 1493 Bridge MIB
- RFC 1724 RIPv2 MIB
- RFC 1850 OSPFv2 MIB
- RFC 2021 RMONv2 MIB
- RFC 2096 IP Forwarding Table MIB

- RFC 2578 Structure of Management Information Version 2 (SMIv2)
- RFC 2613 SMON MIB
- RFC 2618 RADIUS Client MIB
- RFC 2620 RADIUS Accounting MIB
- RFC 2665 Ethernet-Like-MIB
- RFC 2668 802.3 MAU MIB
- RFC 2674 802.1p and IEEE 802.1Q Bridge MIB
- RFC 2737 Entity MIB (Version 2)
- RFC 2787 VRRP MIB
- RFC 2863 The Interfaces Group MIB
- RFC 2925 Ping MIB
- RFC 2932 IP (Multicast Routing MIB)
- RFC 2933 IGMP MIB
- RFC 3411 SNMP Management Frameworks
- RFC 3412 Message Processing and Dispatching for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3413 Simple Network Management Protocol (SNMP) Applications
- RFC 3414 User-based Security Model (USM) for version 3 of the Simple Network Management Protocol (SNMPv3)
- RFC 3415 View-based Access Control Model (VACM) for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3418 Management Information Base (MIB) for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 4836 Managed Objects for 802.3 Medium Attachment Units (MAU)
- RFC 7331 BFD MIB Network management
- IEEE 802.1AB Link Layer Discovery Protocol (LLDP)
- RFC 2819 Four groups of RMON: 1 (statistics), 2 (history), 3 (alarm) and 9 (events)
- RFC 3176 sFlow
- RFC 5424 Syslog Protocol
- ANSI/TIA-1057 LLDP Media Endpoint Discovery (LLDP-MED)
- SNMPv1/v2c/v3
- XRMON
- RFC 2328 OSPFv2
- RFC 3101 OSPF NSSA
- RFC 3623 Graceful OSPF Restart (Unplanned Outages only)
- RFC 5340 OSPFv3 for IPv6

- RFC 2474 DiffServ Precedence, including 8 queues/port
- RFC 2475 DiffServ Architecture
- RFC 2597 DiffServ Assured Forwarding (AF)
- RFC 2598 DiffServ Expedited Forwarding (EF)
- IEEE 802.1X Port Based Network Access Control
- RFC 1321 The MD5 Message-Digest Algorithm
- RFC 2698 A Two Rate Three Color Marker
- RFC 2818 HTTP Over TLS RFC 1492 TACACS+
- RFC 2865 RADIUS (client only)
- RFC 2866 RADIUS Accounting
- RFC 3579 RADIUS Support For Extensible Authentication
- Secure Sockets Layer (SSL)
- SSHv2 Secure Shell
- RFC 7030 Enrollment over Secure Transport
- RFC 6614 Transport Layer Security (TLS) Encryption over Radius (RadSec)

Especificações Técnicas de Switches de Acesso.

- Quantitativo
  - 54x Switches – 48 portas Gigabit PoE+ e 4 portas SFP+
  - 70x Cabos DAC's para Stack VSF.
  - 30x Transceivers SFP+ LC/LC Multimodo.

- I/O ports and slots
  - 48 RJ-45 autosensing 10/100/1000
  - PoE+ ports (IEEE 802.3 Type
  - 10BASE-T, IEEE 802.3u Type
  - 100BASE-TX, IEEE 802.3ab Type
  - 1000BASE-T, IEEE 802.3at PoE+);
  - Duplex: 10BASE-T/100BASE-TX: half
  - or full; 1000BASE-T: full only
  - 4 SFP+ 1/10GbE ports; PHY-less
- Ports and slots
  - 1 dual-personality (RJ-45 or USB micro-B) serial console port)

- Memory and processor
  - Processor Dual Core @ 1016 MHz, 1 GB DDR3 SDRAM;

- Packet buffer size: 12.38 MB
- 4.5MB Ingress/7.875MB Egress,
- 4 GB eMMC

➢ Performance

- 1,000 Mb Latency: < 3.8 µs (64-byte packets)
- 10 Gbps Latency: < 2.9 µs (64-byte packets)
- Throughput: up to 112.0 Mpps
- Switching capacity: 176 Gbps
- Routing table size: 2,000 IPv4, 1,000 IPv6 in hardware,
- 200 OSPF, 256 Static, 10,000 RIP
- MAC address table size: 32,768 entries

➢ Protocols

- CPU DoS Protection
- RFC 1155 Structure and Management Information (SMIv1)
- RFC 1157 SNMPv1/v2c
- RFC 1591 DNS (client)
- RFC 1901 (Community based SNMPv2)
- RFC 1901-1907 SNMPv2c, SMIv2 and Revised MIB-II
- RFC 1908 (SNMPv1/v2 Coexistence)
- RFC 2576 (Coexistence between SNMPv1, v2, v3)
- RFC 2578-2580 SMIv2
- RFC 2579 (SMIv2 Text Conventions)
- RFC 2580 (SMIv2 Conformance)
- RFC 2819 (RMON groups Alarm, Event, History, and Statistics only)
- RFC 3416 (SNMP Protocol Operations v2)
- RFC 3417 (SNMP Transport Mappings)
- HTML and Telnet management
- HTTP, SSHv1, and Telnet
- Multiple Configuration Files
- Multiple Software Images
- SNMPv3 and RMON RFC support
- SSHv1/SSHv2 Secure Shell
- TACACS/TACACS+
- Web UI
- IEEE 802.1ad Q-in-Q
- IEEE 802.1AX-2008 Link Aggregation
- IEEE 802.1d MAC Bridges

- IEEE 802.1p Priority
- IEEE 802.1Q VLANs
- IEEE 802.1s Multiple Spanning Trees
- IEEE 802.3ad Link Aggregation Control Protocol (LACP)
- IEEE 802.3af Power over Ethernet
- IEEE 802.3at PoE+
- IEEE 802.3az Energy Efficient Ethernet
- IEEE 802.3x Flow Control
- RFC 768 UDP
- RFC 783 TFTP Protocol (revision 2)
- RFC 792 ICMP
- RFC 793 TCP
- RFC 826 ARP
- RFC 854 TELNET
- RFC 868 Time Protocol
- RFC 951 BOOTP
- RFC 1058 RIPv1
- RFC 1256 ICMP Router Discovery Protocol (IRDP)
- RFC 1350 TFTP Protocol (revision 2)
- IEEE 802.1v VLAN classification by Protocol and Port
- RFC 1519 CIDR IEEE 802.1w Rapid Reconfiguration of Spanning Tree
- RFC 1542 BOOTP Extensions IEEE 802.3ab 1000BASE-T
- RFC 1918 Address Allocation for Private Internet
- RFC 2030 Simple Network Time Protocol (SNTP) v4
- RFC 2131 DHCP
- RFC 2236 IGMP Snooping
- RFC 2453 RIPv2
- RFC 2865 Remote Authentication Dial In User Service (RADIUS)
- RFC 2866 RADIUS Accounting
- RFC 3046 DHCP Relay Agent Information Option
- RFC 3411 An Architecture for Describing Simple Network Management Protocol (SNMP) Management Frameworks
- RFC 3412 Message Processing and Dispatching for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3413 Simple Network Management Protocol (SNMP) Applications
- RFC 3414 User-based Security Model (USM) for version 3 of the Simple Network Management Protocol (SNMPv3)

- RFC 3415 View-based Access Control Model (VACM) for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3416 Protocol Operations for SNMP
- RFC 3417 Transport Mappings for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3418 Management Information Base (MIB) for the Simple Network Management Protocol (SNMP)
- RFC 3575 IANA Considerations for RADIUS
- RFC 3576 Ext to RADIUS (CoA only)
- RFC 4541 Considerations for Internet Group Management Protocol (IGMP) and Multicast Listener Discovery (MLD) Snooping Switches
- RFC 4675 RADIUS VLAN & Priority
- RFC 4861 Neighbor Discovery for IP version 6 (IPv6)
- RFC 4862 IPv6 Stateless Address Autoconfiguration
- RFC 5905 Network Time Protocol Version 4: Protocol and Algorithms Specification
- UDLD (Uni-directional Link Detection)

Risco da não aquisição: A ausência de um dimensionamento adequado dos equipamentos de rede pode acarretar em lentidão, interrupções repentinas e falhas de acesso aos prontuários dos pacientes, causando um impacto significativo na assistência prestada.

Valor: R$ 150.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

16.Rede WIFI

Especificações Técnicas de Access Point's Wi-Fi.

- Quantitativo
  - 200x Radios Access Point's Wi-Fi.
  - Tipo de AP: Indoor, rádio 802.11ax WiFi 6 4x4 MU-MIMO
  - Suporte para até 512 dispositivos de clientes associados por rádio e até 16 BSSIDs por rádio.
  - Bandas de frequência compatíveis (as restrições específicas do país são aplicáveis):
  - 2,400 a 2,4835GHz
  - 5,150 a 5,250GHz
  - 5,250 a 5,350GHz
  - 5,470 a 5,725GHz
  - 5,725 a 5,850GHz
  - Tecnologias de rádio compatíveis:
  - 802.11b: Sequência direta de espalhamento do espectro (DSSS).

- 802.11a/g/n/ac: multiplexação por divisão de frequências ortogonais (OFDM).
- 802.11ax: acesso múltiplo por divisão de frequência ortogonal (OFDMA) com até 16 unidades de recurso (para um canal de 80 MHz).
- Tipos de modulação compatíveis:
- 802.11b: BPSK, QPSK, CCK.
- 802.11a/g/n: BPSK, QPSK, 16-QAM, 64-QAM, 256-QAM (extensão proprietária).
- 802.11ac: BPSK, QPSK, 16-QAM, 64-QAM, 256-QAM, 1024-QAM (extensão proprietária).
- 802.11ax: BPSK, QPSK, 16-QAM, 64-QAM, 256-QAM, 1024-QAM.
- Compatibilidade de alto rendimento (HT) 802.11n: HT20/40
- Compatibilidade de altíssimo rendimento (VHT) 802.11ac: VHT 20/40/80/160.
- Suporte de alta eficiência (HE) 802.11ax: HE20/40/80/160.
- Taxas de dados compatíveis (Mbps) 1:
- 802.11b: 1, 2, 5,5, 11
- 802.11a/g: 6, 9, 12, 18, 24, 36, 48, 54
- 802.11n (2,4GHz): 6,5 a 300 (MCS0 a MCS15, HT20 a HT40)
- 802.11n (5GHz): 6,5 a 600 (MCS0 a MVC31, HT20 a HT40)
- 802.11ac: 6,5 a 3.467 (MCS0 a MCS9, NSS = 1 a 4, VHT20 a VHT160)
- 802.11ax (2,4GHz): 3,6 a 574 (MCS0 a MCS11, NSS = 1 a 2, HE20 a HE40)
- 802.11ax (5GHz): 3,6 a 4.803 (MCS0 a MCS11, NSS = 1 a 4, HE20 a HE160)
- Agregação de pacotes 802.11n/ac: A-MPDU, A-MSDU.
- Potência de transmissão: configurável em incrementos de 0,5 dBm.
- Potência máxima de transmissão (agregada, total conduzida) (limitada pelos requisitos regulatórios locais):
- Banda de 2,4 GHz: +21 dBm (18 dBm por cadeia)
- Banda de 5 GHz: +24 dBm (18 dBm por cadeia)
-
- Nota: os níveis de potência de transmissão conduzida excluem o ganho da antena. Para a potência de transmissão total (EIRP), inclua o ganho da antena.
- A coexistência celular avançada (ACC) minimiza o impacto da interferência das redes celulares.
- Combinação de máxima razão (MRC) para melhorar o desempenho do receptor
- Diversidade de atraso cíclico/diversidade de mudança cíclica (CDD/CSD) para melhorar o desempenho de RF de downlink.
- Código espaço-temporal de bloco (STBC) para aumentar a banda e melhorar a recepção.

- Verificação de paridade de baixa densidade (LDPC) para corrigir erros com alta eficiência e aumentar o rendimento.
- Formação de feixes de transmissão (TxBF) para aumentar a confiabilidade e o intervalo do sinal.
- Tempo de espera pretendido (TWT) do 802.11ax para suportar dispositivos de clientes de baixa potência.

Especificações Técnicas do Controlador Físico para os Access Points WiFi.

- Quantitativo
- 2x Controladores Físico para os Access Points WiFi
- Máximo de licenças de AP de campus ou remoto: 256
- Máximo de usuários/dispositivos simultâneos: 8.192
- Máximo de VLANs: 4.096
- Sessões de firewall ativas: 1 milhão (M)
- Túneis de GRE simultâneos: 4.096
- Sessões de IPsec simultâneas: 8.192
- Sessões de SSL simultâneas: 4.096
- Taxa de transferência de firewall (Gbps): 12
- Taxa de transferência com fio (Gbps): 12
- Taxa de transferência criptografada 3DES (Gbps): 5
- Taxa de transferência criptografada AES-CBC-256 (Gbps): 5
- Taxa de transferência criptografada AES-CCM (Gbps): 5
- Taxa de transferência criptografada AES-GCM-256 (Gbps): 5
- Formato/tamanho: 1xRU
- 10/100/1000BASE-T: 4xCombo
- 1000BASE-X: 4xCombo
- Portas de 10 G (suporte para 10 G ou 1 G): 2xSFP+
- Porta de console: micro USB,RJ-45
- Porta de gerenciamento fora da banda: Sim

Risco da não aquisição: A falta de acesso Wi-Fi em todos os ambientes do hospital impossibilita a implantação adequada do carrinho beira leito e dispositivos wireless, uma vez que esses equipamentos depende de uma boa conectividade para funcionar de forma eficaz.

Valor: R$ 100.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

17.Cabeamento estruturado para rede WIFI

Especificações Materiais/Serviços.

- Material
  - 20.000 metros de cabo UTP CAT 6 LSZH Gigalan.
  - 20 unidades de patch panels CAT6 Gigalan.

- 480 unidades de Keystone CAT 6 Gigalan.
- 980 unidades de Patch Cord CAT 6 Gigalan.

➢ Serviços

- Passagem de cabos, fechamento, certificação e identificação dos pontos.
- Afixação de rádios WiFi.
- OBS: Será necessário avaliação da estrutura de passagem de cabos.

Passagem de cabeamento estruturado (CAT6) para instalação de rede wi-fi para ser utilizados nos carros beira leitos, ramais móveis, notebooks e ferramentas que necessidade da tecnologia wi-fi. Não estamos considerando a instalação de calhas nos forros para passagem destes cabos.

Risco da não aquisição: A falta de um cabeamento estruturado para Wi-Fi impossibilita a instalação das antenas, uma vez que esse tipo de infraestrutura é fundamental para o correto funcionamento do sistema. O cabeamento estruturado é a base para a distribuição eficiente do sinal de Wi-Fi em todas as áreas do local, garantindo uma cobertura adequada e estável. Sem esse cabeamento adequado, as antenas não podem ser instaladas de forma eficaz, resultando em áreas com sinal fraco ou inexistente, o que compromete a conectividade em todo o ambiente.

Valor: R$ 330.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

Valor: R$ 160.000,00 (Serviços) - Verba de CUSTEIO

18.Workstation para Laudo de Imagens

Especificações Técnicas.

➢ Especificação Workstation

- Intel® Xeon® Silver 4210R (13.75 MB cache, 10 cores, 20 threads, 2.40 GHz to 3.20 GHz Turbo, 100 W)
- Windows 11 Pro para Workstations (mais de 6 núcleos), português (Brasil)
- Dual NVIDIA® Quadro® T400, 2 GB GDDR6, 3 mDP to DP adapters
- 16 GB, 2 x 8 GB, DDR4, 2933 MHz, ECC
- 1 Unidade de estado sólido (SSD) de 256GB, Classe 40
- Intel NVMe PCIe SSD (Front PCIe FlexBay)
- Teclado multimídia Dell KB216, preto, em Português (Brasil), ABNT2
- Mouse Dell MS116 com fio preto
- 16x DVD +/- RW drive
- No Add-In Network Card (Integrated NIC only)
- A unidade de boot ou o volume de boot é maior que 2 TB (selecione quando um HDD de 3 TB/4 TB for adquirido)
- Intel Integrated controller (RST-e) with 1-2 Front FlexBay NVMe PCIe Drives,v2

- 3 anos de serviço suport On-Site

- Especificação Monitor
  - Tamanho tela 27"
  - Descrição Monitor de 27" 4K com Hub USB-C
  - Taxa de Proporção 16:9
  - Resolução 3840 x 2160
  - Tempo de Resposta 5 ms/ 8 ms
  - Iluminação LED
  - Tecnologia do Painel IPS
  - Premier Color Não
  - Taxa de Contraste (típico) 1000: 1
  - Luminosidade (Brilho) 350 cd/m²
  - Ângulo de visão (vertical/horizontal) 178°/178°
  - Tela Antirreflexo
  - Conectividade HDMI 2.0; DP; USB-C; RJ45
  - USB 2.0/3.0 Não; 4 x USB SuperSpeed downstream
  - Cabos Inclusos dentro da Caixa Cabo de força; DP para DP, 1 x USB Super speed 10 Gbps (USB 3.2 Gen2) Tipo-C para Tipo-C upstream, 1 x USB Super speed 5 Gbps (USB 3.2 Gen1) Tipo-C para Tipo-A upstream, braçadeira
  - Diferenciais 4K
  - Barra de som (Opcional) SB521A ou SB522A
  - Ergonomia Ajuste de Altura; Inclinação; Rotação da base; Giro (retrato/paisagem)
  - Compatível com suporte VESA Sim (100 x 100 mm)

(6) Workstations para realização de laudos de imagens do PACS on-premisse (ultrassom, endoscopia, métodos gráficos) e para suprir eventuais quedas de links permitindo realizar os demais laudos localmente.

Risco da não aquisição: A falta de computadores de alta performance para a criação de laudos impacta negativamente o trabalho do médico radiologista, resultando em atrasos devido à formação de filas de laudos a serem analisados devido à lentidão dos sistemas. A carência de computadores de alta performance pode levar a um processamento lento de imagens médicas e dificultar o acesso rápido aos recursos necessários para a elaboração dos laudos. Como resultado, o médico radiologista enfrenta um aumento no tempo necessário para concluir cada laudo, o que acaba gerando uma fila acumulada de laudos a serem analisados.

Valor: R$ 176.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

19.Telefonia

Especificações Técnicas da Central Telefônica.

- Quantitativo
  - 2x Centrais telefônicas – Principal + Redundante
- Especificações
  - Input SIP Trunking
  - URA Personalização
  - Fila
  - Transbordo
  - Callcenter
  - Gravações de chamadas
  - Bilhetagem
  - Tarifador
  - API / KAPI's
  - Troncos SIP/ISDN
  - Salas de áudio conferencia
  - Blacklist/Whitelist
  - Siga-me
  - Não perturbe
  - Pré pago por ramal
  - Controle de acesso as aplicações
  - Espera telefônica personalizada
  - Provisionamento de telefones IP e Gateway
  - Modulo de envio/recebimento de SMS
  - Relatórios
  - Firewall
  - DTMF/FSK
  - Suporte NAT
  - Ramais Remotos
  - Servidor DHCP
  - Protocolo SIP

Especificações Técnicas do Telefone SIP.

- Protocolos
  - SIP RFC3261, TCP/IP/UDP, RTP/RTCP, HTTP/HTTPS, ARP/RARP, ICMP, DNS (registro A, SRV, NAPTR), DHCP, PPPoE, SSH, TFTP, NTP, STUN, SIMPLE, LLDP-MED, LDAP, TR069, 802.1x, TLS, SRTP, CDP/SNMP/RTCP-XR
- Interfaces de rede
  - Portas Ethernet de 10/100/1000 Mbps com detecção automática, comutador duplo e PoE integrado

- Teclas de recursos
  - Teclas para 2 linhas com LED em duas cores e 2 contas SIP, 3 teclas sensíveis ao contexto com programação XML, teclas programáveis para 8 ramais com BLF em duas cores,5 teclas (navegação, menu). 13 teclas de função exclusivas para MUTE (silenciar), HEADSET (fones), TRANSFER (transferência), CONFERENCE (conferência), SEND (enviar) e REDIAL(rediscar), SPEAKERPHONE (viva-voz), VOLUME, PHONEBOOK (agenda), MESSAGE (mensagem), HOLD (espera), PAGE/INTERCOM (paginação/interfone), RECORD (gravar), HOME (início)
- Codecs de voz
  - Suporta G.711µ/a, G.722 (banda larga), G.723, G.726-32, G.729 A/B, iLBC, DTMF em banda e fora de banda (em áudio, RFC2833, SIP INFO), VAD, CNG, AEC, PLC, AJB, AGC
- Recursos de telefonia
  - Espera, transferência, encaminhamento (incondicional/sem resposta/ocupado), conferência de três vias, chamada em espera para conferência/captação de chamadas, exibição de chamadas compartilhadas (SCAm shared call appearance)/exibição de linhas transferidas (BLA, bridged line appearance), agenda para download (XML, LDAP, até 1000 itens), chamada em espera, histórico de chamadas (até 200 registros), discagem automática com aparelho ocupado, resposta automática, discagem com clique, plano de discagem flexível, uso compartilhado de recursos, toques musicais personalizados, redundância de servidores e failover
- Conector dos fones
  - Conector RJ9 para fones (compatível com EHS com fones Plantronics)
- Áudio em HD
  - Sim, aparelho e viva-voz HD com suporte a áudio em banda larga
- QoS
  - Qualidade serviço de camada 2 (802.1Q, 802.1P) e camada 3 (ToS, DiffServ, MPLS)
- Segurança
  - Controle de acesso de usuário e administrador, autenticação baseada em MD5 e MD5-sess, arquivo de configuração com criptografia AES de 256 bits, TLS, SRTP, HTTPS, controle de acesso a mídia 802.1x
- Upgrade/provisionamento
  - Upgrade de firmware via TFTP/HTTP/HTTPS, provisionamento em massa usando um arquivo de configuração XML com criptografia AES ou TR-069, FTP/FTPS

    2 Central telefônica + 300 Ramais para comunicação interno/externo.

    Observação : Pode se trocar a central atual (Intelbras) ou

    Risco da não aquisição: Ausência de comunicação interna/externa.

Valor: R$ 200.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

20.Nobreak para Computadores

Aquisição de 350 nobreaks de 700va Bivolt, equipamentos para suprir eventuais quedas e oscilações de energia. Importante para evitarmos que equipamentos não sejam danificados e o corrompimentos de arquivos.

Risco da não aquisição: Dano de computadores.

Valor: R$ 200.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

21.Nobreak para Rack de TI Satélite

Aquisição de 15 nobreaks de 3500VA Bivolt, equipamentos para suprir eventuais quedas e oscilações de energia nos racks de TI satélite. Importante para evitarmos que equipamentos de rede não sejam danificados.

Risco da não aquisição: Dano nos equipamentos de rede.

Valor: R$ 140.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

22.Rack Datacenter

Especificações Técnicas do NoBreak de Datacenter.

- Quantitativo
  - 1 unidade Nobreak de 48kVA / 48kW
- Principal
  - Main Input Voltage: trifásico
  - Other Input Voltage: 380 V, 400 V, 415 V
  - Main Output Voltage: 230 V, 400 V trifásico
  - Other Output Voltage: 380 V, 400 V, 415 V
  - Potência nominal em W: 48 kW
  - Potência nominal em VA: 48 kVA
  - Tipo de bateria: VRLA
  - Equipamentos fornecidos: Placa de Gerenciamento de Rede e Serviço de Partida.
- Geral
  - Conexão Bypass: 5 condutores (3 fases + neutro + aterramento)
  - Tolerância de Tensão de Bypass: +/- 10 % configurável como +/- 4, 6, 8 e 10 %
  - Corrente de Entrada Máxima de Bypass: 80 A
  - Dispositivo de Proteção de Bypass: 80 A
  - Number of power module filled slots: 3
  - Redundant: Yes
- Entrada
  - Frequência da rede: 40...70 Hz
  - Number of input connectors: 1 Conexão através de bornes 5 fius (3F + N + T)
  - Limites da tensão de entrada: 340...477 V

- Corrente Máxima de Entrada: 98 A
- Capacidade de corrente de comutação: 100 A
- Tolerância Máxima contra Curtos (Icw): 30 kA
- Distorção Harmônica Total na Entrada: Inferior a 5% para plena carga
- Tipo de proteção de entrada: Fusível gL
- Load power factor: 0,5 adiantado a 0,5 retardado
- Input Power Factor at Full Load: 0,99

➢ Saída

- Potência Máxima Configurável (Watts): 48 kW
- Distorção harmônica: Menos de 2%
- Frequência de Saída (sincronizada com rede elétrica): 50/60 Hz +/- 3 Hz ajustável pelo usuário +/- 0.1 sincronizada com rede elétrica; 50 Hz +/- 0.1 % para 50Hz nominal não sincronizada; 60 Hz +/- 0.1 % para 60Hz nominal não sincronizada.
- Topologia: Dupla Conversão Online
- Tipo de Forma de Onda: Onda senoidal
- Tolerância da tensão de saída: Estática +/- 1%. +/- 5% para degrau de carga de 100%.
- Distorção Harmônica Total (THD) de Tensão de Saída: < 2% for 0 to 100% linear load and < 6% for full non-linear load
- Funcionamento com Sobrecarga: 10 minutos a 125% e 60 segundos a 150%.
- Proteção Necessária na Corrente de Saída: 100 A
- Bypass type: Bypass estático incluído
- Eficiência: 94 % (in battery operation)
- Maximum configurable power in VA: 48 kVA

➢ Bateria

- 16 unidades de Baterias para autonomia de 1hora e 40 minutos.

➢ PDU's

- 6 unidades de PDU 0U 32A 220V
- Gerenciáveis - SNMPv1/v2/v3
- Padrão IEC320 C13 FEMEA.
- 32 Amperes

Especificações Técnicas do Rack de Datacenter.

➢ Quantitativo

- 3 unidades RACKs 48U 600MMX1070MM

➢ Provided equipment Baying hardware

- Key(s)

- Keyed-alike doors and side panels
- Leveling feet
- Mounting hardware
- Pre-installed casters
- Side panels

Especificações Técnicas do Ar condicionado de precisão de Datacenter.

- Quantitativo
  - 2 unidades Ar condicionado de precisão
- Especificação
  - Mode available: RACS/HACS/INROW.
  - Capacidade de eliminar até 40kW de calor térmico.
  - Expansão indireta.
  - Controle de umidade / Controle de condensação.
  - Controle de Fluxo de ar.
  - Gerenciável - SNMPv2/v3.
  - Controle de calor latente/sensível.
  - Monitor de ponto de orvalho.
  - Sensores de umidade/condensação/Fluxo de ar

Adequar datacenter com ar-condicionado próprio para topo de datacenter, piso elevado e nobreak. Necessário também adequar a rede elétrica dedicando uma quadro geral para o datacenter;

Os equipamentos no datacenter e softwares são importantes para adicionar e manter a disponibilidade e proteção de Serviços de Tecnologia da Informação (Sistemas), imprescindível na instituição, proporcionando a gestão, qualidade e atendimento aos pacientes referente a tomada de decisões embasada nas informações disponíveis (Exemplos : Dados de Prontuários, Prescrições Médicas, Resultados de exames, Gestão de estoques, indicadores, etc.). A correta climatização da área, elevação de piso e estrutura de contingência com nobreak, além de garantir a continuidade do negócio, garantem a segurança ambiental e dos dados.

Risco da não aquisição: Estruturação inadequada possibilitando a indisponibilidade dos sistemas e corrompimento de dados.

Valor: R$ 1.000.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

23.Scanner

Especificação Técnica

- Portátil.
- Alinhamento Automático.
- Resolução Ótica: ADF - 600dpi
- Tipo de Scanner: Scanner de documentos colorido portátil

- Velocidade de até 25 ppm
- Digitalização duplex automática

50 Equipamentos profissionais para scannear documentos nas recepções e nas áreas administrativas/assistenciais, agilizando atendimento em áreas com impossibilidade de digitação em impressoras multifuncionais.

Risco de não aquisição: Falta de agilidade nas digitalizações de documentos em recepções, áreas administrativas e assistenciais, atrasando o atendimento ao paciente.

Valor: R$ 150.000,00 - Verba de INVESTIMENTO

24.Licenças Office 365

Aquisição de 1600 licenças de uso do pacote office 365(Word, Power Point, Excel, E-mail, Teams) + Patchings de segurança (DLP + MCAS). As licenças são por quantitativos de usuários e não pela quantidade de computadores.

Risco da não aquisição: Falta de ferramentas do pacote office e a utilização de e-mail corporativo.

Valor: R$ 2.000.000,00/ano - Verba de INVESTIMENTO

25.Celular Corporativo

Especificação Técnica

- 128GB Memória RAM ou Superior
- Processador Octa Core ou Superior
- Câmera com 12 megapixels ou superior
- Wifi 802.11 a/b/g/n/ac ou superior
- Android 12 ou superior

Quantidade: 50 aparelhos

A aquisição de celulares corporativos é uma medida estratégica que visa aprimorar a comunicação entre gestores, colaboradores e fornecedores, resultando em uma maior eficiência e agilidade nas operações entre as diferentes áreas da empresa. Além disso, ao utilizar celulares corporativos, a empresa pode implementar medidas de segurança adicionais, como criptografia e acesso restrito a aplicativos específicos, garantindo a proteção de dados sensíveis e a conformidade com as políticas internas de segurança.

Risco da não aquisição: A não aquisição de celulares corporativos pode prejudicar a comunicação mais eficiente, a produtividade e a segurança das informações da unidade.

Valor: R$ 3.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

26.Internet

Especificações Técnicas.

- 3x Link de internet 600Mbps UP/DOWN dedicada.

Risco da não aquisição: A ausência de links de internet de UP/DOWN dedicada pode ocasionar sérias consequências na atividade dos usuários, uma vez que o sistema principal opera online e depende de uma conexão estável para funcionar de forma adequada.

Valor: R$ 12.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

27.Telefonia Fixa

Especificações Técnicas

- Quantidade DDR: 400
- Quantidade de Canais: 60
- 1 Tronco Chave
- Tecnologia de Tronco: SIP Trunking

Risco da não aquisição: A falta de telefonia fixa representa um sério obstáculo para o recebimento e realização de ligações entre pacientes, familiares, fornecedores e médicos, o que prejudica significativamente a comunicação.

Valor: R$ 2.000,00/mês - Verba de CUSTEIO

28.Telefonia Móvel

Especificações Técnicas

Plano de Telefonia Móvel para 50 Chips

- Voz Ilimitada
- Franquia Mínima de 12 GB
- Valor Mensal Fixo na Fatura

Risco da não aquisição: A ausência de telefonia móvel é um sério obstáculo que afeta negativamente o recebimento e realização de ligações, mensagens e e-mails entre pacientes, familiares, fornecedores e médicos, resultando em uma significativa deterioração na comunicação.

Valor: R$ 3.500,00/mês - Verba de CUSTEIO

Resumo:

ITEM	VERBA DE INVESTIMENTO	VERBA DE CUSTEIO
SISTEMA LABORATORIAL	R$ 180.000,00	R$ 30.000,00
SISTEMA PACS	R$ 350.000,00	R$ 100.000,00
ADITIVO COMPUTADORES E NOTEBOOKS	-	R$ 100.000,00
UPGRADE COMPUTADORES EXISTENTES	R$ 180.000,00	-

RAMAIS CÓDIGOS EMERGENCIAIS	-	R$ 60.000,00
FIREWALL + ZERO TRUST	-	R$ 120.000,00
NAC	-	R$ 40.000,00
MFA	-	R$ 30.000,00
SERVIDORES, STORAGE E BACKUP	R$ 3.000.000,00	-
OUTSORCING DE IMPRESSÃO	-	R$ 95.000,00
ANTIVIRUS	R$ 150.000,00	-
TV + PC SMALL	R$ 800.000,00	-
CARRO BEIRA LEITO	R$ 640.000,00	-
LEITOR DE CÓDIGO DE BARRAS	R$ 250.000,00	-
REDE DE DADOS	-	R$ 150.000,00
REDE WIFI	-	R$ 100.000,00
CABEAMENTO ESTRUTURADO REDE WIFI	R$ 330.000,00	R$ 160.000,00
WORKSTATION PARA LAUDO DE IMAGENS	R$ 176.000,00	-
TELEFONIA	R$ 200.000,00	-
NOBREAK PARA COMPUTADORES	R$ 200.000,00	-
NOBREAK PARA RACK DE TI SATELITE	R$ 150.000,00	-
RACK DATACENTER	R$ 1.000.000,00	-
SCANNER	R$ 150.000,00	
OFFICE 365	R$ 2.000.000,00	-
CELULAR CORPORATIVO	-	R$ 3.000,00
INTERNET DEDICADA	-	R$ 12.000,00
TELEFONIA FIXA	-	R$ 2.000,00

TELEFONIA MÓVEL	-	R$ 3.500,00
TOTAL:.....	**R$ 9.756.000,00**	**R$ 1.005.500,00**

REGIMENTO INTERNO DA ATIVIDADE MÉDICA

INTRODUÇÃO

Este documento apresenta o Regimento Interno do Corpo Clinico do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO)

OBJETIVO CAPÍTULO I: DA FINALIDADE

Artigo 1. O Regimento interno do Corpo Clinico do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) tem por finalidade orientar os médicos que atuam na Instituição, estabelecendo linhas de relacionamento ético, técnico e administrativo para o desempenho de suas atividades no HUGO, com base nas determinações de resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM:1481/97).

DEFINIÇÕES CAPÍTULO II: DA SOCIEDADE E DO HOSPITAL

Artigo 2. A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE) é uma associação de caráter beneficente, social, científico e cultural, sem fins lucrativos e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração de conhecimento e da responsabilidade social como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. A missão do Hospital é "oferecer a mais avançada e inovadora atenção à saúde, com crescente humanização dos serviços e dentro dos mais altos padrões científicos e tecnológicos, visando à contínua melhoria da qualidade de vida"

Parágrafo primeiro: O Hospital preconiza aos médicos que ali atuam o desenvolvimento de competências que ensejam:

1. Foco no paciente e sociedade: atender aos pacientes, familiares e médicos com qualidade e dedicação a partir do entendimento de suas necessidades específicas, superando as expectativas e fortalecendo sua confiança na Instituição;
2. Compromisso com a sustentabilidade da instituição: garantir a sustentabilidade da Instituição a partir da visão global e sistêmica das áreas, processos e da excelência da assistência;
3. Relacionamento interpessoal e colaboração: estabelecer bons relacionamentos com base na educação, flexibilidade e respeito à diversidade, exercitando o "espírito de equipe"
4. Compromisso com a geração e disseminação do conhecimento: buscar atualização contínua e compartilhar conhecimentos para a manutenção da atuação médica de excelência na instituição.
5. Busca contínua pelos melhores resultados: aprimorar processos ou procedimentos e solucionar problemas para alcançar e superar os resultados esperados.
6. Visão do contexto da saúde: contribuir para a melhoria da saúde na sociedade.

CAPÍTULO III: DOS MÉDICOS

Artigo 3. Os médicos que atuam no HUGO prestam serviços a seus pacientes na sua especialidade, de forma individual ou coletiva, mediante suas habilitações clínicas, previamente informadas e autorizadas no seu cadastro médico.

Parágrafo primeiro: Por habilitação clínica entende-se uma especialidade, área de atuação ou a realização de procedimentos especiais conforme critérios definidos pelo Comitê Médico Executivo (CME) e comprovada por documentação formal (aprovada pelo CME).

Parágrafo segundo: Para fins de cadastro, são consideradas exclusivamente as especialidades e áreas de atuação regulamentadas pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina.

Artigo 4. Os médicos devem proporcionar nível comparável de atendimento a pacientes com problemas de saúde equivalentes, independentemente de qual seja o departamento ou serviço que presta o atendimento, do local onde ele está sendo provido ou da especialidade médica.

Artigo 5. Só podem atuar no HUGO médicos cadastrados e legalmente habilitados para suas atividades pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO).

Artigo 6. Os médicos são distribuídos nas seguintes categorias:

I – Contratados: (Médico contratado CLT, Médico contratado Pessoa Jurídica).

São médicos que possuem vínculo contratual com o HUGO. Igualmente, são frequentadores das instalações do Hospital e nelas desenvolvem suas atividades profissionais, dentro de preceitos éticos, com atuação avaliada como de alto nível profissional, respeitando as normas e os regulamentos do Hospital além das normas contratuais definidas.

II – Residentes

São médicos em atividades de aprendizado, participantes de um programa de residência médica desta Instituição, programa este regulamentado pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP) e residências médicas cadastradas no MEC. Como médicos devidamente cadastrados, devem respeitar o Regimento interno do Corpo Clinico do HUGO assim como atuar de maneira a atender as normas que regem o programa de Residência Médica desta Instituição.

III – Estagiários

São médicos em atividades complementares de aprendizado, devidamente cadastrados como tal, de acordo com as Normas para Estágio. Como médicos devidamente cadastrados também devem respeitar o Regimento interno do Corpo Clinico do HUGO.

Os alunos de graduação de medicina – são aprendizes em formação profissional que frequentam diversos espaços e campos de estágios. A atuação do aluno de graduação acontece obrigatoriamente sob supervisão de um tutor, preceptor, supervisor ou ainda professor responsável pela atividade e que responde por essa atuação, de acordo com as normas vigentes

no Regimento interno do Corpo Clinico do HUGO. Desta forma, devem ser cadastrados no Sistema de Cadastro HUGO.

Artigo 7. Os odontólogos que atuam na Instituição podem ser distribuídos nas categorias contratados e/ou residentes e estagiários. Devem comprovar pós-graduação em odontologia hospitalar com registro no Conselho Regional de Odontologia de Goias (CROGO),

CAPÍTULO IV: DO CREDENCIAMENTO DOS MÉDICOS

Artigo 8. O credenciamento ocorre após a aprovação do cadastro para uma das categorias já descritas de médicos e no estabelecimento e comprovação de suas habilitações clínicas. Os critérios adotados ajudam a compor um histórico que embasa a solicitação de cadastro pelo candidato e atesta sua atual competência e capacitação física e mental para o cumprimento da responsabilidade de atendimento ao paciente. Esses critérios são importantes para auxiliar a liderança médica e o corpo diretivo a assegurar que os pacientes venham a receber atendimento de qualidade.

Artigo 9. Os critérios principais para o credenciamento são:

I – Comprovação de licença para a prática médica (CREMEGO).

II – Treinamento e/ou experiência comprovada relevante.

III – Competência atual e provas de atualizações constantes.

IV – Estado de saúde.

V – Integridade de comportamento.

Parágrafo único: O credenciamento estará aberto durante períodos determinados, definidos pela Diretoria Técnica.

A Comissão de Credenciamento poderá basear-se nos itens I e II do Artigo 9.

Parágrafo primeiro: A aceitação da solicitação nas categorias previstas nos Artigos 6 e 7 estará sujeita às Normas Administrativas da Instituição e à demanda de profissionais por especialidade.

Parágrafo segundo: As informações necessárias para o cadastramento incluem, mas não se limitam necessariamente a:

I – Registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goias (CREMEGO).

II – Relação dos programas de treinamento que conferem habilitação, como estágios e cursos de residência.

III – Nomes dos responsáveis pelos programas de treinamento e dos chefes de serviço de todas as instituições nas quais o candidato tenha participado ou nas quais ainda se encontra cadastrado com prerrogativas clínicas.

IV – Prova de que o candidato continua desenvolvendo atividades que o tornam ativo em suas habilitações clínicas.

V– Documentação que comprove Especialidade Médica regulamentada pelo CFM assim como Área de Atuação se aplicável.

VI – Informações sobre interrupção voluntária ou involuntária da participação como médico em outras instituições ou limitação, redução ou perda de prerrogativas clínicas.

VII – Informações sobre o próprio estado de saúde, incluindo o uso abusivo de álcool e drogas. Tais informações devem ser suficientes para assegurar que o candidato seja capaz de desempenhar as habilitações clínicas requeridas. Poderá ser solicitado ainda ao candidato um exame clínico realizado por médico designado pelo CME com emissão de um relatório ou um laudo médico atual. VIII – Declaração do candidato sobre pendências éticas ou jurídicas, presentes ou passadas, no CREMEGO ou CROSP ou na justiça comum.

IX – Declaração assinada de que o profissional aceita e se compromete a cumprir o Regimento interno do Corpo Clínico do HUGO.

SOBRE A APROVAÇÃO

Artigo 10. Para aprovar o cadastro de um candidato, a Comissão de Credenciamento verificará as informações junto às fontes originais, confirmando seu registro no CREMEGO e os dados sobre seu treinamento, experiência, competência atual e estado de saúde.

Artigo 11. O HUGO não negará credenciamento com base em idade, sexo, raça, cor, credo ou nacionalidade e, da mesma forma, não permitirá nenhum tipo de discriminação a médicos por esses critérios.

Artigo 12. O processo de cadastramento seguirá a seguinte sequência:

I – Recebimento da solicitação de cadastramento, preenchida e acompanhada de todos os documentos que a compõem.

II – Verificação da veracidade das informações pelo Serviço de Cadastro da Diretoria Técnica e apresentação das mesmas à Comissão de Credenciamento.

III – A Comissão revisará a solicitação de cadastramento e validará se as prerrogativas clínicas são atendidas.

IV **–** Na ocorrência de divergências, o Comitê Médico Executivo poderá fazer então uma nova recomendação. Na persistência de dúvidas ou divergências, uma comissão conjunta composta pela Comissão de Credenciamento e Comitê Médico Executivo constituirá a instância máxima decisória.

Artigo 13. Os critérios que avaliam a capacidade do candidato prover atendimento ao paciente, dentro do escopo das habilitações clínicas necessárias, serão desenvolvidos pelo CME, de acordo com suas características específicas.

Parágrafo Único: Para renovação ou revisão das habilitações clínicas, esses critérios podem incluir o número e os tipos de procedimentos realizados e suas evoluções. Os critérios deverão ser baseados em resultados pertinentes de monitoração, Setor ou Serviço e de avaliação de

cirurgias e outros procedimentos invasivos, uso de medicamentos, sangue e componentes, e demais atividades que visem à melhoria do desempenho.

CAPÍTULO V: DA REAVALIAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS CADASTROS

Artigo 14 Todos os requerimentos para reavaliação dos cadastros deverão ser efetuados por escrito e submetidos em formulário específico aprovado pelo CME.

Parágrafo único: O requerente é responsável pelo preenchimento completo do requerimento.

Artigo 15. O requerente deve, obrigatoriamente, fornecer provas de suas condições atuais para o exercício da profissão médica, registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO), estágio atual de competência com base em evidências de atualização constante, além da comprovação de que seu estado de saúde o capacita a prestar cuidados a seus pacientes.

Parágrafo primeiro: Nenhuma atitude será tomada até que o requerimento esteja completo e suas informações aferidas.

Parágrafo segundo: O requerente deve ter conhecimento de que suas informações serão averiguadas.

Artigo 16. A reavaliação para renovação ou revisão das habilitações clínicas leva em consideração:

I – Desempenho profissional.

II– Capacitação clínica e/ou técnica, comprovada pelos resultados das atividades para melhoria de desempenho.

III – Participação documentada em programas de educação médica continuada.

IV – Observação do Regimento interno do Corpo Clinico do HUGO, durante o período em que permaneceu credenciado, com ênfase para o seguimento de condutas padronizadas na Instituição.

V – A ausência de doença incapacitante para o exercício da medicina.

VI – Recomendações genéricas.

Artigo 17. Conforme a Resolução do CFM 2.164/2017, "O médico que apresentar suspeita de ser portador de doença incapacitante não pode ser relegado à sua própria sorte, devendo ser objeto de averiguação por seus pares de modo a ser resguardado da má prática médica involuntária". Assim, se por ação ou omissão, houver suspeita de doença cognitiva e/ou física que ponha em risco a segurança do paciente, o CME pode abrir processo administrativo que em situações extremas pode resultar na suspensão da atividade médica no HUGO até que seja realizada uma avaliação médica custeada pela Instituição.

Parágrafo primeiro: A depender da gravidade da situação clínica, atividade médica no HUGO pode ser suspensa até que uma avaliação cognitiva custeada pela Instituição comprove a aptidão para exercício seguro da medicina.

Parágrafo segundo: Se o déficit cognitivo ou físico for leve, o Comitê Médico Executivo pode determinar que a prática do médico seja monitorada ou tutorada.

CAPÍTULO VI: DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A estrutura organizacional da SBIBAE tem uma Diretoria Eleita liderada pelo presidente da Sociedade e incluindo vice-presidentes. A execução das estratégias estabelecidas pela Diretoria Eleita é exercida pelo Diretor Geral, líder de todos os executivos da organização. Subordinadas a este, estão quatro superintendências: Hospital Israelita Albert Einstein, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP), Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS) e Medicina Diagnóstica e Preventiva (MDP) e Diretoria de Prática Assistencial, Segurança e Meio Ambiente. No HUGO à estrutura organizacional possui a Diretoria Técnica, o gerente médico e a Diretoria Clinica e o vice- Diretor. O Diretor Técnico lidera todos os médicos da instituição.

Artigo 18. Compete ao Diretor Técnico, membro do Comitê Médico Executivo e ao Diretor Clínico, de acordo com as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e seus órgãos regionais, além de suas atribuições administrativas, zelar pela garantia plena e Ética do exercício da Medicina, tendo como encargo principal a saúde do paciente e seus direitos, bem como pelas condições materiais e humanas necessárias para a prestação de bons serviços assistenciais do HUGO.

Artigo 19. São ainda, deveres do Diretor Médico Técnico e Gerente Médico:

I. Cientificar a coordenação dos processos médico-assitenciais, eventuais irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina do HUGO;

II. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e decisões da Diretoria do HUGO em suas estâncias;

III. Apurar eventuais irregularidades nas instalações, equipamentos, condições de higiene, bem como determinar as medidas cabíveis para sanar tais irregularidades;

IV. Executar e fazer executar as Normas e Regras estabelecidas no HUGO;

V. Representar o HUGO em suas relações com as autoridades sanitárias e outras autoridades quando a lei assim exigir;

VI. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

VII. Assegurar condições dignas de trabalho, bem como os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária do HUGO;

VIII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

Artigo 20. São deveres do Diretor Clínico:

I. Representar o Corpo Clínico junto à Direção da Unidade.

II. Desenvolver o espírito crítico de pesquisa;

III. Tomar conhecimento de todas as solicitações do corpo clínico previstas neste regimento interno, a fim de que sejam adotadas as providências necessárias;

IV. Prestar contas de seus atos nas assembleias gerais;

V. Executar e fazer executar a orientação dada pela assembleia de Corpo Clínico em matéria de medicina e de assuntos médicos;

VI. Esclarecer as partes interessadas em eventual conflito de posição entre o Corpo Clínico e a Direção, visando harmonizá-las em face dos postulados éticos;

VII. Empenhar-se para que os integrantes do Corpo Clínico cumpram os princípios do código de ética médica, as disposições legais em vigor, as Normas e Regras institucionais e as resoluções dos órgãos e autoridades competentes em matéria de procedimento ético ou recomendações técnicas no exercício da medicina;

VIII. Pleitear junto à Direção providências e meios adequados à efetuação das medidas aprovadas pela Assembleia geral de Corpo Clínico que visem a boa qualidade e eficácia da medicina praticada no HUGO;

IX. Encaminhar à Comissão de Ética Médica consultas relativas a quaisquer assuntos de natureza ética, visando o bom exercício da medicina;

X. Cooperar com a Direção e Comitê médico Excutivo do HUGO, para o bom funcionamento do serviço;

XI. Presidir as Assembleias Gerais do corpo clínico;

XII. Transmitir seu cargo ao vice-diretor, em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;

XIII. Dar orientação científica, fazendo com que sejam cumpridas as normas de bom atendimento, dentro dos princípios da ética médica;

XIV. Zelar pelo cumprimento deste regimento interno;

XV. Zelar pelos livros de ATAs e pelo arquivo do corpo clínico;

XVI. Convocar em tempo hábil e por edital, colocado em local de fácil visualização, as assembléias gerais ordinárias e extraordinárias previstas neste regimento interno.

XVII. Deve ser eleito em votação direta e secreta com a maioria dos votos do Corpo Clinico, sendo seu mandato válido por 30 meses.

Artigo 21. São atribuições do Vice-Diretor Clínico, assessorar a Diretoria Clínica no que for necessário e substituir o Diretor Clínico interinamente em sua ausência.

CAPÍTULO VII: DO COMITÊ MÉDICO EXECUTIVO

Artigo 22. O Comitê Médico Executivo (CME) é órgão que visa garantir a prática da medicina com excelência, sempre orientado pela missão, visão e valores do HUGO e, para tanto, é constituído por lideranças médicas da Instituição e representantes do corpo clínico, de forma

paritária. As lideranças médicas representantes do corpo clínico são aquelas eleitas através do voto direto.

Artigo 22. O Comitê Médico Executivo é composto por:

Membros votantes:

- Diretor Clínico.
- Vice-Diretor Clínico.
- Presidente da Comissão de Ética Médica.
- Diretor Técnico do HUGO
- Coordenador de Práticas Médicas
- Gerente Médico
- Membros consultores:
- Médicos convidados.

Artigo 23. O CME reúne-se, ordinariamente, a cada 4 semanas, e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de um dos seus membros.

Parágrafo único: O quórum para a realização da reunião do CME é de 50% (cinquenta por cento), em primeira convocação, ou qualquer número, em segunda convocação.

Artigo 24. Cabe ao Comitê Médico Executivo:

- Estruturar o Corpo Médico.
- Determinar os mecanismos empregados para reavaliar cadastros e delinear as habilitações clínicas individuais.
- Recomendar novos cadastros médicos.
- Constituir as diversas comissões médicas, com mandato de 2 (dois) anos, com exceção da

Comissão Eleitoral, da Comissão de Ética

- Recomendar a criação e a dissolução de novas comissões permanentes ou temporárias.
- Analisar a constituição de uma junta médica moderadora para a execução do item (c) do inciso VIII do artigo 32 do capítulo XI deste regimento.
- Organizar as atividades voltadas para a avaliação e melhoria da qualidade do atendimento médico, bem como dos mecanismos utilizados para mensurar, planejar e revisar estas atividades.
- Aprovar, estabelecer e avaliar as normas de atendimento médico e procedimentos.

Artigo 25. O CME avaliará quando necessário o desempenho e o comportamento de médicos do corpo clínico, podendo tomar medidas administrativas, de acordo com o Capítulo XIII.

CAPÍTULO VIII: DAS COMISSÕES

Artigo 26. Sempre que possível e necessário, as comissões médicas deverão ter caráter multidisciplinar, não sendo constituídas exclusivamente por médicos.

Parágrafo primeiro: Com exceção da comissão de Ética Médica, as comissões médicas serão indicadas pelo CME. Seus membros terão mandato de 2 (dois) anos, porém poderão ser substituídos a cada 6 (seis) meses, com base no cumprimento de metas previamente estabelecidas.

Parágrafo segundo: O regimento interno de cada Comissão, elaborado segundo modelo a ser aprovado pelo CME, regulamentará a atuação dos participantes.

Parágrafo terceiro: O presidente de cada Comissão será indicado pelo CME. Os membros serão escolhidos pelo Presidente indicado, dentre uma lista de médicos que se disponham voluntariamente a participar, devendo ser também referendados pelo CME.

Artigo 27. São as seguintes comissões médicas:

I– Comissão de Ética Médica (CEM), que atua como um braço do CREMEGO junto ao HMAP, fiscalizando o exercício ético da medicina pelos profissionais e dirigentes da Instituição e instaurando sindicâncias éticas sempre que necessário. Seus membros deverão ser eleitos pelos médicos que militam no Hospital, conforme diretrizes do CREMEGO.

II – Comissão de Prontuário de Paciente (CPP), que tem por finalidade criar meios e avaliar itens que devem obrigatoriamente estar documentados nos prontuários médicos, de acordo com a política específica. Tais itens compreendem: identificação, anamnese, exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, tratamento preconizado, evolução e prescrição com data, hora e tipo de alta. Cabe ainda à CPP garantir a obrigatoriedade da letra legível, da assinatura com carimbo ou do nome legível com a respectiva inscrição no CREMEGO. Esta comissão deve relacionar-se com as instâncias administrativas institucionais e, principalmente, com a Comissão de Ética Médica.

III – Comissão de Normas e da Qualidade em Hemoterapia (CNQH), que tem por finalidade auditar procedimentos hemoterápicos e indicações de transfusões, com base no manual vigente.

IV – Comissão de Óbitos, que tem por finalidade analisar todos os casos de óbitos ocorridos com pacientes internados.

V – Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), que tem por finalidade normatizar, padronizar e monitorar a prática terapêutica medicamentosa e farmacêutica do HUGO.

VI – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), responsável pelo planejamento, mensuração e avaliação dos índices de infecção e pela adoção de medidas para preveni-la.

VII – Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, que tem por finalidade normatizar, planejar, viabilizar, promover e controlar a melhoria contínua da realização de transplantes.

CAPÍTULO XI: DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS

Artigo 28. São direitos dos médicos:

I – Autonomia profissional, com respeito à realização de atividade médica junto ao seu paciente, incluindo diagnóstico, prescrição e realização de procedimentos. Para alguns procedimentos específicos, a instituição definirá critérios de habilitação ou certificação profissional, que serão exigidas para a concessão do direito do médico realizá-los.

II – Mecanismos imparciais de cadastramento, recadastramento e exclusão no HUGO, garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes.

III – Participar de reuniões científicas.

IV – Receber remuneração de fontes pagadoras pelos serviços prestados, da forma mais direta e imediata possível.

V – Comunicar falhas e ocorrências observadas, no sentido de garantir o aprimoramento constante da qualidade dos serviços prestados.

VI – Opinar sobre questões que possam influenciar o bom desempenho de sua atividade profissional.

VII – Solicitar a constituição de uma junta médica moderadora respaldada pela Diretoria Clinica para auxiliá-lo na resolução de casos de pacientes internados e com possibilidade de alta com transição segura ou suposta obstinação diagnóstica ou terapêutica.

Artigo 29. São deveres dos médicos:

I – Obedecer ao Código de Ética Médica, aos Estatutos, às Regras Gerais para a Atividade Médica.

II – Assistir os pacientes sob seus cuidados, aos colegas e aos profissionais da equipe assistencial, com respeito interpessoal e à diversidade, consideração e dentro da melhor técnica, em benefício de todos e com ênfase ao trabalho em equipe. Neste âmbito, a Instituição recomenda fortemente que os médicos não tratem de pacientes familiares ou com os quais estejam emocionalmente envolvidos. III – Preencher os formulários institucionais elaborados pelas Comissões Médicas e pelo Comitê Médico Executivo.

IV – Restringir sua prática médica à área na qual foi cadastrado, segundo habilitações previamente informadas e autorizadas, exceto em situações de risco de morte.

V – Colaborar com os seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.

VI – Participar de atos médicos em suas especialidades, conforme suas habilitações clínicas.

VII – Colaborar com as Comissões da Instituição.

VIII – No exercício de sua prática, cabe ao médico:

a) Utilizar adequadamente os recursos diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade de acordo com as necessidades do paciente, o prognóstico da doença de base, os riscos inerentes aos procedimentos, os prejuízos decorrentes do afastamento do convívio familiar e da sociedade durante a internação e a sustentabilidade do sistema de saúde, sendo direcionado pelos conhecimentos baseados nas melhores evidências científicas disponíveis.

b) Evitar a obstinação na utilização de procedimentos complexos voltados para situações agudas que agregam riscos a pacientes crônicos e dependentes com quadro clínico estável sem a perspectiva de benefício destes procedimentos.

c) Promover a transição segura de pacientes internados para o cuidado domiciliar, ou para instituições de assistência a subagudos, para instituições de reabilitação ou convalescença ou de longa permanência de menor complexidade, conforme as necessidades de cada caso.

d) Orientar e educar o paciente portador de dependência física ou cognitiva estável e seus responsáveis quanto às suas respectivas responsabilidades no cuidado destes pacientes após a alta para garantir a continuidade da assistência.

IX – Participar de programas de melhoria contínua de desempenho e da qualidade e do Programa de Educação Médica Continuada.

X – Obedecer às normas específicas, definidas pelo HUGO, referentes ao relacionamento com aImprensa e os Órgãos de Divulgação, de acordo com o Manual de Imprensa do HUGO.

XI – Aderir aos programas institucionais que têm como finalidade a segurança do paciente, o que inclui os protocolos (sobretudo os gerenciados), rotinas, procedimentos e políticas institucionais. A instituição se reserva o direito de não realizar ou não permitir a realização de procedimentos definidos pelo médico, quando não for comprovada a habilitação ou certificação exigidas para aquele procedimento, ou quando identificado risco à segurança do paciente.

XII – Respeitar a conduta do médico de plantão presente (incluindo intervenção cirúrgica), nas situações de urgência/emergência, incluindo os códigos (Azul e Amarelo). O médico assistente do paciente poderá tomar outro tipo de conduta apenas a partir do momento que estiver presente, podendo assumir a condução do atendimento de emergência."

CAPÍTULO XII: DA ASSEMBLEIA GERAL E REUNIÕES

Artigo 30. A Assembleia Geral é integrada por todos os médicos do Corpo Clínico.

Artigo 31. A Assembleia Geral será presidida pelo Diretor Clínico ou seu substituto legal e na ausência deste, por um dos membros presentes, indicado pela maioria.

Parágrafo Único – O Presidente da Assembleia solicitará a um dos membros presentes que exerça as funções de Secretário.

Artigo 32. A Assembleia Geral reunir-se-á ordinariamente semestralmente, e extraordinariamente quando requerida por 1/3 dos membros do Corpo Clínico, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

I – As Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias serão realizadas em primeira convocação com 2/3 dos componentes do Corpo Clínico e com qualquer número em segunda convocação, uma hora depois.

II- As resoluções da Assembléia Geral de Corpo Clínico serão tomadas por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos.

III – As votações poderão ser secretas e não serão permitidos votos por procuração.

Artigo 33. Compete a Assembleia Geral:

a) Fixar a orientação geral superior para exercício da Medicina na Instituição, observadas as disposições legais vigentes;

b) Eleger o Diretor e o Vice-Diretor Clínico por votação direta e secreta;

c) Eleger os membros da Comissão de Ética Médica por votação secreta;

d)Dirimir dúvidas suscitadas pela orientação dada pela Diretoria Clínica e, ou conflitos de atribuições desses órgãos uns em relação aos outros;

e) Comunicar às autoridades do estabelecimento, através do Diretor Clínico, a orientação superior aprovada para solução dos problemas éticos ou técnicos;

f) Pela maioria de 2/3 da totalidade dos membros propor à direção administrativa a exclusão do

Hospital de qualquer médico pertencente ao Corpo Clínico;

g) destituir pela maioria absoluta dos membros do Corpo Clínico qualquer integrante da Diretoria Clínica, em reunião especialmente convocada. Tal destituição de qualquer membro será proposta por infração administrativa a partir de sindicância onde será resguardado amplo direito de defesa do envolvido.

Artigo 34. Os médicos que atuam no HUGO podem reunir-se sempre que necessário, não somente com a finalidade de aprimoramento científico, mas também para discussão de aspectos ligados à atividade médica em geral.

Artigo 35. Será realizada reunião anual para discussão de temas ligados à prática médica, visando ao aprimoramento do atendimento aos pacientes e a uma avaliação de desempenho dos médicos e das atividades das Comissões Médicas.

CAPÍTULO XIII: PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

Artigo 36. Processos administrativos podem ser indicados quando um médico:

I – Realizar atos que possam ser considerados como imperícia, negligência e/ou imprudência no atendimento aos pacientes.

II – Agir em detrimento da segurança dos pacientes, das equipes hospitalares ou dos visitantes.

III – Agir de modo não profissional ou contrário aos bons costumes.

IV – Agir de forma a desmerecer a reputação dos outros profissionais médicos e ou não médicos da Instituição.

V – Envolver-se durante sua atividade médica no HUGO em atitudes fraudulentas, falsificações ou ilícitos de quaisquer naturezas.

VI – Infringir o Regimento Interno do Corpo Clinico do HUGO" ou outras normas institucionais.

Artigo 37. A abertura de um processo administrativo pode ser feita por representação de qualquer pessoa envolvida nas situações mencionadas no Artigo 34.

Artigo 38. A solicitação para abertura de processo administrativo deve ser submetida ao CME por escrito, especificando os motivos deste procedimento. Se o CME julgar que a questão é de natureza ética, deverá encaminhá-la à Comissão de Ética Médica, sem prejuízo das medidas administrativas cabíveis.

Artigo 39. Qualquer processo administrativo deverá oferecer a oportunidade de ampla defesa.

Artigo 40. O CME dispõe, no máximo, de 45 (quarenta e cinco) dias para finalização do processo administrativo, a partir da abertura do processo no CME.

Parágrafo único: Com base na apuração e investigação realizada a decisão do CME pode consistir nas seguintes ações:

I – Arquivamento do caso.

II – Advertência sigilosa verbal.

III – Advertência sigilosa por escrito.

IV – Imposição de verificação ou supervisão sobre o cuidado total ou parcial que o médico prestaao paciente.

V – Suspensão de privilégios concedidos pela Instituição.

VI – Suspensão de seu cadastro.

Artigo 41. Suspensão Preventiva: um médico pode ter seu cadastro e/ou suas habilitações clínicas inativadas antes do processo administrativo. Em se tratando de questão ética, a suspensão preventiva poderá ser mantida até manifestação final do CREMEGO ou do CRO-GO.

Parágrafo primeiro: Uma suspensão preventiva poderá ser solicitada pelo:

I – Diretor Clínico

II – Diretor Técnico.

Parágrafo segundo: A suspensão preventiva poderá ser aplicada em caráter extraordinário, ad referendum do CME, pelo Diretor Clínico ou Diretor Técnico, devendo ser avaliada na reunião ordinária subsequente do CME.

Artigo 42. Suspensão automática ocorrerá quando houver suspensão ou revogação do registro no CREMEGO ou no CRO-Go.

Artigo 43. As medidas administrativas serão aplicadas pelo Diretor Técnico.

CAPÍTULO XIV: DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E DO DIREITO A AMPLA DEFESA

Artigo 44. A abertura de processo administrativo envolvendo médico cadastrado no HUGO lhe dará direito a ampla defesa e processo de apelação.

Parágrafo primeiro: O médico poderá solicitar uma revisão ao Diretor Clínico, dentro do prazo de 10 (dez) dias úteis subsequentes à notificação de uma decisão desfavorável.

Parágrafo segundo: O CME poderá nomear uma comissão especial composta por 3 (três) a 5 (cinco) membros para analisar a apelação. A Comissão deverá se manifestar no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis.

Artigo 45. A comissão poderá, desde que solicitada, permitir consulta à documentação que consubstanciou sua decisão.

Artigo 46. O médico tem direito a:

I – Fazer-se representar por um representante legal.

II – Apresentar testemunhas.

III – Submeter declaração por escrito à comissão.

IV – Não comparecer às convocações, o que se constituirá em renúncia aos direitos de apelação.

Artigo 47. Após audiência, a comissão deverá apresentar suas recomendações ao CME, que decidirá sobre a apelação e comunicará ao médico envolvido em até 10 (dez) dias a medida administrativa final.

CAPÍTULO XVI: DAS EMENDAS E MODIFICAÇÕES

Artigo 48. Os médicos devem adotar essas regras e suas alterações subsequentes.

Artigo 49. O CME e o corpo diretivo não podem, unilateralmente, proceder a emendas a esse Regimento Interno do Corpo Clinico.

Artigo 50. Alterações do Regimento Interno do Corpo Clinico poderão ser propostas ao CME por um ou médicos cadastrados no HUGO, qualquer comissão médica, o próprio CME.

Parágrafo primeiro: As alterações propostas passam a vigorar após aprovação da Assembléia Geral dos Médicos e do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO).

Parágrafo segundo: Os médicos receberão textos revisados caso ocorram alterações significativas deste documento.

Artigo 51. Diretrizes de Ética Institucional

Parágrafo único: é obrigatória a apresentação da renovação anual da Declaração de Conflito de Interesses conforme normas constantes nas Diretrizes de Ética Institucional.

CAPÍTULO XVII: DOS DEPARTAMENTOS E SERVIÇOS:

Artigo 52. A Instituição manterá os departamentos e serviços médicos necessários ao preenchimento de suas finalidades tanto em regime de internação quanto em regime ambulatorial.

Artigo 53. O serviço médico será constituído dos seguintes Departamentos: **a)** Medicina interna;

b) Cirurgia;

c) Pediatria;

d) Serviços auxiliares.

Artigo 54. O Departamento de medicina interna será constituída pelas seguintes especialidades:

a) Clínica Médica;

b) Cardiologia;

c) Neurologia;

d) Nefrologia;

Artigo 55. O Departamento de cirurgia será constituído pelas seguintes especialidades: a) Cirurgia geral;

b) Ginecologia;

c) Anestesia;

d) Ortopedia e traumatologia;

e) Urologia;

f) Cirurgia vascular;

g) Cirurgia Cardíaca;

h) Cirurgia Pediátrica.

Artigo 56. O setor de serviços auxiliares será constituído pelos seguintes departamentos:

a) Radiologia;

b) Laboratório de análises clínicas;

c) Endoscopia, colonoscopia e broncoscopia;

d) Fisioterapia;

e) Terapia Intensiva;

f) Serviço Social

g) Psicologia

h) Terapia Ocupacional

Artigo 57. Em qualquer dos setores poderão ser criados outros departamentos ou desdobrados os já existentes quando for julgado conveniente às necessidades da Instituição e ao aperfeiçoamento técnico.

Artigo 58. Cada departamento será dirigido por um chefe:

I - Em cada departamento trabalharão tantos assistentes quantos forem julgados necessários pelos seus membros efetivos.

II **–** Em casos de dúvidas, será consultado a Diretoria Técnica e o Gerente Médico.

Artigo 59. A Diretoria Técnica e o Gerente Médico designarão os chefes dos departamentos serviços dentre os componentes do Corpo Clínico, nas respectivas especialidades.

Artigo 60. Aos chefes dos departamentos e serviços compete:

a) Auxiliar a Gerência Médica e Diretoria Clínica na fiscalização do bom andamento da atividade da Instituição;

b) Supervisionar e orientar os médicos do seu serviço;

c) Organizar o departamento a seu cargo de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e imediata;

d) Comparecer diariamente ao departamento e controlar a frequência de seus auxiliares médicos, quando for o caso;

e) Orientar o trabalho dos médicos, tendo, sobretudo em vista a qualidade de assistência prestada e a dedicação às finalidades dos serviços e da Instituição;

f) Elaborar ou determinar a elaboração de prontuário médico de cada paciente de acordo com as normas aprovadas pela Diretoria Clínica, Direção Administrativa e Comissão de Revisão de
Prontuários Médicos;

g) Comunicar à Gerência Médica e Diretoria Clínica, as falhas ocorridas, a fim de ser mantida a boa ordem no departamento ou serviço;

h) Cumprir e fazer cumprir os regulamentos da Instituição e do Corpo Clínico, assim como as "Ordens", "Instruções" e "Rotina de Serviços", emitidas pela Diretoria Clínica e Direção Administrativa.

i) Manter bom relacionamento ético entre os médicos e os funcionários dos departamentos e serviços;

j) Julgar a internação de pacientes dos ambulatórios nas enfermarias do respectivo departamento, selecionando quando necessário, os casos.

CAPÍTULO XVIII: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 61. O presente Regimento Interno revoga os anteriores e começa a vigorar após sua aprovação pela Assembleia Geral Extraordinária da Instituição e consequente registro no CREMEGO.

Artigo 62. Os casos omissos serão resolvidos pela Assembleia Geral do Corpo Clínico.

GO, _____ de _____ de 20___.

_____ Assinatura

MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL ASSISTENCIAL (MPPA) DA SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SBIBAE)

INTRODUÇÃO

O Modelo de Prática Profissional Assistencial (MPPA) da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein (SBIBAE) reflete a filosofia e os princípios norteadores da Enfermagem e Equipe Multiprofissional garantindo uma assistência de excelência voltada ao paciente, seus familiares e comunidade, além do suporte aos colegas e equipe. Através do MPPA, publicamos nosso propósito, nossos princípios e os comportamentos esperados para a Equipe Assistencial. O MPPA é composto por:

FILOSOFIA DE ENFERMAGEM

A Enfermagem coloca o paciente acima de tudo, desenvolvendo um cuidado integral e individualizado, apoiado na tomada de decisão centrada no paciente/família com qualidade, segurança e sustentabilidade, fundamentada no tratamento compassivo, respeitando a diversidade cultural e sempre atenta aos detalhes que fazem parte da experiência do paciente, baseada em evidências científicas e no trabalho interdisciplinar. O modelo utiliza os conceitos chaves das teorias de Jean Watson "A Filosofia e Ciência do Cuidar" e de Madeleine Leninger "A Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural" para a prática de enfermagem de excelência. O Modelo demonstra o compromisso da Equipe em proporcionar um ambiente confortável e a construção de relacionamentos saudáveis para o desenvolvimento de um tratamento humano, seguro e de alta qualidade, respeitando sempre os valores culturais e crenças dos pacientes, para alcançar o bem estar físico mental e espiritual. Lembrando a interligação existente entre o corpo, mente e espírito e o entendimento de que o indivíduo como pessoa inteira é influenciado pelo ambiente.

FILOSOFIA DE NUTRIÇÃO

A Nutrição tem como premissa a assistência nutricional colocando o paciente e família no centro do cuidado, respeitando condições clínicas, biopsicossociais, socioeconômicas, culturais e religiosas, além das preferências, aversões e alergias alimentares com atenção aos detalhes, que fazem parte da experiência do paciente, baseada em evidências científicas e no trabalho interdisciplinar. A alimentação baseia-se nas quatro Leis da Alimentação (Quantidade, Qualidade, Harmonia ou Equilíbrio e Adequação) de Pedro Escudero que expressam orientações para uma prática alimentar que garanta crescimento, desenvolvimento, manutenção e recuperação, tanto de indivíduos saudáveis como enfermos.

FILOSOFIA DA PSICOLOGIA

A Psicologia tem como premissa o Cuidado Centrado na Paciente, considerando sua subjetividade, sua cultura, crenças e preferências de maneira a promover sua consciência situacional, favorecer o cuidado e a autonomia para a tomada de decisões. A articulação de seu saber e de suas intervenções são se dá em atividades de assistência direta com o paciente e indireta a partir de suporte a família e as equipes assistenciais para viabilizar o cuidado, a partir do referencial de Interconsulta médico-psicológica de Ferrari e Luchina.

FILOSOFIA DA FISIOTERAPIA

A Fisioterapia tem como premissa o atendimento centrado no paciente, com foco na segurança, paixão em servir e atenção aos detalhes (SPA). Atua de forma generalista, individualizada, promovendo reabilitação com objetivo de estimular e/ou resgatar as atividades cardiorrespiratória, motoras e cognitivas prejudicadas ou perdidas, que comprometem a funcionalidade, independência, autonomia e podem comprometer a qualidade de vida, restabelecendo o bem estar.

FILOSOFIA DA FONOAUDIOLOGIA

A Fonoaudiologia tem como premissa avaliar e, se necessário, tratar, visando a habilitação ou reabilitação das funções de deglutição e/ou de comunicação, com o Cuidado Centrado na Paciente, de acordo com as condições clínicas e necessidades dos pacientes, alinhado com o plano de cuidados multiprofissional. A atuação é baseada na funcionalidade de base com atuação passiva ou ativa do paciente, bem como intervenções com familiares e equipe para o alcance das metas considerando o acolhimento, a experiência do paciente e as necessidades individuais com práticas baseadas em evidência. F

FILOSOFIA DA TERAPIA OCUPACIONAL

A Terapia Ocupacional atua na reabilitação das funções acometidas a fim de proporcionar possibilidades de execução de atividades de vida diárias essenciais ao ser humano, presentes na rotina de todos de acordo com idade, condições socioculturais, seus interesses e desejos. Com cuidado centrado no paciente e princípios SAP considera o indivíduo em sua totalidade e seus diferentes papéis ocupacionais visando reinseri-lo nas atividades sociais, profissionais, funcionais e pessoais.

COMPROMISSO DA EQUIPE

O compromisso da Enfermagem e Equipe Multiprofissional da SBIBAE é ser reconhecida regionalmente, nacionalmente e internacionalmente por exercer uma prática baseada em evidências científicas e apoiada na Identidade Einstein de Atendimento: SPA (Segurança, Paixão

em servir e Atenção aos detalhes), garantindo a qualidade e segurança, promovendo um ambiente de trabalho seguro e sustentável, integrando as diversas disciplinas, demonstrando a paixão em servir e a atenção aos detalhes para atender o lema "Acima de tudo o Paciente". Nós nos esforçamos diariamente para melhorar e fazer a diferença. Juntos, demonstramos o nosso compromisso através da:

• Segurança do processo assistencial;
• Compaixão para com os nossos pacientes e familiares;
• Defesa dos interesses e direitos dos pacientes e familiares;
• Dedicação, responsabilidade e ética para com a vida que nos foi confiada;
• Paixão e dignidade em tudo o que fazemos;
• Desenvolvimento de padrões de enfermagem de excelência;
• Compromisso com o crescimento da profissão e desenvolvimento dos nossos profissionais; • Disponibilidade para aprender, mudar e inovar.
• Atenção aos detalhes

OBJETIVOS

• Assegurar a prestação de assistência com foco na promoção da saúde, na recuperação da doença e no fornecimento de informações relevantes;
• Promover excelência clínica no cuidado assistencial por meio do desenvolvimento de trabalho colaborativo e participativo;
• Garantir a continuidade da educação e o desenvolvimento do profissional, promovendo um ambiente em que a equipe se sinta valorizada e capaz de atingir seu potencial máximo;
• Garantir a autonomia do profissional na tomada de decisão;
• Promover efetiva liderança profissional e gerencial;
• Criar um sistema organizacional de aprendizado contínuo, baseado na liderança compartilhada;
• Incentivar a pesquisa científica para a busca de evidências que sustentem a prática clínica SBIBAE.

DEFINIÇÕES

1. ENFERMAGEM E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE EXCELÊNCIA – MODELO DE PRÁTICA

O MPPA estrutura a prática de enfermagem e Equipe Multiprofissional na instituição. O modelo incorpora a missão, visão, valores e princípios da SBIBAE, colocando o paciente acima de tudo e considerando a importância do profissional e da equipe, apoiado pelos pilares da Qualidade, Segurança, Sustentabilidade e

Experiência do Paciente, desenvolvendo uma Prática Baseada em Evidência e no Raciocínio Clínico, utilizando o Modelo de Assistência Interdisciplinar, Processo de Enfermagem e a Filosofia de Enfermagem. A Equipe promove continuamente melhorias no processo de cuidados. Para tanto, mantém um processo contínuo de educação e atualização de todos os membros de suas equipes, encorajando a documentação da sua prática e o desenvolvimento de pesquisas assistenciais. Outro fator importante é o monitoramento de nossa prática por meio de indicadores que são acompanhados e que servem como base para a tomada de decisão na instituição.

Assim o MPPA é a força motriz do cuidado de enfermagem e Equipe Multiprofissional no Albert Einstein. A prática profissional incorpora uma base sólida de conhecimento, habilidades clínicas e competências técnicas, compaixão e um profundo respeito e dedicação para com os pacientes e familiares, baseada na identidade Einstein de atendimento: SPA que garante a segurança dos processos assistenciais, através da realização de seu trabalho com paixão junto aos pacientes, familiares e colegas de trabalho e sempre atenta à todos os detalhes que compõe a experiência do paciente e o modelo de Cuidado Centrado na Pessoa proposto pelo Planetree. A Equipe assistencial na SBIBAE está comprometida com a excelência no atendimento ao paciente baseada nos valores da instituição e no conhecimento científico. No Einstein, os profissionais dedicam-se à assistência integral ao paciente, para avaliar e atender as necessidades de cada indivíduo.

O papel do enfermeiro na liderança e coordenação do cuidado é um componente essencial do modelo de prática e articula os serviços necessários para fornecer o melhor atendimento, envolvendo o paciente e família no planejamento dos cuidados. A Enfermagem e Equipe Multiprofissional têm como objetivos promover o bem estar dos pacientes, incentivando hábitos saudáveis, o autocuidado e a prevenção de agravos à saúde, por meio de um processo educacional contínuo. Na ocorrência do agravo à saúde, a equipe atua no sentido de restaurar e reabilitar a saúde do paciente, considerando com respeito o direito dos doentes terminais para que possam morrer com dignidade. A fim de garantir um atendimento de excelência, a instituição possibilita que o paciente seja atendido no local (unidade) mais adequado ao seu cuidado e o papel da Enfermagem e Equipe Multiprofissional é garantir a continuidade e a transição segura entre as diversas fases da assistência, mantendo documentados em prontuário os registros pertinentes. Sendo assim, todos os profissionais estão continuamente em busca de novos conhecimentos, a fim de propor inovações e melhorias, para promover uma prática de excelência, atingindo melhores resultados.

A. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional que reflete os princípios e filosofia do Modelo de Prática Profissional Assistencial. O enfermeiro é o profissional responsável pelo planejamento de cuidados de enfermagem para o paciente e a família. Dentre as suas responsabilidades destacamos a avaliação, a identificação dos problemas, a prescrição das intervenções, o cuidado em todo seu escopo (planejamento, execução e avaliação do resultado através das metas alcançadas), educação, a continuidade do cuidado pós alta, liderar a equipe de Enfermagem, identificando as oportunidades diárias do cuidado e conhecer os resultados dos indicadores de qualidade para aperfeiçoar a prática de enfermagem. Os técnicos e auxiliares participam ativamente do processo de cuidados, sendo responsáveis por executar o plano assistencial estabelecido e planejado pelo enfermeiro. Além disso, é responsável pela sinalização ao enfermeiro sobre as alterações clínicas que impactem no cuidado imediato.

B. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE NUTRIÇÃO

A Sistematização da Assistência de Nutrição organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Nutrição que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional que reflete os princípios e filosofia do Modelo de Prática Profissional Assistencial.

Com isso, é fundamental que o nutricionista tenha tempo protegido para a assistência nutricional, participação das visitas multiprofissionais e discussões clínicas atuando na promoção

da saúde, prevenção e tratamento das doenças junto a equipe interdisciplinar. Os técnicos de nutrição participam ativamente do processo de cuidado nutricional, sendo responsáveis por executar a prescrição dietética e planejamento dietoterápico estabelecida pelo nutricionista. O modelo de assistência em nutrição clínica envolve todo o raciocínio nutricional para realização do diagnóstico, avaliação, plano de cuidados e planejamento para a desospitalização.

C. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE PSICOLOGIA

A Sistematização da Assistência de Psicologia organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Psicologia que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional que reflete os princípios e filosofia do Modelo de Prática Profissional Assistencial Com isso, é fundamental que o psicólogo tenha tempo protegido para a assistência psicológica direta ao paciente ou indireta por meio de assistência ao familiar e discussões sobre o gerenciamento de situações psicologicamente difíceis para promover a viabilização do cuidado, assim como, participação das visitas multiprofissionais e discussões clínicas atuando na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e reabilitação junto a equipe interdisciplinar. O modelo de assistência em psicologia envolve todo o raciocínio clínico que integra aspectos emocionais, comportamentais e cognitivos aos aspectos fisiológicos, farmacológicos, culturais e institucionais para realização do diagnóstico, avaliação, plano de cuidados e planejamento para a desospitalização.

D. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE FISIOTERAPIA

A Sistematização da Assistência de Fisioterapia preconiza o gerenciamento e planejamento da operação assistencial, prestando cuidado individualizado e promovendo o a viabilização do plano terapêutico, atuando de forma integrada com equipe multiprofissional e família/acompanhante, participando das visitas e discussões de casos. O modelo assistencial em fisioterapia envolve raciocínio clínico e tomada de decisão, bem como o processo de desospitalização e orientações. Presta assistência com qualidade, eficiência e eficácia, realizando prática baseada em evidência, gerando valor ao paciente e utilizando recursos tecnológicos e avançados.

E. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE FONOAUDIOLOGIA

A Sistematização da Assistência de Fonoaudiologia organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Fonoaudiologia que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional que reflete os princípios e filosofia do Modelo de Prática Profissional Assistencial

O fonoaudiólogo é o profissional que a partir da avaliação, identifica as alterações e planeja a atuação de reabilitação de deglutição e ou de comunicação, a educação do paciente e cuidados pós alta. Para isso, é fundamental que o fonoaudiólogo dedique o tempo necessário para a

assistência fonoaudiológica direta ao paciente com exames, terapia e gerenciamento bem como a indireta por meio de assistência ao familiar, registros dos atendimentos, planejamento e discussões clínicas com os pares, com os médicos e com demais membros da equipe interdisciplinar. O modelo de assistência em fonoaudiologia envolve o diagnóstico e o raciocínio clínico estrutural, funcional e cognitivo integrado aos aspectos emocionais e sociais que permeiam a vida do indivíduo fora do contexto da doença afim de planejar e implementar ações de melhoria do status funcional.

F. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL

A Sistematização da Assistência de Terapia Ocupacional organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Terapia Ocupacional que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional que reflete os princípios e filosofia do Modelo de Prática Profissional Assistencial O Terapeuta Ocupacional é o profissional que a partir da avalia, identifica as alterações e impactos no dia a dia planeja a atuação de reabilitação ou adaptação para atividades de vida diária, habilidades manuais e execuções de papeis sociais, bem como a educação do paciente e cuidados pós alta. Para isso, é fundamental que o terapeuta ocupacional dedique o tempo necessário para a assistência direta ao paciente com avaliações, a indireta por meio de assistência ao familiar, registros dos atendimentos, planejamento e discussões clínicas com os pares, com os médicos e com demais membros da equipe interdisciplinar. O modelo de assistência em Terapia Ocupacional envolve o diagnóstico e o raciocínio clínico estrutural, funcional e cognitivo integrado aos aspectos emocionais e sociais que permeiam a vida do indivíduo fora do contexto da doença afim de planejar e implementar ações de melhoria do status funcional.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Enfermagem: Todos os pacientes assistidos na SBIBAE.

Nutrição: A entrada do nutricionista na assistência ao paciente dá-se por meio da identificação de risco nutricional, realizado pelo nutricionista e/ou por solicitação de qualquer membro da equipe multiprofissional.

Psicologia: A entrada da Psicologia no caso se dá a partir da notificação do Risco Psicológico Institucional ou Prescrição Médica.

Fisioterapia: A entrada da Fisioterapia na assistência é realizada mediante prescrição médica, exceto nas UTIs, e/ou sinalizada na avaliação de risco.

Fonoaudiologia: A entrada da Fonoaudiologia no caso se dá a partir da notificação do Risco Fonoaudiológico Institucional ou Prescrição Médica pela equipe titular.

Terapeuta Ocupacional: A entrada do Terapeuta Ocupacional no caso se dá a partir da notificação do Risco Terapia Ocupacional Institucional ou Prescrição Médica.

RESPONSABILIDADES

Área das Práticas Assistenciais de Enfermagem e Equipe Multiprofissional respondem pela atualização desta política. Todas as áreas assistenciais da SBIBAE são responsáveis pelo cumprimento e verificação da aplicação da dessa política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

2. Talento B. Jean Watson. In: George JB. Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.254-67. Capítulo 18.

3. Gordon M. Nursing nomenclature and classification system development. On line J Issues Nurs. [Internet]. 1998 [cited 2016 Aug 22];3(2). Available from: http://zip.net/bptsLb

4. McCloskey, JC & Belechek, GM. Defining and classifying nursing interventions. National Institute for Nursing Research (Nursing Research). Conference "Patient Outcomes Research: Examining the Effectiveness of Nursing Practice" 1991. Arquivo capturado em 2001 de junho 25.

5. Manthey M. The practice of primary nursing. 2th ed. Minneapolis: Creative Health Care; 1980.

6. Manthey M. Delivery systems and practice models: a dynamic balance. Nurs Manage.1991 Jan; 22(1):28-30.

7. Smith JE. Patrícia Benner: from novice to expert: excellence in clinical nursing practice

8. Mackey TA, Cole F, Veeser PI. Nursing practitioner referral patterns in primary care/ occupational health care settings. Internet Journal of Advanced Nursing Practice [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 20];12(2):1-7. Available from: http://print.ispub.com/api/0/ispub-article/12765

9. Nursing Practice Model. 2001 Março.

10. Sherwood G, Brown M, Fay V, Wardell D. Defining nurse practitioner scope of practice: expanding primary care services. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice [Internet]. 1997 [cited 2016 Aug 20];1(2):1-8. Available from: http://print.ispub.com/api/0/ispub-article/10768

11. Busen NH, Engebretson J. Mentoring in advanced practice nursing: the use of metaphor in concept exploration. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 21];2(2):1-9. Available from: http://zip.net/bstslS

12. American Nurse Association. Connecticut Nurse Practice Act p. 378 Nursing. 1999.

13. Lenburg CB. The framework, concepts And methods of the competency outcomes and performance assessment (Copa) model. On line J Issues Nurs [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 21];4(2). Available from: http://zip.net/bwtrCT

14. Mahan, P. A day in the life of a nurse- Part II: Hopi nursing. 2000 January.

15. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras

providências [Internet]. 1986 Jun [citado 2016 Ago 21]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

16. www.planetree.org

17. Kondrup J, Allison S, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutr.2003; 22(4):415–21

18. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical Nutrition. 2019: 38 (1);48-79

19. Associação Brasileira de Nutrição. ASBRAN. Sistematização do Cuidado e Nutrição, 2014.

20. Maculevicius, J.; Fornasari, M.L.L; Baxter,Y.C. Níveis de assistência em nutrição. Rev.Hosp.Clin.Fac.Med.S.Paulo 49(2): 79-81,1994.

21. Bisognano M, Kenney C. Buscando o Triple AIM na saúde. Atheneu, 2015.

22. Toledo DO, Piovacari SMF et al. Campanha "Diga não à desutrição": 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. BRASPEN J 2018; 33 (1) : 86-100.

23. Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJA. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. Editora Atheneu, Rio de Janeiro, 2017.

24. Ferrari, H. Luchina, N.; Luchina, I.L. (1977) - La Interconsulta Médico Psicológica en el Marco Hospitalario. Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision

25. Martins, L.AJSJ. (1989) - A consultoria psiquiátrica e psicológica no hospital geral: a experiência do Hospital São Paulo. Revista ABP-APAL, 11, 160-164.

26. Botega, N. e Dalgalarrondo, P. (1993) - Saúde Mental no Hospital Geral São Paulo: Editora Hucitec.

27. Mosimann, Laila T. Noleto Q., & Lustosa, Maria Alice. (2011). A Psicologia hospitalar e o hospital. Revista da SBPH, 14(1), 200-232.

PLANO DE CATÁSTROFE DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN UPA MORUMBI

DEFINIÇÃO DE CATÁSTROFE

Catástrofe é um evento natural, ou provocado pelo homem, que envolve um grande número de vítimas e gera dano às pessoas, estruturas ou ambiente, levando a uma desproporção entre as demandas por ele criadas e os recursos disponíveis.

No hospital a catástrofe é um evento crítico porque interrompe, significativamente, o atendimento de rotina em virtude do impacto causado em exceder temporariamente os recursos disponíveis no Pronto Atendimento para atendimento às vítimas, mobilizando todas as estruturas da Instituição para esta finalidade.

FLUXOGRAMA DO PLANO DE CATÁSTROFE

Para a compreensão do Plano de Catástrofe, recomenda-se a leitura dos itens abaixo juntamente com o acompanhamento do Fluxograma de Catástrofe (Anexos 1 e 2) em mãos.

O fluxograma do plano de catástrofe focaliza situações onde a UPA-Morumbi irá receber múltiplas vítimas de um incidente ou de situações que não estão inseridas no seu fluxo normal de atendimento, devendo ser registradas e resolvidas por meio de fluxos diferenciados.

As publicações sobre este assunto na literatura mostram que em uma situação de catástrofe, via de regra, é previsto que a distribuição esperada das vítimas seja de 80% Não-Urgência, 15% Urgências e 5% Emergências. É importante que os gestores das áreas mapeadas no fluxograma para atendimento ao Plano de Catástrofe tenham esta proporção em mente para estimar rapidamente qual seria a demanda esperada no momento em que a informação do número previsto de vítimas for divulgada.

Os níveis ou gravidade da catástrofe estão definidos com base no número de vítimas esperadas e na capacidade da Unidade de Primeiro Atendimento atendê-las com recursos próprios (funcionários de plantão na UPA), recursos internos (funcionários de plantão em outras áreas da instituição) ou recursos externos (funcionários fora do horário de plantão, retaguardas e suporte de outras instituições ou órgãos governamentais).

Os três níveis estão assim distribuídos:

Nível 1 – Pequena escala (20 vítimas totais e/ou 3 vítimas graves). É o número de vítimas facilmente controlado com utilização de recursos existentes na própria área (funcionários e médicos de plantão).

Nível 2 – Média Escala (21 a 50 vítimas totais e 4 a 10 vítimas graves). O Primeiro Atendimento irá necessitar de auxílio de recursos de outras áreas do Hospital, que irá

mobilizar todos os setores envolvidos no Plano na rápida resolução do evento, para que a instituição possa voltar ao seu fluxo normal de atendimento.

Nível 3 - Evento de grandes proporções (> 51 vítimas totais e > 11 vítimas graves) causando danos generalizados e atingindo número elevado de vítimas. Requer apoio de todos os recursos disponíveis: internos, externos e até governamentais.

O Plano de Catástrofe pode ser acionado após a informação (uma ligação telefônica de algum órgão interno ou externo: testemunhas de um acidente, mídia, as próprias vítimas...). Sempre deverá ser verificada a veracidade das informações e deve ser formado o colegiado para decisão ou não da ativação do Plano de Catástrofe e definir qual o seu nível.
Esse colegiado é formado por coordenadores da UPA:
☐ Médico (coordenador médico ou chefe do plantão)
☐ Enfermeiro (coordenador de enfermagem ou seu substituto)
☐ Supervisor administrativo (ou líder administrativo)

Na decisão de acionar o Plano de Catástrofe, a **Central de Segurança** deverá ser comunicada através do ramal 73000 e informada do nível definido. Caso esse nível seja 2 ou 3, deverá ser montada a Central de Gerenciamento de Crise (CGC).
Definido o nível, a retaguarda para o próximo estágio deve ser posta em prontidão (em caso de mudança de nível 1 para 2 ou 2 para 3).
A porta de entrada para vítimas será sempre a Unidade de Primeiro Atendimento (UPA).
Plano de Contingência: A área alternativa quando a UPA estiver comprometida será 1º subsolo, Bloco A – Centro de Simulação realística (CSR), por dispor de estrutura física, gases medicinais e equipamentos médicos.
Lembramos que o nível 1 de catástrofe geralmente é resolvido com recursos da própria unidade, sem necessidades de recursos externos à mesma. ***Uma vez deflagrado o Plano de Catástrofe***, estruturas de apoio são montadas com a finalidade de facilitar e agilizar o atendimento na UPA, estabelecendo destino rápido a todas as vítimas.

As estruturas de apoio para a UPA e respectivas atribuições são:
Centro de Comando Local (CCL)
Deve ser formado imediatamente na UPA no caso de desastre externo ou na unidade afetada no caso de desastre interno.
☐ Caso a catástrofe seja declarada em qualquer Unidade externa, e nessa unidade houver pacientes internados, a UME (Unidade Móvel Einstein) deverá ser acionada e enviada uma ambulância ao local. Se houver necessidade de remoções, deverão ser encaminhadas as

ambulâncias alocadas nas demais unidades para o local no intuito de auxiliar na remoção dos pacientes e internados.

O CCL é composto por:

☐ Gerente da UPA ou coordenado médico de especialidade ou chefe de plantão.

☐ Coordenador de Enfermagem ou enfermeiro (a) Sênior

☐ Supervisor de atendimento administrativo ou seu substituto

Em finais de semana e feriados, à noite ou na ausência dos membros do colegiado acima descrito, os substitutos do CCL são membros da equipe de plantão na unidade (médico: coordenador médico de especialidade ou chefe de plantão, enfermeiro: enf. Sênior e administrativo: líder administrativo) que iniciarão as ações até que o CCL oficial chegue à UPA-HIAE. O CCL é sempre acionado pela secretaria da UPA.

Centro de Gerenciamento de Crise (CGC)

Locais:

1ª. Opção – Sala COMEX - Bloco E - 3° andar (Centro Administrativo)

2ª. Opção – Central de Segurança – Bloco A1 – andar G2

3ª. Opção (Externo) – Francisco Morato

4ª. Opção (Externo) - Ibirapuera

Responsabilidades:

O CCL é responsável por analisar a situação e deflagrar o Plano de Catástrofe nível 2 ou nível 3 no ramal 73000 (Central de Segurança). Lembramos que o nível 1 de catástrofe geralmente é resolvido com recursos da própria unidade, sem necessidades de recursos externos à mesma.

Deve ser formado imediatamente na UPA no caso de desastre externo ou na unidade afetada no caso de desastre interno.

☐ Caso a catástrofe seja declarada em qualquer Unidade externa, e nessa unidade houver pacientes internados, a UME (Unidade Móvel Einstein) deverá ser acionada e enviada uma ambulância ao local. Se houver necessidade de remoções, deverão ser encaminhadas as ambulâncias alocadas nas demais unidades para o local no intuito de auxiliar na remoção dos pacientes e internados.

O CCL é composto por:

☐ Gerente da UPA ou coordenado médico de especialidade ou chefe de plantão.

☐ Coordenador de Enfermagem ou enfermeiro (a) Sênior

☐ Supervisor de atendimento administrativo ou seu substituto

Em finais de semana e feriados, à noite ou na ausência dos membros do colegiado acima descrito, os substitutos do CCL são membros da equipe de plantão na unidade (médico: coordenador médico de especialidade ou chefe de plantão, enfermeiro: enf. Sênior e administrativo: líder administrativo) que iniciarão as ações até que o CCL oficial chegue à UPA-HIAE. O CCL é sempre acionado pela secretaria da UPA.

Cabe ao CCL o acionamento dos recursos necessários para lidar com a catástrofe, tendo a CGC (veja abaixo) como estrutura de apoio e suporte para às mídias e relacionamentos. Deverá o CCL fornecer as informações da situação bem como o número de vítimas e a sua identificação bem como a gravidade na qual se encontram. ***Todos os recursos acionados deverão ser desmobilizados por quem o acionou!*** **A Central de Gerenciamento de Crise (CGC)** é o órgão responsável por analisar a situação com base nas informações do Centro de Comando Local (CCL) e tomar a decisão de suspender o Plano de Catástrofe deflagrado. Neste momento o CGC anunciará aos envolvidos e acionados o encerramento das ações e o retorno às atividades normais.

O CGC é responsável por deflagrar o Plano de Continuidade do Negócio (PCN) para o encaminhamento definitivo das vítimas (interno ou externo) e o retorno das atividades normais nas unidades envolvidas. As Instituições a serem contatadas para o encaminhamento das vítimas devem constar no Plano de Auxílio Mútuo acordado previamente.

A reunião de análise crítica do evento será agendada e conduzida pelo CGC e CCL com a contribuição de todos os envolvidos.

Fluxo de atendimento na UPA

O fluxo de atendimento abaixo descrito prevê o atendimento às vítimas na área física da UPA. Quando a área a ser utilizada for alternativa, ou seja, não na UPA, a triagem deverá ocorrer no saguão de entrada do Auditório Moise Safra, sendo que as vítimas verdes serão encaminhadas ao Salão Chella Safra ou Atrium, as vítimas amarelas e vermelhas serão encaminhadas para I4 bloco A1 na RPA do CC . A distribuição de atendimento seguirá as mesmas orientações abaixo.

Os equipamentos médicos já estão disponíveis na RPA CC I4. (15 leitos disponíveis para vítimas amarelas e vermelhas com régua de gazes). Caso haja necessidade de macas a mais para transporte dos pacientes serão providenciadas na UPA, e por meio do transporte interno. As pranchas estão disponíveis nos totens do Código Laranja ou com os bombeiros – Bloco C – 2° A.

O fluxo de atendimento na UPA compreenderá em posicionar na área definida para triagem das vítimas (área externa da sala de emergência) utilizando o método START:

☐ 1 enfermeiro da triagem

☐ 1 assistente de atendimento da triagem

O **Método de Triagem START** (Simple Triage and Rapid Treament) foi criado em 1983, especificamente para catástrofes, pela equipe médica do Hoag Memorial Hospital e os paramédicos do corpo de bombeiros do Newport Beach Fire Departament na Califórnia. Trata-se de um processo de triagem projetado para identificar as vítimas em estado crítico de uma forma fácil e rápida. O método **START** não estabelece um diagnóstico médico, mas fornece um processo de classificação rápido e simples, com base na necessidade de atendimento e na chance de sobrevida. A triagem pelo método **START** distribuirá as vítimas em quatro grupos:

1. Vermelho (Imediato) – pacientes cujas lesões são críticas e que têm bom prognóstico de sobrevida.

2. Amarelo (Moderado) – pacientes cujas lesões são graves, mas que não necessitam de atendimento imediato para preservar a vida ou um membro.

3. Verde (Leve) – pacientes frequentemente chamados "feridos que deambulam", que têm lesões menores, que podem aguardar tratamento.

4. Preto/CINZA (Mortos) – pacientes que não respondem, não têm pulso e não respiram. Em uma situação de catástrofe, os recursos raramente permitem a reanimação de pacientes em parada cardiorrespiratória.

Os pacientes são encaminhados para as áreas de atendimento vermelhas (UPA: Sala de Emergência – 5 leitos, Fast 3 – 5 leitos e ainda Sala de Cirurgia 7 – 1 leitos), amarelas (UPA: Fast Track 1 – 7 leitos, Fast Track 2 – 5 leitos e ainda Salas de Medicação do Fast Track: 17 poltronas , verdes (Auditório Moise Safra ou quando o primeiro apresentar impossibilidade no átrium do 1º andar do bloco A) e pretas/CINZAS (Morgue), conforme a triagem realizada, utilizando cartões de identificação de triagem numerados específicos para catástrofe, disponíveis na UPA.

A Sala de Emergência , Fast 3 e a cirugia 7 (área vermelha) deverão ser conduzidas por funcionários da Sala de Emergência, Fast Track 1, Triagem e Sala de Cirurgia. Na área vermelha deverá haver no mínimo 3 enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem, 1 fisioterapeuta e 3 médicos (1 cirurgião, 1 clínico e 1 cardiologista)

Fast Track 1 e 2 (área amarela) e, se necessário, salas de medicação do Fast Track e consultórios da ortopedia e Super Track. Deverão ser conduzidos no mínimo por uma equipe com 3 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem e 3 médicos (1 clínicos e 2 pediatras).

O Auditório Moise Safra ou Atriun (área verde) será isolado pela Segurança e montado por funcionários da UPA (técnicos de enfermagem da pediatria e o técnico de enfermagem volante) sob a orientação exclusiva de 1 enfermeiro, 1 ortopedista e 4 técnicos de enfermagem e 1 técnico de gesso da unidade. Esta equipe é responsável por realizar uma nova triagem mais detalhada das vítimas consideradas "Verdes" e prestar o devido atendimento.

☐ Essa diretriz coincide com a quantidade mínima de profissionais presentes em qualquer plantão da UPA, inclusive noturno (onde temos o menor número de funcionários alocados) CASO

o nível de catástrofe aumente, será montada a CGC e dela a alocação maior contingente de profissionais conforme a necessidade de atendimento vítimas.

O fluxograma prevê o destino das vítimas após o atendimento nas áreas (vermelha, amarela, verde e preta). É importante ressaltar que o **CCL** deve garantir que nenhuma vítima retorne às áreas verde, amarela e vermelha após serem encaminhadas para fora das mesmas. Isto significa que o **CCL** deverá organizar uma equipe médica para reavaliar os pacientes nas unidades e serviços de destino (MDP: imagem e laboratório) e encaminhá-los para Unidades de Internação ou Alta.

Os profissionais capacitados na instituição para dar suporte ao atendimento às vítimas estão definidos no Plano de Catástrofe:

☐ **Equipe de Suporte para atendimento às vitimas verdes (Auditório Moise Safra no Salão Chella Safra ou Atrium)** – são profissionais com treinamento para BLS (Suporte Básico de Vida) ou de serviços de apoio que devem permanecer nas unidades e serviços de origem se dirigindo direto ao Salão Chella Safra quando acionados pela Central de Gerenciamento de Crise (apresentar-se ao coordenador local):

- Unidades de internação (enfermagem e administrativos)
- Berçário (médicos e enfermagem)
- Médicos cadastrados
- Transporte interno
- Consultórios (enfermagem, secretárias para funções de apoio)
- Voluntários
- Hospitalidade e Governança
- Segurança
- Serviço Social

O presente documento será adaptado para o hospital após resultado do chamamento.

POLÍTICA CORPO MÉDICO

INTRODUÇÃO

Esta política trata dos requisitos básicos que permitem ao médico exercer o ato médico na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) e destina-se a profissionais médicos que militam na instituição (cadastrados).

Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para: prevenção primária, secundária ou terciária que envolva procedimentos diagnósticos e/ou implique em indicações terapêuticas.

OBJETIVO

Garantir a segurança do paciente e da Instituição.

DEFINIÇÕES

Está indicada para todos os médicos com cadastro ativo na SBIBAE.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Todo médico com cadastro ativo na SBIBAE deverá estar com sua situação funcional regularizada junto ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) e/ou Conselho Regional de Goiás (CREMEGO) conforme documentação específica constante do seu cadastro médico e local de atuação.

As suas habilitações específicas serão estabelecidas conforme legislação vigente pelas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e acreditadas pela Associação Médica Brasileira (AMB) conforme documentação específica constante do seu cadastro médico. Os atos médicos serão autorizados na Instituição para os médicos que tiverem sua habilitação reconhecida documentada no seu cadastro.

Não é permitido ao médico a prática de quaisquer atividades sem a comprovação da habilitação específica.

Os casos omissos serão encaminhados para a Comissão de Ética da instituição.

Compete ao CFM, respeitada a legislação pertinente, definir por meio de resolução, os procedimentos médicos aceitos, os vedados e os experimentais.

Esta política consta do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição: Regras Gerais para Atividade Médica no HIAE, documento aprovado pelo Corpo Clínico em assembleia.

RESPONSABILIDADES

O Conselho Médico Executivo (CME) definirá as listas de especialidades e habilitações para a prática médica no HIAE, mantendo-as atualizadas de acordo com os avanços da Medicina, em consonância com as melhores práticas e com as normas e resoluções do CFM.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Referências: Código de Ética Médica- art. 22, Resolução CFM n. 1845/08 e Resolução CFM 2.149/2016

ANEXOS

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.149/2016

(Publicada no D.O.U. de 03 de agosto de 2016, Seção I, p. 99)

Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelos Decretos nº 44.045/1958 e nº 6.821/2009 e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004;

CONSIDERANDO que cabem ao Conselho Federal de Medicina a normatização e a fiscalização do exercício da medicina;

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, que regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas, de que tratam os §§ 4º e 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013;

CONSIDERANDO a Portaria CME nº 01/2016, homologada pela Resolução CFM nº 2.148/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 22 de julho de 2016;

RESOLVE:

Art. 1º Homologar a Portaria CME nº 02/2016, anexa, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades.

Art. 2º Revogam-se todas as disposições em contrário e em especial as Resoluções CFM nº 1.634/2002 (publicada no D.O.U. de 29 de abril de 2002, Seção I, p. 81) e nº 2.116/2015 (publicada no D.O.U. de 4 de fevereiro de 2015, Seção I, p. 55).

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 22 de julho de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA HENRIQUE BATISTA E SILVA

Presidente Secretário-geral

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.149/2016

PORTARIA CME Nº 02/2016

A COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES (CME), no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, e considerando o disposto nas Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, resolve:

Art. 1º Aprovar a seguinte relação de especialidades e áreas de atuação médicas.

A) RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS RECONHECIDAS

1. Acupuntura
2. Alergia e imunologia
3. Anestesiologia
4. Angiologia
5. Cancerologia
6. Cardiologia
7. Cirurgia cardiovascular
8. Cirurgia da mão
9. Cirurgia de cabeça e pescoço
10. Cirurgia do aparelho digestivo
11. Cirurgia geral
12. Cirurgia pediátrica
13. Cirurgia plástica
14. Cirurgia torácica
15. Cirurgia vascular
16. Clínica médica
17. Coloproctologia
18. Dermatologia
19. Endocrinologia e metabologia
20. Endoscopia
21. Gastroenterologia
22. Genética médica
23. Geriatria
24. Ginecologia e obstetrícia

25. Hematologia e hemoterapia
26. Homeopatia
27. Infectologia
28. Mastologia
29. Medicina de emergência
30. Medicina de família e comunidade
31. Medicina do trabalho
32. Medicina de tráfego
33. Medicina esportiva
34. Medicina física e reabilitação
35. Medicina intensiva
36. Medicina legal e perícia médica
37. Medicina nuclear
38. Medicina preventiva e social
39. Nefrologia
40. Neurocirurgia
41. Neurologia
42. Nutrologia
43. Oftalmologia
44. Ortopedia e traumatologia
45. Otorrinolaringologia
46. Patologia
47. Patologia clínica/medicina laboratorial
48. Pediatria
49. Pneumologia
50. Psiquiatria
51. Radiologia e diagnóstico por imagem
52. Radioterapia
53. Reumatologia
54. Urologia

B) RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO MÉDICAS RECONHECIDAS

1. Administração em saúde
2. Alergia e imunologia pediátrica
3. Angiorradiologia e cirurgia endovascular
4. Atendimento ao queimado
5. Cardiologia pediátrica
6. Cirurgia bariátrica

7. Cirurgia crânio-maxilo-facial
8. Cirurgia do trauma
9. Cirurgia videolaparoscópica
10. Citopatologia
11. Densitometria óssea
12. Dor
13. Ecocardiografia
14. Ecografia vascular com doppler
15. Eletrofisiologia clínica invasiva
16. Emergência pediátrica
17. Endocrinologia pediátrica
18. Endoscopia digestiva
19. Endoscopia ginecológica
20. Endoscopia respiratória
21. Ergometria
22. Foniatria
23. Gastroenterologia pediátrica
24. Hansenologia
25. Hematologia e hemoterapia pediátrica
26. Hemodinâmica e cardiologia intervencionista
27. Hepatologia
28. Infectologia hospitalar
29. Infectologia pediátrica
30. Mamografia
31. Medicina de urgência
32. Medicina do adolescente
33. Medicina do sono
34. Medicina fetal
35. Medicina intensiva pediátrica
36. Medicina paliativa
37. Medicina tropical
38. Nefrologia pediátrica
39. Neonatologia
40. Neurofisiologia clínica
41. Neurologia pediátrica
42. Neurorradiologia
43. Nutrição parenteral e enteral

44. Nutrição parenteral e enteral pediátrica
45. Nutrologia pediátrica
46. Pneumologia pediátrica
47. Psicogeriatria
48. Psicoterapia
49. Psiquiatria da infância e adolescência
50. Psiquiatria forense
51. Radiologia intervencionista e angiorradiologia
52. Reprodução assistida
53. Reumatologia pediátrica
54. Sexologia
55. Toxicologia médica
56. Transplante de medula óssea
57. Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia

C) TITULAÇÕES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Título de especialista em ACUPUNTURA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Acupuntura
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Médico de Acupuntura

Título de especialista em ALERGIA e IMUNOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Alergia e Imunopatologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia

Título de especialista em ANESTESIOLOGIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Anestesiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Título de especialista em ANGIOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Angiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

Título de especialista em CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CLÍNICA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Clínica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia

Título de especialista em CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CIRÚRGICA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Cirúrgica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia
Título de especialista em CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Pediátrica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia

Título de especialista em CARDIOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cardiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia

Título de especialista em CIRURGIA CARDIOVASCULAR
Formação: 4 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
Título de especialista em CIRURGIA DA MÃO
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia da Mão
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão

Título de especialista em CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Título de especialista em CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva

Título de especialista em CIRURGIA GERAL
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Título de especialista em CIRURGIA PEDIÁTRICA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Pediátrica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica

Título de especialista em CIRURGIA PLÁSTICA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

Título de especialista em CIRURGIA TORÁCICA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Torácica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica

Título de especialista em CIRURGIA VASCULAR
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Vascular
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

Título de especialista em CLÍNICA MÉDICA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Clínica Médica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Título de especialista em COLOPROCTOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Coloproctologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Título de especialista em DERMATOLOGIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Dermatologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Dermatologia

Título de especialista em ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

Título de especialista em ENDOSCOPIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Endoscopia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

Título de especialista em GASTROENTEROLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Gastroenterologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira de Gastroenterologia

Título de especialista em GENÉTICA MÉDICA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Genética Médica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Genética Médica

Título de especialista em GERIATRIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Geriatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Título de especialista em GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Título de especialista em HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Hematologia e Hemoterapia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia

Título de especialista em HOMEOPATIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Homeopatia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Médica Homeopática Brasileira

Título de especialista em INFECTOLOGIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Infectologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Infectologia

Título de especialista em MASTOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Mastologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Mastologia

Título de especialista em MEDICINA DE EMERGÊNCIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Emergência
AMB: Concurso AMB

Título de especialista em MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Título de especialista em MEDICINA DO TRABALHO
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Nacional de Medicina do Trabalho

Título de especialista em MEDICINA DE TRÁFEGO
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Tráfego
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Medicina de Tráfego

Título de especialista em MEDICINA ESPORTIVA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Esportiva
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e Esporte

Título de especialista em MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Física e Reabilitação
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação

Título de especialista em MEDICINA INTENSIVA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação de Medicina Intensiva Brasileira

Título de especialista em MEDICINA LEGAL E PERÍCIA MÉDICA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Legal e Perícia Médica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas

Título de especialista em MEDICINA NUCLEAR
Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Nuclear
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear

Título de especialista em MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social
AMB: Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde

Título de especialista em NEFROLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Nefrologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Nefrologia

Título de especialista em NEUROCIRURGIA
Formação: 5 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Neurocirurgia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Título de especialista em NEUROLOGIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Neurologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Academia Brasileira de Neurologia

Título de especialista em NUTROLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Nutrologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Nutrologia

Título de especialista em OFTALMOLOGIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Oftalmologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Conselho Brasileiro de Oftalmologia

Título de especialista em ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Título de especialista em OTORRINOLARINGOLOGIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Título de especialista em PATOLOGIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Patologia

Título de especialista em PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial

Título de especialista em PEDIATRIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria

Título de especialista em PNEUMOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Pneumologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

Título de especialista em PSIQUIATRIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Psiquiatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Psiquiatria

Título de especialista em RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Título de especialista em DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – atuação exclusiva:
ULTRASSONOGRAFIA GERAL
Formação: 2 anos
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Título de especialista em DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – atuação exclusiva: RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA
Formação: 2 anos
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Título de especialista em RADIOTERAPIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Radioterapia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Radioterapia

Título de especialista em REUMATOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Reumatologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Reumatologia

Título de especialista em UROLOGIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Urologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Urologia

D) CERTIFICAÇÕES DE ÁREAS DE ATUAÇÃO
ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em qualquer programa de residência médica (PRM)
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Administração de Saúde
Requisito: título de especialista da AMB (TEAMB)

ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Alergia e Imunologia ou Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB
Requisitos: TEAMB em Alergia e Imunologia
TEAMB em Pediatria

ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Cirurgia Vascular ou Angiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
Requisitos: TEAMB em Angiologia
TEAMB em Cirurgia Vascular
TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

ATENDIMENTO AO QUEIMADO
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Plástica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Requisito: TEAMB em Cirurgia Plástica

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia ou Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
Requisitos: TEAMB em Cardiologia
TEAMB em Pediatria

CIRURGIA BARIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia do Aparelho Digestivo ou Cirurgia Geral
AMB: Concurso do convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva/Colégio Brasileiro

de Cirurgiões.
Requisitos: TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo
TEAMB em Cirurgia Geral

CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica ou Otorrinolaringologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica/Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
Requisitos: TEAMB em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
TEAMB em Cirurgia Plástica
TEAMB em Otorrinolaringologia

CIRURGIA DO TRAUMA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Geral
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Requisito: TEAMB em Cirurgia Geral

CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia do Aparelho Digestivo ou Cirurgia Geral AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva/Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Requisitos: TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo
TEAMB em Cirurgia Geral

CITOPATOLOGIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Patologia
AMB: Concurso AMB
Requisito: TEAMB em Patologia

DENSITOMETRIA ÓSSEA

Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Endocrinologia e Metabologia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Nuclear, Ortopedia e Traumatologia ou Reumatologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Requisitos: TEAMB em Endocrinologia e Metabologia
TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
TEAMB em Medicina Nuclear
TEAMB em Ortopedia e Traumatologia
TEAMB em Reumatologia

DOR
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Acupuntura, Anestesiologia, Clínica Médica, Medicina Física e Reabilitação, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria ou Reumatologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Médico de Acupuntura/Sociedade Brasileira de Anestesiologia/Sociedade Brasileira de Clínica Médica/Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação/Sociedade Brasileira de Neurocirurgia/Academia Brasileira de Neurologia/Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia/Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Reumatologia
Requisitos: TEAMB em Acupuntura
TEAMB em Anestesiologia
TEAMB em Clínica Médica
TEAMB em Medicina Física e Reabilitação
TEAMB em Neurocirurgia
TEAMB em Neurologia
TEAMB em Ortopedia
TEAMB em Pediatria
TEAMB em Reumatologia

ECOCARDIOGRAFIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia
Requisitos: TEAMB em Cardiologia
TEAMB em Pediatria + certificado de atuação em Cardiologia Pediátrica

ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Radiologia, Cirurgia Vascular ou Angiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
Requisitos: TEAMB em Angiologia
TEAMB em Cardiologia + certificado de atuação em Ecocardiografia
TEAMB em Cirurgia Vascular
TEAMB em Diagnóstico por Imagem: atuação exclusiva Ultrassonografia Geral
TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia
Requisito: TEAMB em Cardiologia

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Medicina de Emergência ou Pediatria
AMB: Concursos AMB
Requisito: TEAMB em Medicina de Emergência
TEAMB em Pediatria

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Endocrinologia e Metabologia ou Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
Requisitos: TEAMB em Endocrinologia e Metabologia
TEAMB em Pediatria

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Endoscopia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia,

Coloproctologia ou Cirurgia Geral
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
Requisitos: TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo
TEAMB em Cirurgia Geral
TEAMB em Coloproctologia
TEAMB em Endoscopia
TEAMB em Gastroenterologia

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Torácica ou Pneumologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia/Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica
Requisitos: TEAMB em Cirurgia Torácica
TEAMB em Pneumologia

ERGOMETRIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia
Requisito: TEAMB em Cardiologia

FONIATRIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Otorrinolaringologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Otorrinolaringologia Cirurgia Cérvico-Facial
Requisito: TEAMB em Otorrinolaringologia

GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Gastroenterologia ou Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira de Gastroenterologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
Requisitos: TEAMB em Gastroenterologia
TEAMB em Pediatria

HANSENOLOGIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Clínica Médica, Dermatologia, Infectologia, Medicina Preventiva e Social, Medicina de Família e Comunidade ou Neurologia
AMB: Concurso AMB
Requisitos: TEAMB em Clínica Médica
TEAMB em Dermatologia
TEAMB em Infectologia
TEAMB em Medicina de Família e Comunidade
TEAMB em Medicina Preventiva e Social
TEAMB em Neurologia

HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Hematologia e Hemoterapia ou Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia/Sociedade Brasileira de Pediatria
Requisitos: TEAMB em Hematologia e Hemoterapia
TEAMB em Pediatria

HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia
Requisitos: TEAMB em Cardiologia
TEAMB em Pediatria + certificado de atuação em Cardiologia Pediátrica

HEPATOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Clínica Médica, Gastroenterologia ou Infectologia

AMB: Concurso AMB
Requisitos: TEAMB em Clínica Médica
TEAMB em Gastroenterologia
TEAMB em Infectologia

INFECTOLOGIA HOSPITALAR
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Infectologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Infectologia
Requisito: TEAMB em Infectologia

INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Infectologia ou Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Infectologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
Requisitos: TEAMB em Infectologia
TEAMB em Pediatria

MAMOGRAFIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia ou Mastologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia/Sociedade Brasileira de Mastologia
Requisitos: TEAMB em Diagnóstico por Imagem – atuação exclusiva: Ultrassonografia Geral
TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
TEAMB em Mastologia

MEDICINA DE URGÊNCIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Clínica Médica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Clínica Médica
Requisito: TEAMB em Clínica Médica

MEDICINA DO ADOLESCENTE
Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria
Requisito: TEAMB em Pediatria

MEDICINA DO SONO
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Clínica Médica, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia ou Psiquiatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Academia Brasileira de Neurologia/Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial/Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia/Sociedade Brasileira de Psiquiatria/Sociedade Brasileira de Clínica Médica
Requisitos: TEAMB em Clínica Médica
TEAMB em Neurologia
TEAMB em Otorrinolaringologia
TEAMB em Pediatria
TEAMB em Pneumologia
TEAMB em Psiquiatria

MEDICINA FETAL
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Medicina Intensiva ou Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Sociedade Brasileira de Pediatria
Requisitos: TEAMB em Medicina Intensiva
TEAMB em Pediatria

MEDICINA PALIATIVA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Anestesiologia, Cancerologia, Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Medicina Intensiva e Neurologia.
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Anestesiologia/Sociedade Brasileira de Cancerologia/Sociedade Brasileira de Clínica Médica/Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia/Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade/Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Academia Brasileira de Neurologia
Requisitos: TEAMB em Anestesiologia
TEAMB em Cancerologia
TEAMB em Clínica Médica
TEAMB em Geriatria
TEAMB em Medicina de Família e Comunidade
TEAMB em Pediatria
TEAMB em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
TEAMB em Medicina Intensiva
TEAMB em Neurologia
MEDICINA TROPICAL
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Infectologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Infectologia
Requisito: TEAMB em Infectologia

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Nefrologia ou Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Nefrologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
Requisitos: TEAMB em Nefrologia
TEAMB em Pediatria
NEONATOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisito: TEAMB em Pediatria

NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Medicina Física e Reabilitação, Neurologia ou Neurocirurgia
AMB: Concurso AMB
Requisitos: TEAMB em Medicina Física e Reabilitação
TEAMB em Neurocirurgia
TEAMB em Neurologia
TEAMB em Pediatria + certificado de atuação em Neurologia Pediátrica

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Neurologia ou Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Academia Brasileira de Neurologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
Requisitos: TEAMB em Neurologia
TEAMB em Pediatria

NEURORRADIOLOGIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Neurologia ou Neurocirurgia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Requisitos: TEAMB em Neurocirurgia
TEAMB em Neurologia
TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia, Pediatria, Medicina Intensiva, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia ou Cirurgia Geral
AMB: Concurso AMB
Requisitos: TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo
TEAMB em Cirurgia Geral
TEAMB em Gastroenterologia
TEAMB em Medicina Intensiva

TEAMB em Nutrologia
TEAMB em Pediatria

NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia ou Pediatria
AMB: Concurso AMB
Requisitos: TEAMB em Nutrologia
TEAMB em Pediatria
NUTROLOGIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia ou Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria/Associação Brasileira de Nutrologia
Requisitos: TEAMB em Nutrologia
TEAMB em Pediatria

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Pediatria ou Pneumologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria/ Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
Requisitos: TEAMB em Pediatria
TEAMB em Pneumologia

PSICOGERIATRIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Psiquiatria
Requisito: TEAMB em Psiquiatria
PSICOTERAPIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Psiquiatria
Requisito: TEAMB em Psiquiatria

PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Psiquiatria
Requisito: TEAMB em Psiquiatria
PSIQUIATRIA FORENSE
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Psiquiatria
Requisito: TEAMB em Psiquiatria

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Angiologia, Cirurgia Vascular ou Radiologia e Diagnóstico por Imagem
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
Requisitos: TEAMB em Angiologia
TEAMB em Cirurgia Vascular
TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

REPRODUÇÃO ASSISTIDA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Opcional em PRM em Reumatologia ou Pediatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Reumatologia
Requisitos: TEAMB em Pediatria
TEAMB em Reumatologia

SEXOLOGIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

TOXICOLOGIA MÉDICA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Clínica Médica ou Medicina Intensiva ou Pediatria ou Pneumologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Clínica Médica/Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
Requisitos: TEAMB em Clínica Médica
TEAMB em Medicina Intensiva
TEAMB em Pediatria
TEAMB em Pneumologia

TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Hematologia e Hemoterapia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia
Requisito: TEAMB em Hematologia e Hemoterapia

ULTRASSONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Formação: 1 ano
CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
Art. 2º Revogam-se todas as disposições em contrário.
Brasília, 22 julho de 2016.
MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
CFM
MARIA DO PATROCÍNIO NUNES
CFM
ALDEMIR HUMBERTO SOARES
AMB
FÁBIO BISCEGLI JATENE

AMB
FRANCISCO ARSEGO DE OLIVEIRA
CNRM
FELIPE PROENÇO
CNRM

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.149/2016
O Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas e estabelece a Comissão Mista de Especialidades (CME), vinculada ao CFM, à qual compete definir as especialidades médicas.
O citado Decreto prevê em seu artigo 4º, § 2º, que os representantes da CME definirão as demais competências para sua atuação e as regras de seu funcionamento por meio de ato específico.
Em cumprimento ao referido dispositivo, foi homologada, pela Resolução CFM nº 2.148/2016, a Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades e normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina.
Por conseguinte, a citada portaria, em seu artigo 8º, estabelece que "a atualização do rol de especialidades médicas e áreas de atuação reconhecidas, quando ocorrer, será feita por meio de Portaria da CME, que será homologada por resolução do Conselho Federal de Medicina, a qual será publicada no Diário Oficial da União".
Desta forma, a CME, por intermédio desta Resolução dá publicidade à Portaria CME nº 02/2016, onde consta a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas e reconhecidas por esta Comissão.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
Relator

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Documento atualizado segundo a RESOLUÇÃO CFM Nº 2.149/2016, publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 03 de agosto de 2016. Seção I,p.99.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Política de Gestão Integrada

INTRODUÇÃO

A Política de Gestão Integrada da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (Sociedade) representa um conjunto de ações e práticas estabelecidas com o propósito de preservar a Segurança e a Saúde de colaboradores e parceiros; minimizar seus impactos ao Meio Ambiente e gerenciar e racionalizar o uso e consumo de Energia.

Política de Gestão Integrada (Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Gestão da Energia):

- Assegurar a saúde, segurança e o bem-estar dos nossos colaboradores, pacientes, alunos, terceiros e público em geral que possam ser potencialmente impactados pelas nossas operações, atividades, instalações, infraestrutura, produtos e serviços;
- Estabelecer objetivos e metas de melhoria contínua do desempenho do SGI a partir da análise crítica de riscos ocupacionais, uso da energia e do impacto ambiental das operações e do seu alinhamento com a legislação, evolução tecnológica e as demandas de partes interessadas. O objetivo é o dano ou impacto zero;
- Disseminar a cultura de melhoria contínua junto às lideranças, colaboradores, terceiros e demais partes interessadas, visando assegurar o seu comprometimento com os objetivos e metas do SGI;
- Assegurar os recursos financeiros, humanos, de informações e de infraestrutura necessários para atender aos requisitos legais e outros, eliminar perigos e reduzir os riscos de segurança e saúde ocupacional, proteger o meio ambiente, prevenir a poluição e melhorar o desempenho energético;
- Estabelecer padrões para o desenvolvimento de projetos, produtos e serviços que atendam aos requisitos de saúde e segurança ocupacional, uso racional de energia e de impacto sobre o meio ambiente; e
- Gerenciar os aspectos de saúde e segurança ocupacional, uso de energia e impacto sobre o meio ambiente, de forma a prevenir incidentes e doenças ocupacionais, assegurar o uso racional da energia e eliminar impactos no meio ambiente.

Sidney Klajner
Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

OBJETIVO

Atender aos requisitos referentes à elaboração de uma Política de Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Gestão da Energia, com base na ISO 14001:2015 e ISO 50001:2018.

definições

N/A

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

N/A

Referências Bibliográficas

Norma ABNT ISO 14001:2015.

Norma ABNT ISO 50001:2018.

Documentos relacionados

Manual de Gestão Integrada da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

Título: Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.01 Administração de Recursos Humanos

1. INTRODUÇÃO

O Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação são objeto de atenção da Organização Mundial de Saúde, da Organização Internacional do Trabalho, do Ministério da Saúde, da comunidade científica, de especialistas em gestão do trabalho e em saúde do trabalhador e de setores de gestão de pessoas de diversas instituições públicas e privadas, tal a sua relevância e impacto na saúde do trabalhador e no processo produtivo das organizações.

A Sociedade Israelita Brasileira Alberta Einstein (SBIBAE ou Sociedade), comprometida com a saúde e bem estar de seus colaboradores, clientes e demais públicos com quem ela se relaciona, elaborou a presente Política de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e à Discriminação com a finalidade de prevenir, enfrentar e intervir em condutas de assédio moral e sexual e discriminação em seu ambiente, buscando eliminar estas condutas e definindo as boas práticas de convivência.

Cópia Controlada

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas a assédio moral e sexual, importunação sexual e discriminação na Sociedade. Quando não houver neste documento regra ou exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão deve ser orientada pelos seguintes princípios:

- **Inclusão:** assegurar atitudes de compreensão e acolhimento das diversidades, de forma que todas as pessoas, independentemente de suas diferenças, sintam-se pertencentes ao ambiente comum
- **Tratamento Equitativo:** assegurar o tratamento equitativo a todas as pessoas, independentemente de suas diferenças, oferecendo a todos as mesmas oportunidades
- **Não Discriminação e Respeito à Diversidade:** exercer a tolerância e construir relações sociais que se pautem no respeito ao outro e na compreensão de que o diverso é fundamental, necessário e contingente não havendo discriminação por motivo de: I - etnia, raça, cor da pele, cultura, origem, idade e sexo; II - orientação sexual, idioma ou religião; III - opinião, deficiência e condição social econômica
- **Proteção à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas**: são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, sendo imprescindível o cumprimento de regras que venham a proteger o direito à privacidade das pessoas e reparado os eventuais danos causados

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

- **Respeito à Dignidade Humana**: assegurar o bem estar de todas as pessoas e que estas sejam respeitadas em suas características, escolhas e questões e valores pessoais e que, em hipótese alguma, sejam alvo de ofensas ou humilhações

3. OBJETIVO

Esta Política tem por objetivo estabelecer regras, papéis e responsabilidades relativos à prevenção e ao combate ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação na Sociedade, permitindo que todos possam identificar eventuais situações de assédio ou discriminação e estejam aptos a lidar com ele, contribuindo para um ambiente no qual seja preservada a dignidade humana e os direitos fundamentais das pessoas.

4. DEFINIÇÕES

Assédio Moral: Conduta abusiva (como por exemplo: gesto, palavra, comportamento, atitude) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho. O assédio moral é uma conduta contrária aos artigos 482 e 483 da Consolidação das Leis do Trabalho

Cópia Controlada

Assédio Sexual: Atos, insinuações, contatos físicos forçados e convites impertinentes, desde que apresentem uma das características a seguir: ser uma condição clara para manter o emprego; influir nas promoções da carreira, prejudicar o rendimento profissional, humilhar, insultar ou intimidar a vítima, ameaçar e fazer com que as vítimas cedam por medo de denunciar o abuso, e oferta de crescimento de vários tipos ou que desfavorecem as vítimas em meios acadêmicos e trabalhistas entre outros, e que no ato possa dar algo em troca, como possibilitar a intimidade para ser favorecido no trabalho. A conduta de assédio sexual é considerada crime por força da Lei Federal 10.224 de 2001

Discriminação: ação ou omissão em que haja distinção, exclusão ou restrição de preferência a uma pessoa ou grupo de pessoas, em razão da sua raça, cor, sexo, nacionalidade, origem étnica, orientação sexual, identidade de gênero, ou outro fator, como previsto na Lei Federal 9.459 de 1997

Importunação Sexual: O termo “importunação sexual” compreende qualquer prática de cunho sexual realizada sem o consentimento da vítima, ou seja, é caracterizada pela realização de ato libidinoso na presença de alguém de forma não consensual, com objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro. A importunação sexual é crime grave, conforme previsto em Lei Federal 13.718 de 2018

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

Título: Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.01 Administração de Recursos Humanos

5. APLICABILIDADE

Esta Política se aplica a colaboradores, médicos contratados (CLT), médicos do corpo clínico aberto, pacientes, fornecedores, prestadores de serviço, docentes, alunos, pesquisadores, bem como qualquer pessoa que se relacione com a Sociedade em suas Unidades do sistema público e privado.

Em relação às Unidades Públicas cuja gestão seja compartilhada com uma Organização Social (OS), devem ser observadas as regras instituídas em Política específica da Instituição, mas a Sociedade envidará todos os esforços para que a adoção dos princípios desta Política.

6. DESCRIÇÃO

A Política de Prevenção ao Assédio Moral e Sexual, Importunação sexual e à Discriminação da Sociedade foi elaborada com a finalidade de prevenir e amenizar condutas de assédio moral e sexual, importunação sexual e discriminação e assegurar uma cultura pautada no respeito, equidade de tratamento e preservação da dignidade das pessoas.

Cópia Controlada

Esta Política está estruturada em tópicos que apresentam conceitos, diretrizes e ações preventivas adotadas pela Sociedade, assim como orientações para atuação em ocasiões desta natureza.

Assédio Moral

A conduta do Assédio Moral classifica-se em 04 tipologias:

- **Vertical descendente:** trata-se do assédio moral praticado pelo próprio empregador, ou superiores hierárquicos da organização (diretor, gerente, coordenador, supervisor etc.), contra um colaborador.
- **Vertical ascendente:** trata-se do assédio moral que parte de um ou de vários colaboradores contra o superior hierárquico.
- **Horizontal:** neste caso, a vítima e o agressor são pessoas que pertencem ao mesmo nível hierárquico, com cargos ou funções sem relação de subordinação.
- **Misto:** neste caso, ocorre das duas formas acima (horizontal e vertical) ao mesmo tempo, como por exemplo, colaborador assediado por superiores hierárquicos e por colegas de trabalho.

São situações que podem caracterizar o assédio moral, dentre outras:

- Confiar tarefas inúteis ou degradantes
- Desqualificar, subestimar, humilhar, difamar, reiteradamente, por meio de palavras, gestos ou atitudes, a autoestima ou a imagem

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

- Submeter a situação vexatória transmitindo informações enganosas, comentários maliciosos, fazendo referência ou tratando de modo desrespeitoso
- Ofender, espalhar boatos, fazer críticas ou brincadeiras sobre a vida pessoal, particularidades físicas e/ou emocionais ou postar mensagens de igual teor nas redes sociais
- Atribuir apelidos, fazer gestos ou sinais, de natureza ofensiva, visando desmoralizar ou ridicularizar, incorrendo na mesma infração quem os estimular, difundir ou reproduzir
- Subestimar, em público, as aptidões e competências
- Manifestar publicamente desdém ou desprezo pelo produto de seu trabalho; desrespeitar limitação individual, temporária ou permanente, inclusive decorrente de doença física ou psíquica, atribuindo-lhe atividade incompatível com suas deficiências
- Descumprir, ameaçar ou dificultar de maneira injustificada a execução de direitos, como jornada de trabalho, férias, licenças, dentre outros
- Impor condições e regras de trabalho personalizadas mais severas do que as aplicadas a outros profissionais integrantes da mesma categoria
- Fazer ameaças explicitas ou veladas

Cópia Controlada

- Fazer agressões verbais ou por meio de gestos
- Sugestão de pedido de demissão
- Praticar quaisquer outras condutas que tenham por objetivo ou efeito degradar as condições de trabalho de uma pessoa ou grupo específico, atentando contra seus direitos ou sua dignidade e comprometendo sua saúde física ou mental ou seu desenvolvimento profissional

Nota: pode constituir também assédio moral coagir, admitir ou praticar represálias contra testemunha, visando obstruir a devida apuração dos fatos geradores de assédio moral, sexual ou discriminação.

São situações que **não** caracterizam o assédio moral

- Aumento do volume de trabalho
- Uso de mecanismos de controle de entrega de atividades
- Críticas construtivas ou avaliações do trabalho realizadas por colegas ou superiores desde que não sejam realizadas em público e que não exponha o colaborador a situações vexatórias
- Não delegação de tarefa por parte do gestor por motivo justo, como o não cumprimento desta em outras ocasiões que lhe fora solicitado

Assédio Sexual

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

Constituem situações que podem configurar a prática de assédio sexual, especialmente:

- Fazer críticas ou brincadeiras sobre particularidades sexuais
- Seguir, espionar e/ou realizar abordagem, como elogios, com intuito sexual
- Insinuar ou fazer gestos ou propostas sexuais
- Realizar conversas de cunho sexual
- Constranger com piadas ou expressões de conteúdo sexual e frases de duplo sentido
- Declarar palavras, escritas ou faladas, de caráter sexual
- Realizar insinuações, explicitas ou veladas, de caráter sexual
- Realizar convites impertinentes e/ou pressionar para participar de encontros e saídas com intuito sexual
- Realizar contato físico de forma inadequada, tocar ou criar situações de contato corporal, sem consentimento recíproco, com conotação sexual
- Fazer chantagem para permanência ou promoção no cargo ou emprego, inclusive de colaboradores terceirizados
- Fazer ameaças de perdas significativas ou promessas de obtenção de benefícios em troca de favores sexuais

Cópia Controlada

- Fazer ameaças, veladas ou explicitas, de represálias, perturbação ou ofensa, caso não receba o favor sexual
- Praticar outras condutas que tenham por objetivo ou efeito constranger ou perturbar para a obtenção de vantagens ou favorecimentos sexuais, por meio de comportamentos indesejáveis, afetando a dignidade de uma pessoa ou grupo específico, criando um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante e desestabilizador

São situações que **não** caracterizam o assédio sexual, embora possam ser consideradas inadequadas:

- Elogios sem conteúdo sexual
- Paqueras ou flertes desde que não sejam repelidas pelo sujeito passivo ou vítima

Importunação Sexual

Práticas de importunação sexual possuem características similares as situações de assédio sexual, no entanto, na situação de importunação, o sujeito ativo pode ser qualquer pessoa, não havendo a necessidade de relação hierárquica entre assediador e vítima.

Discriminação/Preconceito

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

São situações que podem caracterizar conduta discriminatória toda distinção, exclusão, restrição, preferência ou manifestação fundada em:

- Raça
- Etnia
- Cor
- Sexo
- Gênero
- Religião
- Deficiência
- Opinião política
- Nacionalidade
- Origem social
- Idade
- Orientação sexual
- Identidade e expressão de gênero

Cópia Controlada

Ações de Prevenção ao Assédio e Discriminação Adotadas pela Sociedade

O Assédio Moral, o Assédio Sexual, a Importunação Sexual e a Discriminação são atos ilícitos que provocam na vítima consequências pessoais e sociais, podendo ocasionar danos irreparáveis e sequelas permanentes à saúde do trabalhador, razão pela qual são repudiados pela Sociedade, que atua de forma consistente e comprometida para assegurar um ambiente ético, pautado pelo respeito às relações e à diversidade.

A Sociedade desenvolve ações de comunicação e treinamento para o fortalecimento da cultura ética e conscientização sobre a conduta e o comportamento esperado por parte de seus colaboradores sobre o assédio, importunação e discriminação como forma a evitá-los.

Metodologia de prevenção:

- Disseminar as diretrizes do Manual Institucional de Conduta Ética da Sociedade, que define a conduta Institucional esperada por parte de todos que se relacionam na e com a Sociedade.
- Desenvolver os Líderes por meio de treinamentos periódicos sobre gestão de pessoas, psicologia das relações e a mediação de conflitos, como forma de assegurar que os gestores estejam preparados para a condução de eventuais situações que se apresentem.

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

- Desenvolver treinamento Institucional em linguagem clara e direta com o objetivo de equalizar o conhecimento sobre o que é assédio (moral, sexual e discriminação), e apresentar casos práticos para internalização do conhecimento e reforço sobre os princípios éticos da Sociedade.
- Realizar, anualmente, a Pesquisa de Clima Organizacional, com o objetivo de identificar possíveis queixas e existência de ambientes desfavoráveis e em desarmonia com a Cultura Ética da Sociedade e com as regras e diretrizes desta Política.
- Constituir e manter em funcionamento a Comissão de Assédio, representada pelas Diretorias de Recursos Humanos, Jurídico e dois Diretores convidados, como forma de espaço de diálogo e desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e ao enfrentamento do assédio moral, sexual e da discriminação.
- Assegurar e garantir ambientes de trabalho seguros e saudáveis e orientações periódicas claras a respeito das determinações estabelecidas nesta Política.

Cópia Controlada

Notificação de Assédio ou Discriminação

Qualquer pessoa que se sinta vítima ou testemunhe atos que possam configurar assédio moral e sexual, importação sexual ou discriminação deve relatar o fato por meio do Canal de Denúncias Einstein, que está acessível na página do Einstein na internet (www.einstein.br/compliance), Intranet > Auditoria, Gestão de Riscos e Compliance > Canal de Denúncias ou telefone 0800-741-0004.

O denunciante, a seu exclusivo critério, poderá ou não se identificar. O recebimento e o procedimento de investigação relativos às denúncias devem ser conduzidos com confidencialidade e imparcialidade. A Sociedade proíbe qualquer tipo de retaliação ao denunciante de boa-fé. Caso o denunciante ou testemunha envolvida na apuração verifique alguma conduta que possa ser caracterizada como represália, a ocorrência também deverá ser reportada, por meio do Canal de Denúncias Einstein, para que a situação seja apurada e medidas cabíveis sejam tomadas.

As pessoas envolvidas nos casos em apuração devem ser tratadas com respeito, tendo sua dignidade preservada.

Todos os relatos desta natureza são apurados pela Comissão de Assédio da Sociedade. Informações sobre o processo de registro e apuração de uma denúncia estão disponíveis no Procedimento de Gestão e Uso do Canal de Denúncias.

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

A Sociedade deve manter, por meio dos canais de recebimento de relatos, atuação de acolhimento, escuta, acompanhamento e orientação a todas as pessoas afetadas por situações de assédio moral e sexual, importunação sexual e discriminação, resguardando o sigilo profissional, a fim de minimizar riscos psicossociais e promover a saúde mental no trabalho.

As ações de acolhimento e acompanhamento são pautadas pela lógica do cuidado para pessoas expostas a riscos psicossociais e, portanto, após análise individual o caso deverá ser direcionado para canais de suporte.

Frente a riscos psicossociais relevantes, a Sociedade deve prescrever ações imediatas para preservar a saúde e a integridade física e moral da vítima do assédio ou discriminação, inclusive, se for o caso, sugerir à Liderança imediata da vítima a realocação dos envolvidos para outras Unidades.

7. RESPONSABILIDADES

Sociedade

Cópia Controlada

- Disseminar a Cultura Ética esperada por parte dos colaboradores e público com o qual se relaciona.
- Estabelecer relação de confiança entre seus colaboradores e público com o qual se relaciona.

Comissão de Assédio

- Investigar, instruir, e, a depender do caso, sugerir planos de ação, para adequada tratativa conforme regras previstas na Política de Medidas Educativas e Disciplinares.

Líderes

- Conscientizar a equipe sobre o tema e de que não são tolerados quaisquer condutas de discriminação, assédio moral e sexual, importunação sexual e discriminação, sob pena de aplicação de sanções a seus autores.
- Instruir à eventual vítima que denuncie o caso de assédio por meio dos canais disponibilizados pela Sociedade.

Compliance

- Atuar como suporte a dúvidas.
- Acompanhar a resolução dos casos.

Recursos Humanos

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

- Elaborar e realizar Treinamentos sobre o tema de assédio.
- Promover ações de acolhimento e acompanhamento de situações ocorridas.

Vítima de Assédio

- Registrar/relatar, em detalhes, a situação ocorrida.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

- Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) – Artigos 482 e 483.
- Lei Federal n° 9.459, de 13 de maio de 1997 - Altera os artigos 1º e 20 da Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, e acrescenta parágrafo ao art. 140 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
- Lei n° 10.224, de 15 de maio de 2001 - Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências.
- Lei n° 13.718, de 24 de setembro de 2018 – Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais).

Cópia Controlada

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Pesquisa Anual de Satisfação de Colaboradores.

Relatos registrados por meio do Canal de Denúncias.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

#	Indicador	Objetivo
1	Monitoramento do número de denúncias recebidas e encerradas por Trimestre.	Medir eficiência dos processos de comunicação e treinamentos preventivos e o tempo de duração das apurações.
2	Número de planos de ação gerados por status (concluídos, em aberto).	Monitorar processo e mitigar riscos de reincidência.

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

Título: Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.01 Administração de Recursos Humanos

11. ANEXOS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Manual Institucional de Diretrizes e Conduta Ética.
- Política de Medidas Educativas e Disciplinares.
- Procedimento de Gestão e Uso do Canal de Denúncias.

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

Cópia Controlada

Priscila Ribeiro Silva - 02/03/2023 - 17:41

Acréscimo dos principios norteadores, tópicos que apresentam conceitos, diretrizes sobre importunação sexual e discriminação e atualização do título para “Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual Importunação Sexual e Discriminação”.

Título: Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.01 Administração de Recursos Humanos

Data	Evento de assinatura	Usuário
17/12/2013 14:08:17	Criado por	DM User
02/03/2023 17:41:52	Atualizado por	Priscila Ribeiro Silva
07/03/2023 18:18:33	Aprovado por	Miriam do Carmo Branco da Cunha
22/03/2023 17:31:04	Aprovado por	Henrique Sutton de Sousa Neves

Cópia Controlada

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

1. OBJETIVO

Este procedimento tem o objetivo de descrever o processo e atividades relacionadas à gestão e utilização do Canal de Denúncias ("Canal") da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein ("Sociedade" ou "SBIBAE"), incluindo as três principais etapas: Recebimento, Apuração e Conclusão dos casos.

2. DEFINIÇÕES

No decorrer do documento normativo são utilizados os termos abaixo:

Anonimato: condição em que a identidade de uma pessoa não é revelada.

Canal de Denúncias: meio oficial de comunicação de desvios ou indícios de ilicitude de qualquer natureza que infrinjam as diretrizes do Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética, do Programa de Ética e Compliance, bem como de todos os normativos que regem os valores, princípios e regras da Sociedade.

Cópia Controlada

Colaboradores: são considerados colaboradores: conselheiros, diretores, empregados, médicos do corpo clínico aberto, professores, pesquisadores, estagiários e voluntários.

Denúncia ou relato: comunicação de uma conduta ou suspeita de conduta de infração dos princípios e compromissos do Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética, políticas e procedimentos institucionais e leis e regulamentos aplicáveis à Sociedade.

Empresa Externa: Empresa terceirizada, contratada para disponibilização e manutenção do sistema que suporta o Canal de Denúncias. Atua no recebimento e triagem de todos os relatos recebidos.

Número de Protocolo: Número recebido pelo denunciante após registrar as informações do seu relato no Canal. Por meio do protocolo o denunciante pode inserir novas informações e acompanhar o *status* da apuração.

Público Externo: Qualquer pessoa que não seja colaborador, como por exemplo: prestadores de serviços, fornecedores, parceiros comerciais, representantes, clientes, a comunidade em geral e demais públicos com quem a Sociedade mantenha algum tipo de vínculo ou relacionamento.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

O Canal de Denúncias é operado por uma empresa externa, especializada e independente, visando garantir imparcialidade e confidencialidade no recebimento e encaminhamento dos relatos, além da possibilidade de registrar a denúncia de forma anônima.

De acordo com o Manual de Diretrizes de Conduta Ética ("Manual de Ética"), a Sociedade não tolera retaliação de qualquer natureza ao denunciante de boa-fé. Prestar declarações falsas é considerado violação ao Manual de Ética.

O processo de apuração dos relatos recebidos é definido conforme a natureza da alegação.

Cópia Controlada

Disponibilização do Canal

O Canal de Denúncias é disponibilizado e acessível ao público interno e externo por meio de plataforma eletrônica, que pode ser acessada via internet, através do endereço: https://canaldedenuncias.com.br/einstein/ ou pelo telefone, pelo canal de voz, através do número 0800-741-0004 ou, ainda, pela Intranet.

O serviço é disponibilizado 24 horas por dia, 7 dias por semana. A plataforma é um ambiente seguro para que as informações registradas estejam protegidas contra o acesso de pessoas não autorizadas e contra crimes virtuais (ex. invasão de sistema, monitoramentos não autorizados ou sequestro de informações).

Situações que devem ser reportadas no Canal de Denúncias

Qualquer situação que contenha fatos ou indícios/suspeitas de violações às diretrizes do Manual de Ética, do Programa de Ética e *Compliance*, incluindo, mas não limitado a: fraudes, corrupção, suborno, conflito de interesses, desvios, furtos, assédio moral e sexual, tratamento discriminatório de qualquer natureza, infrações legais, incidentes de privacidade e de segurança da informação, falsidade ideológica, exercício ilegal da profissão, dentre outras.

Nota: O Canal de Denúncias não é um serviço para relato de situações emergenciais, que apresentem ameaça iminente à vida ou à propriedade. Situações que necessitam de uma intervenção ou resposta imediata devem

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

ser reportadas em um canal específico de contato com a Segurança Patrimonial da Sociedade, conforme citado no item “Outros Canais Institucionais de Comunicação” deste documento.

Registro da Denúncia:

No portal do Canal de Denúncias, a primeira etapa para o registro do relato é o **Termo de Aceite** quanto ao compromisso com a veracidade dos fatos narrados:

Cópia Controlada

Em seguida, o denunciante deve informar se deseja se identificar ou manter o anonimato:

O denunciante deve preencher todas as informações solicitadas nos campos do formulário. Nesta etapa, também é possível anexar arquivos, como: imagens, mídias, planilhas, relatórios, apresentações.

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

O nível de detalhes das informações inseridas no registro do relato auxilia no entendimento das alegações e no processo de apuração. Desta forma, é fundamental sempre informar:

- O que? Descrição detalhada do fato constatado.
- Quem? Nome completo das pessoas denunciadas ou envolvidas no fato e das testemunhas, se houver.
- Quando? Datas e horários em que acontecem ou aconteceram a situação.
- Onde? Unidade, bloco, andar, ala, departamento.
- Quanto? Se for possível mensurar, informar quantas vezes ocorreu e/ou valores envolvidos no caso.
- Evidências? Se elas existem e onde podem ser encontradas.

As imagens abaixo demonstram o formato do formulário que é disponibilizado na plataforma:

Ao concluir o registro do relato, seja pela plataforma na internet ou por telefone, o denunciante receberá um **número de protocolo**. É através do número de protocolo que o denunciante poderá:

Cópia Controlada

- Acompanhar ou consultar o *status* de seu relato (“em andamento” ou “concluído”);
- Inserir novas informações ou anexos;
- Consultar eventuais contatos feitos pela equipe de apuração que poderá solicitar informações complementares ou detalhes sobre o fato narrado.

Caso o denunciante opte por registrar o seu relato por telefone, uma equipe especializada da empresa externa irá receber todas as informações prestadas pelo denunciante e registrá-las na plataforma.

Recebimento, Triagem e Fluxo de Encaminhamento dos relatos

A partir do momento que o denunciante conclui o registro do relato com todas as informações necessárias, a denúncia seguirá para a triagem e fluxo de encaminhamento.

Como forma de garantir imparcialidade e prevenir conflitos na apuração dos casos, uma empresa externa e independente, recebe inicialmente os relatos e analisa o conteúdo. Se necessário, reclassifica a tipologia da denúncia e atribui o nível de criticidade (alto, médio ou baixo), conforme parâmetros pré-determinados. Em seguida, em um prazo de até 72h, o relato é encaminhado para a área de Compliance, que valida os dados registrados no Canal e direciona para a Comissão/Comitê responsável pela apuração, considerando a natureza da alegação.

Cópia Controlada

Visando o princípio da imparcialidade, caso o relato cite algum membro das Comissões Apuradoras, o encaminhamento da denúncia seguirá um fluxo especial garantindo que o denunciado não seja envolvido no processo de apuração. Além disso, relatos que citem membros da governança serão encaminhados previamente para o(a) diretor(a) da área de Compliance, que efetuará a análise e o encaminhamento adequado.

Comissões e Comitês responsáveis pela apuração dos relatos

De acordo com a tipologia do relato, podem ser partes envolvidas no processo de recebimento, análise e apuração da denúncia as seguintes áreas:

- Comissão de Assédio: Apura e delibera os casos que possam se caracterizar como assédio moral, sexual, importunação ou tratamento discriminatório, que envolvam colaboradores, médicos contratados (CLT), médicos do corpo clínico aberto, estagiários, pacientes, estudantes, fornecedores e prestadores de serviços. É composto por: Diretoria de Recursos Humanos, Diretoria Jurídica, Diretoria de Ensino, Diretoria de Engenharia e Infraestrutura e um membro da Diretoria Jurídica e/ou de Recursos Humanos, responsável por organizar e auxiliar operacionalmente no processo de apuração.

- Comitê de Integridade Científica: Apura e delibera casos de irregularidades cometidas no desenvolvimento de pesquisa científica. Formado por equipe de pesquisadores, nomeados pela Diretoria do Instituto Israelita de

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Pesquisa. Realiza auditorias de estudos científicos e conduz apurações de relatos de fraudes ou irregularidades em processos de pesquisa.

- Comitê de Prática Médica: Formado pela equipe de Prática Médica, realiza apuração de incidentes classificados como Procedimento Assistencial e/ou Clínico Antiético e Comportamento Disruptivo. Os casos de Prática Médica são avaliados no NUGEMA (Núcleo de Gerenciamento de Eventos Médicos Adversos), órgão de apoio ao CME (Comitê Médico Executivo), conforme descrito no documento Regras Gerais para Atividade Médica no HIAE.

- Comitê de LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados): Sob responsabilidade do Data Protection Officer (DPO). Apura e delibera casos relacionados a possíveis violações à legislação e uso inadequado de dados pessoais, assim como apura incidentes de privacidade, tais como vazamento de informações, acessos indevidos e outros.

- Gerência de Compliance: Área gestora do Programa de Ética e Compliance realiza as apurações relativas, mas não limitadas, a: (i) violações às diretrizes contidas no Manual de Diretrizes de Conduta Ética do Einstein; (ii) condutas que não estejam ou pareçam não estar em conformidade com leis, normas, políticas e procedimentos internos da Sociedade; (iii) situações que possam configurar conflito de interesses, fraude corrupção e suborno. Acompanha os processos de apuração e deliberação conduzidos por todas as demais instâncias apuradoras citadas.

Cópia Controlada

- Avaliação de Conduta do Paciente: Formado pela diretoria de Unidade Hospitalar. Realiza as apurações relativas à conduta antiética e/ou disruptiva de pacientes e/ou acompanhantes.

Quando necessário, as apurações são realizadas em conjunto pelas Comissões Apuradoras.

Processo de Apuração

As apurações devem preservar o sigilo das informações trazidas pelo denunciante, independentemente de o relato ter sido registrado de forma identificada ou anônima. A equipe responsável pela investigação deve envolver somente pessoas, áreas e/ou empresas estritamente necessárias para a apuração dos fatos.

Plano de Apuração: As comissões responsáveis por conduzir a investigação devem elaborar um plano de apuração para cada relato recebido antes de começar o levantamento das informações.

As comissões apuradoras (Comissão de Assédio, Comitê de Integridade Científica, Conduta do Paciente, Prática Médica e LGPD) possuem autonomia para planejar e conduzir suas apurações, fica a cargo da Gerência de Compliance acompanhar o resultado das investigações, garantindo que haja resolutividade e ações educativas, corretivas ou disciplinares adequadas, proporcionais e justas.

Entrevistas e Informações Adicionais: Ao iniciar a apuração, a equipe responsável pode identificar que existe a necessidade de esclarecimento de algum fato relatado e/ou de obter mais informações junto ao denunciante. Além disso, pode existir a necessidade de realizar convocações para entrevistas presenciais ou remotas.

As entrevistas devem acontecer com o intuito de obter mais informações que ajudarão no entendimento, apuração e confirmação dos fatos. A convocação para entrevistas pode ser junto ao denunciante, como também com demais colaboradores envolvidos no caso ou testemunhas.

O contato com o denunciante poderá ser feito através do Canal ou do número de telefone e/ou e-mail informados. Cabe ao denunciante entrar no relato, pelo número de protocolo recebido, para acompanhamento e identificação de convocações ou solicitação de informações adicionais.

Quando solicitadas informações adicionais, o denunciante deve registrá-las no Canal, no campo “Informações Adicionais”. O denunciante **terá 15 dias corridos**, contados a partir da data em que as informações foram solicitadas ou a convocação da entrevista realizada para manifestar-se. Nos casos em que as informações solicitadas ou as entrevistas forem fundamentais para a continuidade da apuração, se não houver retorno no prazo estipulado, a denúncia será encerrada por falta de informação.

Cópia Controlada

As comissões apuradoras são responsáveis por definir quem são os convocados para as entrevistas, bem como a sua ordem cronológica.

Entrevistas realizadas pela Comissão de Assédio

A convocação é encaminhada somente ao destinatário (com os membros da comissão em cópia), informando, de forma sucinta o objetivo da convocação, destacando a importância de sua participação e o caráter sigiloso, a fim de resguardar a confidencialidade e a efetividade do procedimento.

Todas as entrevistas ocorrem de forma individual, sendo registradas em ata, com o maior número de detalhes possíveis, constando as respostas e reações do(a) entrevistado(a) quando questionado(a) a respeito de algum fato em específico, bem como eventuais nomes de testemunhas que possam ser convocados oportunamente a fim de auxiliar na investigação. Esta ata se torna parte integrante do dossiê de investigação, podendo ser consultada a qualquer tempo pelos membros das comissões.

Entrevistas também podem acontecer com o próprio denunciado. Importante esclarecer que nesta fase, o denunciado poderá ser convocado a fim de garantir o seu direito de defesa, ocasião em que será dada ciência da denúncia e oportunidade de expor o seu ponto de vista, sempre resguardando a identidade do(a) denunciante.

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

Quando necessário, a Gerência de Compliance e as demais comissões apuradoras contam com o apoio das demais áreas executivas da Sociedade para ter acesso a informações adicionais pertinentes às alegações e que contribuem para a investigação.

Em determinadas situações, algumas informações são cruciais para complementar o processo de apuração de uma denúncia, como por exemplo, mas não limitada a:

- Identificar se existem registros no histórico institucional do denunciado (por exemplo, aplicação de advertências, registros negativos em feedback);
- Verificar no Canal se outras denúncias em relação aos mesmos envolvidos;
- Análise de rotatividade do setor;
- Verificar na documentação de entrevista de desligamento, quando aplicável, se existem elementos vinculados direta ou indiretamente à denúncia;
- Análise dos resultados dos últimos anos das pesquisas de clima do setor;
- Análise do *back-up* de e-mail e HD do computador;
- Análise das imagens de gravação das câmeras de segurança;
- Levantamento patrimonial de bens, monitoramento de telas de computador, cujas soluções tecnológicas são obtidas pela empresa externa.

Cópia Controlada

Todas as informações são levantadas de forma sigilosa e confidencial.

Os processos de apuração podem ser faseados a depender da complexidade, quantidade de informações a serem levantadas ou mesmo dificuldade em se obter dados, registros e evidências das informações fornecidas pelas pessoas, áreas ou empresas acionadas. Deste modo, o prazo para conclusão de uma investigação pode variar. As equipes de apuração trabalham com um **prazo de até 90 dias**, em média, para o fechamento dos casos. Este prazo pode ser prorrogado quando houver necessidade de levantamento de informações complementares, novas denúncias sobre o mesmo caso ou a necessidade de levantamento de informações mais detalhadas junto ao denunciante.

Sempre que um relato é registrado no Canal de Denúncias, seja por telefone ou pela plataforma, um número de protocolo é disponibilizado ao denunciante. Em alguns casos o denunciante poderá receber um retorno sobre o desfecho da denúncia registrada.

Quando são recebidos dois ou mais relatos sobre a mesma situação, os casos são vinculados e apurados conjuntamente, a fim de compor informações mais completas sobre a possível irregularidade relatada. Nestas situações, todos os relatos são finalizados de uma só vez, e o prazo de apuração de cada denúncia poderá se alongar.

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Processo de Conclusão

Ao final das apurações as Comissões ou Comitês devem anexar no Canal de Denúncias todos os documentos e informações que suportaram os levantamentos realizados durante o processo de apuração, incluindo o relatório de apuração da denúncia, quando houver.

O campo “Constatações” deve ser preenchido com o detalhamento de todas as análises realizadas durante o processo de apuração, considerando as alegações do denunciante. O campo “Conclusão” deve ser preenchido de forma clara e objetiva, descrevendo o resultado da apuração. Neste campo também deve ser registrado, quando aplicável, a descrição dos planos de ação recomendados, contemplando detalhadamente o que foi recomendado, qual será a pessoa/área responsável pela implantação do plano, o prazo previsto para conclusão e evidência esperada.

A conclusão da apuração é classificada de acordo com os Tipos de Finalização destacados na lista do Canal de Denúncias:

- **Procede:** É utilizado quando os fatos relatados pelo denunciante são integralmente comprovados.

Cópia Controlada

- **Procede Parcialmente:** É utilizado quando os fatos relatados pelo denunciante são parcialmente comprovados. Também deve ser utilizado quando as informações trazidas não são procedentes, mas outras irregularidades associadas ao fato narrado, que não as descritas pelo denunciante, são constatadas durante a apuração. Exemplo: relata-se que um colaborador sofre assédio moral por parte de seu gestor. Constata-se que o colaborador citado não é vítima de assédio, mas há outro funcionário na equipe que sofreu efetivamente o assédio.

- **Não Procede:** Quando se comprova que os fatos narrados pelo denunciante não ocorreram.

- **Dados insuficientes:** É utilizado quando não existem informações mínimas necessárias para iniciar ou realizar a apuração da denúncia.

- **Fora do Escopo:** É utilizado quando a situação descrita no relato não é pertinente ao Canal de Denúncias. Exemplo: dúvidas, queixas relacionadas à qualidade de serviços, reclamações sobre falhas em atendimentos, irregularidades praticadas fora do Einstein e que não tenha relação com as atividades institucionais.

- **Não conclusivo:** É utilizado quando as informações relatadas permitem iniciar uma apuração, porém não é possível evidenciar de forma robusta a procedência ou improcedência do caso.

Emissão de Parecer

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

Todas as etapas da apuração devem ser registradas no Canal de Denúncias, bem como devem ser anexados documentos que evidenciem as constatações, a conclusão, o resultado da investigação, a causa raiz de irregularidades constatadas e os planos de ação recomendados.

Para casos de maior gravidade, um parecer deve ser redigido pela equipe responsável pela apuração, contendo minimamente: (i) o detalhamento da apuração realizada (informações levantadas, testes, análises, entrevistas); (ii) constatações e conclusão, (iii) planos de ação recomendados e (iv) os documentos comprobatórios.

Deliberação

O parecer emitido pelas equipes de apuração traz, sempre que cabíveis e necessárias, recomendações de planos de ação que contribuem com a melhoria de processos, minimizando o risco de que novas irregularidades ocorram. Mesmo quando não há irregularidade detectada após a apuração de uma denúncia, existe a possibilidade de identificação de oportunidades de melhorias/recomendação de planos de ação para o estabelecimento de melhores controles e definição do posicionamento institucional frente às vulnerabilidades identificadas.

Cópia Controlada

Além da contribuição para a melhoria dos processos organizacionais, a deliberação deve ser capaz de interromper, prontamente, situações irregulares ou indesejadas e fazer justiça, promovendo educação e conscientização, além de disciplinar e moralizar o ambiente institucional e as relações institucionais com partes externas, quando estas tiverem sido atingidas.

A aplicação das penalidades cabíveis deve utilizar os critérios da Política de Medidas Educativas e Disciplinares, considerando a intenção, a recorrência e a gravidade do ato.

Os planos de ação recomendados são propostos e negociados com o diretor responsável pelo processo analisado.

Quando o caso em questão possui uma dimensão estratégica, de maior complexidade ou que gere algum impasse decisório, convoca-se uma reunião multidisciplinar com a presença dos diretores responsáveis para deliberação do caso.

Quando for necessário realizar a aplicação de medidas educativas ou disciplinares a colaboradores ou médicos do corpo clínico, um registro da ação tomada deve ser feito em seu prontuário funcional. Cabe ao gestor, com suporte e anuência da área de Recursos Humanos realizar este registro no caso de colaboradores e à área de Prática Médica, quando a medida for aplicada a um médico do corpo clínico aberto.

Planos de Ação

Classificação: As áreas responsáveis pela apuração recomendam os planos de ação necessários para mitigação dos riscos identificados. As denúncias se enquadram em uma classificação de impacto institucional, podendo ser: Alto, Médio ou Baixo, de acordo com as alegações e conclusão da investigação, e os planos de ação são categorizados de acordo com o escopo da ação:

- **Ação Pontual:** quando se trata de ação pontual corretiva que não altera um processo, por exemplo: *feedback*, advertência ou desligamento do denunciado, comunicado ou treinamento para as equipes, bloqueio de fornecedor, mapeamento de controles;
- **Ação Estruturante:** quando se trata de uma ação corretiva que altera ou impacta diretamente em um processo, por exemplo: elaboração ou revisão de um normativo interno (ex. manual, política, protocolo e/ou procedimento), criação de um novo controle, automatização de processos.

Monitoramento dos planos: Há situações em que a Gerência de Compliance realiza o acompanhamento da implantação do plano de ação, até a sua conclusão, de acordo com o prazo estabelecido em conjunto com a área designada para implantação do plano. Isso ocorre quando: (1) Uma denúncia foi classificada como impacto Alto, independentemente se o plano de ação é Pontual ou Estruturante e (2) Uma denúncia foi classificada como impacto Médio ou Baixo, mas o plano de ação é estruturante.

Cópia Controlada

Nestes casos, os registros dos planos são reportados periodicamente ao Comitê de Auditoria, a execução faz parte da meta das áreas internas e fica, desta forma, atrelada à avaliação de desempenho e resultados obtidos por elas.

Prazo: O prazo para implantação do plano de ação é estabelecido quando é realizado o alinhamento da área responsável pela apuração com a área designada para implantar o plano.

Para os planos de ação que, eventualmente, não possam ser executados dentro do prazo estabelecido inicialmente ou que tenham o prazo vencido, a área responsável deverá comunicar a Gerência de Compliance e formalizar, por e-mail, a justificativa que fundamenta o não cumprimento do prazo e/ou necessidade de prorrogação pelo Diretor(a) da área responsável. A Gerência de Compliance poderá deliberar ou não, a prorrogação do prazo com base na justificativa apresentada.

Evidência: O plano de ação somente será baixado após a apresentação formal de evidências (registros e documentos comprobatórios), que sejam autoexplicativas e que assegurem que a ação foi efetivamente implantada. Não serão aceitas evidências incompletas ou divergentes daquilo que foi estabelecido na descrição do plano de ação. Nestes casos, a Gerência de Compliance possui autonomia para solicitar a revisão das evidências apresentadas ou esclarecimentos adicionais para as áreas designadas à implantação do plano.

Nota: Para os casos apurados pela Comissão de Assédio, quando os planos de ação propostos exigirem medidas a médio ou a longo prazo, referido plano é monitorado pela área de Recursos Humanos. De forma complementar, a Comissão de Assédio revisitará o caso em um prazo de 3 (três) meses, a fim de verificar a efetividade do plano de ação.

Outros Canais Institucionais de Comunicação

Além do Canal de Denúncias, existem outros canais de comunicação com a Sociedade. Cada qual possui uma finalidade específica. Por vezes, ocorre de relatos serem feitos equivocadamente em canais que possuem outras finalidades. Quando isto ocorre, há um fluxo interno de encaminhamento, garantindo que os relatos sejam atendidos e não seja necessário que o denunciante abra novo chamado por outro canal. De qualquer forma, cabe esclarecer quais são os demais canais existentes e suas funções:

- **SAC-RH** – Serviço de Atendimento ao Colaborador: é um canal de comunicação e relacionamento entre os funcionários e a Instituição para solucionar dúvidas, registrar elogios, sugestões, informações e críticas (em relação a produtos e processos de RH, como: Gestão de Pessoal, Clima Organizacional, Benefícios, Treinamento e Desenvolvimento, entre outros). Contato: ramal 72020 ou e-mail: sacrh@einstein.br.

Cópia Controlada

- **SAC-CLIENTE –** Recebe e encaminha ou apura e delibera casos relacionados à satisfação e experiência do cliente/paciente e à qualidade dos serviços prestados. Dá suporte às apurações conduzidas pela Gerência de Compliance, que necessitem de informações relativas ao histórico de pacientes na instituição. Contato: (11) 2151-0222 ou sac@einstein.br

- **Notificações de eventos adversos com paciente ou colaborador (Intranet):**

    - **Segurança do Paciente:** recebe e apura casos de risco ou eventos adversos envolvendo a Segurança do Paciente. Conduz apurações técnicas focadas nas oportunidades de melhoria do processo. Nos casos em que são identificadas violações (intencionais) de processos ou questões éticas, encaminha às lideranças das áreas e à Prática Médica para condução junto ao Compliance. Para notificar um incidente: Intranet > Serviços > Notificação de Incidente ou Risco> PACIENTE. Para esclarecimento de dúvidas: segurancadopaciente@einstein.br

    - **Segurança do Colaborador**: recebe e investiga, com as áreas, eventos relacionados à Segurança do Colaborador. Conduz apurações técnicas focadas nas oportunidades de melhoria do processo. Nos casos em que são identificadas violações (intencionais) de processos ou questões éticas, as lideranças das áreas que fazem parte do processo de investigação, direcionam para condução junto ao Compliance. Para notificar um incidente: Intranet > Serviços > Notificação de Incidente ou um Risco> COLABORADOR;

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

- **Ouvidoria do Ensino** – canal de comunicação para recebimento de relatos de alunos, docentes, candidatos e público em geral, sobre questões acadêmicas e administrativas como cobranças, apuração de frequência, aproveitamento acadêmico, percepções sobre a qualidade dos cursos, relacionamento com o corpo docente, dentre outros. Quando há questões relacionadas à conduta ética, conta com o suporte da Gerência de Compliance para apuração. Para o registrar uma manifestação: https://www.einstein.br/ensino/Paginas/ouvidoria.aspx

- **Segurança Patrimonial** – possui telefones de emergência para atendimento de situações emergenciais, que apresentem ameaça iminente à vida ou à propriedade. Contato: (11) 2151-3000

- **E-mail Segurança da Informação** – dúvidas relacionadas ao acesso a sistemas e compartilhamento de informações, além de relatos relativos a vazamento de informações que requerem ação imediata de bloqueio ou intervenções em sistema(s). Contato: sginformacao@einstein.br

- **E-mail Comitê de Integridade Científica** - envio de dúvidas e solicitações sobre a qualidade da produção científica e os processos de pesquisa da SBIBHAE. Contato: integridade.cientifica@einstein.br

Cópia Controlada

Relatos recebidos no Canal de Denúncias que tragam conteúdo que deveria ter sido encaminhado por outro canal são acolhidos, encaminhados internamente e acompanhados pela Gerência de Compliance até que tenham sua resolução concluída pela área responsável. Esses casos são encerrados no Canal e todas as evidências são arquivadas.

Dúvidas acerca de informações contidas no *website*, casos não relacionados a atividades e/ou profissionais do Einstein, situações de cunho pessoal que envolvam profissionais do Einstein (traições conjugais, cobrança de dívidas etc.) são classificadas como situações “Fora de Escopo”. Os relatos considerados “Fora de Escopo” são encerrados sem a realização de uma apuração.

Para esclarecimentos gerais ou dúvidas relacionadas aos temas de ética, integridade e **COMPLIANCE**, como por exemplo: cumprimento de normas, orientação de conduta, políticas e procedimentos de Compliance, o solicitante pode recorrer ao e-mail: compliance@einstein.br.

7. RESPONSABILIDADES

As áreas, comitês e comissões listados a seguir são partes envolvidas no processo de recebimento, análise e apuração de denúncias reportadas via Canal de Denúncias. Suas atribuições e responsabilidades são:

Comissões apuradoras

- Apurar e deliberar os casos relacionados aos seus respectivos escopos de atuação.

Denunciante

- Relatar por meio do Canal de Denúncias sempre que tiver conhecimento de violações ou suspeita de violações cometidas por outros indivíduos, e efetuar apenas relatos de boa-fé.

Recursos Humanos

- Apoiar nas decisões acerca de aplicação de medidas disciplinares aos envolvidos.

Gerência de Compliance

- Gerenciar o Canal de Denúncias e acompanhar as apurações em andamento e finalizadas.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

Cópia Controlada

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Indicador	Descrição
Denúncias registradas	Volumetria mensal
Apurações concluídas	Volumetria mensal, por comissão apuradora
Apurações em andamento	Quantidade de relatos por comissão apuradora
Relatos identificados vs anônimos	Percentual de relatos
Denúncias por tipologia	Fraude, conflito de interesses, assédio moral etc.
Denúncias por comissão	Exemplo: Compliance, Prática Médica, Comissão de Assédio
Denúncias por região	Exemplo: Morumbi, UPA Campo Limpo, HMAP
Planos de ação gerados e status (concluídos, em aberto)	Volumetria no período analisado

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

Tempo médio de apuração	Cálculo da média, comparando com a estimativa de 90 dias.
Denúncias por tipo de conclusão	Exemplo: Procede, não procede, dados insuficientes
Denúncias por impacto	Baixo, médio e alto

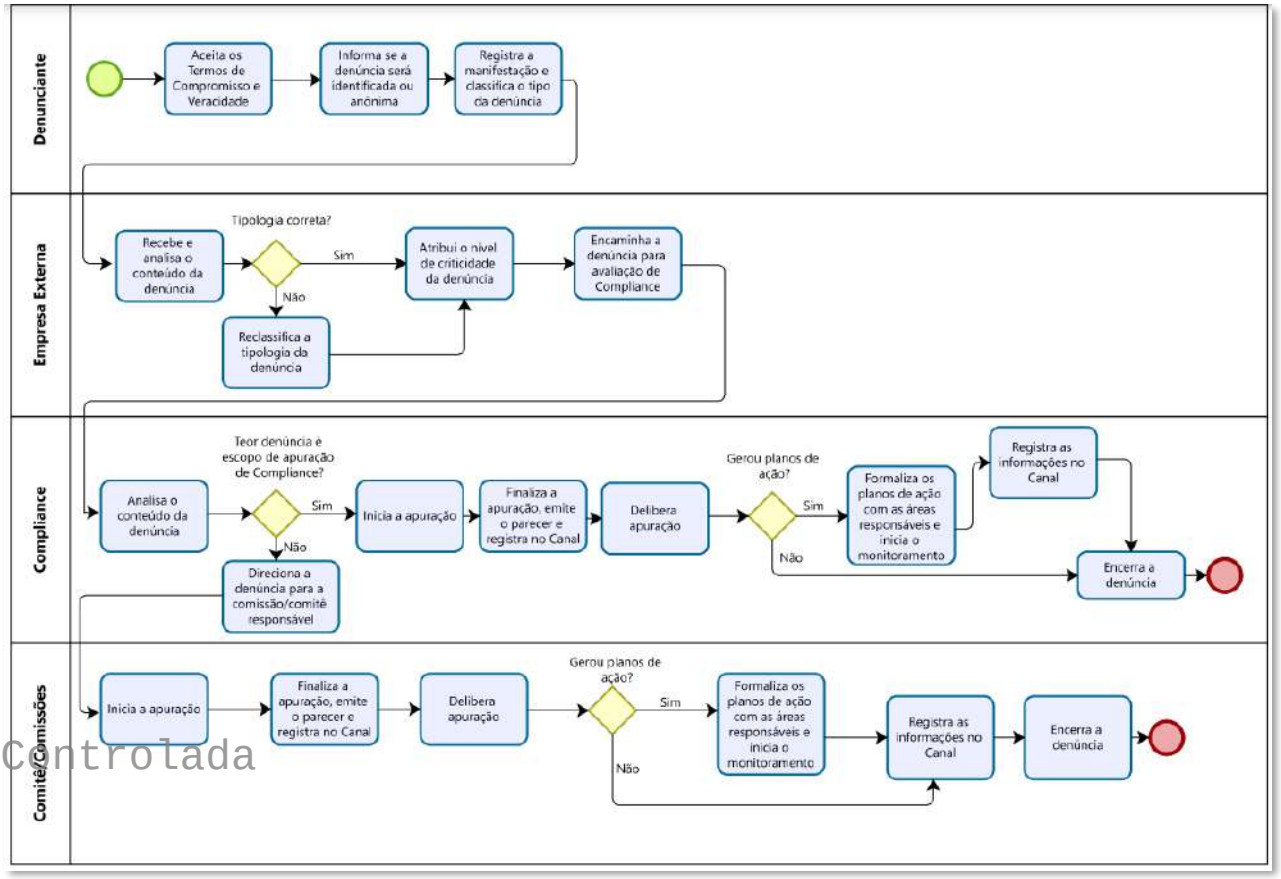
13. ANEXOS

Cópia Controlada

Anexo 1: Fluxograma do Processo – **Macrofluxo do Canal de Denúncias**

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

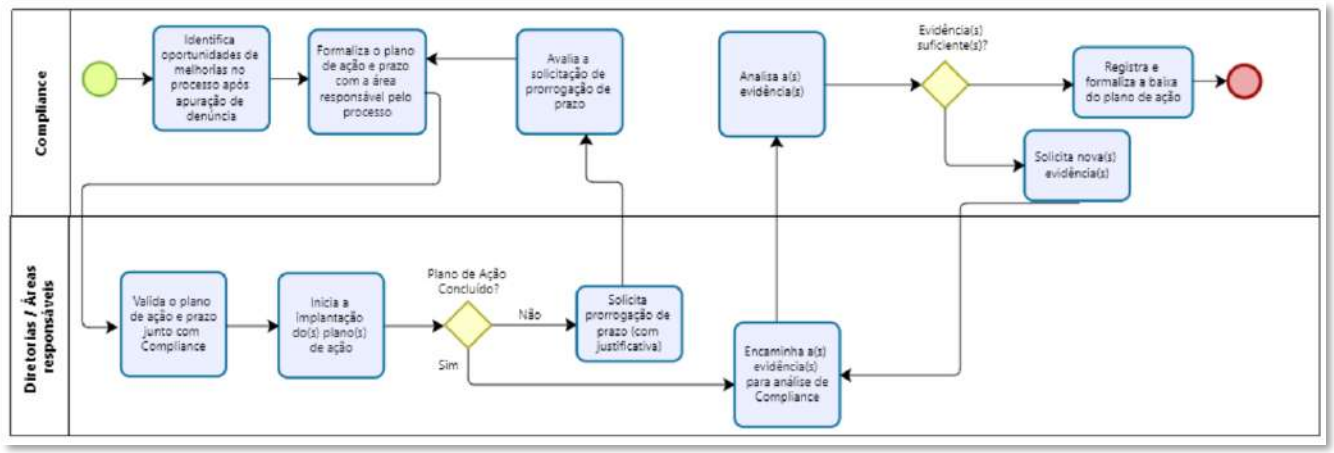


Cópia Controlada

Anexo 2: Fluxograma do Processo – **Macrofluxo da Criação e Monitoramento dos Planos de Ação**

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias



14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

Cópia Controlada

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Outros documentos da Sociedade que se relacionam com este:

- Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética.
- Manual Institucional do Programa de Ética e Compliance.
- Política de Assédio Moral, Sexual e Discriminação.
- Política Institucional de Prevenção à Corrupção.
- Política Medidas Educativas e Disciplinares.
- Regras Gerais para Atividade Médica no Hospital Israelita Albert Einstein.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Rosemeire da Cunha - 06/12/2022 - 18:28
Detalhamento do processo de apuração de denúncias e do acompanhamento de planos de ação.
Atualização do fluxograma.
Inclusão de Indicadores de Desempenho e Responsabilidades.

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

Data	Evento de assinatura	Usuário
29/03/2018 00:00:00	Criado por	DM User
06/12/2022 18:28:33	Atualizado por	Rosemeire da Cunha
07/12/2022 15:05:04	Aprovado por	Vanessa Queiroz Torres

Cópia Controlada

INTRODUÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein pauta sua atuação nos **preceitos judaicos** *Refuá (saúde), Chinuch (educação), Tsedaká (justiça social) e Mitzvá (boas ações)*, em sua **missão** que é "*oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira*, em sua **visão** "*ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social*" e em seus **valores institucionais:**

- **Honestidade:** lidar com a realidade como ela é e honrar os compromissos.
- **Verdade:** adequar o que é dito ao que é.
- **Integridade:** coerência entre os valores e as ações.
- **Diligência**: zelo e cuidado em todas as tarefas que são executadas.
- **Justiça:** não discriminar as pessoas sob qualquer forma, seja por raça ou etnia, idade, sexo, religião, filosofia, capacidade física ou intelectual, origem socioeconômica, orientação sexual, saúde mental ou física, atributos genéticos, comportamento, atratividade, local de origem, valores culturais ou posição política.
- **Altruísmo:** preocupação com o bem-estar dos outros, sem esperar reciprocidade.
- **Autonomia:** capacidade de fazer escolhas e conduzir suas próprias ações.
- **Profissionalismo:** se vale a pena ser feito, deve ser bem feito.
- **Trabalho em equipe:** cooperação para atingir as metas e os objetivos.

Cópia Controlada

Além disso, em 2011 o Einstein tornou-se signatário do **Pacto Global da Organização das Nações Unidas (ONU)**, integrando de forma sistemática aos seus processos o compromisso com o Desenvolvimento Sustentável, por meio de dez princípios:

Direitos Humanos

1. A Sociedade respeita e apoia a proteção dos direitos humanos proclamados internacionalmente.
2. A Sociedade não compactua com quaisquer abusos dos direitos humanos.

Trabalho

3. A Sociedade assegura o direito de associação no trabalho e o efetivo reconhecimento ao direito de negociação coletiva.
4. A Sociedade apoia a abolição de todas as formas de trabalho forçado ou compulsório.
5. A Sociedade apoia a efetiva abolição do trabalho infantil.

6. A Sociedade apoia a eliminação da discriminação relativa a emprego e ocupação

Meio Ambiente
7. A Sociedade apoia uma abordagem preventiva dos desafios ambientais.
8. A Sociedade compromete-se com a promoção de uma maior responsabilidade ambiental.
9. A Sociedade encoraja o desenvolvimento e difusão de tecnologias que não agridam o meio ambiente.

Contra a Corrupção
10. A Sociedade combate a corrupção em todas as suas formas, inclusive extorsão e propina.

O conjunto destes princípios citados norteia as atividades do Einstein em seu dia a dia, demonstrando o seu compromisso com os mais elevados padrões éticos, bem como a sua incansável busca pela excelência e humanização na prestação de serviços médico-assistenciais, o que se evidencia, inclusive, por meio de sua reconhecida atuação na área de responsabilidade social há mais de 60 anos.

O Programa de Ética e *Compliance* do Einstein, cujo Manual é apresentado por este documento, surge numa época em que temas relacionados à ética e à integridade estão em nítida evidência e são discutidos, nacional e internacionalmente, nos mais diversos fóruns. De toda sorte, é certo que o referido Programa de Ética e *Compliance*, na realidade, apenas formaliza e corrobora um costume existente no Einstein desde a sua fundação, qual seja, o de sempre valorizar e priorizar a conduta ética em todas as suas atividades.

Para a estruturação do Programa de Ética e *Compliance* do Einstein, foram utilizadas como principais referências a Lei nº 12.846/2013, também conhecida como "Lei Anticorrupção", que dispõe sobre a responsabilização objetiva administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos de corrupção contra a administração pública, nacional ou estrangeira e o Decreto nº 8.420/2.015, que regulamenta a Lei Anticorrupção. Para melhor referência do leitor deste Manual, o Anexo 1 deste documento demonstra a correlação entre as iniciativas do Programa de Ética e *Compliance* e os incisos do Decreto n° 8.420/2.015.

Cópia controlada

OBJETIVO

O presente Manual descreve a forma como o Programa de Ética e *Compliance* do Einstein está estruturado, que tem como objetivo dar tratamento adequado aos dilemas éticos comuns no sistema de saúde, fomentar um ambiente corporativo íntegro, por meio da implantação e manutenção de mecanismos que suportem, incentivem e exijam o comportamento ético e o cumprimento das leis, regulamentos, normas e políticas internas aplicáveis a todas as atividades do Einstein.

DEFINIÇÕES

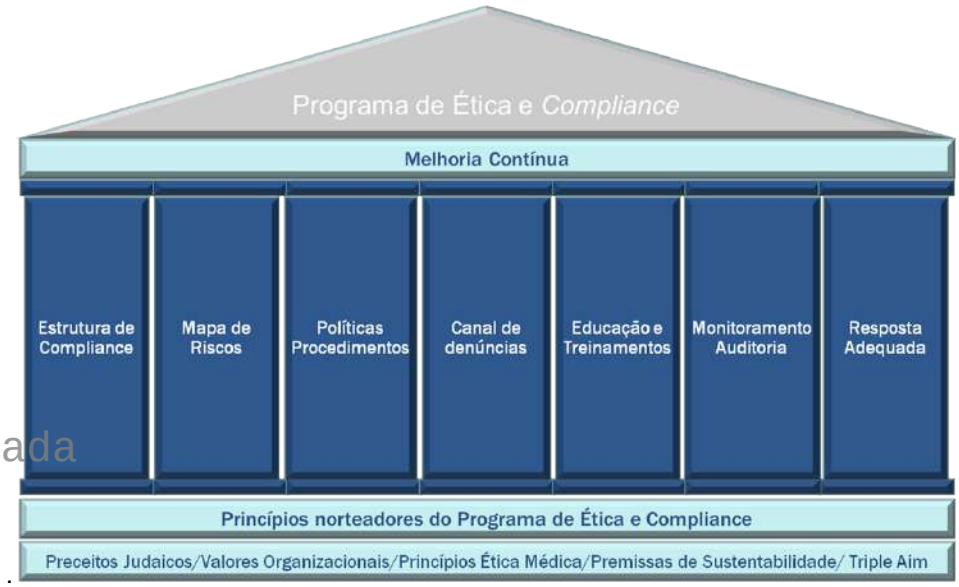
Público Interno: conselheiros, diretores, colaboradores, professores docentes, pesquisadores, estagiários e voluntários.

Público Externo: pacientes, médicos do Corpo Clínico Aberto, médicos associados, fornecedores e prestadores de serviço.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

O Programa de Ética e Compliance

O Programa de Ética e *Compliance* está estruturado em sete (07) pilares, conforme ilustração abaixo:



Cópia Controlada

Estrutura de Compliance

O Comitê de Auditoria da Governança, órgão da Governança Corporativa, define e aprova as diretrizes estratégicas do Programa de Ética e *Compliance* do Einstein.

A Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance* é a área responsável pela implantação e gestão do Programa de Ética e *Compliance* do Einstein. A principal atribuição desta Diretoria é apoiar os órgãos de Governança do Einstein a garantir a reputação, os recursos, controle e a salvaguarda dos interesses da Sociedade, por meio de um **bom ambiente de controles internos, de um adequado programa de *compliance* e de gestão de riscos**.

Esta Diretoria está vinculada à Governança Corporativa, através da Mesa Diretora e à Diretoria Eleita, o que lhe confere independência, autonomia e recursos para a realização de seus objetivos.

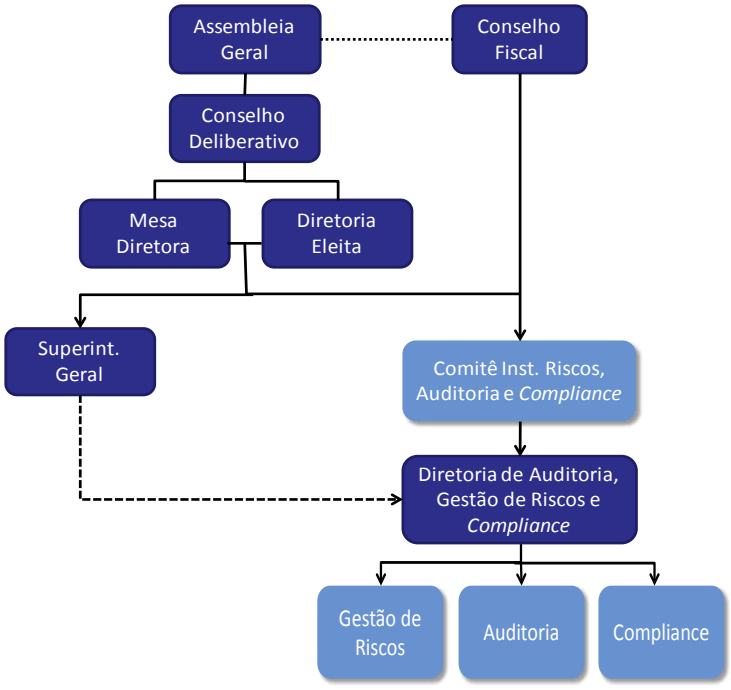
A Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance* conta, ainda, com o suporte colaborativo das áreas da estrutura executiva, como forma de garantir o apoio irrestrito e a viabilidade prática das iniciativas necessárias para implantação, funcionamento e aperfeiçoamento do Programa de Ética e *Compliance*.

Os trabalhos integrados da Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance* devem ser capazes de promover:

- o controle da qualidade e segurança da assistência;
- o controle da segurança e confidencialidade das informações relativas ao paciente;
- a fidedignidade das informações financeiras;
- a eficiência e eficácia das operações;
- a salvaguarda dos ativos;
- o cumprimento de leis e normas;
- posturas éticas e prevenção de conflitos de interesses; e
- o gerenciamento dos riscos.

A Diretoria é composta por 3 (três) gerências: Auditoria Interna, Gestão de Riscos e *Compliance*, que atuam em ações ligadas ao Programa de Ética e *Compliance* e apoiam-se mutuamente para a realização de suas atividades.

Cópia Controlada



Políticas e Procedimentos

A formalização de regras é fundamental para orientar a conduta dos diferentes públicos com quem o Einstein se relaciona, além de fomentar uma gestão transparente, imparcial e justa, contribuindo, também, para a divulgação e consolidação da cultura ética da instituição. Partindo desta premissa, o objetivo principal deste pilar é a criação, revisão e monitoramento periódico da documentação institucional, tanto para suporte normativo ao Programa de Ética e *Compliance*, quanto para garantir a coesão e robustez do arcabouço documental do Einstein.

Políticas, procedimentos, normas internas, manuais e guias de conduta são criados, revisados e/ou monitorados para formalização dos regramentos de processos internos, respaldando e orientando as ações necessárias para o adequado funcionamento do Programa de Ética e *Compliance*.

O Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética é o documento magno que deve permear todas as atividades do Einstein, em âmbito administrativo, assistencial ou técnico.

Políticas e Procedimentos Institucionais definem, de modo mais detalhado, de que forma as diretrizes do Manual de Conduta Ética devem ser cumpridas no dia a dia, garantindo respaldo documental quanto aos principais temas de Ética e *Compliance*, tais como:

- Prevenção à Corrupção;
- Conflito de Interesses;
- Canal de Denúncias e Investigação/Apuração;
- Doações;
- Patrocínios;
- Relacionamento com Indústria e Distribuidores;
- Viagem, Presentes e Entretenimento;
- Segurança da Informação e Uso de Informações Privilegiadas;
- Assédio Moral e Discriminação;
- Faturamento;
- Gestão de Terceiros e de Fornecedores; e
- Compras.

Cópia Controlada

Educação e Treinamentos

As orientações relativas ao Programa de Ética e *Compliance* devem ser observadas por todos os colaboradores e profissionais que se relacionam com o Einstein e, para tanto, é necessário comunicar e treinar adequadamente esses públicos.

Este pilar abrange as ações de treinamento e comunicação interna e externa que visam o reforço da cultura de ética e *compliance* no Einstein.

O treinamento sobre Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética, que faz parte da Trilha Institucional de Princípios e Valores, é obrigatório e deve ser realizado por todos os colaboradores.

Faz parte do Programa de Ética e Compliance o desenvolvimento e execução anual do **Plano de Comunicação e Treinamento de Compliance**, onde são previstos treinamentos e ações de comunicação voltados aos públicos interno e externo, a respeito dos principais temas de Ética e Compliance.

Mapa de Riscos

O objetivo principal deste pilar é a identificação dos temas que devem ser priorizados para atuação mais objetiva da área de *Compliance*.

Cópia Controlada

O processo de gestão de riscos consiste em uma ampla avaliação de riscos corporativos, que envolve um mapeamento geral, feito com base nas diferentes atividades e nos serviços oferecidos, além de entrevistas com os diretores e principais executivos, que identificaram e avaliaram os riscos, agrupados em cinco categorias:

- **Globais:** eventos com potencial de afetar a Organização de forma geral;
- **Estratégicos:** eventos que podem afetar a definição e a realização das estratégias;
- **Financeiros:** eventos que podem afetar os recursos financeiros;
- **Operacionais:** decorrentes de deficiências ou falhas de processos, recursos humanos, equipamentos físicos, sistemas de informações ou meio ambiente;
- ***Compliance:*** sanções legais ou regulatórias pelo descumprimento de leis, regulamentos, código de ética e conduta, acordos e/ou das políticas internas ou pelo descumprimento dos requerimentos das acreditações/certificações.

Para cada risco são avaliados o impacto potencial e a probabilidade de sua ocorrência. A partir da identificação e avaliação, os riscos são priorizados para tratamento, com os objetivos de aperfeiçoar o ambiente de controle e mitigar os mesmos. Os resultados dos trabalhos são reportados periodicamente aos órgãos de governança do Einstein.

Monitoramento/Auditoria

A partir do resultado do Mapa de Riscos, os riscos mais críticos sob a ótica de *Compliance* devem ser auditados, com o objetivo de avaliar a efetividade dos controles internos. O trabalho consiste em mapear os processos correlatos, seus riscos e respectivos controles. Tais controles são avaliados/testados quanto a sua efetividade e recomendações de melhorias de controle podem ser geradas.

São exemplos de temas críticos para o *Compliance*: due dilligence de fornecedores/terceiros, processos em que haja interação com órgãos da administração pública, agentes governamentais ou que utilizem recursos públicos, conflitos de interesses, atividades que possam comprometer o cuidado e segurança do paciente, etc.

A aplicação periódica da Declaração de Potenciais Conflitos de Interesses constitui outra iniciativa do Programa de Ética e *Compliance* e está contida neste pilar, na medida em que seu objetivo primordial é tornar transparentes e documentados vínculos e apoios financeiros que possam impedir a imparcialidade de tomadas de decisões por parte de colaboradores e profissionais que atuem no ou em nome do Einstein. A declaração formal de potenciais conflitos de interesses oferece a oportunidade de implementação de ações que visem à mitigação dos riscos de conflitos de interesses identificados.

O monitoramento também ocorre pela intersecção dos trabalhos desenvolvidos pelas gerências da Diretoria de Auditoria, Riscos e *Compliance*, por meio de:

i. Trabalhos do Plano Anual de Auditoria Interna: avaliação do ambiente de controles internos, através de mapeamento de fluxo dos processos, riscos e testes de efetividade de seus controles internos;

Cópia Controlada

ii. Canal de Denúncias: resultado da apuração dos relatos recebidos, onde eventualmente melhorias de controles internos são implementadas, corrigindo causa raiz dos problemas identificados e evitando reincidência da denúncia; e,

iii. Acompanhamento de indicadores de riscos (KRI) e dos indicadores de desempenho do Programa de Ética e *Compliance* (KPI).

Canal de Denúncias

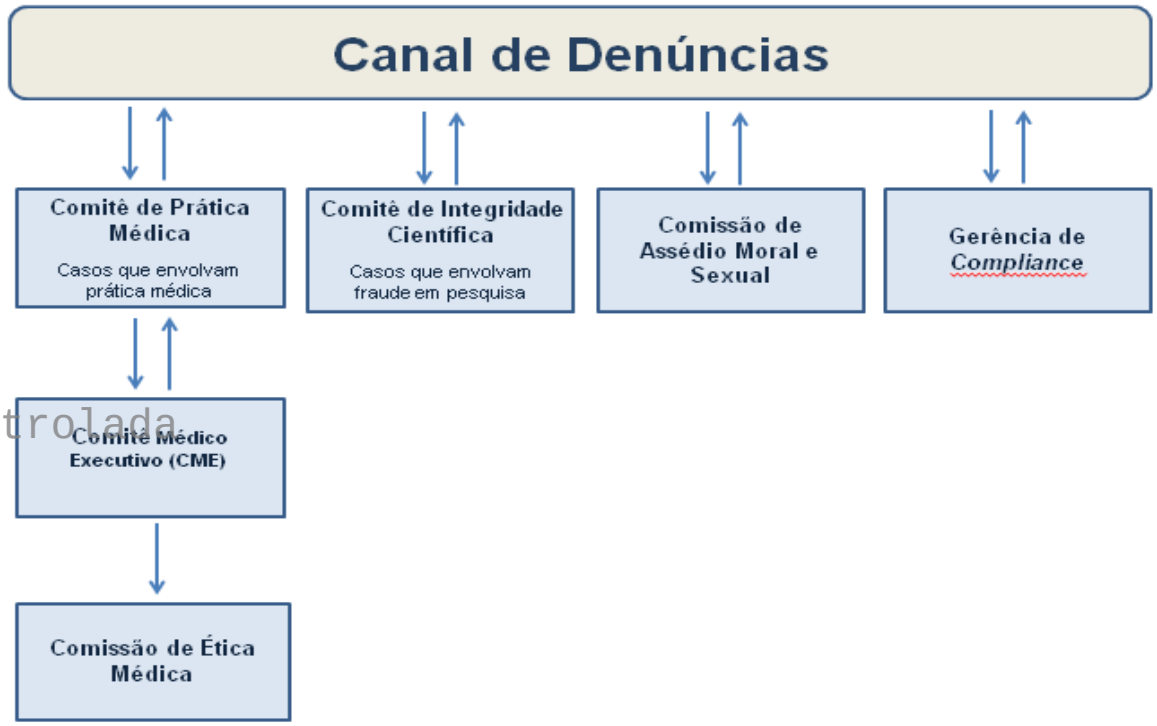
Tem por objetivo a viabilização do recebimento de notificações sobre eventuais violações ao Manual de Conduta Ética, às Políticas e Procedimentos internos e/ou às legislações aplicáveis às atividades do Einstein.

O acesso ao Canal pode ser feito via sistema em plataforma web, disponível na página de intranet e internet, bem como, via telefone. Na plataforma web o denunciante pode acompanhar o status de sua notificação por meio do protocolo de registro, que é emitido após submissão do relato. As denúncias podem ser anônimas e não haverá retaliação ao denunciante de boa-fé.

Resposta Adequada

O compromisso com a seriedade na condução dos processos de apuração dos relatos inseridos no Canal de Denúncias tem sua materialização neste pilar, que visa responder às infrações detectadas, aplicando medidas adequadas para a correção dos processos e melhoria contínua dos controles.

As apurações decorrentes das notificações e/ou denúncias serão conduzidas por Comitês específicos, conforme demonstrado na figura abaixo.



Cópia Controlada

- **Comitê de Prática Médica** – Formado por Diretor Médico do HIAE, Coordenador de Prática Médica e Equipe de Compliance. Realiza apuração preliminar de incidentes classificados como Procedimento Assistencial e/ou Clínico Antiético e Comportamento Disruptivo. Os casos de Prática Médica são avaliados no NUGEMA (Núcleo de Gerenciamento de Eventos Médicos Adversos), órgão de apoio ao CME (Comitê Médico Executivo), conforme descrito no documento Regras Gerais para Atividade Médica no HIAE.

- **Comitê de Integridade Científica** – Formado por equipe de pesquisadores, nomeados pela Diretoria do Instituto Israelita de Pesquisa. Realiza auditorias de estudos científicos e conduz apurações de

relatos de fraudes ou irregularidades em processos de pesquisa. Apura e delibera casos de irregularidades cometidas no desenvolvimento de pesquisa científica.

- **Comissão de Assédio Moral e Sexual** - Formada pelas Diretores de Recursos Humanos, Ensino e Jurídica. Apura e delibera os casos classificados como Assédio Moral e Sexual, que envolvam colaboradores e médicos contratados (CLT).

- **Gerência de Compliance** – Área gestora do Programa de Ética e Compliance, responsável pelo recebimento, avaliação prévia dos relatos e encaminhamento para as equipes responsáveis. Realiza as apurações relativas a: i) violações às diretrizes contidas no Manual de Conduta Ética do Einstein; ii) Condutas que não estejam ou pareçam não estar em conformidade com leis, normas, políticas e procedimentos internos da Instituição; situações que possam configurar conflitos de interesse, casos de fraude corrupção e suborno. Acompanha os processos de apuração e deliberação conduzidos por todas as demais instâncias citadas.

- **Comitê de Conduta –** Tem a função de deliberar sobre os planos de ação de denúncias que possuam uma dimensão estratégica, de maior complexidade ou que gerem algum impasse decisório. Os membros fixos deste comitê são: o do CEO, Diretoria de Compliance, Diretoria Jurídica e Diretoria de RH. Quando a denúncia envolver o Corpo Clínico, o Diretor do HIAE é convocado. Representantes de outras instâncias e áreas podem ser convocados em função dos achados da investigação para suporte técnico à deliberação.

Todo o processo de apuração será conduzido sob sigilo e ao final de cada apuração um parecer é emitido atestando procedência ou improcedência do relato. Sempre que houver constatação de procedência quanto à irregularidade reportada, medidas educativas e/ou disciplinares serão aplicadas, observando os critérios de razoabilidade e proporcionalidade. Além disso, pode constar no parecer recomendações de melhoria de processos/controles internos visando corrigir a origem do problema e evitar recorrências, sempre que possível.

Cópia Controlada

RESPONSABILIDADES

- Comitê de Auditoria da Governança**:** delibera de forma conjunta sobre o resultado dos trabalhos da Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance.*

- **Gerência de *Compliance*:** área responsável pela elaboração, implantação e condução das ações do Programa de Ética e *Compliance*.

- **Gerência de Gestão de Riscos**: apoia as ações ligadas à Identificação e Gestão de Riscos de *Compliance*.

- **Gerência de Auditoria Interna:** apoia as ações ligadas à auditoria e monitoramento do Programa de Ética e *Compliance*.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

- Lei n° 12.846/2.013 – Lei Anticorrupção;
- Decreto n° 8.420/2.015 – Regulamenta a Lei n° 12.846/2.013 – Lei Anticorrupção;
- Portarias da Controladoria Geral da União n° 909 e n° 910/2.015;
- Resolução Conselho Federal de Medicina n° 1.657/2.002 – Comissões de Ética Médica;

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Não se aplica

ANEXOS

Cópia Controlada

Incisos do artigo n° 42, do Decreto n° 8.420/2.015	**Correspondência com os 7 Pilares do Programa de Ética e *Compliance***
I - comprometimento da alta direção da pessoa jurídica, incluídos os conselhos, evidenciado pelo apoio visível e inequívoco ao programa.	Estrutura de *Compliance*
II - padrões de conduta, código de ética, políticas e procedimentos de integridade, aplicáveis a todos os empregados e administradores, independentemente de cargo ou função exercidos.	Políticas e Procedimentos
III - padrões de conduta, código de ética e políticas de integridade estendidas, quando necessário, a terceiros, tais como, fornecedores, prestadores de serviço, agentes intermediários e associados.	Políticas e Procedimentos
IV - treinamentos periódicos sobre o programa de integridade.	Educação e Treinamentos

Incisos do artigo n° 42, do Decreto n° 8.420/2.015	Correspondência com os 7 Pilares do Programa de Ética e *Compliance*
V - análise periódica de riscos para realizar adaptações necessárias ao programa de integridade.	Mapa de Riscos
VI - registros contábeis que reflitam de forma completa e precisa as transações da pessoa jurídica.	Monitoramento/Auditoria
VII - controles internos que assegurem a pronta elaboração e confiabilidade de relatórios e demonstrações financeiros da pessoa jurídica.	Monitoramento/Auditoria
VIII - procedimentos específicos para prevenir fraudes e ilícitos no âmbito de processos licitatórios, na execução de contratos administrativos ou em qualquer interação com o setor público, ainda que intermediada por terceiros, tal como pagamento de tributos, sujeição a fiscalizações, ou obtenção de autorizações, licenças, permissões e certidões.	Políticas e Procedimentos Monitoramento/Auditoria
IX - independência, estrutura e autoridade da instância interna responsável pela aplicação do programa de integridade e fiscalização de seu cumprimento.	Estrutura de *Compliance*
X - canais de denúncia de irregularidades, abertos e amplamente divulgados a funcionários e terceiros, e de mecanismos destinados à proteção de denunciantes de boa-fé.	Canal de Denúncias
XI - medidas disciplinares em caso de violação do programa de integridade.	Resposta Adequada Políticas e Procedimentos
XII - procedimentos que assegurem a pronta interrupção de irregularidades ou infrações detectadas e a tempestiva remediação dos danos gerados.	Resposta Adequada
XIII - diligências apropriadas para contratação e, conforme o caso, supervisão, de terceiros, tais como, fornecedores, prestadores de serviço, agentes intermediários e associados.	Políticas e Procedimentos Monitoramento/Auditoria
XIV - verificação, durante os processos de fusões, aquisições e reestruturações societárias, do cometimento de irregularidades ou ilícitos ou da existência de vulnerabilidades nas pessoas jurídicas envolvidas.	Políticas e Procedimentos

Cópia Controlada

Incisos do artigo n° 42, do Decreto n° 8.420/2.015	Correspondência com os 7 Pilares do Programa de Ética e *Compliance*
XV - monitoramento contínuo do programa de integridade visando seu aperfeiçoamento na prevenção, detecção e combate à ocorrência dos atos lesivos previstos no art. 5o da Lei no 12.846, de 2013.	Monitoramento/Auditoria Mapa de Riscos
XVI - transparência da pessoa jurídica quanto a doações para candidatos e partidos políticos.	Políticas e Procedimentos Manual de Conduta Ética

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética

Cópia Controlada

- Política Institucional de Prevenção à Corrupção

- Manual do Fornecedor Einstein

- Política da Segurança da Informação

- Política de Gestão de Riscos Corporativos;

- Política de Auditoria Interna

- Política de Documentação Institucional – Criação, Aprovação, Divulgação, Guarda, Revisão e Descontinuidade

- Política de Prevenção a Potenciais Conflitos de Interesses

- Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual

- Procedimento para notificação de má conduta científica e auditoria da pesquisa desenvolvida na SBIBAE

- Regras Gerais para a Atividade Médica no Hospital

Tipo Documental
PoliticaAdministrativo
Título Documento
Manual Institucional do Programa de Ética e Compliance

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Atualização de conteúdo.

Rodrigo de Freitas Braga (20/05/2016 02:12:16 PM) - Manual Compliance

Rodrigo de Freitas Braga (20/09/2016 09:09:49 AM) - Manual Compliance

Rodrigo de Freitas Braga (06/04/2018 10:39:27 AM) – OK

Cópia Controlada

Rosemeire da Cunha (21/09/2021 07:54:32 AM) – Não se aplica – Processo permanece o mesmo.

Diretoria AUDITORIA GESTAO DE RISCO E COMPLIANCE		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.338.4	Versão 4	Data Criação 20/05/2016	Data Revisão 21/09/2021
Elaborador Rafael Ribeiro de Oliveira	Revisor Rosemeire da Cunha	Parecerista	Aprovado por Vanessa Queiroz Torres | Viviane Souza Miranda	Data Aprovação 21/09/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

1. INTRODUÇÃO

A Gestão de Riscos Corporativos é um instrumento de controle interno da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBHAE) que permite a identificação e administração dos riscos que impactam a Organização e tem como objetivo a criação e proteção de valor incentivando o tratamento adequado dos riscos, de forma a melhorar a capacidade de construir valor, proporcionando serviços mais efetivos, eficientes e eficazes.

Entende-se por risco a possibilidade de que um evento ocorra e afete desfavoravelmente a realização dos objetivos das organizações. A adoção de práticas para gerenciamento de riscos pode trazer benefícios como melhora da performance, aumento da probabilidade de alcance dos objetivos, melhora na alocação dos recursos, base para a tomada de decisão, melhoria da governança, aumento da confiança das partes interessadas, entre outros.

Visando esses e outros benefícios, bem como para ratificar o compromisso da SBIBHAE com suas partes interessadas, esta Política define os princípios de Gestão de Riscos Corporativos da SBIBHAE e foi desenvolvida para contribuir com o alcance dos objetivos estratégicos, além de estar alinhada às melhores práticas de Gestão de Riscos Corporativos preconizadas pelo *The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* – COSO, *Enterprise Risk Management* – ERM, Norma ABNT NBR ISO 31000:2018 – Gestão de Riscos – Diretrizes e Guia para Gerenciamento de Riscos Corporativos do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa.

Cópia Controlada

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta Política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas à gestão de riscos. Quando não houver neste documento, exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão em relação à melhor forma de agir deve ser orientada pelos seguintes princípios:

Princípio da Prevenção: a gestão de riscos requer ação proativa na antecipação de riscos para tomada de decisão consciente e tratamento adequado alinhados à estratégia da SBIBHAE.

Princípio da Integração: o processo de gestão de riscos é parte integrante de todas as atividades da SBIBHAE. A integração permite que os riscos existentes nas atividades sejam conhecidos e possuam uma adequada resposta para alcance dos objetivos estratégicos estabelecidos.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Princípio da Inclusão: o envolvimento adequado do Gestor do Risco, Especialistas em Gestão de Riscos e demais partes interessadas da SBIBHAE possibilita que informações oportunas, pontos de vistas e conhecimentos distintos sejam considerados na fundamentação dos cenários de riscos e planos de tratamento.

Princípio do Dinamismo: os riscos podem aparecer, mudar ou desaparecer à medida que os contextos interno e externo da SBIBHAE mudem. Todos os envolvidos no processo da gestão de riscos precisam se comprometer em antecipar, detectar, reconhecer e responder a essas mudanças e eventos de uma maneira apropriada e oportuna.

Princípio da Melhoria Contínua: todos os envolvidos no processo de gestão de riscos da SBIBHAE devem se comprometer em melhorar continuamente as atividades desenvolvidas para gestão dos riscos por meio do aprendizado e experiências.

3. OBJETIVO

O objetivo desta Política é estabelecer diretrizes e definir papéis e responsabilidades para gerenciar os riscos corporativos da SBIBHAE de forma eficiente, contribuindo para o alcance dos objetivos estratégicos estabelecidos e respaldando o compromisso da SBIBHAE com suas partes interessadas.

Cópia Controlada

Esta Política não pretende exaurir todos os aspectos de risco e não abrange todos os processos de gerenciamento de riscos da SBIBHAE, demais áreas de segunda linha de defesa poderão ter outras políticas específicas do seu processo que direta ou indiretamente contribuirão para o processo de gestão de riscos corporativos.

4. DEFINIÇÕES

Comitê de Auditoria da Governança: Comitê Institucional composto por representantes do Conselho Fiscal, da Mesa Diretora, da Diretoria Eleita e Superintendência Geral. Seu principal objetivo é assegurar a integração e coordenação das iniciativas dos trabalhos de Auditoria Interna, Gestão de Riscos Corporativos e *Compliance*.

Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance*: diretoria composta pelas gerências de Auditoria Interna, Gestão de Riscos e *Compliance*. Tem como objetivo apoiar os Órgãos de Governança Corporativa da SBIBHAE a garantir a reputação, os recursos, controle e a salvaguarda dos interesses da SBIBHAE, por meio de um bom ambiente de controles internos, de um adequado programa de *Compliance* e de gestão de riscos.

Parte interessada: pessoa ou organização que pode afetar, ser afetada, ou perceber-se afetada por uma decisão ou atividade da SBIBHAE.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

Gestor de risco: colaborador com a responsabilização e autoridade para gerenciar um risco. Basicamente, alguém interessado tanto em resolver um risco quanto posicionado hierarquicamente de forma a ser capaz de fazê-lo. O Gestor do Risco será normalmente um Diretor da SBIBHAE.

Especialistas em riscos: São as áreas e colaboradores que atuam como segunda linha de defesa no controle de riscos e supervisão de conformidade, especializados em determinados tipos de riscos, cujo trabalho, de forma total ou parcial, consista na gestão de riscos em seu âmbito de atuação.

Risco: possibilidade de que um evento ocorra e afete desfavoravelmente a realização dos objetivos. Risco geralmente é expresso em termos de fatores de riscos, potenciais eventos e suas consequências.

Riscos corporativos: todos os riscos que impactam a Organização sejam no nível estratégico, tático ou operacional que gerem impactos relevantes de acordo com os critérios aprovados pelo Comitê de Auditoria da Governança.

Fator de risco: são elementos que, individualmente ou combinados, influenciam na origem e ocorrência do evento de risco.

Cópia Controlada

Evento de risco: pode ser entendido como uma ocorrência ou mudança em um conjunto de circunstâncias. Um evento também pode ser referido como um “incidente” ou “acidente”.

Consequência: resultado de um evento de risco que afeta os objetivos.

Dicionário de riscos: documento de agrupamento e categorização dos riscos corporativos, que facilita a gestão e reporte em nível estratégico para a visão da Governança da SBIBHAE.

Matriz de risco: representação gráfica para classificar, priorizar e apresentar os riscos de forma agrupada em uma matriz formada pelos eixos de probabilidade (eixo horizontal) e impacto (eixo vertical).

Mapa de Riscos: compilação ordenada dos riscos mapeados, bem como demais informações referentes à sua gestão, tais como, mas não limitado a: matriz de risco, categoria e subcategoria de risco, gestor do risco, planos de ação, dentre outros.

Probabilidade: medida de mensuração que estabelece a chance de um evento de risco acontecer.

Impacto: medida de mensuração que se refere à consequência do risco, caso ele venha a ocorrer, ou seja, quais serão os prejuízos ou danos causados caso o risco ocorra de fato.

Nível de risco ou nível de exposição ao risco: é a medida de importância ou significância do risco quanto à sua criticidade, obtido a partir da combinação de dois fatores: probabilidade e impacto.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

Apetite a risco: é o nível de exposição a riscos que a Instituição está disposta a aceitar na busca de seus objetivos.

Tolerância a risco: é o grau de variação do apetite a risco que a Instituição está disposta a tolerar.

Controle: qualquer medida tomada destinada a enfrentar os riscos e fornecer segurança razoável de que os objetivos serão alcançados.

Controle preventivo: controle destinado à redução da exposição aos riscos, por meio de atuação sobre os fatores de riscos para prevenir que eventos ocorram.

Controle detectivo: controle destinado a identificar eventos de risco visando iniciar ações corretivas ou contingenciais ou aprimorar barreiras preventivas.

Controle corretivo ou contingencial: controle que atua sobre a consequência do evento com intenção de reduzir o impacto causado.

Risco inerente: é o risco intrínseco do negócio, do processo ou da atividade independente dos controles adotados. É mensurado por probabilidade *versus* impacto antes da ação de controles.

Cópia Controlada

Risco residual: é o risco remanescente após a adoção de medidas de controle do risco. É mensurado por probabilidade *versus* impacto após a ação de controles.

Indicador de risco: medida ao longo do tempo que serve como um alerta inicial para a materialização de possíveis eventos/incidentes futuros com impactos potencialmente adversos e avaliação histórica da evolução do ambiente de controles. Podem utilizar métricas em aspectos quantitativos ou qualitativos.

Plano de ação ou plano de tratamento: planejamento das ações de tratamento, responsáveis e prazos que serão aplicadas sobre os riscos residuais visando redução do seu nível de exposição.

5. APLICABILIDADE

O propósito da gestão de riscos corporativos é a criação e proteção de valor. Desta forma, todos os colaboradores são responsáveis por garantir a gestão dos riscos na SBIBHAE. A presente Política aplica-se a todas as áreas, colaboradores e terceiros que atuam na SBIBHAE.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

6. DESCRIÇÃO

6.1 ESTRUTURA INSTITUCIONAL DE GESTÃO DE RISCOS NA SBIBHAE

A estrutura de gestão de riscos na SBIBHAE segue preceito das 3 linhas de defesa proposto pelo modelo do órgão internacional The Institute of Internal Auditors (IIA), o qual estabelece os papéis e responsabilidades no gerenciamento de riscos dentro da Organização, conforme abaixo:

Figura 1 - Estrutura Institucional de Gestão de Riscos na SBIBHAE

Cópia Controlada

6.2 PROCESSO DE GESTÃO DE RISCOS CORPORATIVOS

O Processo de Gestão de Riscos Corporativos da SBIBHAE segue metodologia baseada, principalmente, na ISO 31000:2018 e visa estabelecer uma plataforma comum para gerir os riscos corporativos em toda a Organização. O processo de gestão de riscos é contínuo e será realizado ao menos anualmente, salvo exceções, com anuência do Comitê de Auditoria da Governança.

A responsabilidade pelo gerenciamento de riscos é compartilhada e permeia todas as áreas, níveis e instâncias da Sociedade.

O processo para gerenciamento dos riscos corporativos consiste nas etapas a seguir conforme ilustrado abaixo:

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

Cópia Controlada

Figura 2 - Processo de Gestão de Riscos

6.2.1 Comunicação e Consulta

A comunicação visa promover a conscientização e o entendimento dos riscos às partes interessadas da SBIBHAE, enquanto a consulta busca obter informações disponíveis, oportunas e claras para auxiliar na tomada de decisão.

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos poderá acionar diferentes instâncias e partes interessadas com o intuito de obter informações que auxiliem no entendimento dos cenários interno e externo e permitir a tomada de decisão sobre a gestão dos riscos da SBIBHAE.

6.2.2 Escopo, Contexto e Critério

A gestão de riscos corporativos é aplicada a toda SBIBHAE considerando o entendimento dos objetivos estratégicos da SBIBHAE, do ambiente em que ela se insere e das inter-relações com suas partes interessadas. Os critérios para a avaliação de riscos serão propostos pela gerência de Gestão de Riscos Corporativos e aprovados pelo Comitê de Auditoria da Governança. Os critérios compostos pelo dicionário de riscos, régua de impactos, régua de probabilidade, régua de avaliação do ambiente de controles e matriz de riscos farão parte dos anexos desta Política e serão atualizados sempre que ocorrerem alterações.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos terá autonomia para modificações pontuais como inclusão e exclusão de subcategorias de riscos no dicionário de riscos corporativos. Demais modificações que alterem o apetite ao risco ou a forma de entendimento dos níveis de riscos, deverão ser aprovadas pelo Comitê de Auditoria da Governança.

Visando padronização e auxílio na tomada de decisão, a matriz de riscos, os níveis e apetite ao risco são de caráter institucional e devem ser adotados em toda a SBIBHAE.

Caso sejam identificadas incompatibilidades na utilização desses critérios, a área responsável deve acionar a gerência de Gestão de Riscos Corporativos para alinhamento.

6.2.3 Identificação de Riscos

A identificação de riscos consiste na capacidade de antecipar os possíveis eventos desfavoráveis, que poderiam afetar a consecução dos objetivos estratégicos da SBIBHAE. Ela deve indicar o evento, fatores de risco e consequências.

Caberá ao gestor de risco discutir com a gerência de Gestão de Riscos Corporativos sempre que identificados novos riscos ou alteração nos riscos já mapeados.

Cópia Controlada

O processo de identificação de riscos corporativos dar-se-á a partir de uma série de atividades executadas na organização, pela percepção dos líderes envolvidos, por mapeamentos de processos realizados pelas áreas especialistas, entre outras fontes de informação.

Visando a padronização do gerenciamento de riscos corporativos, a gerência de Gestão de Riscos Corporativos centralizará a identificação no dicionário de riscos que categoriza os eventos da seguinte forma:

- **Global:** riscos que impactam toda a SBIBHAE pela sua atividade principal, relação com governança ou partes interessadas. Exemplo: Segurança do Paciente, Cliente ou Aluno, Relacionamento com a Governança e Comunidade Judaica, Reputação e Imagem.
- **Estratégico:** riscos decorrentes da falta de capacidade ou habilidade da SBIBHAE em se proteger de eventos negativos ou se adaptar às mudanças desfavoráveis que possam interromper o alcance de objetivos e a execução da estratégia planejada. Exemplo: Planejamento Estratégico, Cenário Econômico, Continuidade de Negócios.
- **Financeiro:** riscos decorrentes de fatores financeiros internos ou externos; ou decorrentes de fatores macro econômicos com potencial de afetar os ativos da SBIBHAE, classificados em riscos de mercado, de liquidez e de crédito. Exemplo: Concentração de Receitas, Cambial, Fluxo de caixa.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

- **Operacional:** riscos decorrentes da inadequação ou falha dos processos internos, pessoas ou de eventos externos, que possam interromper o alcance dos objetivos relacionados à operação do negócio. Exemplo: Práticas Médicas e Assistenciais, Segurança do Colaborador, Segurança da Informação.
- ***Compliance*:** Riscos decorrentes de atos antiéticos e da inobservância das Leis e Regulamentos. Exemplo: Corrupção, Conflito de Interesses, Leis Trabalhistas.

6.2.4 Análise de Riscos

O propósito da análise de riscos é compreender a natureza do risco, suas características e determinar o nível de risco, fornecendo a base para a avaliação e para as decisões sobre o tratamento de riscos.

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos será responsável pela análise dos riscos corporativos tanto inerentes como residuais com base nos critérios aprovados pelo Comitê de Auditoria da Governança para classificação da probabilidade, impacto e avaliação do ambiente de controles existentes, utilizando-se de informações disponíveis internas e externas, indicadores de riscos, apoio dos especialistas em gerenciamento de riscos da SBIBHAE, apoio da liderança e demais informações que julgar pertinentes.

A partir da classificação de riscos será determinado o nível de risco entre 4 (quatro) níveis: **Crítico, Alto, Médio e Baixo.**

Cópia Controlada

6.2.5 Avaliação de Riscos

A avaliação de riscos envolve comparar o nível de risco obtido na etapa de análise de risco com os critérios adotados de apetite e tolerância, com o propósito de apoiar na tomada de decisão acerca de quais riscos necessitam de tratamento e a prioridade para implementação do tratamento.

Os níveis de riscos residuais devem ser comparados com o apetite e tolerância dos riscos aprovados pelo Comitê de Auditoria da Governança, conforme abaixo:

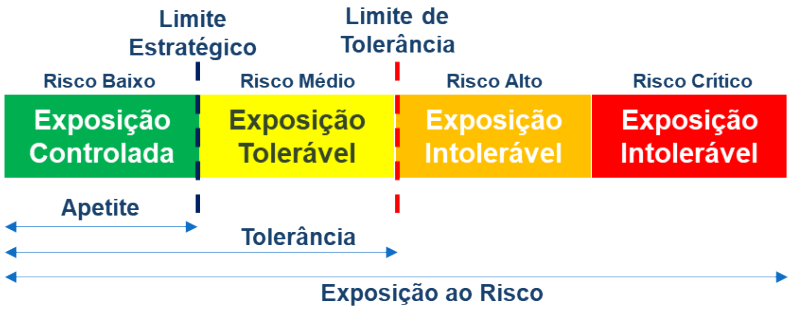


Figura 3 - Níveis de Apetite e Tolerância a Riscos

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

6.2.6 Tratamento de riscos:

O tratamento de riscos envolve a formulação e seleção de opções de tratamento que levem os riscos a um nível aceitável de acordo com o apetite a riscos da SBIBHAE. As opções de tratamento, o planejamento e a implantação dos planos de tratamento são de responsabilidade dos gestores de risco e responsáveis nomeados para implantação das ações. O tratamento de risco consistirá em uma ou na combinação das seguintes opções:

- **Evitar:** descontinuação das atividades que geram os riscos. Evitar riscos pode implicar, por exemplo, a descontinuação de uma linha de produtos/serviços, o declínio da expansão em um novo mercado geográfico ou a venda de uma divisão.

- **Reduzir ou Mitigar:** são adotadas medidas de controle para reduzir a probabilidade e/ou o impacto dos riscos que, após implantadas, deixam o risco dentro dos níveis aceitáveis (médio e baixo). A opção por redução de risco é a opção mais comum na estratégia das Instituições.

- **Compartilhar:** redução da probabilidade e/ou do impacto dos riscos pela transferência ou pelo compartilhamento de parte do risco. As técnicas comuns compreendem a aquisição de seguros, a contratação de *hedge* ou a terceirização de uma atividade.

Cópia Controlada

- **Assumir ou Aceitar:** nenhuma medida é adotada para alterar a probabilidade ou o impacto dos riscos. A aceitação de riscos de nível crítico ou alto deverá ser formalizada por meio de "carta de aceitação de risco" disponibilizada pela gerência de Gestão de Riscos Corporativos e aprovadas conforme diretrizes abaixo.

As definições e priorização de tratamento seguirão as seguintes diretrizes:

Nível de Risco	Critérios para priorização e tratamento de riscos
Crítico	Nível de risco muito além do apetite a risco. Qualquer risco nesse nível deverá ter um plano de tratamento para redução do risco com responsáveis e prazos, bem como **integrarão as metas do BSC dos gestores institucionais de risco** e responsáveis diretos pelas ações. Casos que requeiram **aceitação de riscos** nesse nível, serão levados para **deliberação e aprovação do Comitê de Auditoria da Governança.**
Alto	Nível de risco além do apetite a risco. Qualquer risco nesse nível deverá ter um plano de tratamento para redução do risco com responsáveis e prazos. Casos que requeiram **aceitação de riscos nesse nível**, serão levados para **deliberação e aprovação da Superintendência Geral da SBIBHAE**.
Médio	Nível de risco dentro da tolerância a risco. Nenhuma medida especial é necessária, porém requer atividades de monitoramento específicas e atenção da gerência na manutenção das respostas e controles para manter o risco nesse nível, ou reduzi-lo sem custos adicionais.
Baixo	Nível de risco dentro do apetite a risco, mas é possível que existam oportunidades de maior retorno que podem ser exploradas assumindo-se mais riscos, avaliando a relação custo x benefícios, como diminuir o nível de controles.

Figura 4 - Critérios para priorização e tratamento de riscos

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

O gestor do risco residual classificado como Crítico ou Alto deve desenvolver e implementar um plano de ação, com o objetivo de diminuir, eliminar ou transferir o nível de exposição do risco. Estes planos devem ser formalizados seguindo a metodologia 5W´s e 1H´s (O que? Quem? Quando?, Onde?, Por que?, Como?) e seguir os prazos acordados.

6.2.7 Monitoramento e análise crítica:

O propósito do monitoramento e análise crítica é assegurar e melhorar a qualidade e eficácia da concepção, implantação e resultado do processo de gestão de riscos corporativos.

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos efetuará o acompanhamento dos planos de ação de tratamento de riscos definidos pelos gestores de risco. Caberá ao gestor do risco, ou ponto focal designado por ele, informar à gerência de Gestão de Riscos Corporativos a evolução/acompanhamento dos planos de ação sob sua responsabilidade, até a sua finalização.

Cópia Controlada

As ações só serão consideradas implementadas após análise e validação das evidências pela gerência de Gestão de Riscos Corporativos e as prorrogações de prazos de implantação dos planos de ação só serão aceitas se devidamente justificadas.

Além do acompanhamento dos planos de ação, a gerência de Gestão de Riscos Corporativos efetuará o monitoramento da exposição aos riscos através de indicadores, bem como o resultado do mapeamento de riscos poderá direcionar outras ações de monitoramento por áreas de segundas ou terceiras linhas de defesa como *Compliance* e Auditoria Interna. A diretoria de Auditoria, Riscos e *Compliance* avaliará oportunidades de melhorias no processo de Gestão de Riscos Corporativos periodicamente.

6.2.8 Registro e relato:

A etapa de registro e relato tem por objetivo a formalização e reporte do processo de gestão de riscos para as partes interessadas.

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos efetuará o reporte dos Mapas de Riscos, do status dos planos de ação para tratamento dos riscos e dos seus respectivos indicadores ao Comitê de Auditoria da Governança, Superintendência Geral, Gestores dos Riscos e demais partes interessadas, assim como fará a orientação aos colaboradores sobre o Processo de Gestão de Riscos Corporativos.

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

7. RESPONSABILIDADES

7.1 DO COMITÊ DE AUDITORIA DA GOVERNANÇA

- Aprovar a Política de Gestão de Riscos Corporativos e critérios para avaliação dos riscos corporativos;
- Definir os Gestores de Riscos;
- Deliberar e aprovar aceitação de riscos de nível crítico; e
- Supervisionar os trabalhos de Gestão de Riscos Corporativos.

7.2 DA SUPERINTENDÊNCIA GERAL

- Conhecer, avaliar e tratar os riscos corporativos que lhes afetam;
- Garantir os recursos necessários para os Gestores de Riscos reduzirem os respectivos riscos corporativos; e
- Deliberar e aprovar aceitação de riscos de nível alto.

7.3 DA DIRETORIA DE AUDITORIA, GESTÃO DE RISCOS E COMPLIANCE

Cópia Controlada

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos, subordinada à Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance*, coordena e conduz o Processo de Gestão de Riscos Corporativos da SBIBHAE, sendo responsável pelas seguintes atividades:

- Assegurar que o Processo de Gestão de Riscos Corporativos funcione de acordo com a presente Política;
- Definir as metodologias de identificação, análise e avaliação dos riscos corporativos;
- Propor ao Comitê de Auditoria da Governança a definição dos critérios de avaliação de riscos;
- Elaborar e atualizar periodicamente o Mapa de Riscos Corporativos;
- Submeter a indicação dos Gestores de Riscos à aprovação do Comitê de Auditoria da Governança;
- Acompanhar o grau de cumprimento dos planos de ações designados para gerir os riscos;
- Monitorar as exposições dos riscos corporativos;
- Reportar periodicamente o andamento dos trabalhos de Gestão de Riscos Corporativos ao Comitê de Auditoria da Governança; e
- Orientar os colaboradores sobre o processo de Gestão de Riscos Corporativos da SBIBHAE.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

7.4 DO GESTOR DE RISCO

Para cada risco corporativo deve ser designado um Gestor de Risco que se encarregue de:

- Avaliar alterações nos ambientes externos e internos e relacionar seu impacto nos riscos corporativos sob sua responsabilidade;
- Desenvolver, implementar e manter planos de ação para garantir a mitigação dos riscos corporativos;
- Discutir com a gerência de Gestão de Riscos Corporativos sempre que identificado novos riscos ou alteração nos riscos já mapeados;
- Garantir ambiente de controles efetivo, por meio de abordagens preventivas, detectivas e corretivas/contingenciais; e
- Monitorar com transparência e integridade os indicadores de riscos sob sua responsabilidade.

O Gestor de Risco tem total responsabilidade sobre o risco corporativo e sua gestão, podendo estar fora de seu âmbito de atuação os controles que mitigam tal risco. Neste caso, o papel do Gestor de Risco consiste em identificar o responsável pelos controles e supervisionar, para que estes controles funcionem de forma efetiva.

Cópia Controlada

7.5 DOS ESPECIALISTAS EM GESTÃO DE RISCOS

- Contribuir na avaliação de riscos corporativos e compartilhar, periodicamente ou sempre que acionadas, o resultado de seus trabalhos com a gerência de Gestão de Riscos Corporativos; e
- Alinhar metodologias utilizadas para gerenciamento de riscos com a metodologia institucional e gerência de Gestão de Riscos Corporativos.

São exemplos de áreas que realizam a gestão de riscos em seu âmbito de atuação:

- *Compliance*.
- Segurança Patrimonial.
- Segurança da Informação.
- Saúde e Segurança do Trabalho e Meio Ambiente.
- Qualidade e Segurança.
- Práticas Médicas.

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

- Controladoria.

7.6 DOS DEMAIS COLABORADORES E TERCEIROS QUE ATUAM NA SBIBHAE

- Contribuir com a Gestão de Riscos Corporativos, por meio da identificação de riscos e implantação de controles; e
- Integrar a cultura de riscos dentro da SBIBHAE, incorporando a gestão de riscos às responsabilidades e atividades de trabalho nas suas frentes de atuação.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

Não se aplica.

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Cópia Controlada

Abaixo destacamos os indicadores de desempenho do processo:

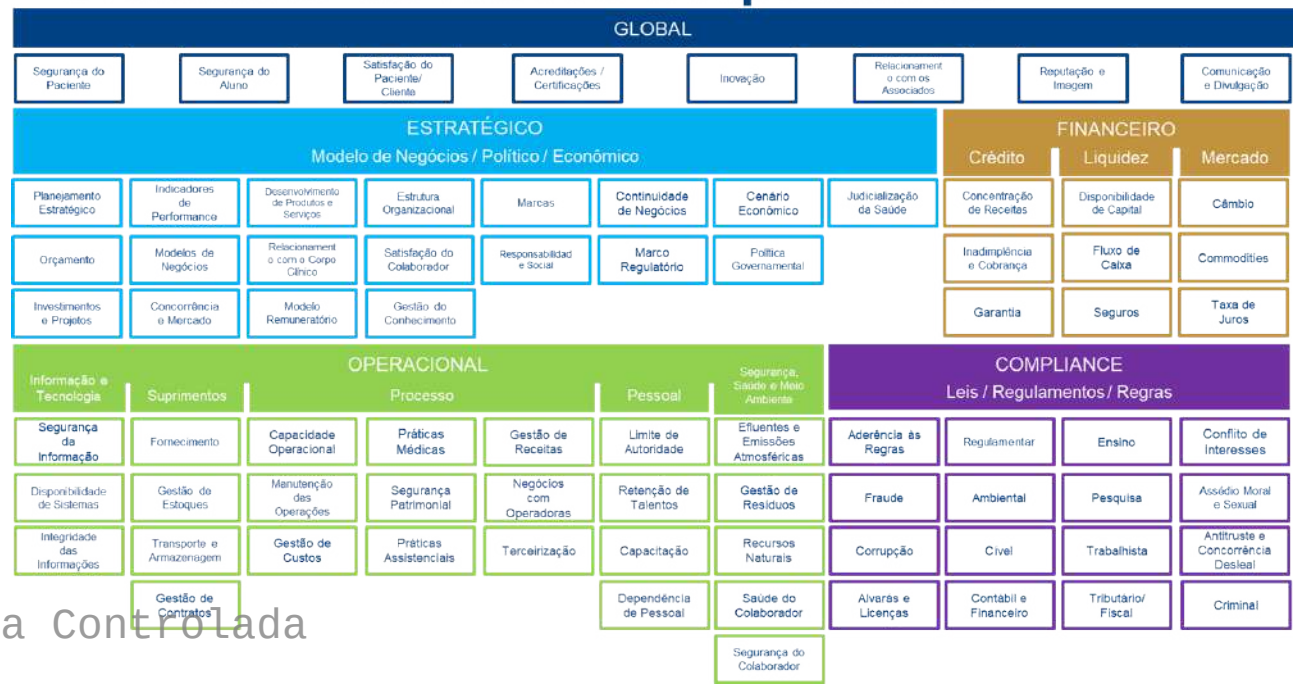
#	Indicador	Descrição	Objetivo
1	Nível de Risco	Quantidade de riscos por nível de riscos (Crítico, Alto, Médio e Baixo)	Acompanhar criticidade dos riscos da SBIBHAE.
2	Riscos Priorizados	Quantidade de riscos priorizados para tratamento	Acompanhar criticidade dos riscos da SBIBHAE.
3	Status de Planos de Ação	Quantidade de planos de ação implantados, cancelados e prorrogados.	Monitorar as ações de tratamento dos riscos.
4	Exposição dos riscos	Quantidade de indicadores de risco por risco	Monitorar a exposição dos riscos por meio de indicadores.
5	Efetividade do tratamento de riscos	Quantidade de riscos que baixaram de nível	Avaliar efetividade das ações de tratamento de riscos.

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

11. ANEXOS

Dicionário de Riscos Corporativos



Cópia Controlada

Régua de Impacto (1/2)

Para cada risco identificado, os impactos devem ser avaliados conforme a régua abaixo:

Impacto	Financeiro	Segurança do Paciente	Segurança e Saúde do Colaborador	Imagem / Reputação	Peso	Impacto Final
Muito Grave / Catastrófico	> 40% do resultado* (> R$ 100 MM)	Dano permanente ou morte evitável. Ex: Amputação de membro incorreto e/ou evento com evolução ao óbito.	Lesões ou doenças ocupacionais que resultem em sequelas irreversíveis (como amputação de membro, perda auditiva, perda da capacidade funcional de um membro). Ou ainda, óbitos decorrentes por lesões ou doenças ocupacionais.	Impacto com repercussão catastrófica na imagem da SBIBAE. Exposição significativa por um período considerável, havendo interesse externo e/ou sem opções de curto e médio prazo para remediação das consequências.	5	A pior das dimensões anteriores
Grave	>10% ≤ 40% do resultado* (> R$25 MM ≤ R$100 MM)	Dano temporário com necessidade do aumento de intervenção e/ou escalonamento de recursos para suporte/manutenção a vida do paciente.	Lesões, doenças ocupacionais ou perturbações funcionais, classificadas como afastamento do trabalho acima de 15 dias para recuperação da capacidade laboral.	Impacto com grande repercussão na imagem da SBIBAE. Exposição significativa por um período considerável, havendo interesse externo, independente das opções para remediação das consequências.	4	
Moderado	> 2% ≤ 10% do resultado* (> R$ 5MM ≤ R$ 25 MM)	Dano temporário sem necessidade de escalonamento de suporte/manutenção a vida do paciente.	Lesões, doenças ocupacionais ou perturbações funcionais, classificadas como tratamento médico, com necessidade de uma avaliação médica mais criteriosa porém, que pode envolver um período de atividades compatíveis de até 15 dias para total recuperação da capacidade laboral. Ou ainda, necessidade de afastamento do trabalho por até 15 dias.	Impacto com repercussão relevante na imagem da SBIBAE. O impacto vai além das partes envolvidas provocando a exposição por um curto período, mas com alternativas de remediação das consequências.	3	
Leve	> 0,4% ≤ 2% do resultado* (> R$ 1MM ≤ R$ 5 MM)	Dano temporário sem necessidade de intervenção.	Lesões classificadas como primeiro atendimento e retorno imediato às suas atividades. Sem doenças ocupacionais envolvidas.	Impacto baixo na imagem da SBIBAE, com repercussão perante stakeholders com rápida remediação de possíveis consequências.	2	
Muito Leve / Ausente	≤ 0,4% do resultado* (≤ R$ 1MM)	Não há dano e sem necessidade de intervenção.	Sem lesões ou doenças ocupacionais	Não há dano momentâneo na imagem, sem necessidade de medidas imediatas de remediação, apenas monitoramento.	1	

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

Régua de Impacto (2/2)

Para cada risco identificado, os impactos devem ser avaliados conforme a régua abaixo:

Impacto	Operacional	Legal e Regulatório	Ambiental	Peso	Impacto Final
Muito Grave / Catastrófico	Paralisação de processos e/ou sistemas e/ou pessoas e/ou serviços críticos/core da Sociedade sem opções, de curto e médio prazo, para remediação das consequências.	Instauração de inquérito ou processos contra a SBIBAE, com potencial responsabilização civil e criminal dos Executivos e/ou Alta Administração.	Efeito ambiental com perda de biodiversidade e impactos sociais importantes. Ex.: Derramamento de óleo que ocasione contaminação de corpos de água que afetem o abastecimento da comunidade	5	A pior das dimensões anteriores
Grave	Paralisação de processos e/ou sistemas e/ou pessoas e/ou serviços críticos/core da Sociedade com difíceis opções para remediação das consequências no curto prazo.	Autuações ou processos contra a SBIBAE com difíceis opções para remediação das consequências.	Efeito ambiental significativo. Pode ser reparado de forma parcial em médio e longo prazo com o emprego de tecnologias específicas. Ex.: Derramamento de óleo que ocasione contaminação com reparação parcial à médio e longo prazo.	4	
Moderado	Paralisação de processos e/ou sistemas e/ou pessoas e/ou serviços de apoio que interfiram parcialmente nas atividades críticas/core da Sociedade, com opções para remediação das consequências.	Autuações ou processos contra a SBIBAE com opções para remediação das consequências.	Efeito ambiental de média proporções, reparável e com a possibilidade de devolver as características originais ao meio ambiente. Ex.: Derramamento de óleo de médias proporções podendo ser reparado em curto prazo	3	
Leve	Paralisação de processos e/ou sistemas e/ou pessoas e/ou serviços de áreas que não interfiram nas atividades críticas/core da Sociedade.	Notificações administrativas e/ou processos solucionáveis.	Efeito ambiental de baixas proporções facilmente reparável. Ex.: Pequeno derramamento de óleo com contato com o solo, mas há possibilidade de reparação imediata.	2	
Muito Leve / Ausente	Não há paralisação de processos e/ou sistemas e/ou pessoas e/ou serviços.	Nenhum impacto legal e regulatório.	Sem dano ambiental. Ex.:Derramamento de óleo que não tenha entrado em contato com a rede de esgoto, rede pluvial e/ou solo.	1	

Cópia Controlada

Régua de Probabilidade

Para cada risco identificado, a probabilidade de ocorrência dos eventos deve ser avaliada conforme a régua abaixo:

Descrição	Descrição da Ocorrência	Peso
Quase certa	Praticamente certa. De forma inequívoca, o evento ocorrerá nos próximos 3 meses, as circunstâncias indicam claramente essa possibilidade.	5
Provável	Provável. De forma até esperada, o evento poderá ocorrer nos próximos 6 meses, pois as circunstâncias indicam fortemente essa possibilidade.	4
Possível	Possível. De alguma forma, o evento poderá ocorrer no próximo 1 ano, pois as circunstâncias indicam moderadamente essa possibilidade.	3
Improvável	Improvável. Em situações excepcionais, o evento poderá até ocorrer nos próximos 2 anos, mas nada nas circunstâncias indica essa possibilidade.	2
Rara	Rara. De forma inesperada ou casual, o evento poderá ocorrer nos próximos 5 anos, pois as circunstâncias pouco indicam essa possibilidade.	1

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

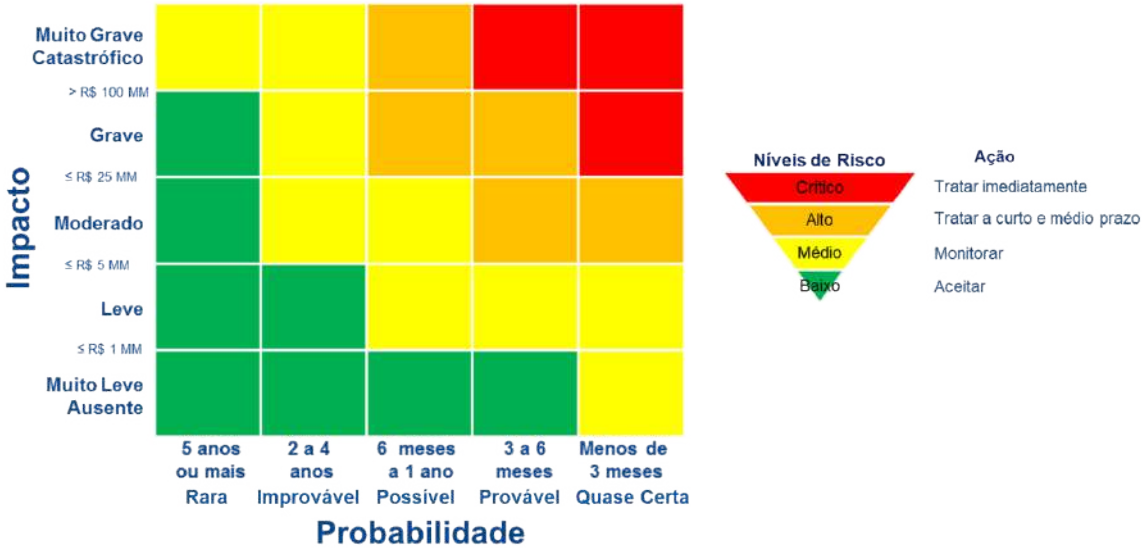
Avaliação Ambiente de Controle

Para cada risco identificado, o ambiente de controle deve ser avaliado conforme a régua abaixo:

Nível de Confiança (NC)	Avaliação do Desenho e Implementação dos Controles	Peso
Ausente / Ineficaz NC = 0%	Nenhum controle ou controle ineficaz. Alta chance de falha na prevenção dos riscos e/ou na resposta do controle. Controles não reduzem o risco.	1,0
Fraco NC = 20%	Poucos controles ou controles mal desenhados, aplicados caso a caso e dependentes do conhecimento do responsável pela execução. É provável que ocorram falhas do controle na mitigação dos riscos. Controles podem reduzir de 1% a 20% do risco.	0,8
Mediano NC = 40%	Controles implementados que mitigam alguns aspectos do risco, mas não contemplam todos os aspectos relevantes, sendo necessárias ações de melhorias nos tratamentos do risco. É possível que ocorram falhas do controle na mitigação dos riscos. Controles podem reduzir de 21% a 40% do risco.	0,6
Satisfatório NC = 60%	Controles implementados e sustentados por ferramentas adequadas e, embora passíveis de aperfeiçoamento, mitigam o risco satisfatoriamente. É improvável que ocorram falhas do controle na mitigação dos riscos. Controles podem reduzir de 41% a 60% do risco.	0,4
Forte NC = 80%	Controles implementados e que podem ser considerados a "melhor prática", mitigando todos os aspectos relevantes do risco. As falhas do controle são raras e/ou nunca ocorreram. Controles podem reduzir até 80% do risco.	0,2

Cópia Controlada

Matriz de Riscos



Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABNT NBR ISO 31000:2018 – Gestão de riscos – Diretrizes.
- COSO. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Enterprise Risk Management - Integrated Framework, 2004.
- COSO. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Enterprise Risk Management - Integrating with Strategy and Performance, 2017.
- Guia de Orientação para Gerenciamento de Riscos Corporativos - Instituto Brasileiro de Governança Corporativa, 2017.
- Modelo das Três Linhas do IIA – The Institute of Internal Auditors, 2020.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

Cópia Controlada

Leonardo Silva Delfino - 20/09/2022 - 09:49
Atualização da metodologia de avaliação de riscos e inclusão dos critérios para avaliação (réguas de impacto, probabilidade, avaliação do ambiente de controle e matriz de riscos).

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

Data	Evento de assinatura	Usuário
15/10/2015 00:00:00	Criado por	DM User
20/09/2022 09:49:46	Atualizado por	Leonardo Silva Delfino
21/09/2022 11:37:22	Aprovado por	Viviane Souza Miranda
21/09/2022 18:04:40	Aprovado por	Henrique Sutton de Sousa Neves

Cópia Controlada

Título: Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.01 Administração de Recursos Humanos

1. INTRODUÇÃO

O Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação são objeto de atenção da Organização Mundial de Saúde, da Organização Internacional do Trabalho, do Ministério da Saúde, da comunidade científica, de especialistas em gestão do trabalho e em saúde do trabalhador e de setores de gestão de pessoas de diversas instituições públicas e privadas, tal a sua relevância e impacto na saúde do trabalhador e no processo produtivo das organizações.

A Sociedade Israelita Brasileira Alberta Einstein (SBIBAE ou Sociedade), comprometida com a saúde e bem estar de seus colaboradores, clientes e demais públicos com quem ela se relaciona, elaborou a presente Política de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e à Discriminação com a finalidade de prevenir, enfrentar e intervir em condutas de assédio moral e sexual e discriminação em seu ambiente, buscando eliminar estas condutas e definindo as boas práticas de convivência.

Cópia Controlada

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas a assédio moral e sexual, importunação sexual e discriminação na Sociedade. Quando não houver neste documento regra ou exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão deve ser orientada pelos seguintes princípios:

- **Inclusão:** assegurar atitudes de compreensão e acolhimento das diversidades, de forma que todas as pessoas, independentemente de suas diferenças, sintam-se pertencentes ao ambiente comum
- **Tratamento Equitativo:** assegurar o tratamento equitativo a todas as pessoas, independentemente de suas diferenças, oferecendo a todos as mesmas oportunidades
- **Não Discriminação e Respeito à Diversidade:** exercer a tolerância e construir relações sociais que se pautem no respeito ao outro e na compreensão de que o diverso é fundamental, necessário e contingente não havendo discriminação por motivo de: I - etnia, raça, cor da pele, cultura, origem, idade e sexo; II - orientação sexual, idioma ou religião; III - opinião, deficiência e condição social econômica
- **Proteção à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas**: são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, sendo imprescindível o cumprimento de regras que venham a proteger o direito à privacidade das pessoas e reparado os eventuais danos causados

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

- **Respeito à Dignidade Humana**: assegurar o bem estar de todas as pessoas e que estas sejam respeitadas em suas características, escolhas e questões e valores pessoais e que, em hipótese alguma, sejam alvo de ofensas ou humilhações

3. OBJETIVO

Esta Política tem por objetivo estabelecer regras, papéis e responsabilidades relativos à prevenção e ao combate ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação na Sociedade, permitindo que todos possam identificar eventuais situações de assédio ou discriminação e estejam aptos a lidar com ele, contribuindo para um ambiente no qual seja preservada a dignidade humana e os direitos fundamentais das pessoas.

4. DEFINIÇÕES

Assédio Moral: Conduta abusiva (como por exemplo: gesto, palavra, comportamento, atitude) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho. O assédio moral é uma conduta contrária aos artigos 482 e 483 da Consolidação das Leis do Trabalho

Cópia Controlada

Assédio Sexual: Atos, insinuações, contatos físicos forçados e convites impertinentes, desde que apresentem uma das características a seguir: ser uma condição clara para manter o emprego; influir nas promoções da carreira, prejudicar o rendimento profissional, humilhar, insultar ou intimidar a vítima, ameaçar e fazer com que as vítimas cedam por medo de denunciar o abuso, e oferta de crescimento de vários tipos ou que desfavorecem as vítimas em meios acadêmicos e trabalhistas entre outros, e que no ato possa dar algo em troca, como possibilitar a intimidade para ser favorecido no trabalho. A conduta de assédio sexual é considerada crime por força da Lei Federal 10.224 de 2001

Discriminação: ação ou omissão em que haja distinção, exclusão ou restrição de preferência a uma pessoa ou grupo de pessoas, em razão da sua raça, cor, sexo, nacionalidade, origem étnica, orientação sexual, identidade de gênero, ou outro fator, como previsto na Lei Federal 9.459 de 1997

Importunação Sexual: O termo “importunação sexual” compreende qualquer prática de cunho sexual realizada sem o consentimento da vítima, ou seja, é caracterizada pela realização de ato libidinoso na presença de alguém de forma não consensual, com objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro. A importunação sexual é crime grave, conforme previsto em Lei Federal 13.718 de 2018

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

Título: Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.01 Administração de Recursos Humanos

5. APLICABILIDADE

Esta Política se aplica a colaboradores, médicos contratados (CLT), médicos do corpo clínico aberto, pacientes, fornecedores, prestadores de serviço, docentes, alunos, pesquisadores, bem como qualquer pessoa que se relacione com a Sociedade em suas Unidades do sistema público e privado.

Em relação às Unidades Públicas cuja gestão seja compartilhada com uma Organização Social (OS), devem ser observadas as regras instituídas em Política específica da Instituição, mas a Sociedade envidará todos os esforços para que a adoção dos princípios desta Política.

6. DESCRIÇÃO

A Política de Prevenção ao Assédio Moral e Sexual, Importunação sexual e à Discriminação da Sociedade foi elaborada com a finalidade de prevenir e amenizar condutas de assédio moral e sexual, importunação sexual e discriminação e assegurar uma cultura pautada no respeito, equidade de tratamento e preservação da dignidade das pessoas.

Cópia Controlada

Esta Política está estruturada em tópicos que apresentam conceitos, diretrizes e ações preventivas adotadas pela Sociedade, assim como orientações para atuação em ocasiões desta natureza.

Assédio Moral

A conduta do Assédio Moral classifica-se em 04 tipologias:

- **Vertical descendente:** trata-se do assédio moral praticado pelo próprio empregador, ou superiores hierárquicos da organização (diretor, gerente, coordenador, supervisor etc.), contra um colaborador.
- **Vertical ascendente:** trata-se do assédio moral que parte de um ou de vários colaboradores contra o superior hierárquico.
- **Horizontal:** neste caso, a vítima e o agressor são pessoas que pertencem ao mesmo nível hierárquico, com cargos ou funções sem relação de subordinação.
- **Misto:** neste caso, ocorre das duas formas acima (horizontal e vertical) ao mesmo tempo, como por exemplo, colaborador assediado por superiores hierárquicos e por colegas de trabalho.

São situações que podem caracterizar o assédio moral, dentre outras:

- Confiar tarefas inúteis ou degradantes
- Desqualificar, subestimar, humilhar, difamar, reiteradamente, por meio de palavras, gestos ou atitudes, a autoestima ou a imagem

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

- Submeter a situação vexatória transmitindo informações enganosas, comentários maliciosos, fazendo referência ou tratando de modo desrespeitoso
- Ofender, espalhar boatos, fazer críticas ou brincadeiras sobre a vida pessoal, particularidades físicas e/ou emocionais ou postar mensagens de igual teor nas redes sociais
- Atribuir apelidos, fazer gestos ou sinais, de natureza ofensiva, visando desmoralizar ou ridicularizar, incorrendo na mesma infração quem os estimular, difundir ou reproduzir
- Subestimar, em público, as aptidões e competências
- Manifestar publicamente desdém ou desprezo pelo produto de seu trabalho; desrespeitar limitação individual, temporária ou permanente, inclusive decorrente de doença física ou psíquica, atribuindo-lhe atividade incompatível com suas deficiências
- Descumprir, ameaçar ou dificultar de maneira injustificada a execução de direitos, como jornada de trabalho, férias, licenças, dentre outros
- Impor condições e regras de trabalho personalizadas mais severas do que as aplicadas a outros profissionais integrantes da mesma categoria
- Fazer ameaças explicitas ou veladas

Cópia Controlada

- Fazer agressões verbais ou por meio de gestos
- Sugestão de pedido de demissão
- Praticar quaisquer outras condutas que tenham por objetivo ou efeito degradar as condições de trabalho de uma pessoa ou grupo específico, atentando contra seus direitos ou sua dignidade e comprometendo sua saúde física ou mental ou seu desenvolvimento profissional

Nota: pode constituir também assédio moral coagir, admitir ou praticar represálias contra testemunha, visando obstruir a devida apuração dos fatos geradores de assédio moral, sexual ou discriminação.

São situações que **não** caracterizam o assédio moral

- Aumento do volume de trabalho
- Uso de mecanismos de controle de entrega de atividades
- Críticas construtivas ou avaliações do trabalho realizadas por colegas ou superiores desde que não sejam realizadas em público e que não exponha o colaborador a situações vexatórias
- Não delegação de tarefa por parte do gestor por motivo justo, como o não cumprimento desta em outras ocasiões que lhe fora solicitado

Assédio Sexual

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

Constituem situações que podem configurar a prática de assédio sexual, especialmente:

- Fazer críticas ou brincadeiras sobre particularidades sexuais
- Seguir, espionar e/ou realizar abordagem, como elogios, com intuito sexual
- Insinuar ou fazer gestos ou propostas sexuais
- Realizar conversas de cunho sexual
- Constranger com piadas ou expressões de conteúdo sexual e frases de duplo sentido
- Declarar palavras, escritas ou faladas, de caráter sexual
- Realizar insinuações, explicitas ou veladas, de caráter sexual
- Realizar convites impertinentes e/ou pressionar para participar de encontros e saídas com intuito sexual
- Realizar contato físico de forma inadequada, tocar ou criar situações de contato corporal, sem consentimento recíproco, com conotação sexual
- Fazer chantagem para permanência ou promoção no cargo ou emprego, inclusive de colaboradores terceirizados
- Fazer ameaças de perdas significativas ou promessas de obtenção de benefícios em troca de favores sexuais

Cópia Controlada

- Fazer ameaças, veladas ou explicitas, de represálias, perturbação ou ofensa, caso não receba o favor sexual
- Praticar outras condutas que tenham por objetivo ou efeito constranger ou perturbar para a obtenção de vantagens ou favorecimentos sexuais, por meio de comportamentos indesejáveis, afetando a dignidade de uma pessoa ou grupo específico, criando um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante e desestabilizador

São situações que **não** caracterizam o assédio sexual, embora possam ser consideradas inadequadas:

- Elogios sem conteúdo sexual
- Paqueras ou flertes desde que não sejam repelidas pelo sujeito passivo ou vítima

Importunação Sexual

Práticas de importunação sexual possuem características similares as situações de assédio sexual, no entanto, na situação de importunação, o sujeito ativo pode ser qualquer pessoa, não havendo a necessidade de relação hierárquica entre assediador e vítima.

Discriminação/Preconceito

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

São situações que podem caracterizar conduta discriminatória toda distinção, exclusão, restrição, preferência ou manifestação fundada em:

- Raça
- Etnia
- Cor
- Sexo
- Gênero
- Religião
- Deficiência
- Opinião política
- Nacionalidade
- Origem social
- Idade
- Orientação sexual
- Identidade e expressão de gênero

Cópia Controlada

Ações de Prevenção ao Assédio e Discriminação Adotadas pela Sociedade

O Assédio Moral, o Assédio Sexual, a Importunação Sexual e a Discriminação são atos ilícitos que provocam na vítima consequências pessoais e sociais, podendo ocasionar danos irreparáveis e sequelas permanentes à saúde do trabalhador, razão pela qual são repudiados pela Sociedade, que atua de forma consistente e comprometida para assegurar um ambiente ético, pautado pelo respeito às relações e à diversidade.

A Sociedade desenvolve ações de comunicação e treinamento para o fortalecimento da cultura ética e conscientização sobre a conduta e o comportamento esperado por parte de seus colaboradores sobre o assédio, importunação e discriminação como forma a evitá-los.

Metodologia de prevenção:

- Disseminar as diretrizes do Manual Institucional de Conduta Ética da Sociedade, que define a conduta Institucional esperada por parte de todos que se relacionam na e com a Sociedade.
- Desenvolver os Líderes por meio de treinamentos periódicos sobre gestão de pessoas, psicologia das relações e a mediação de conflitos, como forma de assegurar que os gestores estejam preparados para a condução de eventuais situações que se apresentem.

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

- Desenvolver treinamento Institucional em linguagem clara e direta com o objetivo de equalizar o conhecimento sobre o que é assédio (moral, sexual e discriminação), e apresentar casos práticos para internalização do conhecimento e reforço sobre os princípios éticos da Sociedade.
- Realizar, anualmente, a Pesquisa de Clima Organizacional, com o objetivo de identificar possíveis queixas e existência de ambientes desfavoráveis e em desarmonia com a Cultura Ética da Sociedade e com as regras e diretrizes desta Política.
- Constituir e manter em funcionamento a Comissão de Assédio, representada pelas Diretorias de Recursos Humanos, Jurídico e dois Diretores convidados, como forma de espaço de diálogo e desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e ao enfrentamento do assédio moral, sexual e da discriminação.
- Assegurar e garantir ambientes de trabalho seguros e saudáveis e orientações periódicas claras a respeito das determinações estabelecidas nesta Política.

Cópia Controlada

Notificação de Assédio ou Discriminação

Qualquer pessoa que se sinta vítima ou testemunhe atos que possam configurar assédio moral e sexual, importação sexual ou discriminação deve relatar o fato por meio do Canal de Denúncias Einstein, que está acessível na página do Einstein na internet (www.einstein.br/compliance), Intranet > Auditoria, Gestão de Riscos e Compliance > Canal de Denúncias ou telefone 0800-741-0004.

O denunciante, a seu exclusivo critério, poderá ou não se identificar. O recebimento e o procedimento de investigação relativos às denúncias devem ser conduzidos com confidencialidade e imparcialidade. A Sociedade proíbe qualquer tipo de retaliação ao denunciante de boa-fé. Caso o denunciante ou testemunha envolvida na apuração verifique alguma conduta que possa ser caracterizada como represália, a ocorrência também deverá ser reportada, por meio do Canal de Denúncias Einstein, para que a situação seja apurada e medidas cabíveis sejam tomadas.

As pessoas envolvidas nos casos em apuração devem ser tratadas com respeito, tendo sua dignidade preservada.

Todos os relatos desta natureza são apurados pela Comissão de Assédio da Sociedade. Informações sobre o processo de registro e apuração de uma denúncia estão disponíveis no Procedimento de Gestão e Uso do Canal de Denúncias.

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

A Sociedade deve manter, por meio dos canais de recebimento de relatos, atuação de acolhimento, escuta, acompanhamento e orientação a todas as pessoas afetadas por situações de assédio moral e sexual, importunação sexual e discriminação, resguardando o sigilo profissional, a fim de minimizar riscos psicossociais e promover a saúde mental no trabalho.

As ações de acolhimento e acompanhamento são pautadas pela lógica do cuidado para pessoas expostas a riscos psicossociais e, portanto, após análise individual o caso deverá ser direcionado para canais de suporte.

Frente a riscos psicossociais relevantes, a Sociedade deve prescrever ações imediatas para preservar a saúde e a integridade física e moral da vítima do assédio ou discriminação, inclusive, se for o caso, sugerir à Liderança imediata da vítima a realocação dos envolvidos para outras Unidades.

7. RESPONSABILIDADES

Sociedade

Cópia Controlada

- Disseminar a Cultura Ética esperada por parte dos colaboradores e público com o qual se relaciona.
- Estabelecer relação de confiança entre seus colaboradores e público com o qual se relaciona.

Comissão de Assédio

- Investigar, instruir, e, a depender do caso, sugerir planos de ação, para adequada tratativa conforme regras previstas na Política de Medidas Educativas e Disciplinares.

Líderes

- Conscientizar a equipe sobre o tema e de que não são tolerados quaisquer condutas de discriminação, assédio moral e sexual, importunação sexual e discriminação, sob pena de aplicação de sanções a seus autores.
- Instruir à eventual vítima que denuncie o caso de assédio por meio dos canais disponibilizados pela Sociedade.

Compliance

- Atuar como suporte a dúvidas.
- Acompanhar a resolução dos casos.

Recursos Humanos

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

- Elaborar e realizar Treinamentos sobre o tema de assédio.
- Promover ações de acolhimento e acompanhamento de situações ocorridas.

Vítima de Assédio

- Registrar/relatar, em detalhes, a situação ocorrida.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

- Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) – Artigos 482 e 483.
- Lei Federal n° 9.459, de 13 de maio de 1997 - Altera os artigos 1º e 20 da Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, e acrescenta parágrafo ao art. 140 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
- Lei n° 10.224, de 15 de maio de 2001 - Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências.
- Lei n° 13.718, de 24 de setembro de 2018 – Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais).

Cópia Controlada

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Pesquisa Anual de Satisfação de Colaboradores.

Relatos registrados por meio do Canal de Denúncias.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

#	Indicador	Objetivo
1	Monitoramento do número de denúncias recebidas e encerradas por Trimestre.	Medir eficiência dos processos de comunicação e treinamentos preventivos e o tempo de duração das apurações.
2	Número de planos de ação gerados por status (concluídos, em aberto).	Monitorar processo e mitigar riscos de reincidência.

Versão: 2 - Elaborado em: 02/03/2023 17:41:52 - Aprovado em: 22/03/2023 17:31:18

Título: Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.01 Administração de Recursos Humanos

11. ANEXOS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Manual Institucional de Diretrizes e Conduta Ética.
- Política de Medidas Educativas e Disciplinares.
- Procedimento de Gestão e Uso do Canal de Denúncias.

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

Cópia Controlada

Priscila Ribeiro Silva - 02/03/2023 - 17:41

Acréscimo dos principios norteadores, tópicos que apresentam conceitos, diretrizes sobre importunação sexual e discriminação e atualização do título para “Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual Importunação Sexual e Discriminação”.

Título: Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual, Importunação Sexual e Discriminação

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.01 Administração de Recursos Humanos

Data	Evento de assinatura	Usuário
17/12/2013 14:08:17	Criado por	DM User
02/03/2023 17:41:52	Atualizado por	Priscila Ribeiro Silva
07/03/2023 18:18:33	Aprovado por	Miriam do Carmo Branco da Cunha
22/03/2023 17:31:04	Aprovado por	Henrique Sutton de Sousa Neves

Cópia Controlada

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

1. OBJETIVO

Este procedimento tem o objetivo de descrever o processo e atividades relacionadas à gestão e utilização do Canal de Denúncias ("Canal") da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein ("Sociedade" ou "SBIBAE"), incluindo as três principais etapas: Recebimento, Apuração e Conclusão dos casos.

2. DEFINIÇÕES

No decorrer do documento normativo são utilizados os termos abaixo:

Anonimato: condição em que a identidade de uma pessoa não é revelada.

Canal de Denúncias: meio oficial de comunicação de desvios ou indícios de ilicitude de qualquer natureza que infrinjam as diretrizes do Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética, do Programa de Ética e Compliance, bem como de todos os normativos que regem os valores, princípios e regras da Sociedade.

Cópia Controlada

Colaboradores: são considerados colaboradores: conselheiros, diretores, empregados, médicos do corpo clínico aberto, professores, pesquisadores, estagiários e voluntários.

Denúncia ou relato: comunicação de uma conduta ou suspeita de conduta de infração dos princípios e compromissos do Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética, políticas e procedimentos institucionais e leis e regulamentos aplicáveis à Sociedade.

Empresa Externa: Empresa terceirizada, contratada para disponibilização e manutenção do sistema que suporta o Canal de Denúncias. Atua no recebimento e triagem de todos os relatos recebidos.

Número de Protocolo: Número recebido pelo denunciante após registrar as informações do seu relato no Canal. Por meio do protocolo o denunciante pode inserir novas informações e acompanhar o *status* da apuração.

Público Externo: Qualquer pessoa que não seja colaborador, como por exemplo: prestadores de serviços, fornecedores, parceiros comerciais, representantes, clientes, a comunidade em geral e demais públicos com quem a Sociedade mantenha algum tipo de vínculo ou relacionamento.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

O Canal de Denúncias é operado por uma empresa externa, especializada e independente, visando garantir imparcialidade e confidencialidade no recebimento e encaminhamento dos relatos, além da possibilidade de registrar a denúncia de forma anônima.

De acordo com o Manual de Diretrizes de Conduta Ética ("Manual de Ética"), a Sociedade não tolera retaliação de qualquer natureza ao denunciante de boa-fé. Prestar declarações falsas é considerado violação ao Manual de Ética.

O processo de apuração dos relatos recebidos é definido conforme a natureza da alegação.

Cópia Controlada

Disponibilização do Canal

O Canal de Denúncias é disponibilizado e acessível ao público interno e externo por meio de plataforma eletrônica, que pode ser acessada via internet, através do endereço: https://canaldedenuncias.com.br/einstein/ ou pelo telefone, pelo canal de voz, através do número 0800-741-0004 ou, ainda, pela Intranet.

O serviço é disponibilizado 24 horas por dia, 7 dias por semana. A plataforma é um ambiente seguro para que as informações registradas estejam protegidas contra o acesso de pessoas não autorizadas e contra crimes virtuais (ex. invasão de sistema, monitoramentos não autorizados ou sequestro de informações).

Situações que devem ser reportadas no Canal de Denúncias

Qualquer situação que contenha fatos ou indícios/suspeitas de violações às diretrizes do Manual de Ética, do Programa de Ética e *Compliance*, incluindo, mas não limitado a: fraudes, corrupção, suborno, conflito de interesses, desvios, furtos, assédio moral e sexual, tratamento discriminatório de qualquer natureza, infrações legais, incidentes de privacidade e de segurança da informação, falsidade ideológica, exercício ilegal da profissão, dentre outras.

Nota: O Canal de Denúncias não é um serviço para relato de situações emergenciais, que apresentem ameaça iminente à vida ou à propriedade. Situações que necessitam de uma intervenção ou resposta imediata devem

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

ser reportadas em um canal específico de contato com a Segurança Patrimonial da Sociedade, conforme citado no item “Outros Canais Institucionais de Comunicação” deste documento.

Registro da Denúncia:

No portal do Canal de Denúncias, a primeira etapa para o registro do relato é o **Termo de Aceite** quanto ao compromisso com a veracidade dos fatos narrados:

Cópia Controlada

Em seguida, o denunciante deve informar se deseja se identificar ou manter o anonimato:

O denunciante deve preencher todas as informações solicitadas nos campos do formulário. Nesta etapa, também é possível anexar arquivos, como: imagens, mídias, planilhas, relatórios, apresentações.

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

O nível de detalhes das informações inseridas no registro do relato auxilia no entendimento das alegações e no processo de apuração. Desta forma, é fundamental sempre informar:

- O que? Descrição detalhada do fato constatado.
- Quem? Nome completo das pessoas denunciadas ou envolvidas no fato e das testemunhas, se houver.
- Quando? Datas e horários em que acontecem ou aconteceram a situação.
- Onde? Unidade, bloco, andar, ala, departamento.
- Quanto? Se for possível mensurar, informar quantas vezes ocorreu e/ou valores envolvidos no caso.
- Evidências? Se elas existem e onde podem ser encontradas.

As imagens abaixo demonstram o formato do formulário que é disponibilizado na plataforma:

Cópia Controlada

Ao concluir o registro do relato, seja pela plataforma na internet ou por telefone, o denunciante receberá um **número de protocolo**. É através do número de protocolo que o denunciante poderá:

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

- Acompanhar ou consultar o *status* de seu relato (“em andamento” ou “concluído”);
- Inserir novas informações ou anexos;
- Consultar eventuais contatos feitos pela equipe de apuração que poderá solicitar informações complementares ou detalhes sobre o fato narrado.

Caso o denunciante opte por registrar o seu relato por telefone, uma equipe especializada da empresa externa irá receber todas as informações prestadas pelo denunciante e registrá-las na plataforma.

Recebimento, Triagem e Fluxo de Encaminhamento dos relatos

A partir do momento que o denunciante conclui o registro do relato com todas as informações necessárias, a denúncia seguirá para a triagem e fluxo de encaminhamento.

Como forma de garantir imparcialidade e prevenir conflitos na apuração dos casos, uma empresa externa e independente, recebe inicialmente os relatos e analisa o conteúdo. Se necessário, reclassifica a tipologia da denúncia e atribui o nível de criticidade (alto, médio ou baixo), conforme parâmetros pré-determinados. Em seguida, em um prazo de até 72h, o relato é encaminhado para a área de Compliance, que valida os dados registrados no Canal e direciona para a Comissão/Comitê responsável pela apuração, considerando a natureza da alegação.

Cópia Controlada

Visando o princípio da imparcialidade, caso o relato cite algum membro das Comissões Apuradoras, o encaminhamento da denúncia seguirá um fluxo especial garantindo que o denunciado não seja envolvido no processo de apuração. Além disso, relatos que citem membros da governança serão encaminhados previamente para o(a) diretor(a) da área de Compliance, que efetuará a análise e o encaminhamento adequado.

Comissões e Comitês responsáveis pela apuração dos relatos

De acordo com a tipologia do relato, podem ser partes envolvidas no processo de recebimento, análise e apuração da denúncia as seguintes áreas:

- Comissão de Assédio: Apura e delibera os casos que possam se caracterizar como assédio moral, sexual, importunação ou tratamento discriminatório, que envolvam colaboradores, médicos contratados (CLT), médicos do corpo clínico aberto, estagiários, pacientes, estudantes, fornecedores e prestadores de serviços. É composto por: Diretoria de Recursos Humanos, Diretoria Jurídica, Diretoria de Ensino, Diretoria de Engenharia e Infraestrutura e um membro da Diretoria Jurídica e/ou de Recursos Humanos, responsável por organizar e auxiliar operacionalmente no processo de apuração.

- Comitê de Integridade Científica: Apura e delibera casos de irregularidades cometidas no desenvolvimento de pesquisa científica. Formado por equipe de pesquisadores, nomeados pela Diretoria do Instituto Israelita de

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Pesquisa. Realiza auditorias de estudos científicos e conduz apurações de relatos de fraudes ou irregularidades em processos de pesquisa.

- Comitê de Prática Médica: Formado pela equipe de Prática Médica, realiza apuração de incidentes classificados como Procedimento Assistencial e/ou Clínico Antiético e Comportamento Disruptivo. Os casos de Prática Médica são avaliados no NUGEMA (Núcleo de Gerenciamento de Eventos Médicos Adversos), órgão de apoio ao CME (Comitê Médico Executivo), conforme descrito no documento Regras Gerais para Atividade Médica no HIAE.

- Comitê de LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados): Sob responsabilidade do Data Protection Officer (DPO). Apura e delibera casos relacionados a possíveis violações à legislação e uso inadequado de dados pessoais, assim como apura incidentes de privacidade, tais como vazamento de informações, acessos indevidos e outros.

- Gerência de Compliance: Área gestora do Programa de Ética e Compliance realiza as apurações relativas, mas não limitadas, a: (i) violações às diretrizes contidas no Manual de Diretrizes de Conduta Ética do Einstein; (ii) condutas que não estejam ou pareçam não estar em conformidade com leis, normas, políticas e procedimentos internos da Sociedade; (iii) situações que possam configurar conflito de interesses, fraude corrupção e suborno. Acompanha os processos de apuração e deliberação conduzidos por todas as demais instâncias apuradoras citadas.

Cópia Controlada

- Avaliação de Conduta do Paciente: Formado pela diretoria de Unidade Hospitalar. Realiza as apurações relativas à conduta antiética e/ou disruptiva de pacientes e/ou acompanhantes.

Quando necessário, as apurações são realizadas em conjunto pelas Comissões Apuradoras.

Processo de Apuração

As apurações devem preservar o sigilo das informações trazidas pelo denunciante, independentemente de o relato ter sido registrado de forma identificada ou anônima. A equipe responsável pela investigação deve envolver somente pessoas, áreas e/ou empresas estritamente necessárias para a apuração dos fatos.

Plano de Apuração: As comissões responsáveis por conduzir a investigação devem elaborar um plano de apuração para cada relato recebido antes de começar o levantamento das informações.

As comissões apuradoras (Comissão de Assédio, Comitê de Integridade Científica, Conduta do Paciente, Prática Médica e LGPD) possuem autonomia para planejar e conduzir suas apurações, fica a cargo da Gerência de Compliance acompanhar o resultado das investigações, garantindo que haja resolutividade e ações educativas, corretivas ou disciplinares adequadas, proporcionais e justas.

Entrevistas e Informações Adicionais: Ao iniciar a apuração, a equipe responsável pode identificar que existe a necessidade de esclarecimento de algum fato relatado e/ou de obter mais informações junto ao denunciante. Além disso, pode existir a necessidade de realizar convocações para entrevistas presenciais ou remotas.

As entrevistas devem acontecer com o intuito de obter mais informações que ajudarão no entendimento, apuração e confirmação dos fatos. A convocação para entrevistas pode ser junto ao denunciante, como também com demais colaboradores envolvidos no caso ou testemunhas.

O contato com o denunciante poderá ser feito através do Canal ou do número de telefone e/ou e-mail informados. Cabe ao denunciante entrar no relato, pelo número de protocolo recebido, para acompanhamento e identificação de convocações ou solicitação de informações adicionais.

Quando solicitadas informações adicionais, o denunciante deve registrá-las no Canal, no campo “Informações Adicionais”. O denunciante **terá 15 dias corridos**, contados a partir da data em que as informações foram solicitadas ou a convocação da entrevista realizada para manifestar-se. Nos casos em que as informações solicitadas ou as entrevistas forem fundamentais para a continuidade da apuração, se não houver retorno no prazo estipulado, a denúncia será encerrada por falta de informação.

Cópia Controlada

As comissões apuradoras são responsáveis por definir quem são os convocados para as entrevistas, bem como a sua ordem cronológica.

Entrevistas realizadas pela Comissão de Assédio

A convocação é encaminhada somente ao destinatário (com os membros da comissão em cópia), informando, de forma sucinta o objetivo da convocação, destacando a importância de sua participação e o caráter sigiloso, a fim de resguardar a confidencialidade e a efetividade do procedimento.

Todas as entrevistas ocorrem de forma individual, sendo registradas em ata, com o maior número de detalhes possíveis, constando as respostas e reações do(a) entrevistado(a) quando questionado(a) a respeito de algum fato em específico, bem como eventuais nomes de testemunhas que possam ser convocados oportunamente a fim de auxiliar na investigação. Esta ata se torna parte integrante do dossiê de investigação, podendo ser consultada a qualquer tempo pelos membros das comissões.

Entrevistas também podem acontecer com o próprio denunciado. Importante esclarecer que nesta fase, o denunciado poderá ser convocado a fim de garantir o seu direito de defesa, ocasião em que será dada ciência da denúncia e oportunidade de expor o seu ponto de vista, sempre resguardando a identidade do(a) denunciante.

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

Quando necessário, a Gerência de Compliance e as demais comissões apuradoras contam com o apoio das demais áreas executivas da Sociedade para ter acesso a informações adicionais pertinentes às alegações e que contribuem para a investigação.

Em determinadas situações, algumas informações são cruciais para complementar o processo de apuração de uma denúncia, como por exemplo, mas não limitada a:

- Identificar se existem registros no histórico institucional do denunciado (por exemplo, aplicação de advertências, registros negativos em feedback);
- Verificar no Canal se outras denúncias em relação aos mesmos envolvidos;
- Análise de rotatividade do setor;
- Verificar na documentação de entrevista de desligamento, quando aplicável, se existem elementos vinculados direta ou indiretamente à denúncia;
- Análise dos resultados dos últimos anos das pesquisas de clima do setor;
- Análise do *back-up* de e-mail e HD do computador;
- Análise das imagens de gravação das câmeras de segurança;
- Levantamento patrimonial de bens, monitoramento de telas de computador, cujas soluções tecnológicas são obtidas pela empresa externa.

Cópia Controlada

Todas as informações são levantadas de forma sigilosa e confidencial.

Os processos de apuração podem ser faseados a depender da complexidade, quantidade de informações a serem levantadas ou mesmo dificuldade em se obter dados, registros e evidências das informações fornecidas pelas pessoas, áreas ou empresas acionadas. Deste modo, o prazo para conclusão de uma investigação pode variar. As equipes de apuração trabalham com um **prazo de até 90 dias**, em média, para o fechamento dos casos. Este prazo pode ser prorrogado quando houver necessidade de levantamento de informações complementares, novas denúncias sobre o mesmo caso ou a necessidade de levantamento de informações mais detalhadas junto ao denunciante.

Sempre que um relato é registrado no Canal de Denúncias, seja por telefone ou pela plataforma, um número de protocolo é disponibilizado ao denunciante. Em alguns casos o denunciante poderá receber um retorno sobre o desfecho da denúncia registrada.

Quando são recebidos dois ou mais relatos sobre a mesma situação, os casos são vinculados e apurados conjuntamente, a fim de compor informações mais completas sobre a possível irregularidade relatada. Nestas situações, todos os relatos são finalizados de uma só vez, e o prazo de apuração de cada denúncia poderá se alongar.

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Processo de Conclusão

Ao final das apurações as Comissões ou Comitês devem anexar no Canal de Denúncias todos os documentos e informações que suportaram os levantamentos realizados durante o processo de apuração, incluindo o relatório de apuração da denúncia, quando houver.

O campo “Constatações” deve ser preenchido com o detalhamento de todas as análises realizadas durante o processo de apuração, considerando as alegações do denunciante. O campo “Conclusão” deve ser preenchido de forma clara e objetiva, descrevendo o resultado da apuração. Neste campo também deve ser registrado, quando aplicável, a descrição dos planos de ação recomendados, contemplando detalhadamente o que foi recomendado, qual será a pessoa/área responsável pela implantação do plano, o prazo previsto para conclusão e evidência esperada.

A conclusão da apuração é classificada de acordo com os Tipos de Finalização destacados na lista do Canal de Denúncias:

- **Procede:** É utilizado quando os fatos relatados pelo denunciante são integralmente comprovados.

Cópia Controlada

- **Procede Parcialmente:** É utilizado quando os fatos relatados pelo denunciante são parcialmente comprovados. Também deve ser utilizado quando as informações trazidas não são procedentes, mas outras irregularidades associadas ao fato narrado, que não as descritas pelo denunciante, são constatadas durante a apuração. Exemplo: relata-se que um colaborador sofre assédio moral por parte de seu gestor. Constata-se que o colaborador citado não é vítima de assédio, mas há outro funcionário na equipe que sofreu efetivamente o assédio.

- **Não Procede:** Quando se comprova que os fatos narrados pelo denunciante não ocorreram.

- **Dados insuficientes:** É utilizado quando não existem informações mínimas necessárias para iniciar ou realizar a apuração da denúncia.

- **Fora do Escopo:** É utilizado quando a situação descrita no relato não é pertinente ao Canal de Denúncias. Exemplo: dúvidas, queixas relacionadas à qualidade de serviços, reclamações sobre falhas em atendimentos, irregularidades praticadas fora do Einstein e que não tenha relação com as atividades institucionais.

- **Não conclusivo:** É utilizado quando as informações relatadas permitem iniciar uma apuração, porém não é possível evidenciar de forma robusta a procedência ou improcedência do caso.

Emissão de Parecer

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

Todas as etapas da apuração devem ser registradas no Canal de Denúncias, bem como devem ser anexados documentos que evidenciem as constatações, a conclusão, o resultado da investigação, a causa raiz de irregularidades constatadas e os planos de ação recomendados.

Para casos de maior gravidade, um parecer deve ser redigido pela equipe responsável pela apuração, contendo minimamente: (i) o detalhamento da apuração realizada (informações levantadas, testes, análises, entrevistas); (ii) constatações e conclusão, (iii) planos de ação recomendados e (iv) os documentos comprobatórios.

Deliberação

O parecer emitido pelas equipes de apuração traz, sempre que cabíveis e necessárias, recomendações de planos de ação que contribuem com a melhoria de processos, minimizando o risco de que novas irregularidades ocorram. Mesmo quando não há irregularidade detectada após a apuração de uma denúncia, existe a possibilidade de identificação de oportunidades de melhorias/recomendação de planos de ação para o estabelecimento de melhores controles e definição do posicionamento institucional frente às vulnerabilidades identificadas.

Cópia Controlada

Além da contribuição para a melhoria dos processos organizacionais, a deliberação deve ser capaz de interromper, prontamente, situações irregulares ou indesejadas e fazer justiça, promovendo educação e conscientização, além de disciplinar e moralizar o ambiente institucional e as relações institucionais com partes externas, quando estas tiverem sido atingidas.

A aplicação das penalidades cabíveis deve utilizar os critérios da Política de Medidas Educativas e Disciplinares, considerando a intenção, a recorrência e a gravidade do ato.

Os planos de ação recomendados são propostos e negociados com o diretor responsável pelo processo analisado.

Quando o caso em questão possui uma dimensão estratégica, de maior complexidade ou que gere algum impasse decisório, convoca-se uma reunião multidisciplinar com a presença dos diretores responsáveis para deliberação do caso.

Quando for necessário realizar a aplicação de medidas educativas ou disciplinares a colaboradores ou médicos do corpo clínico, um registro da ação tomada deve ser feito em seu prontuário funcional. Cabe ao gestor, com suporte e anuência da área de Recursos Humanos realizar este registro no caso de colaboradores e à área de Prática Médica, quando a medida for aplicada a um médico do corpo clínico aberto.

Planos de Ação

Classificação: As áreas responsáveis pela apuração recomendam os planos de ação necessários para mitigação dos riscos identificados. As denúncias se enquadram em uma classificação de impacto institucional, podendo ser: Alto, Médio ou Baixo, de acordo com as alegações e conclusão da investigação, e os planos de ação são categorizados de acordo com o escopo da ação:

- **Ação Pontual:** quando se trata de ação pontual corretiva que não altera um processo, por exemplo: *feedback*, advertência ou desligamento do denunciado, comunicado ou treinamento para as equipes, bloqueio de fornecedor, mapeamento de controles;
- **Ação Estruturante:** quando se trata de uma ação corretiva que altera ou impacta diretamente em um processo, por exemplo: elaboração ou revisão de um normativo interno (ex. manual, política, protocolo e/ou procedimento), criação de um novo controle, automatização de processos.

Monitoramento dos planos: Há situações em que a Gerência de Compliance realiza o acompanhamento da implantação do plano de ação, até a sua conclusão, de acordo com o prazo estabelecido em conjunto com a área designada para implantação do plano. Isso ocorre quando: (1) Uma denúncia foi classificada como impacto Alto, independentemente se o plano de ação é Pontual ou Estruturante e (2) Uma denúncia foi classificada como impacto Médio ou Baixo, mas o plano de ação é estruturante.

Cópia Controlada

Nestes casos, os registros dos planos são reportados periodicamente ao Comitê de Auditoria, a execução faz parte da meta das áreas internas e fica, desta forma, atrelada à avaliação de desempenho e resultados obtidos por elas.

Prazo: O prazo para implantação do plano de ação é estabelecido quando é realizado o alinhamento da área responsável pela apuração com a área designada para implantar o plano.

Para os planos de ação que, eventualmente, não possam ser executados dentro do prazo estabelecido inicialmente ou que tenham o prazo vencido, a área responsável deverá comunicar a Gerência de Compliance e formalizar, por e-mail, a justificativa que fundamenta o não cumprimento do prazo e/ou necessidade de prorrogação pelo Diretor(a) da área responsável. A Gerência de Compliance poderá deliberar ou não, a prorrogação do prazo com base na justificativa apresentada.

Evidência: O plano de ação somente será baixado após a apresentação formal de evidências (registros e documentos comprobatórios), que sejam autoexplicativas e que assegurem que a ação foi efetivamente implantada. Não serão aceitas evidências incompletas ou divergentes daquilo que foi estabelecido na descrição do plano de ação. Nestes casos, a Gerência de Compliance possui autonomia para solicitar a revisão das evidências apresentadas ou esclarecimentos adicionais para as áreas designadas à implantação do plano.

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Nota: Para os casos apurados pela Comissão de Assédio, quando os planos de ação propostos exigirem medidas a médio ou a longo prazo, referido plano é monitorado pela área de Recursos Humanos. De forma complementar, a Comissão de Assédio revisitará o caso em um prazo de 3 (três) meses, a fim de verificar a efetividade do plano de ação.

Outros Canais Institucionais de Comunicação

Além do Canal de Denúncias, existem outros canais de comunicação com a Sociedade. Cada qual possui uma finalidade específica. Por vezes, ocorre de relatos serem feitos equivocadamente em canais que possuem outras finalidades. Quando isto ocorre, há um fluxo interno de encaminhamento, garantindo que os relatos sejam atendidos e não seja necessário que o denunciante abra novo chamado por outro canal. De qualquer forma, cabe esclarecer quais são os demais canais existentes e suas funções:

- **SAC-RH** – Serviço de Atendimento ao Colaborador: é um canal de comunicação e relacionamento entre os funcionários e a Instituição para solucionar dúvidas, registrar elogios, sugestões, informações e críticas (em relação a produtos e processos de RH, como: Gestão de Pessoal, Clima Organizacional, Benefícios, Treinamento e Desenvolvimento, entre outros). Contato: ramal 72020 ou e-mail: sacrh@einstein.br.

Cópia Controlada

- **SAC-CLIENTE –** Recebe e encaminha ou apura e delibera casos relacionados à satisfação e experiência do cliente/paciente e à qualidade dos serviços prestados. Dá suporte às apurações conduzidas pela Gerência de Compliance, que necessitem de informações relativas ao histórico de pacientes na instituição. Contato: (11) 2151-0222 ou sac@einstein.br

- **Notificações de eventos adversos com paciente ou colaborador (Intranet):**

    - **Segurança do Paciente:** recebe e apura casos de risco ou eventos adversos envolvendo a Segurança do Paciente. Conduz apurações técnicas focadas nas oportunidades de melhoria do processo. Nos casos em que são identificadas violações (intencionais) de processos ou questões éticas, encaminha às lideranças das áreas e à Prática Médica para condução junto ao Compliance. Para notificar um incidente: Intranet > Serviços > Notificação de Incidente ou Risco> PACIENTE. Para esclarecimento de dúvidas: segurancadopaciente@einstein.br

    - **Segurança do Colaborador**: recebe e investiga, com as áreas, eventos relacionados à Segurança do Colaborador. Conduz apurações técnicas focadas nas oportunidades de melhoria do processo. Nos casos em que são identificadas violações (intencionais) de processos ou questões éticas, as lideranças das áreas que fazem parte do processo de investigação, direcionam para condução junto ao Compliance. Para notificar um incidente: Intranet > Serviços > Notificação de Incidente ou um Risco> COLABORADOR;

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

- **Ouvidoria do Ensino** – canal de comunicação para recebimento de relatos de alunos, docentes, candidatos e público em geral, sobre questões acadêmicas e administrativas como cobranças, apuração de frequência, aproveitamento acadêmico, percepções sobre a qualidade dos cursos, relacionamento com o corpo docente, dentre outros. Quando há questões relacionadas à conduta ética, conta com o suporte da Gerência de Compliance para apuração. Para o registrar uma manifestação: https://www.einstein.br/ensino/Paginas/ouvidoria.aspx

- **Segurança Patrimonial** – possui telefones de emergência para atendimento de situações emergenciais, que apresentem ameaça iminente à vida ou à propriedade. Contato: (11) 2151-3000

- **E-mail Segurança da Informação** – dúvidas relacionadas ao acesso a sistemas e compartilhamento de informações, além de relatos relativos a vazamento de informações que requerem ação imediata de bloqueio ou intervenções em sistema(s). Contato: sginformacao@einstein.br

- **E-mail Comitê de Integridade Científica** - envio de dúvidas e solicitações sobre a qualidade da produção científica e os processos de pesquisa da SBIBHAE. Contato: integridade.cientifica@einstein.br

Cópia Controlada

Relatos recebidos no Canal de Denúncias que tragam conteúdo que deveria ter sido encaminhado por outro canal são acolhidos, encaminhados internamente e acompanhados pela Gerência de Compliance até que tenham sua resolução concluída pela área responsável. Esses casos são encerrados no Canal e todas as evidências são arquivadas.

Dúvidas acerca de informações contidas no *website*, casos não relacionados a atividades e/ou profissionais do Einstein, situações de cunho pessoal que envolvam profissionais do Einstein (traições conjugais, cobrança de dívidas etc.) são classificadas como situações “Fora de Escopo”. Os relatos considerados “Fora de Escopo” são encerrados sem a realização de uma apuração.

Para esclarecimentos gerais ou dúvidas relacionadas aos temas de ética, integridade e **COMPLIANCE**, como por exemplo: cumprimento de normas, orientação de conduta, políticas e procedimentos de Compliance, o solicitante pode recorrer ao e-mail: compliance@einstein.br.

7. RESPONSABILIDADES

As áreas, comitês e comissões listados a seguir são partes envolvidas no processo de recebimento, análise e apuração de denúncias reportadas via Canal de Denúncias. Suas atribuições e responsabilidades são:

Comissões apuradoras

- Apurar e deliberar os casos relacionados aos seus respectivos escopos de atuação.

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

Denunciante

- Relatar por meio do Canal de Denúncias sempre que tiver conhecimento de violações ou suspeita de violações cometidas por outros indivíduos, e efetuar apenas relatos de boa-fé.

Recursos Humanos

- Apoiar nas decisões acerca de aplicação de medidas disciplinares aos envolvidos.

Gerência de Compliance

- Gerenciar o Canal de Denúncias e acompanhar as apurações em andamento e finalizadas.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

Cópia Controlada

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Indicador	Descrição
Denúncias registradas	Volumetria mensal
Apurações concluídas	Volumetria mensal, por comissão apuradora
Apurações em andamento	Quantidade de relatos por comissão apuradora
Relatos identificados vs anônimos	Percentual de relatos
Denúncias por tipologia	Fraude, conflito de interesses, assédio moral etc.
Denúncias por comissão	Exemplo: Compliance, Prática Médica, Comissão de Assédio
Denúncias por região	Exemplo: Morumbi, UPA Campo Limpo, HMAP
Planos de ação gerados e status (concluídos, em aberto)	Volumetria no período analisado

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

Tempo médio de apuração	Cálculo da média, comparando com a estimativa de 90 dias.
Denúncias por tipo de conclusão	Exemplo: Procede, não procede, dados insuficientes
Denúncias por impacto	Baixo, médio e alto

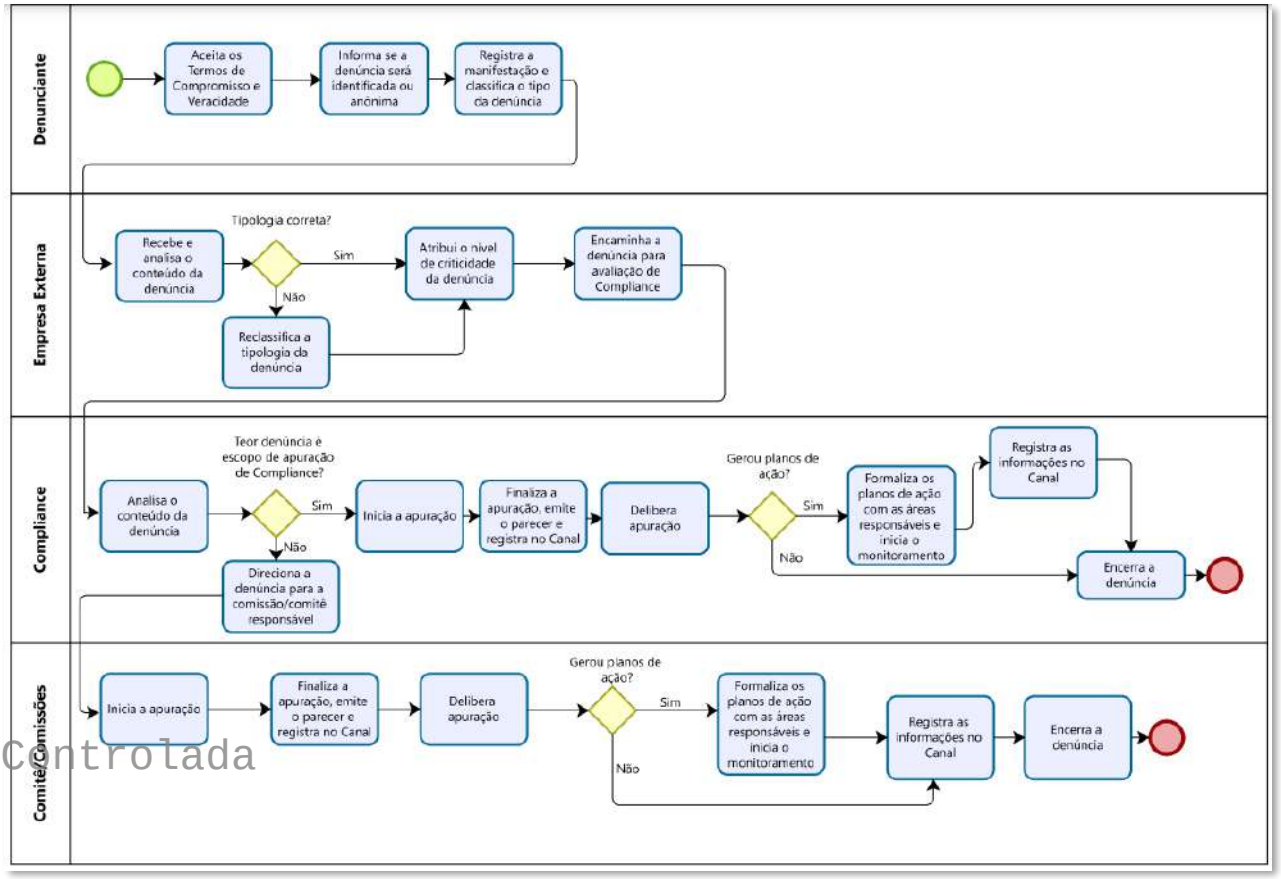
13. ANEXOS

Cópia Controlada

Anexo 1: Fluxograma do Processo – **Macrofluxo do Canal de Denúncias**

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

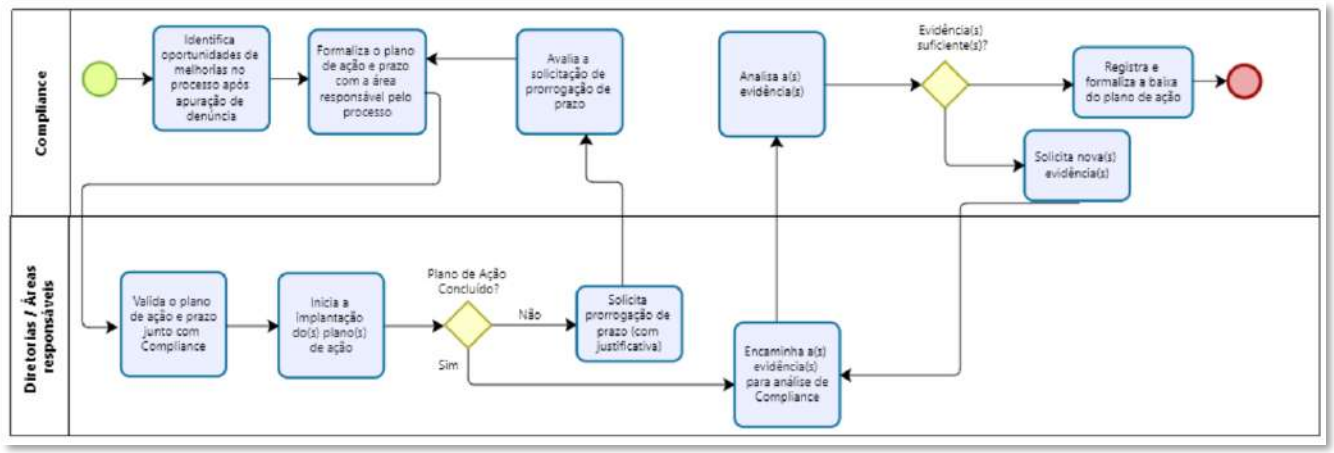


Cópia Controlada

Anexo 2: Fluxograma do Processo – **Macrofluxo da Criação e Monitoramento dos Planos de Ação**

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias



14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

Cópia Controlada

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Outros documentos da Sociedade que se relacionam com este:

- Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética.
- Manual Institucional do Programa de Ética e Compliance.
- Política de Assédio Moral, Sexual e Discriminação.
- Política Institucional de Prevenção à Corrupção.
- Política Medidas Educativas e Disciplinares.
- Regras Gerais para Atividade Médica no Hospital Israelita Albert Einstein.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Rosemeire da Cunha - 06/12/2022 - 18:28
Detalhamento do processo de apuração de denúncias e do acompanhamento de planos de ação.
Atualização do fluxograma.
Inclusão de Indicadores de Desempenho e Responsabilidades.

Versão: 3 - Elaborado em: 06/12/2022 18:28:33 - Aprovado em: 07/12/2022 15:05:35

Título: Procedimento de Uso e Gestão do Canal de Denúncias

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.04 Gestão do Canal de Denúncias

Data	Evento de assinatura	Usuário
29/03/2018 00:00:00	Criado por	DM User
06/12/2022 18:28:33	Atualizado por	Rosemeire da Cunha
07/12/2022 15:05:04	Aprovado por	Vanessa Queiroz Torres

Cópia Controlada

INTRODUÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein pauta sua atuação nos **preceitos judaicos** *Refuá (saúde), Chinuch (educação), Tsedaká (justiça social) e Mitzvá (boas ações)*, em sua **missão** que é "*oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira*, em sua **visão** "*ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social*" e em seus **valores institucionais:**

- **Honestidade:** lidar com a realidade como ela é e honrar os compromissos.
- **Verdade:** adequar o que é dito ao que é.
- **Integridade:** coerência entre os valores e as ações.
- **Diligência**: zelo e cuidado em todas as tarefas que são executadas.
- **Justiça:** não discriminar as pessoas sob qualquer forma, seja por raça ou etnia, idade, sexo, religião, filosofia, capacidade física ou intelectual, origem socioeconômica, orientação sexual, saúde mental ou física, atributos genéticos, comportamento, atratividade, local de origem, valores culturais ou posição política.
- **Altruísmo:** preocupação com o bem-estar dos outros, sem esperar reciprocidade.
- **Autonomia:** capacidade de fazer escolhas e conduzir suas próprias ações.
- **Profissionalismo:** se vale a pena ser feito, deve ser bem feito.
- **Trabalho em equipe:** cooperação para atingir as metas e os objetivos.

Cópia Controlada

Além disso, em 2011 o Einstein tornou-se signatário do **Pacto Global da Organização das Nações Unidas (ONU)**, integrando de forma sistemática aos seus processos o compromisso com o Desenvolvimento Sustentável, por meio de dez princípios:

Direitos Humanos

1. A Sociedade respeita e apoia a proteção dos direitos humanos proclamados internacionalmente.
2. A Sociedade não compactua com quaisquer abusos dos direitos humanos.

Trabalho

3. A Sociedade assegura o direito de associação no trabalho e o efetivo reconhecimento ao direito de negociação coletiva.
4. A Sociedade apoia a abolição de todas as formas de trabalho forçado ou compulsório.
5. A Sociedade apoia a efetiva abolição do trabalho infantil.

6. A Sociedade apoia a eliminação da discriminação relativa a emprego e ocupação

Meio Ambiente

7. A Sociedade apoia uma abordagem preventiva dos desafios ambientais.
8. A Sociedade compromete-se com a promoção de uma maior responsabilidade ambiental.
9. A Sociedade encoraja o desenvolvimento e difusão de tecnologias que não agridam o meio ambiente.

Contra a Corrupção

10. A Sociedade combate a corrupção em todas as suas formas, inclusive extorsão e propina.

O conjunto destes princípios citados norteia as atividades do Einstein em seu dia a dia, demonstrando o seu compromisso com os mais elevados padrões éticos, bem como a sua incansável busca pela excelência e humanização na prestação de serviços médico-assistenciais, o que se evidencia, inclusive, por meio de sua reconhecida atuação na área de responsabilidade social há mais de 60 anos.

O Programa de Ética e *Compliance* do Einstein, cujo Manual é apresentado por este documento, surge numa época em que temas relacionados à ética e à integridade estão em nítida evidência e são discutidos, nacional e internacionalmente, nos mais diversos fóruns. De toda sorte, é certo que o referido Programa de Ética e *Compliance*, na realidade, apenas formaliza e corrobora um costume existente no Einstein desde a sua fundação, qual seja, o de sempre valorizar e priorizar a conduta ética em todas as suas atividades.

Para a estruturação do Programa de Ética e *Compliance* do Einstein, foram utilizadas como principais referências a Lei nº 12.846/2013, também conhecida como "Lei Anticorrupção", que dispõe sobre a responsabilização objetiva administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos de corrupção contra a administração pública, nacional ou estrangeira e o Decreto nº 8.420/2.015, que regulamenta a Lei Anticorrupção. Para melhor referência do leitor deste Manual, o Anexo 1 deste documento demonstra a correlação entre as iniciativas do Programa de Ética e *Compliance* e os incisos do Decreto n° 8.420/2.015.

Cópia controlada

OBJETIVO

O presente Manual descreve a forma como o Programa de Ética e *Compliance* do Einstein está estruturado, que tem como objetivo dar tratamento adequado aos dilemas éticos comuns no sistema de saúde, fomentar um ambiente corporativo íntegro, por meio da implantação e manutenção de mecanismos que suportem, incentivem e exijam o comportamento ético e o cumprimento das leis, regulamentos, normas e políticas internas aplicáveis a todas as atividades do Einstein.

DEFINIÇÕES

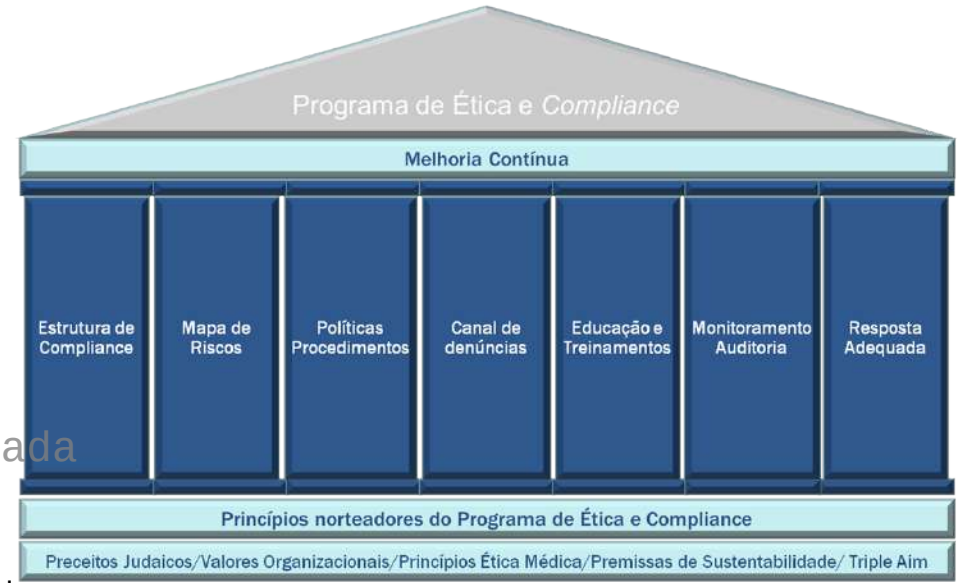
Público Interno: conselheiros, diretores, colaboradores, professores docentes, pesquisadores, estagiários e voluntários.

Público Externo: pacientes, médicos do Corpo Clínico Aberto, médicos associados, fornecedores e prestadores de serviço.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

O Programa de Ética e Compliance

O Programa de Ética e *Compliance* está estruturado em sete (07) pilares, conforme ilustração abaixo:



Cópia Controlada

Estrutura de Compliance

O Comitê de Auditoria da Governança, órgão da Governança Corporativa, define e aprova as diretrizes estratégicas do Programa de Ética e *Compliance* do Einstein.

A Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance* é a área responsável pela implantação e gestão do Programa de Ética e *Compliance* do Einstein. A principal atribuição desta Diretoria é apoiar os órgãos de Governança do Einstein a garantir a reputação, os recursos, controle e a salvaguarda dos interesses da Sociedade, por meio de um **bom ambiente de controles internos, de um adequado programa de *compliance* e de gestão de riscos**.

Esta Diretoria está vinculada à Governança Corporativa, através da Mesa Diretora e à Diretoria Eleita, o que lhe confere independência, autonomia e recursos para a realização de seus objetivos.

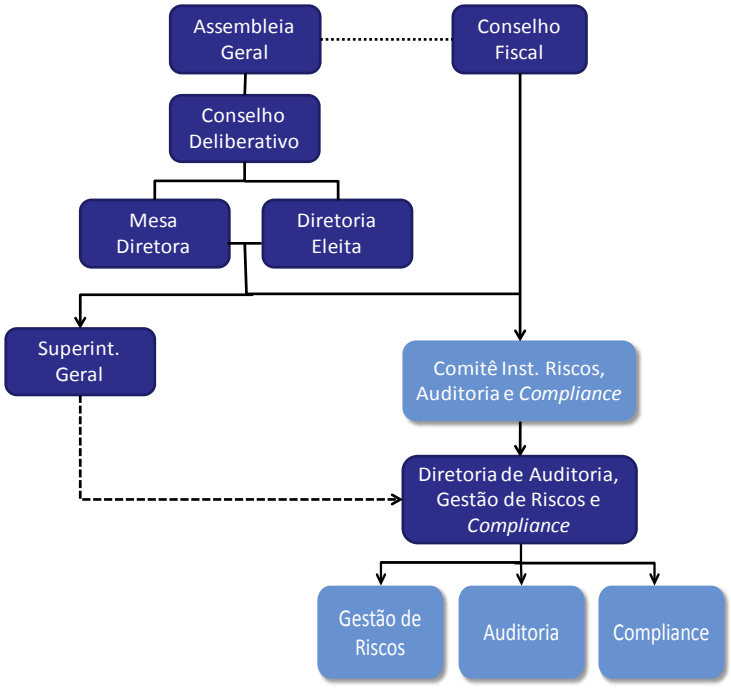
A Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance* conta, ainda, com o suporte colaborativo das áreas da estrutura executiva, como forma de garantir o apoio irrestrito e a viabilidade prática das iniciativas necessárias para implantação, funcionamento e aperfeiçoamento do Programa de Ética e *Compliance*.

Os trabalhos integrados da Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance* devem ser capazes de promover:

- o controle da qualidade e segurança da assistência;
- o controle da segurança e confidencialidade das informações relativas ao paciente;
- a fidedignidade das informações financeiras;
- a eficiência e eficácia das operações;
- a salvaguarda dos ativos;
- o cumprimento de leis e normas;
- posturas éticas e prevenção de conflitos de interesses; e
- o gerenciamento dos riscos.

A Diretoria é composta por 3 (três) gerências: Auditoria Interna, Gestão de Riscos e *Compliance*, que atuam em ações ligadas ao Programa de Ética e *Compliance* e apoiam-se mutuamente para a realização de suas atividades.

Cópia Controlada



Políticas e Procedimentos

A formalização de regras é fundamental para orientar a conduta dos diferentes públicos com quem o Einstein se relaciona, além de fomentar uma gestão transparente, imparcial e justa, contribuindo, também, para a divulgação e consolidação da cultura ética da instituição. Partindo desta premissa, o objetivo principal deste pilar é a criação, revisão e monitoramento periódico da documentação institucional, tanto para suporte normativo ao Programa de Ética e *Compliance*, quanto para garantir a coesão e robustez do arcabouço documental do Einstein.

Políticas, procedimentos, normas internas, manuais e guias de conduta são criados, revisados e/ou monitorados para formalização dos regramentos de processos internos, respaldando e orientando as ações necessárias para o adequado funcionamento do Programa de Ética e *Compliance*.

O Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética é o documento magno que deve permear todas as atividades do Einstein, em âmbito administrativo, assistencial ou técnico.

Políticas e Procedimentos Institucionais definem, de modo mais detalhado, de que forma as diretrizes do Manual de Conduta Ética devem ser cumpridas no dia a dia, garantindo respaldo documental quanto aos principais temas de Ética e *Compliance*, tais como:

- Prevenção à Corrupção;
- Conflito de Interesses;
- Canal de Denúncias e Investigação/Apuração;
- Doações;
- Patrocínios;
- Relacionamento com Indústria e Distribuidores;
- Viagem, Presentes e Entretenimento;
- Segurança da Informação e Uso de Informações Privilegiadas;
- Assédio Moral e Discriminação;
- Faturamento;
- Gestão de Terceiros e de Fornecedores; e
- Compras.

Cópia Controlada

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
AUDITORIA GESTAO DE RISCO E COMPLIANCE		ADMINISTRATIVO		Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.338.4	Versão 4	Data Criação 20/05/2016	Data Revisão 21/09/2021
Elaborador Rafael Ribeiro de Oliveira	Revisor Rosemeire da Cunha	Parecerista	Aprovado por Vanessa Queiroz Torres | Viviane Souza Miranda	Data Aprovação 21/09/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Educação e Treinamentos

As orientações relativas ao Programa de Ética e *Compliance* devem ser observadas por todos os colaboradores e profissionais que se relacionam com o Einstein e, para tanto, é necessário comunicar e treinar adequadamente esses públicos.

Este pilar abrange as ações de treinamento e comunicação interna e externa que visam o reforço da cultura de ética e *compliance* no Einstein.

O treinamento sobre Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética, que faz parte da Trilha Institucional de Princípios e Valores, é obrigatório e deve ser realizado por todos os colaboradores.

Faz parte do Programa de Ética e Compliance o desenvolvimento e execução anual do **Plano de Comunicação e Treinamento de Compliance**, onde são previstos treinamentos e ações de comunicação voltados aos públicos interno e externo, a respeito dos principais temas de Ética e Compliance.

Mapa de Riscos

O objetivo principal deste pilar é a identificação dos temas que devem ser priorizados para atuação mais objetiva da área de *Compliance*.

Cópia Controlada

O processo de gestão de riscos consiste em uma ampla avaliação de riscos corporativos, que envolve um mapeamento geral, feito com base nas diferentes atividades e nos serviços oferecidos, além de entrevistas com os diretores e principais executivos, que identificaram e avaliaram os riscos, agrupados em cinco categorias:

- **Globais:** eventos com potencial de afetar a Organização de forma geral;
- **Estratégicos:** eventos que podem afetar a definição e a realização das estratégias;
- **Financeiros:** eventos que podem afetar os recursos financeiros;
- **Operacionais:** decorrentes de deficiências ou falhas de processos, recursos humanos, equipamentos físicos, sistemas de informações ou meio ambiente;
- ***Compliance:*** sanções legais ou regulatórias pelo descumprimento de leis, regulamentos, código de ética e conduta, acordos e/ou das políticas internas ou pelo descumprimento dos requerimentos das acreditações/certificações.

Para cada risco são avaliados o impacto potencial e a probabilidade de sua ocorrência. A partir da identificação e avaliação, os riscos são priorizados para tratamento, com os objetivos de aperfeiçoar o ambiente de controle e mitigar os mesmos. Os resultados dos trabalhos são reportados periodicamente aos órgãos de governança do Einstein.

Monitoramento/Auditoria

A partir do resultado do Mapa de Riscos, os riscos mais críticos sob a ótica de *Compliance* devem ser auditados, com o objetivo de avaliar a efetividade dos controles internos. O trabalho consiste em mapear os processos correlatos, seus riscos e respectivos controles. Tais controles são avaliados/testados quanto a sua efetividade e recomendações de melhorias de controle podem ser geradas.

São exemplos de temas críticos para o *Compliance*: due dilligence de fornecedores/terceiros, processos em que haja interação com órgãos da administração pública, agentes governamentais ou que utilizem recursos públicos, conflitos de interesses, atividades que possam comprometer o cuidado e segurança do paciente, etc.

A aplicação periódica da Declaração de Potenciais Conflitos de Interesses constitui outra iniciativa do Programa de Ética e *Compliance* e está contida neste pilar, na medida em que seu objetivo primordial é tornar transparentes e documentados vínculos e apoios financeiros que possam impedir a imparcialidade de tomadas de decisões por parte de colaboradores e profissionais que atuem no ou em nome do Einstein. A declaração formal de potenciais conflitos de interesses oferece a oportunidade de implementação de ações que visem à mitigação dos riscos de conflitos de interesses identificados.

O monitoramento também ocorre pela intersecção dos trabalhos desenvolvidos pelas gerências da Diretoria de Auditoria, Riscos e *Compliance*, por meio de:

i. Trabalhos do Plano Anual de Auditoria Interna: avaliação do ambiente de controles internos, através de mapeamento de fluxo dos processos, riscos e testes de efetividade de seus controles internos;

Cópia Controlada

ii. Canal de Denúncias: resultado da apuração dos relatos recebidos, onde eventualmente melhorias de controles internos são implementadas, corrigindo causa raiz dos problemas identificados e evitando reincidência da denúncia; e,

iii. Acompanhamento de indicadores de riscos (KRI) e dos indicadores de desempenho do Programa de Ética e *Compliance* (KPI).

Canal de Denúncias

Tem por objetivo a viabilização do recebimento de notificações sobre eventuais violações ao Manual de Conduta Ética, às Políticas e Procedimentos internos e/ou às legislações aplicáveis às atividades do Einstein.

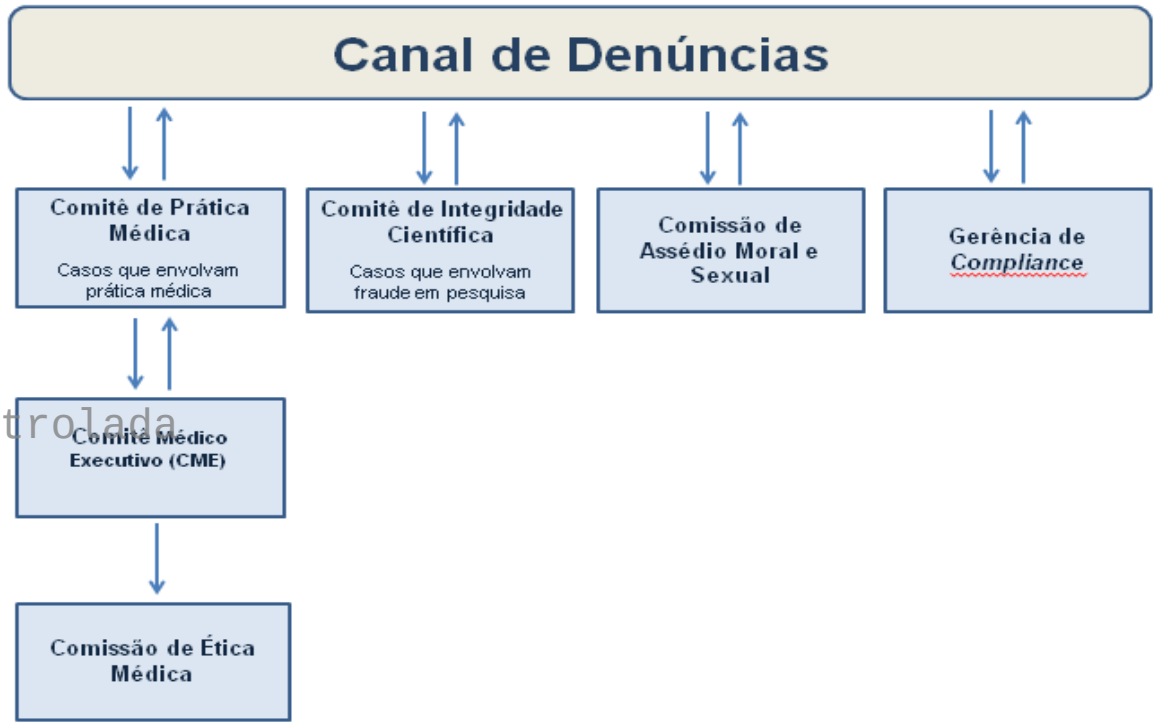
O acesso ao Canal pode ser feito via sistema em plataforma web, disponível na página de intranet e internet, bem como, via telefone. Na plataforma web o denunciante pode acompanhar o status de sua notificação por meio do protocolo de registro, que é emitido após submissão do relato. As denúncias podem ser anônimas e não haverá retaliação ao denunciante de boa-fé.

Versão: 4 - Elaborado em: 21/09/2021 03:00:00 - Aprovado em: 06/01/2022 12:00:00

Resposta Adequada

O compromisso com a seriedade na condução dos processos de apuração dos relatos inseridos no Canal de Denúncias tem sua materialização neste pilar, que visa responder às infrações detectadas, aplicando medidas adequadas para a correção dos processos e melhoria contínua dos controles.

As apurações decorrentes das notificações e/ou denúncias serão conduzidas por Comitês específicos, conforme demonstrado na figura abaixo.



Cópia Controlada

- **Comitê de Prática Médica** – Formado por Diretor Médico do HIAE, Coordenador de Prática Médica e Equipe de Compliance. Realiza apuração preliminar de incidentes classificados como Procedimento Assistencial e/ou Clínico Antiético e Comportamento Disruptivo. Os casos de Prática Médica são avaliados no NUGEMA (Núcleo de Gerenciamento de Eventos Médicos Adversos), órgão de apoio ao CME (Comitê Médico Executivo), conforme descrito no documento Regras Gerais para Atividade Médica no HIAE.

- **Comitê de Integridade Científica** – Formado por equipe de pesquisadores, nomeados pela Diretoria do Instituto Israelita de Pesquisa. Realiza auditorias de estudos científicos e conduz apurações de

relatos de fraudes ou irregularidades em processos de pesquisa. Apura e delibera casos de irregularidades cometidas no desenvolvimento de pesquisa científica.

- **Comissão de Assédio Moral e Sexual** - Formada pelas Diretores de Recursos Humanos, Ensino e Jurídica. Apura e delibera os casos classificados como Assédio Moral e Sexual, que envolvam colaboradores e médicos contratados (CLT).

- **Gerência de Compliance** – Área gestora do Programa de Ética e Compliance, responsável pelo recebimento, avaliação prévia dos relatos e encaminhamento para as equipes responsáveis. Realiza as apurações relativas a: i) violações às diretrizes contidas no Manual de Conduta Ética do Einstein; ii) Condutas que não estejam ou pareçam não estar em conformidade com leis, normas, políticas e procedimentos internos da Instituição; situações que possam configurar conflitos de interesse, casos de fraude corrupção e suborno. Acompanha os processos de apuração e deliberação conduzidos por todas as demais instâncias citadas.

- **Comitê de Conduta –** Tem a função de deliberar sobre os planos de ação de denúncias que possuam uma dimensão estratégica, de maior complexidade ou que gerem algum impasse decisório. Os membros fixos deste comitê são: o do CEO, Diretoria de Compliance, Diretoria Jurídica e Diretoria de RH. Quando a denúncia envolver o Corpo Clínico, o Diretor do HIAE é convocado. Representantes de outras instâncias e áreas podem ser convocados em função dos achados da investigação para suporte técnico à deliberação.

Todo o processo de apuração será conduzido sob sigilo e ao final de cada apuração um parecer é emitido atestando procedência ou improcedência do relato. Sempre que houver constatação de procedência quanto à irregularidade reportada, medidas educativas e/ou disciplinares serão aplicadas, observando os critérios de razoabilidade e proporcionalidade. Além disso, pode constar no parecer recomendações de melhoria de processos/controles internos visando corrigir a origem do problema e evitar recorrências, sempre que possível.

Cópia Controlada

RESPONSABILIDADES

- Comitê de Auditoria da Governança**:** delibera de forma conjunta sobre o resultado dos trabalhos da Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance*.

- **Gerência de *Compliance*:** área responsável pela elaboração, implantação e condução das ações do Programa de Ética e *Compliance*.

- **Gerência de Gestão de Riscos**: apoia as ações ligadas à Identificação e Gestão de Riscos de *Compliance*.

- **Gerência de Auditoria Interna:** apoia as ações ligadas à auditoria e monitoramento do Programa de Ética e *Compliance*.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

- Lei n° 12.846/2.013 – Lei Anticorrupção;
- Decreto n° 8.420/2.015 – Regulamenta a Lei n° 12.846/2.013 – Lei Anticorrupção;
- Portarias da Controladoria Geral da União n° 909 e n° 910/2.015;
- Resolução Conselho Federal de Medicina n° 1.657/2.002 – Comissões de Ética Médica;

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Não se aplica

ANEXOS

Cópia Controlada

Incisos do artigo n° 42, do Decreto n° 8.420/2.015	**Correspondência com os 7 Pilares do Programa de Ética e *Compliance***
I - comprometimento da alta direção da pessoa jurídica, incluídos os conselhos, evidenciado pelo apoio visível e inequívoco ao programa.	Estrutura de *Compliance*
II - padrões de conduta, código de ética, políticas e procedimentos de integridade, aplicáveis a todos os empregados e administradores, independentemente de cargo ou função exercidos.	Políticas e Procedimentos
III - padrões de conduta, código de ética e políticas de integridade estendidas, quando necessário, a terceiros, tais como, fornecedores, prestadores de serviço, agentes intermediários e associados.	Políticas e Procedimentos
IV - treinamentos periódicos sobre o programa de integridade.	Educação e Treinamentos

Incisos do artigo n° 42, do Decreto n° 8.420/2.015	Correspondência com os 7 Pilares do Programa de Ética e *Compliance*
V - análise periódica de riscos para realizar adaptações necessárias ao programa de integridade.	Mapa de Riscos
VI - registros contábeis que reflitam de forma completa e precisa as transações da pessoa jurídica.	Monitoramento/Auditoria
VII - controles internos que assegurem a pronta elaboração e confiabilidade de relatórios e demonstrações financeiros da pessoa jurídica.	Monitoramento/Auditoria
VIII - procedimentos específicos para prevenir fraudes e ilícitos no âmbito de processos licitatórios, na execução de contratos administrativos ou em qualquer interação com o setor público, ainda que intermediada por terceiros, tal como pagamento de tributos, sujeição a fiscalizações, ou obtenção de autorizações, licenças, permissões e certidões.	Políticas e Procedimentos Monitoramento/Auditoria
IX - independência, estrutura e autoridade da instância interna responsável pela aplicação do programa de integridade e fiscalização de seu cumprimento.	Estrutura de *Compliance*
X - canais de denúncia de irregularidades, abertos e amplamente divulgados a funcionários e terceiros, e de mecanismos destinados à proteção de denunciantes de boa-fé.	Canal de Denúncias
XI - medidas disciplinares em caso de violação do programa de integridade.	Resposta Adequada Políticas e Procedimentos
XII - procedimentos que assegurem a pronta interrupção de irregularidades ou infrações detectadas e a tempestiva remediação dos danos gerados.	Resposta Adequada
XIII - diligências apropriadas para contratação e, conforme o caso, supervisão, de terceiros, tais como, fornecedores, prestadores de serviço, agentes intermediários e associados.	Políticas e Procedimentos Monitoramento/Auditoria
XIV - verificação, durante os processos de fusões, aquisições e reestruturações societárias, do cometimento de irregularidades ou ilícitos ou da existência de vulnerabilidades nas pessoas jurídicas envolvidas.	Políticas e Procedimentos

Cópia Controlada

Incisos do artigo n° 42, do Decreto n° 8.420/2.015	Correspondência com os 7 Pilares do Programa de Ética e *Compliance*
XV - monitoramento contínuo do programa de integridade visando seu aperfeiçoamento na prevenção, detecção e combate à ocorrência dos atos lesivos previstos no art. 5o da Lei no 12.846, de 2013.	Monitoramento/Auditoria Mapa de Riscos
XVI - transparência da pessoa jurídica quanto a doações para candidatos e partidos políticos.	Políticas e Procedimentos Manual de Conduta Ética

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética

Cópia Controlada

- Política Institucional de Prevenção à Corrupção

- Manual do Fornecedor Einstein

- Política da Segurança da Informação

- Política de Gestão de Riscos Corporativos;

- Política de Auditoria Interna

- Política de Documentação Institucional – Criação, Aprovação, Divulgação, Guarda, Revisão e Descontinuidade

- Política de Prevenção a Potenciais Conflitos de Interesses

- Política Institucional de Combate ao Assédio Moral e Sexual

- Procedimento para notificação de má conduta científica e auditoria da pesquisa desenvolvida na SBIBAE

- Regras Gerais para a Atividade Médica no Hospital

Tipo Documental
PoliticaAdministrativo
Título Documento
Manual Institucional do Programa de Ética e Compliance

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Atualização de conteúdo.

Rodrigo de Freitas Braga (20/05/2016 02:12:16 PM) - Manual Compliance

Rodrigo de Freitas Braga (20/09/2016 09:09:49 AM) - Manual Compliance

Rodrigo de Freitas Braga (06/04/2018 10:39:27 AM) – OK

Cópia Controlada

Rosemeire da Cunha (21/09/2021 07:54:32 AM) – Não se aplica – Processo permanece o mesmo.

Diretoria AUDITORIA GESTAO DE RISCO E COMPLIANCE		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.338.4	Versão 4	Data Criação 20/05/2016	Data Revisão 21/09/2021
Elaborador Rafael Ribeiro de Oliveira	Revisor Rosemeire da Cunha	Parecerista	Aprovado por Vanessa Queiroz Torres | Viviane Souza Miranda	Data Aprovação 21/09/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

1. INTRODUÇÃO

A Gestão de Riscos Corporativos é um instrumento de controle interno da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBHAE) que permite a identificação e administração dos riscos que impactam a Organização e tem como objetivo a criação e proteção de valor incentivando o tratamento adequado dos riscos, de forma a melhorar a capacidade de construir valor, proporcionando serviços mais efetivos, eficientes e eficazes.

Entende-se por risco a possibilidade de que um evento ocorra e afete desfavoravelmente a realização dos objetivos das organizações. A adoção de práticas para gerenciamento de riscos pode trazer benefícios como melhora da performance, aumento da probabilidade de alcance dos objetivos, melhora na alocação dos recursos, base para a tomada de decisão, melhoria da governança, aumento da confiança das partes interessadas, entre outros.

Visando esses e outros benefícios, bem como para ratificar o compromisso da SBIBHAE com suas partes interessadas, esta Política define os princípios de Gestão de Riscos Corporativos da SBIBHAE e foi desenvolvida para contribuir com o alcance dos objetivos estratégicos, além de estar alinhada às melhores práticas de Gestão de Riscos Corporativos preconizadas pelo *The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* – COSO, *Enterprise Risk Management* – ERM, Norma ABNT NBR ISO 31000:2018 – Gestão de Riscos – Diretrizes e Guia para Gerenciamento de Riscos Corporativos do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa.

Cópia Controlada

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta Política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas à gestão de riscos. Quando não houver neste documento, exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão em relação à melhor forma de agir deve ser orientada pelos seguintes princípios:

Princípio da Prevenção: a gestão de riscos requer ação proativa na antecipação de riscos para tomada de decisão consciente e tratamento adequado alinhados à estratégia da SBIBHAE.

Princípio da Integração: o processo de gestão de riscos é parte integrante de todas as atividades da SBIBHAE. A integração permite que os riscos existentes nas atividades sejam conhecidos e possuam uma adequada resposta para alcance dos objetivos estratégicos estabelecidos.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Princípio da Inclusão: o envolvimento adequado do Gestor do Risco, Especialistas em Gestão de Riscos e demais partes interessadas da SBIBHAE possibilita que informações oportunas, pontos de vistas e conhecimentos distintos sejam considerados na fundamentação dos cenários de riscos e planos de tratamento.

Princípio do Dinamismo: os riscos podem aparecer, mudar ou desaparecer à medida que os contextos interno e externo da SBIBHAE mudem. Todos os envolvidos no processo da gestão de riscos precisam se comprometer em antecipar, detectar, reconhecer e responder a essas mudanças e eventos de uma maneira apropriada e oportuna.

Princípio da Melhoria Contínua: todos os envolvidos no processo de gestão de riscos da SBIBHAE devem se comprometer em melhorar continuamente as atividades desenvolvidas para gestão dos riscos por meio do aprendizado e experiências.

3. OBJETIVO

O objetivo desta Política é estabelecer diretrizes e definir papéis e responsabilidades para gerenciar os riscos corporativos da SBIBHAE de forma eficiente, contribuindo para o alcance dos objetivos estratégicos estabelecidos e respaldando o compromisso da SBIBHAE com suas partes interessadas.

Cópia Controlada

Esta Política não pretende exaurir todos os aspectos de risco e não abrange todos os processos de gerenciamento de riscos da SBIBHAE, demais áreas de segunda linha de defesa poderão ter outras políticas específicas do seu processo que direta ou indiretamente contribuirão para o processo de gestão de riscos corporativos.

4. DEFINIÇÕES

Comitê de Auditoria da Governança: Comitê Institucional composto por representantes do Conselho Fiscal, da Mesa Diretora, da Diretoria Eleita e Superintendência Geral. Seu principal objetivo é assegurar a integração e coordenação das iniciativas dos trabalhos de Auditoria Interna, Gestão de Riscos Corporativos e *Compliance*.

Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance*: diretoria composta pelas gerências de Auditoria Interna, Gestão de Riscos e *Compliance*. Tem como objetivo apoiar os Órgãos de Governança Corporativa da SBIBHAE a garantir a reputação, os recursos, controle e a salvaguarda dos interesses da SBIBHAE, por meio de um bom ambiente de controles internos, de um adequado programa de *Compliance* e de gestão de riscos.

Parte interessada: pessoa ou organização que pode afetar, ser afetada, ou perceber-se afetada por uma decisão ou atividade da SBIBHAE.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

Gestor de risco: colaborador com a responsabilização e autoridade para gerenciar um risco. Basicamente, alguém interessado tanto em resolver um risco quanto posicionado hierarquicamente de forma a ser capaz de fazê-lo. O Gestor do Risco será normalmente um Diretor da SBIBHAE.

Especialistas em riscos: São as áreas e colaboradores que atuam como segunda linha de defesa no controle de riscos e supervisão de conformidade, especializados em determinados tipos de riscos, cujo trabalho, de forma total ou parcial, consista na gestão de riscos em seu âmbito de atuação.

Risco: possibilidade de que um evento ocorra e afete desfavoravelmente a realização dos objetivos. Risco geralmente é expresso em termos de fatores de riscos, potenciais eventos e suas consequências.

Riscos corporativos: todos os riscos que impactam a Organização sejam no nível estratégico, tático ou operacional que gerem impactos relevantes de acordo com os critérios aprovados pelo Comitê de Auditoria da Governança.

Fator de risco: são elementos que, individualmente ou combinados, influenciam na origem e ocorrência do evento de risco.

Cópia Controlada

Evento de risco: pode ser entendido como uma ocorrência ou mudança em um conjunto de circunstâncias. Um evento também pode ser referido como um “incidente” ou “acidente”.

Consequência: resultado de um evento de risco que afeta os objetivos.

Dicionário de riscos: documento de agrupamento e categorização dos riscos corporativos, que facilita a gestão e reporte em nível estratégico para a visão da Governança da SBIBHAE.

Matriz de risco: representação gráfica para classificar, priorizar e apresentar os riscos de forma agrupada em uma matriz formada pelos eixos de probabilidade (eixo horizontal) e impacto (eixo vertical).

Mapa de Riscos: compilação ordenada dos riscos mapeados, bem como demais informações referentes à sua gestão, tais como, mas não limitado a: matriz de risco, categoria e subcategoria de risco, gestor do risco, planos de ação, dentre outros.

Probabilidade: medida de mensuração que estabelece a chance de um evento de risco acontecer.

Impacto: medida de mensuração que se refere à consequência do risco, caso ele venha a ocorrer, ou seja, quais serão os prejuízos ou danos causados caso o risco ocorra de fato.

Nível de risco ou nível de exposição ao risco: é a medida de importância ou significância do risco quanto à sua criticidade, obtido a partir da combinação de dois fatores: probabilidade e impacto.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Apetite a risco: é o nível de exposição a riscos que a Instituição está disposta a aceitar na busca de seus objetivos.

Tolerância a risco: é o grau de variação do apetite a risco que a Instituição está disposta a tolerar.

Controle: qualquer medida tomada destinada a enfrentar os riscos e fornecer segurança razoável de que os objetivos serão alcançados.

Controle preventivo: controle destinado à redução da exposição aos riscos, por meio de atuação sobre os fatores de riscos para prevenir que eventos ocorram.

Controle detectivo: controle destinado a identificar eventos de risco visando iniciar ações corretivas ou contingenciais ou aprimorar barreiras preventivas.

Controle corretivo ou contingencial: controle que atua sobre a consequência do evento com intenção de reduzir o impacto causado.

Risco inerente: é o risco intrínseco do negócio, do processo ou da atividade independente dos controles adotados. É mensurado por probabilidade *versus* impacto antes da ação de controles.

Cópia Controlada

Risco residual: é o risco remanescente após a adoção de medidas de controle do risco. É mensurado por probabilidade *versus* impacto após a ação de controles.

Indicador de risco: medida ao longo do tempo que serve como um alerta inicial para a materialização de possíveis eventos/incidentes futuros com impactos potencialmente adversos e avaliação histórica da evolução do ambiente de controles. Podem utilizar métricas em aspectos quantitativos ou qualitativos.

Plano de ação ou plano de tratamento: planejamento das ações de tratamento, responsáveis e prazos que serão aplicadas sobre os riscos residuais visando redução do seu nível de exposição.

5. APLICABILIDADE

O propósito da gestão de riscos corporativos é a criação e proteção de valor. Desta forma, todos os colaboradores são responsáveis por garantir a gestão dos riscos na SBIBHAE. A presente Política aplica-se a todas as áreas, colaboradores e terceiros que atuam na SBIBHAE.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

6. DESCRIÇÃO

6.1 ESTRUTURA INSTITUCIONAL DE GESTÃO DE RISCOS NA SBIBHAE

A estrutura de gestão de riscos na SBIBHAE segue preceito das 3 linhas de defesa proposto pelo modelo do órgão internacional The Institute of Internal Auditors (IIA), o qual estabelece os papéis e responsabilidades no gerenciamento de riscos dentro da Organização, conforme abaixo:

Figura 1 - Estrutura Institucional de Gestão de Riscos na SBIBHAE

Cópia Controlada

6.2 PROCESSO DE GESTÃO DE RISCOS CORPORATIVOS

O Processo de Gestão de Riscos Corporativos da SBIBHAE segue metodologia baseada, principalmente, na ISO 31000:2018 e visa estabelecer uma plataforma comum para gerir os riscos corporativos em toda a Organização. O processo de gestão de riscos é contínuo e será realizado ao menos anualmente, salvo exceções, com anuência do Comitê de Auditoria da Governança.

A responsabilidade pelo gerenciamento de riscos é compartilhada e permeia todas as áreas, níveis e instâncias da Sociedade.

O processo para gerenciamento dos riscos corporativos consiste nas etapas a seguir conforme ilustrado abaixo:

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

Cópia Controlada

Figura 2 - Processo de Gestão de Riscos

6.2.1 Comunicação e Consulta

A comunicação visa promover a conscientização e o entendimento dos riscos às partes interessadas da SBIBHAE, enquanto a consulta busca obter informações disponíveis, oportunas e claras para auxiliar na tomada de decisão.

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos poderá acionar diferentes instâncias e partes interessadas com o intuito de obter informações que auxiliem no entendimento dos cenários interno e externo e permitir a tomada de decisão sobre a gestão dos riscos da SBIBHAE.

6.2.2 Escopo, Contexto e Critério

A gestão de riscos corporativos é aplicada a toda SBIBHAE considerando o entendimento dos objetivos estratégicos da SBIBHAE, do ambiente em que ela se insere e das inter-relações com suas partes interessadas. Os critérios para a avaliação de riscos serão propostos pela gerência de Gestão de Riscos Corporativos e aprovados pelo Comitê de Auditoria da Governança. Os critérios compostos pelo dicionário de riscos, régua de impactos, régua de probabilidade, régua de avaliação do ambiente de controles e matriz de riscos farão parte dos anexos desta Política e serão atualizados sempre que ocorrerem alterações.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos terá autonomia para modificações pontuais como inclusão e exclusão de subcategorias de riscos no dicionário de riscos corporativos. Demais modificações que alterem o apetite ao risco ou a forma de entendimento dos níveis de riscos, deverão ser aprovadas pelo Comitê de Auditoria da Governança.

Visando padronização e auxílio na tomada de decisão, a matriz de riscos, os níveis e apetite ao risco são de caráter institucional e devem ser adotados em toda a SBIBHAE.

Caso sejam identificadas incompatibilidades na utilização desses critérios, a área responsável deve acionar a gerência de Gestão de Riscos Corporativos para alinhamento.

6.2.3 Identificação de Riscos

A identificação de riscos consiste na capacidade de antecipar os possíveis eventos desfavoráveis, que poderiam afetar a consecução dos objetivos estratégicos da SBIBHAE. Ela deve indicar o evento, fatores de risco e consequências.

Caberá ao gestor de risco discutir com a gerência de Gestão de Riscos Corporativos sempre que identificados novos riscos ou alteração nos riscos já mapeados.

Cópia Controlada

O processo de identificação de riscos corporativos dar-se-á a partir de uma série de atividades executadas na organização, pela percepção dos líderes envolvidos, por mapeamentos de processos realizados pelas áreas especialistas, entre outras fontes de informação.

Visando a padronização do gerenciamento de riscos corporativos, a gerência de Gestão de Riscos Corporativos centralizará a identificação no dicionário de riscos que categoriza os eventos da seguinte forma:

- **Global:** riscos que impactam toda a SBIBHAE pela sua atividade principal, relação com governança ou partes interessadas. Exemplo: Segurança do Paciente, Cliente ou Aluno, Relacionamento com a Governança e Comunidade Judaica, Reputação e Imagem.
- **Estratégico:** riscos decorrentes da falta de capacidade ou habilidade da SBIBHAE em se proteger de eventos negativos ou se adaptar às mudanças desfavoráveis que possam interromper o alcance de objetivos e a execução da estratégia planejada. Exemplo: Planejamento Estratégico, Cenário Econômico, Continuidade de Negócios.
- **Financeiro:** riscos decorrentes de fatores financeiros internos ou externos; ou decorrentes de fatores macro econômicos com potencial de afetar os ativos da SBIBHAE, classificados em riscos de mercado, de liquidez e de crédito. Exemplo: Concentração de Receitas, Cambial, Fluxo de caixa.

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

- **Operacional:** riscos decorrentes da inadequação ou falha dos processos internos, pessoas ou de eventos externos, que possam interromper o alcance dos objetivos relacionados à operação do negócio. Exemplo: Práticas Médicas e Assistenciais, Segurança do Colaborador, Segurança da Informação.
- ***Compliance*:** Riscos decorrentes de atos antiéticos e da inobservância das Leis e Regulamentos. Exemplo: Corrupção, Conflito de Interesses, Leis Trabalhistas.

6.2.4 Análise de Riscos

O propósito da análise de riscos é compreender a natureza do risco, suas características e determinar o nível de risco, fornecendo a base para a avaliação e para as decisões sobre o tratamento de riscos.

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos será responsável pela análise dos riscos corporativos tanto inerentes como residuais com base nos critérios aprovados pelo Comitê de Auditoria da Governança para classificação da probabilidade, impacto e avaliação do ambiente de controles existentes, utilizando-se de informações disponíveis internas e externas, indicadores de riscos, apoio dos especialistas em gerenciamento de riscos da SBIBHAE, apoio da liderança e demais informações que julgar pertinentes.

A partir da classificação de riscos será determinado o nível de risco entre 4 (quatro) níveis: **Crítico, Alto, Médio e Baixo.**

Cópia Controlada

6.2.5 Avaliação de Riscos

A avaliação de riscos envolve comparar o nível de risco obtido na etapa de análise de risco com os critérios adotados de apetite e tolerância, com o propósito de apoiar na tomada de decisão acerca de quais riscos necessitam de tratamento e a prioridade para implementação do tratamento.

Os níveis de riscos residuais devem ser comparados com o apetite e tolerância dos riscos aprovados pelo Comitê de Auditoria da Governança, conforme abaixo:

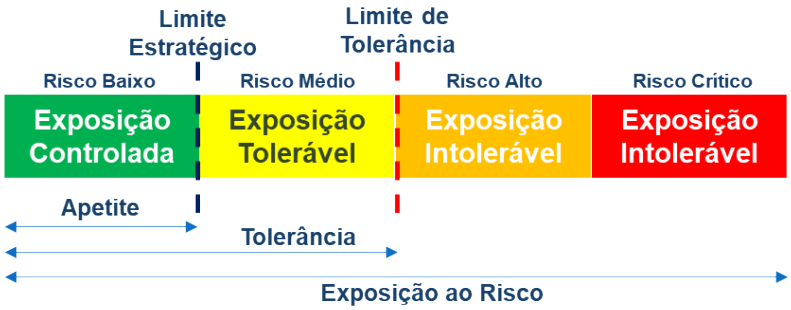


Figura 3 - Níveis de Apetite e Tolerância a Riscos

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

6.2.6 Tratamento de riscos:

O tratamento de riscos envolve a formulação e seleção de opções de tratamento que levem os riscos a um nível aceitável de acordo com o apetite a riscos da SBIBHAE. As opções de tratamento, o planejamento e a implantação dos planos de tratamento são de responsabilidade dos gestores de risco e responsáveis nomeados para implantação das ações. O tratamento de risco consistirá em uma ou na combinação das seguintes opções:

- **Evitar:** descontinuação das atividades que geram os riscos. Evitar riscos pode implicar, por exemplo, a descontinuação de uma linha de produtos/serviços, o declínio da expansão em um novo mercado geográfico ou a venda de uma divisão.

- **Reduzir ou Mitigar:** são adotadas medidas de controle para reduzir a probabilidade e/ou o impacto dos riscos que, após implantadas, deixam o risco dentro dos níveis aceitáveis (médio e baixo). A opção por redução de risco é a opção mais comum na estratégia das Instituições.

- **Compartilhar:** redução da probabilidade e/ou do impacto dos riscos pela transferência ou pelo compartilhamento de parte do risco. As técnicas comuns compreendem a aquisição de seguros, a contratação de *hedge* ou a terceirização de uma atividade.

Cópia Controlada

- **Assumir ou Aceitar:** nenhuma medida é adotada para alterar a probabilidade ou o impacto dos riscos. A aceitação de riscos de nível crítico ou alto deverá ser formalizada por meio de “carta de aceitação de risco” disponibilizada pela gerência de Gestão de Riscos Corporativos e aprovadas conforme diretrizes abaixo.

As definições e priorização de tratamento seguirão as seguintes diretrizes:

Nível de Risco	Critérios para priorização e tratamento de riscos
Crítico	Nível de risco muito além do apetite a risco. Qualquer risco nesse nível deverá ter um plano de tratamento para redução do risco com responsáveis e prazos, bem como **integrarão as metas do BSC dos gestores institucionais de risco** e responsáveis diretos pelas ações. Casos que requeiram **aceitação de riscos** nesse nível, serão levados para **deliberação e aprovação do Comitê de Auditoria da Governança.**
Alto	Nível de risco além do apetite a risco. Qualquer risco nesse nível deverá ter um plano de tratamento para redução do risco com responsáveis e prazos. Casos que requeiram **aceitação de riscos nesse nível**, serão levados para **deliberação e aprovação da Superintendência Geral da SBIBHAE**.
Médio	Nível de risco dentro da tolerância a risco. Nenhuma medida especial é necessária, porém requer atividades de monitoramento específicas e atenção da gerência na manutenção das respostas e controles para manter o risco nesse nível, ou reduzi-lo sem custos adicionais.
Baixo	Nível de risco dentro do apetite a risco, mas é possível que existam oportunidades de maior retorno que podem ser exploradas assumindo-se mais riscos, avaliando a relação custo x benefícios, como diminuir o nível de controles.

Figura 4 - Critérios para priorização e tratamento de riscos

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

O gestor do risco residual classificado como Crítico ou Alto deve desenvolver e implementar um plano de ação, com o objetivo de diminuir, eliminar ou transferir o nível de exposição do risco. Estes planos devem ser formalizados seguindo a metodologia 5W´s e 1H´s (O que? Quem? Quando?, Onde?, Por que?, Como?) e seguir os prazos acordados.

6.2.7 Monitoramento e análise crítica:

O propósito do monitoramento e análise crítica é assegurar e melhorar a qualidade e eficácia da concepção, implantação e resultado do processo de gestão de riscos corporativos.

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos efetuará o acompanhamento dos planos de ação de tratamento de riscos definidos pelos gestores de risco. Caberá ao gestor do risco, ou ponto focal designado por ele, informar à gerência de Gestão de Riscos Corporativos a evolução/acompanhamento dos planos de ação sob sua responsabilidade, até a sua finalização.

Cópia Controlada

As ações só serão consideradas implementadas após análise e validação das evidências pela gerência de Gestão de Riscos Corporativos e as prorrogações de prazos de implantação dos planos de ação só serão aceitas se devidamente justificadas.

Além do acompanhamento dos planos de ação, a gerência de Gestão de Riscos Corporativos efetuará o monitoramento da exposição aos riscos através de indicadores, bem como o resultado do mapeamento de riscos poderá direcionar outras ações de monitoramento por áreas de segundas ou terceiras linhas de defesa como *Compliance* e Auditoria Interna. A diretoria de Auditoria, Riscos e *Compliance* avaliará oportunidades de melhorias no processo de Gestão de Riscos Corporativos periodicamente.

6.2.8 Registro e relato:

A etapa de registro e relato tem por objetivo a formalização e reporte do processo de gestão de riscos para as partes interessadas.

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos efetuará o reporte dos Mapas de Riscos, do status dos planos de ação para tratamento dos riscos e dos seus respectivos indicadores ao Comitê de Auditoria da Governança, Superintendência Geral, Gestores dos Riscos e demais partes interessadas, assim como fará a orientação aos colaboradores sobre o Processo de Gestão de Riscos Corporativos.

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

7. RESPONSABILIDADES

7.1 DO COMITÊ DE AUDITORIA DA GOVERNANÇA

- Aprovar a Política de Gestão de Riscos Corporativos e critérios para avaliação dos riscos corporativos;
- Definir os Gestores de Riscos;
- Deliberar e aprovar aceitação de riscos de nível crítico; e
- Supervisionar os trabalhos de Gestão de Riscos Corporativos.

7.2 DA SUPERINTENDÊNCIA GERAL

- Conhecer, avaliar e tratar os riscos corporativos que lhes afetam;
- Garantir os recursos necessários para os Gestores de Riscos reduzirem os respectivos riscos corporativos; e
- Deliberar e aprovar aceitação de riscos de nível alto.

7.3 DA DIRETORIA DE AUDITORIA, GESTÃO DE RISCOS E COMPLIANCE

Cópia Controlada

A gerência de Gestão de Riscos Corporativos, subordinada à Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance*, coordena e conduz o Processo de Gestão de Riscos Corporativos da SBIBHAE, sendo responsável pelas seguintes atividades:

- Assegurar que o Processo de Gestão de Riscos Corporativos funcione de acordo com a presente Política;
- Definir as metodologias de identificação, análise e avaliação dos riscos corporativos;
- Propor ao Comitê de Auditoria da Governança a definição dos critérios de avaliação de riscos;
- Elaborar e atualizar periodicamente o Mapa de Riscos Corporativos;
- Submeter a indicação dos Gestores de Riscos à aprovação do Comitê de Auditoria da Governança;
- Acompanhar o grau de cumprimento dos planos de ações designados para gerir os riscos;
- Monitorar as exposições dos riscos corporativos;
- Reportar periodicamente o andamento dos trabalhos de Gestão de Riscos Corporativos ao Comitê de Auditoria da Governança; e
- Orientar os colaboradores sobre o processo de Gestão de Riscos Corporativos da SBIBHAE.

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

7.4 DO GESTOR DE RISCO

Para cada risco corporativo deve ser designado um Gestor de Risco que se encarregue de:

- Avaliar alterações nos ambientes externos e internos e relacionar seu impacto nos riscos corporativos sob sua responsabilidade;
- Desenvolver, implementar e manter planos de ação para garantir a mitigação dos riscos corporativos;
- Discutir com a gerência de Gestão de Riscos Corporativos sempre que identificado novos riscos ou alteração nos riscos já mapeados;
- Garantir ambiente de controles efetivo, por meio de abordagens preventivas, detectivas e corretivas/contingenciais; e
- Monitorar com transparência e integridade os indicadores de riscos sob sua responsabilidade.

O Gestor de Risco tem total responsabilidade sobre o risco corporativo e sua gestão, podendo estar fora de seu âmbito de atuação os controles que mitigam tal risco. Neste caso, o papel do Gestor de Risco consiste em identificar o responsável pelos controles e supervisionar, para que estes controles funcionem de forma efetiva.

Cópia Controlada

7.5 DOS ESPECIALISTAS EM GESTÃO DE RISCOS

- Contribuir na avaliação de riscos corporativos e compartilhar, periodicamente ou sempre que acionadas, o resultado de seus trabalhos com a gerência de Gestão de Riscos Corporativos; e
- Alinhar metodologias utilizadas para gerenciamento de riscos com a metodologia institucional e gerência de Gestão de Riscos Corporativos.

São exemplos de áreas que realizam a gestão de riscos em seu âmbito de atuação:

- *Compliance*.
- Segurança Patrimonial.
- Segurança da Informação.
- Saúde e Segurança do Trabalho e Meio Ambiente.
- Qualidade e Segurança.
- Práticas Médicas.

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

- Controladoria.

7.6 DOS DEMAIS COLABORADORES E TERCEIROS QUE ATUAM NA SBIBHAE

- Contribuir com a Gestão de Riscos Corporativos, por meio da identificação de riscos e implantação de controles; e
- Integrar a cultura de riscos dentro da SBIBHAE, incorporando a gestão de riscos às responsabilidades e atividades de trabalho nas suas frentes de atuação.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

Não se aplica.

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Cópia Controlada

Abaixo destacamos os indicadores de desempenho do processo:

#	Indicador	Descrição	Objetivo
1	Nível de Risco	Quantidade de riscos por nível de riscos (Crítico, Alto, Médio e Baixo)	Acompanhar criticidade dos riscos da SBIBHAE.
2	Riscos Priorizados	Quantidade de riscos priorizados para tratamento	Acompanhar criticidade dos riscos da SBIBHAE.
3	Status de Planos de Ação	Quantidade de planos de ação implantados, cancelados e prorrogados.	Monitorar as ações de tratamento dos riscos.
4	Exposição dos riscos	Quantidade de indicadores de risco por risco	Monitorar a exposição dos riscos por meio de indicadores.
5	Efetividade do tratamento de riscos	Quantidade de riscos que baixaram de nível	Avaliar efetividade das ações de tratamento de riscos.

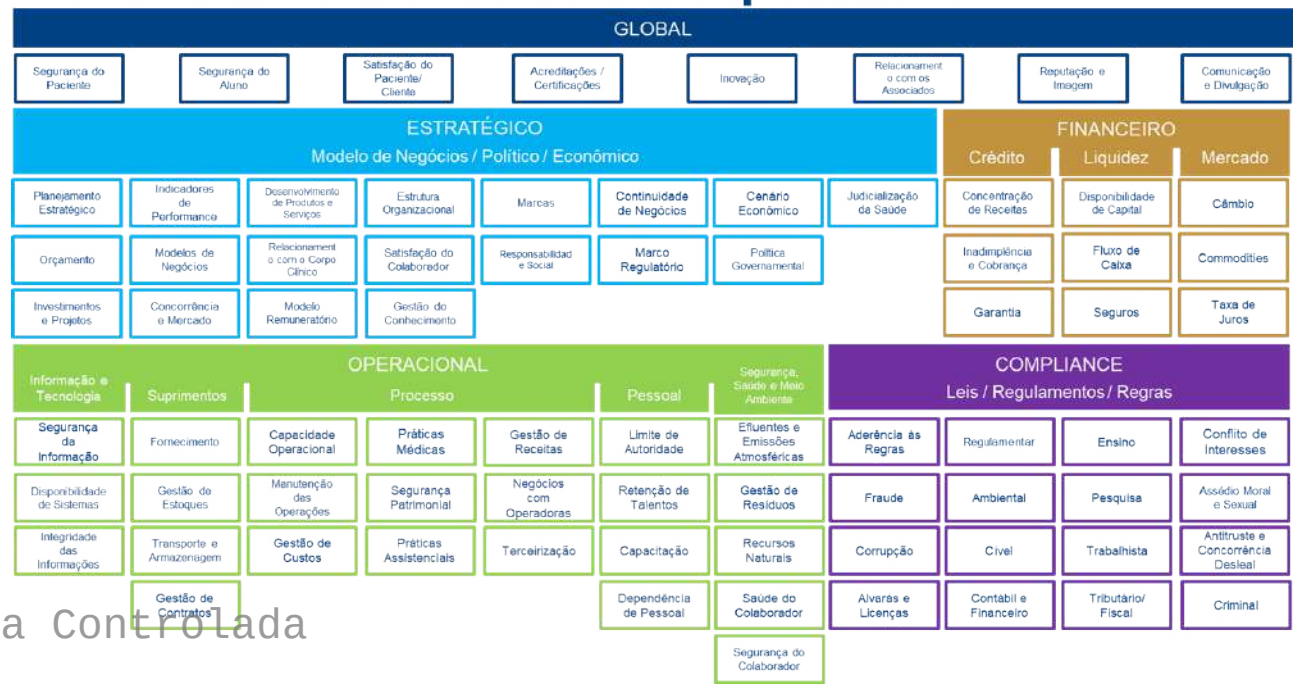
Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

11. ANEXOS

Dicionário de Riscos Corporativos



Cópia Controlada

Régua de Impacto (1/2)

Para cada risco identificado, os impactos devem ser avaliados conforme a régua abaixo:

Impacto	Financeiro	Segurança do Paciente	Segurança e Saúde do Colaborador	Imagem / Reputação	Peso	Impacto Final
Muito Grave / Catastrófico	> 40% do resultado* (> R$ 100 MM)	Dano permanente ou morte evitável. Ex: Amputação de membro incorreto e/ou evento com evolução ao óbito.	Lesões ou doenças ocupacionais que resultem em sequelas irreversíveis (como amputação de membro, perda auditiva, perda da capacidade funcional de um membro). Ou ainda, óbitos decorrentes por lesões ou doenças ocupacionais.	Impacto com repercussão catastrófica na imagem da SBIBAE. Exposição significativa por um período considerável, havendo interesse externo e/ou sem opções de curto e médio prazo para remediação das consequências.	5	A pior das dimensões anteriores
Grave	>10% ≤ 40% do resultado* (> R$25 MM ≤ R$100 MM)	Dano temporário com necessidade do aumento de intervenção e/ou escalonamento de recursos para suporte/manutenção a vida do paciente.	Lesões, doenças ocupacionais ou perturbações funcionais, classificadas como afastamento do trabalho acima de 15 dias para recuperação da capacidade laboral.	Impacto com grande repercussão na imagem da SBIBAE. Exposição significativa por um período considerável, havendo interesse externo, independente das opções para remediação das consequências.	4	
Moderado	> 2% ≤ 10% do resultado* (> R$ 5MM ≤ R$ 25 MM)	Dano temporário sem necessidade de escalonamento de suporte/manutenção a vida do paciente.	Lesões, doenças ocupacionais ou perturbações funcionais, classificadas como tratamento médico, com necessidade de uma avaliação médica mais criteriosa porém, que pode envolver um período de atividades compatíveis de até 15 dias para total recuperação da capacidade laboral. Ou ainda, necessidade de afastamento do trabalho por até 15 dias.	Impacto com repercussão relevante na imagem da SBIBAE. O impacto vai além das partes envolvidas provocando a exposição por um curto período, mas com alternativas de remediação das consequências.	3	
Leve	> 0,4% ≤ 2% do resultado* (> R$ 1MM ≤ R$ 5 MM)	Dano temporário sem necessidade de intervenção.	Lesões classificadas como primeiro atendimento e retorno imediato às suas atividades. Sem doenças ocupacionais envolvidas.	Impacto baixo na imagem da SBIBAE, com repercussão perante stakeholders com rápida remediação de possíveis consequências.	2	
Muito Leve / Ausente	≤ 0,4% do resultado* (≤ R$ 1MM)	Não há dano e sem necessidade de intervenção.	Sem lesões ou doenças ocupacionais	Não há dano momentâneo na imagem, sem necessidade de medidas imediatas de remediação, apenas monitoramento.	1	

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

Régua de Impacto (2/2)

Para cada risco identificado, os impactos devem ser avaliados conforme a régua abaixo:

Impacto	Operacional	Legal e Regulatório	Ambiental	Peso	Impacto Final
Muito Grave / Catastrófico	Paralisação de processos e/ou sistemas e/ou pessoas e/ou serviços críticos/core da Sociedade sem opções, de curto e médio prazo, para remediação das consequências.	Instauração de inquérito ou processos contra a SBIBAE, com potencial responsabilização civil e criminal dos Executivos e/ou Alta Administração.	Efeito ambiental com perda de biodiversidade e impactos sociais importantes. Ex.: Derramamento de óleo que ocasione contaminação de corpos de água que afetem o abastecimento da comunidade	5	A pior das dimensões anteriores
Grave	Paralisação de processos e/ou sistemas e/ou pessoas e/ou serviços críticos/core da Sociedade com difíceis opções para remediação das consequências no curto prazo.	Autuações ou processos contra a SBIBAE com difíceis opções para remediação das consequências.	Efeito ambiental significativo. Pode ser reparado de forma parcial em médio e longo prazo com o emprego de tecnologias específicas. Ex.: Derramamento de óleo que ocasione contaminação com reparação parcial à médio e longo prazo.	4	
Moderado	Paralisação de processos e/ou sistemas e/ou pessoas e/ou serviços de apoio que interfiram parcialmente nas atividades críticas/core da Sociedade, com opções para remediação das consequências.	Autuações ou processos contra a SBIBAE com opções para remediação das consequências.	Efeito ambiental de média proporções, reparável e com a possibilidade de devolver as características originais ao meio ambiente. Ex.: Derramamento de óleo de médias proporções podendo ser reparado em curto prazo	3	
Leve	Paralisação de processos e/ou sistemas e/ou pessoas e/ou serviços de áreas que não interfiram nas atividades críticas/core da Sociedade.	Notificações administrativas e/ou processos solucionáveis.	Efeito ambiental de baixas proporções facilmente reparável. Ex.: Pequeno derramamento de óleo com contato com o solo, mas há possibilidade de reparação imediata.	2	
Muito Leve / Ausente	Não há paralisação de processos e/ou sistemas e/ou pessoas e/ou serviços.	Nenhum impacto legal e regulatório.	Sem dano ambiental. Ex.:Derramamento de óleo que não tenha entrado em contato com a rede de esgoto, rede pluvial e/ou solo.	1	

Cópia Controlada

Régua de Probabilidade

Para cada risco identificado, a probabilidade de ocorrência dos eventos deve ser avaliada conforme a régua abaixo:

Descrição	Descrição da Ocorrência	Peso
Quase certa	Praticamente certa. De forma inequívoca, o evento ocorrerá nos próximos 3 meses, as circunstâncias indicam claramente essa possibilidade.	5
Provável	Provável. De forma até esperada, o evento poderá ocorrer nos próximos 6 meses, pois as circunstâncias indicam fortemente essa possibilidade.	4
Possível	Possível. De alguma forma, o evento poderá ocorrer no próximo 1 ano, pois as circunstâncias indicam moderadamente essa possibilidade.	3
Improvável	Improvável. Em situações excepcionais, o evento poderá até ocorrer nos próximos 2 anos, mas nada nas circunstâncias indica essa possibilidade.	2
Rara	Rara. De forma inesperada ou casual, o evento poderá ocorrer nos próximos 5 anos, pois as circunstâncias pouco indicam essa possibilidade.	1

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

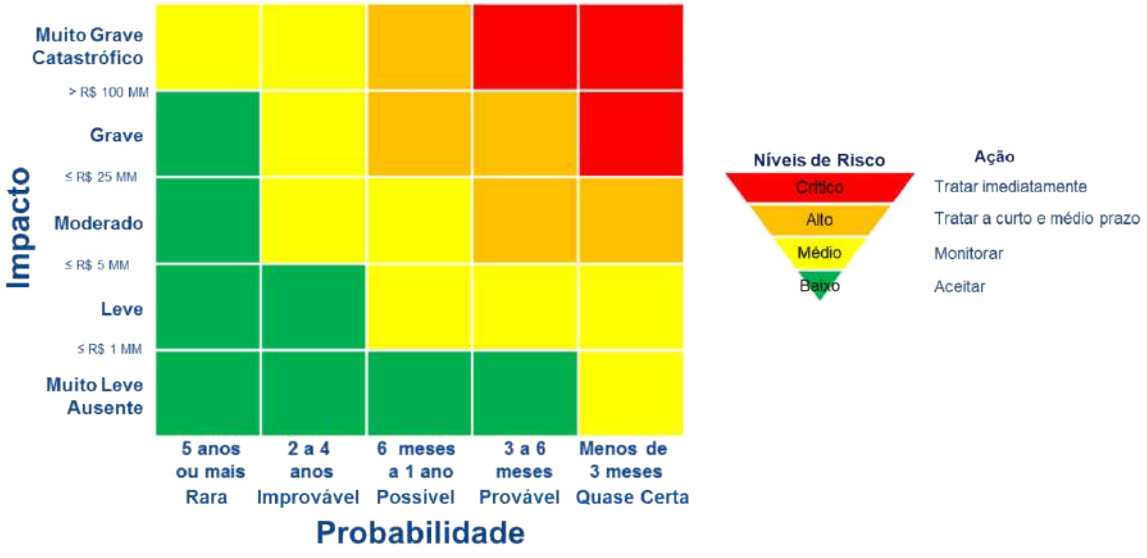
Avaliação Ambiente de Controle

Para cada risco identificado, o ambiente de controle deve ser avaliado conforme a régua abaixo:

Nível de Confiança (NC)	Avaliação do Desenho e Implementação dos Controles	Peso
Ausente / Ineficaz NC = 0%	Nenhum controle ou controle ineficaz. Alta chance de falha na prevenção dos riscos e/ou na resposta do controle. Controles não reduzem o risco.	1,0
Fraco NC = 20%	Poucos controles ou controles mal desenhados, aplicados caso a caso e dependentes do conhecimento do responsável pela execução. É provável que ocorram falhas do controle na mitigação dos riscos. Controles podem reduzir de 1% a 20% do risco.	0,8
Mediano NC = 40%	Controles implementados que mitigam alguns aspectos do risco, mas não contemplam todos os aspectos relevantes, sendo necessárias ações de melhorias nos tratamentos do risco. É possível que ocorram falhas do controle na mitigação dos riscos. Controles podem reduzir de 21% a 40% do risco.	0,6
Satisfatório NC = 60%	Controles implementados e sustentados por ferramentas adequadas e, embora passíveis de aperfeiçoamento, mitigam o risco satisfatoriamente. É improvável que ocorram falhas do controle na mitigação dos riscos. Controles podem reduzir de 41% a 60% do risco.	0,4
Forte NC = 80%	Controles implementados e que podem ser considerados a "melhor prática", mitigando todos os aspectos relevantes do risco. As falhas do controle são raras e/ou nunca ocorreram. Controles podem reduzir até 80% do risco.	0,2

Cópia Controlada

Matriz de Riscos



Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABNT NBR ISO 31000:2018 – Gestão de riscos – Diretrizes.
- COSO. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Enterprise Risk Management - Integrated Framework, 2004.
- COSO. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Enterprise Risk Management - Integrating with Strategy and Performance, 2017.
- Guia de Orientação para Gerenciamento de Riscos Corporativos - Instituto Brasileiro de Governança Corporativa, 2017.
- Modelo das Três Linhas do IIA – The Institute of Internal Auditors, 2020.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

Cópia Controlada

Leonardo Silva Delfino - 20/09/2022 - 09:49
Atualização da metodologia de avaliação de riscos e inclusão dos critérios para avaliação (réguas de impacto, probabilidade, avaliação do ambiente de controle e matriz de riscos).

Versão: 4 - Elaborado em: 20/09/2022 09:49:46 - Aprovado em: 21/09/2022 18:05:13

Título: #Título#

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.3 Monitoramento da Integridade > 1.3.01 Gestão de Riscos

Data	Evento de assinatura	Usuário
15/10/2015 00:00:00	Criado por	DM User
20/09/2022 09:49:46	Atualizado por	Leonardo Silva Delfino
21/09/2022 11:37:22	Aprovado por	Viviane Souza Miranda
21/09/2022 18:04:40	Aprovado por	Henrique Sutton de Sousa Neves

Cópia Controlada

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

1. Protocolo de profilaxia de Tromboembolismo Venoso
2. Protocolo Gerenciado de Sepse e Choque Séptico no Paciente Adulto
3. Rotina de Cirurgia Segura - Checklist
4. Código Azul - Pacientes Adultos
5. Código Amarelo Adulto - Atendimento de Emergências, Urgências, Intercorrências e Avaliações Médicas
6. Dor Torácica
7. Protocolo Gerenciado de Infarto Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST
8. Diretriz de Acidente Vascular Cerebral
9. Diagnóstico e Tratamento da Hiperglicemia e Hipoglicemia nos Internados.
10. Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Cardiovasculares ("Não Neurológicos")
11. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão
12. Protocolo para Prevenção de Quedas - Pacientes Externos
13. Protocolo para Prevenção de Quedas - Pacientes Internos
14. Identificação do Paciente
15. Diretriz para a prevenção da infecção do trato urinário (ITU) associada à sonda vesical de demora (SVD)
16. Diretrizes para a prevenção da infecção da corrente sangüínea relacionada ao uso de cateter venoso central
17. Diretrizes para prevenção e controle de infecção de sítio cirúrgico
18. Diretrizes sobre Tratamento de Infecções Fúngicas
19. Isolamentos e precauções em doenças transmissíveis
20. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares
21. Triagem no Pronto Socorro
22. Medicamentos de alta vigilância

Protocolo de profilaxia de Tromboembolismo Venoso

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO

O protocolo de Tromboembolismo Venoso (TEV) está indicado a todos os pacientes clínicos, cirúrgicos, cirúrgicos ortopédicos e obstétricos (gestantes e puérperas) ≥ 18 anos internados no HUGO.

APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

O protocolo deverá ser aplicado a todos os pacientes clínicos, cirúrgicos, cirúrgicos ortopédicos e obstétricos (gestantes e puérperas) ≥ 18 anos.

Pacientes Clínicos*: pacientes ≥ 18 anos que internarem no HUGO para tratamento clínico (permanecerão clínicos até o momento da alta hospitalar). A primeira avaliação deverá ser realizada pela equipe médica nas primeiras 24h da internação e as reavaliações deverão ser realizadas pelo enfermeiro a cada 48 horas, alterações do quadro clínico e transferência entre alas. Se durante a reavaliação ocorrer alguma alteração da classificação do risco, o enfermeiro deverá encaminhar o protocolo via sistema (Suporte a Decisão), para a equipe médica realize a reavaliação desse paciente para poder adequar a prescrição médica.

Pacientes Cirúrgicos: pacientes ≥ 18 anos que internarem no HUGO para realizar qualquer procedimento cirúrgico (permanecerão cirúrgicos até o momento da alta hospitalar). Estes deverão ser avaliados pela equipe cirúrgica (cirurgião e/ou anestesiologista) após o término do procedimento cirúrgico e as reavaliações deverão ser realizadas pelo enfermeiro a cada 48 horas, alterações do quadro clínico e transferência entre alas. Se durante a reavaliação ocorrer alguma alteração da classificação do risco, o enfermeiro deverá encaminhar o protocolo via sistema (Suporte a Decisão), para a equipe médica realizar a reavaliação desse paciente e poder adequar a prescrição médica.

Pacientes ortopédicos cirúrgicos: pacientes ≥ 18 anos que internarem no HUGO para realizar qualquer procedimento cirúrgico ortopédico (permanecerão cirúrgicos ortopédicos até o momento da alta hospitalar). Estes deverão ser avaliados pela equipe cirúrgica (cirurgião e/ou anestesiologista) após o término do procedimento cirúrgico e as reavaliações deverão ser realizadas pelo enfermeiro a cada 48 horas, alterações do quadro clínico e transferência entre alas. Se durante a reavaliação ocorrer alguma alteração da classificação do risco, o enfermeiro deverá encaminhar o protocolo via sistema (Suporte a Decisão), para a equipe médica realizar a reavaliação desse paciente e poder adequar a prescrição médica.

Todas as reavaliações deverão ser realizadas pelo enfermeiro a cada 48 horas, alterações do quadro clínico e transferência entre alas Se durante a reavaliação ocorrer alguma alteração da classificação do risco, o enfermeiro deverá encaminhar o protocolo via sistema (Suporte a

Decisão), para a equipe médica realizar a reavaliação desse paciente e poder adequar a prescrição médica.

*Caso um paciente ≥ 18 anos interne no HUGO para tratamento clínico e durante a internação haja a necessidade de intervenção cirúrgica, este passará a ser cirúrgico no dia da cirurgia e permanecerá cirúrgico até o momento da alta hospitalar.

*O protocolo de Tromboembolismo Venoso (TEV) não é aplicável a pacientes externos e pacientes internados no HMAP com idade < 18 anos.

INTRODUÇÃO

I. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO TROMBÓTICO E HEMORRÁGICO

O tromboembolismo venoso (TEV) é comum em pacientes internados, sendo que sua complicação mais frequente, a embolia pulmonar, apresenta elevadas taxas de morbimortalidade.

A prevenção farmacológica e não farmacológica do TEV pode ser facilmente aplicada desde que observados os critérios de sua indicação, que são baseados no risco trombótico estimado do paciente (ver recomendações específicas (fluxograma na figura 1)).

Todos os pacientes internados devem ser submetidos a essa avaliação de risco (Tabelas 1 e 2), com exceção dos ortopédicos cirúrgicos e obstétricos que tem acesso direto a conduta (Tabelas 3 e 4) sem necessidade de aplicação dos escores de risco.

O risco hemorrágico é inerente à profilaxia farmacológica do TEV. A avaliação do risco hemorrágico deve ser individualizada para cada paciente, conjuntamente com a equipe assistencial. As tabelas 5 e 6 exibem critérios de auxílio à decisão. Em pacientes com alto risco hemorrágico, as medidas não farmacológicas devem ser enfatizadas.

II. PROFILAXIA FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA

A profilaxia farmacológica se baseia em uma das seguintes opções: Enoxaparina, Heparina não fracionada (Nível de evidência 1B), em virtude da facilidade posológica e ampla experiência, a Enoxaparina é a medicação preferencial na instituição. O Fondaparinux é uma opção de segunda linha para pacientes clínicos e ortopédicos e apresenta menor risco de plaquetopenia. A Rivaroxabana é uma opção de segunda linha para pacientes ortopédicos, com a vantagem de ter administração oral. Todos os fármacos, doses e precauções encontram-se na tabela 7.

A profilaxia não farmacológica deve ser amplamente utilizada nos pacientes de moderado a alto risco de trombose. Nos pacientes de baixo risco deve ser individualizada conforme a avaliação da equipe assistencial. Ela deve ser feita com meias elásticas, deambulação precoce ou exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia. A compressão pneumática intermitente

deve ser individualizada e aplicável conforme indicações (Ver suas indicações na tabela 8; nível de evidência 2C).

ALERTAS:

Pacientes em uso vigente de Warfarina com TP/INR > 1,8 ou anticoagulante moderno (Rivaroxabana, Apixabana, Dabigatrana, Edoxabana) não devem receber profilaxia farmacológica inicialmente. Iniciar profilaxia medicamentosa para TEV se os anticoagulantes forem interrompidos e o TP/INR estiver < 1,8.
Pacientes em uso de AAS devem receber as mesmas medidas preventivas em relação a todos os pacientes.

III. RECOMENDAÇÕES NOS GRUPOS ESPECÍFICOS

IIIa. PACIENTES CLÍNICOS

Baixo risco de TEV: não recomendado o uso de profilaxia farmacológica. O uso de profilaxia não farmacológica (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na tabela 8) é recomendada para todos os pacientes, e pode ser utilizada de acordo com a avaliação equipe assistencial.

Alto risco de TEV: recomendado tromboprofilaxia com Enoxaparina ou Heparina não fracionada (escolher apenas uma medicação), associados à profilaxia não farmacológica (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na tabela 8).
Para pacientes clínicos hospitalizados com indicação para tromboprofilaxia, não sugerimos a prorrogação da duração de tromboprofilaxia para além do período de imobilização do paciente ou da internação.

IIIb. PACIENTES CIRÚRGICOS

No pós-operatório imediato, o momento de iniciar a profilaxia medicamentosa deve ser determinado em conjunto com a equipe cirúrgica, pois depende do tipo de cirurgia e do cenário de hemostasia intraoperatório. A profilaxia não farmacológica deve ser iniciada no pós-operatório imediato para todos os pacientes (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e

passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na tabela 8).

Muito Baixo ou Baixo risco de TEV (<1,5%, escore de Caprini 1 - 2 pontos): utilizar apenas profilaxia não farmacológica (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na tabela 8).

Moderado Risco de TEV (3.0%, escore de Caprini 3-4 pontos) e que não apresentam alto risco de sangramento: a conduta nesse grupo deve ser individualizada a critério da equipe cirúrgica, pois este grupo tem risco/benefício heterogêneo (considerar fatores como tempo acamado, imobilidade, local da cirurgia, hemostasia). Se optado por utilizar fármacos, iniciar Enoxaparina ou Heparina não fracionada assim que liberado pela equipe cirúrgica de acordo com a hemostasia (Nível de evidência 2B).

Alto Risco de TEV (6.0%, escore de Caprini ≥ 5 pontos) e que não apresentam alto risco de sangramento, utilizar profilaxia farmacológica assim que liberado pela equipe cirúrgica (ver hemostasia) associado à profilaxia não farmacológica incluindo compressão pneumática intermitente (Nível de evidência 2C). Alto risco de TEV (6.0%, escore de Caprini ≥ 5 pontos) submetidos a cirurgias de ressecção de neoplasia maligna e que não apresentam alto risco de sangramento, prolongar a profilaxia com Enoxaparina por quatro semanas após a cirurgia (Nível de evidência 1B).

Cirurgias Cardíacas: Para pacientes submetidos a cirurgias cardíacas sem complicações pós-operatórias, utilizar preferencialmente profilaxia não farmacológica (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na tabela 8) na fase aguda. Após a fase aguda, considerar terapêutica farmacológica se ainda presente alto risco trombótico.

Craniotomia e Cirurgias de Coluna/Medula: Utilizar profilaxia não farmacológica (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na tabela 8). Para pacientes com alto risco de TEV, considerar profilaxia farmacológica junto à equipe assistencial, assim que seja garantida a hemostasia adequada.

IIIc. PACIENTES CIRÚRGICOS ORTOPÉDICOS

Após cirurgia ortopédica de grande porte em membros inferiores (Artroplastia de quadril, Artroplastia de joelho, Fratura de quadril) ou em outras cirurgias ortopédicas com impacto importante na mobilidade devido à própria cirurgia e/ou comorbidades (alto risco conforme score de Padua,) é recomendado iniciar o anticoagulante em 12 horas do final do ato cirúrgico (Nível

de evidência 1B) em associação às medidas não farmacológicas (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na tabela 8).
Escolher uma das seguintes profilaxias farmacológicas: Enoxaparina e Heparina não fracionada. Rivaroxabana oral é uma opção como segunda linha, que deve ser usada a critério da equipe assistencial, considerando que não foi adequadamente testada em cirurgias de quadril, só podendo ser utilizada em cirurgias não traumáticas e não apresenta disponível um antídoto específico (Nível de evidência 1B).
Após artroplastia de membros inferiores eletiva, o anticoagulante deve ser mantido por um período mínimo de 10-14 dias para todos os pacientes, com aconselhável extensão até 35 dias em pacientes com risco maior de trombose (prótese de quadril, imobilidade mantida após 15 dias, trombofilia ou antecedente de trombose; Nível de evidência 2B).
Em procedimentos ortopédicos com menor risco de TEV com baixo impacto na mobilidade do paciente não há benefício estabelecido na literatura de profilaxia farmacológica (Nível de evidência 2B). Considerar sua utilização a critério da equipe assistencial, com base no status motor/ mobilidade no pós-operatório.

IIId. PACIENTES OBSTÉTRICOS (GESTANTES E PUÉRPERAS)
Para este público, a indicação da profilaxia farmacológica está vinculada a fatores de risco pré-existentes para TEV. Ao identificar um fator de risco, é necessário verificar se a profilaxia farmacológica está ou não recomendada, na dependência da condição clínica da paciente (gestante ou puérpera). Estando recomendada a profilaxia farmacológica, pode-se optar pela Enoxaparina ou Heparina não fracionada.
A profilaxia não farmacológica está indicada a todas as pacientes, podendo ser: meias elásticas, deambulação precoce (caso indicado), exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente (ver suas indicações na tabela 8).

IV. NIVEL DE EVIDENCIA
Sugere-se utilizar a seguinte metodologia:
Padronização dos critérios para classificação da evidência, usando-se números de (1 a 7) para determinar o nível de evidência e letras (A, B e C) para o grau de recomendação (adaptados de Atallah 2003 e Phillips 2005). Nível de evidência referindo-se então a qualidade da informação e grau de recomendação às conclusões da pesquisa.
Quadro 1: Níveis de Evidência
1) Revisão Sistemática

2) Ensaio Clínico Randomizado
3) Coorte
4) Caso-controle
5) Serie de casos
6) Opinião de especialistas
7) Estudos pré-clínicos (animais/in-vitro)

Quadro 2: Graus de recomendação
A) Resultado recomenda a intervenção
B) Resultado não é conclusivo – não é suficiente para confirmar a hipótese
C) Resultado contraindica a intervenção

FLUXOS
Não há
GERENCIAMENTO
Este protocolo é gerenciado de forma trimestral através de auditorias utilizando a metodologia Endorse, (corte transversal durante um dia de internação onde são avaliados 100% dos pacientes internados ≥ 18 anos com tempo de internação superior a 24 horas, para verificar se os pacientes estão ou não recebendo a profilaxia conforme preconizado no protocolo).

INDICADOR INSTITUCIONAL
Taxa de Adesão à Profilaxia de Tromboembolismo Venoso (TEV) = total de pacientes com profilaxia adequada (segundo critérios do protocolo) x 100 / total de pacientes elegíveis ao risco de TEV (segundo os critérios de inclusão do protocolo).

Total de pacientes com profilaxia adequada (segundo critérios do protocolo) x100
Total de pacientes elegíveis ao risco de TEV (segundo os critérios de inclusão do protocolo).
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
1: Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Gutterman DD, Schuünemann HJ; American College of Chest Physicians Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis Panel. Executive summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):7S-47S.
2: Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, Prandoni P, Bounameaux H, Goldhaber SZ, Nelson ME, Wells PS, Gould MK, Dentali F, Crowther M, Kahn SR; American College of Chest Physicians. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis,

9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):e419S-94S.

3: Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, Mayr M, Jaffer AK, Eckman MH, Dunn AS, Kunz R; American College of Chest Physicians. Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):e326S-50S.

4: Falck-Ytter Y, Francis CW, Johanson NA, Curley C, Dahl OE, Schulman S, Ortel TL, Pauker SG, Colwell CW Jr; American College of Chest Physicians. Prevention of VTE in orthopedic surgery patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):e278S-325S.

5: Gould MK, Garcia DA, Wren SM, Karanicolas PJ, Arcelus JI, Heit JA, Samama CM; American College of Chest Physicians. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest.2012 Feb;141(2 Suppl):e227S-77S. doi: 10.1378/chest.11-2297. Erratum in: Chest. 2012 May;141(5):1369.

6. Barbar S, Noventa F, Rossetto V, Ferrari A, Brandolin B, Perlati M, De Bon E, Tormene D, Pagnan A, Prandoni P. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: The padua prediction score. Journal of thrombosis and haemostasis : JTH. 2010;8:2450-2457

7. Caprini JA. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care. Disease-a-month : DM. 2005;51:70-78

8. Rodger M. Pregnancy and venous thromboembolism: 'TIPPS' for risk stratification. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2014 Dec 5;2014(1):387-92. doi: 10.1182/asheducation-2014.1.387. Epub 2014 Nov

Protocolo Gerenciado de Sepse e Choque Séptico no Paciente Adulto

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO

1. Escopo

Essa diretriz é destinada a pacientes com idade acima de 18 anos, com presença de sepse suspeita ou confirmada decorrente de uma infecção clinicamente relevante, atendidos nos diversos setores envolvidos no cuidado e na experiência do paciente no HUGO

2. DESTAQUES E FLUXOGRAMAS

A sepse é definida pela presença de uma disfunção orgânica ameaçadora a vida, devido uma resposta desregulada do organismo à infecção;

☐ Todos os pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escore qSOFA positivo ou suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do Pacote SEPSE e inicio do PACOTE DE 1a HORA;

☐ No PACOTE DE 1a HORA, deve-se garantir a coleta de lactato sérico, coleta de culturas e início de antibiótico endovenoso apropriado dentro de 1 hora. Os pacientes que apresentem hipotensão arterial ou hipoperfusão tecidual (lactato sérico maior que 36 mg/dL), devem receber expansão volêmica inicial com, no mínimo, 1000 ml de cristaloides (preferencialmente soro Ringer lactato) em 1 hora;

☐ As evidências atuais apontam para redução das taxas de mortalidade hospitalar quanto mais precocemente for realizado o início da antibioticoterapia, a coleta de culturas e do lactato sérico;

☐ Os pacientes que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada após a expansão volêmica inicial ou lactato inicial maior ou igual a 36 mg/dL, devem ser conduzidos dentro do PACOTE DE 6 HORAS.

3. Determinantes da doença

A sepse é uma síndrome clinica desenvolvida a partir da interação entre fatores do patógeno e do hospedeiro (como idade, sexo, comorbidades e fatores ambientais), levando a uma nova disfunção orgânica decorrente de uma resposta desregulada do organismo a infecção [1].

A disfunção orgânica induzida pela sepse também pode ser oculta, principalmente na presença de alguns fatores de risco, como uso de quimioterapia, pacientes imunossuprimidos ou com hepatopatia grave.

4. Apresentação clinica e achados físicos

Os critérios de síndrome de resposta inflamatória sistêmica não devem ser utilizados para identificar pacientes com sepse, devido sua baixa sensibilidade e especificidade [1]. Assim, para adequada identificação dos pacientes com suspeita de sepse, deve-se atentar para a presença de sinais e sintomas que possam sugerir a presença de uma disfunção orgânica nova. Dessa forma, destaca-se a seguinte definição:

Suspeita clínica de sepse: pacientes com infecção presumida ou confirmada com sinais clínicos de disfunção orgânica nova, como hipotensão arterial, saturação de oxigênio baixa pela oximetria de pulso, dispneia com aumento da necessidade de oxigênio/suporte respiratório, alteração do nível de consciência ou oligúria [5].

Adicionalmente, a presença de alguns sinais clínicos pode auxiliar na identificação dos pacientes com infecção com maior risco de gravidade clínica. Com esse objetivo, recomenda-se utilizar o escore quick-SOFA (qSOFA) como ferramenta de rastreamento para identificar os pacientes que apresentam risco elevado de apresentar desfechos clínicos desfavoráveis [1]. O escore qSOFA é considerado positivo quando o paciente apresenta pelo menos dois dos seguintes critérios clínicos:

- ☐ Frequência respiratória maior ou igual a 22 incursões por minuto;
- ☐ Alteração do nível de consciência (escore segundo a Escala de Coma de Glasgow inferior a 15);
- ☐ Pressão arterial sistólica menor ou igual a 100mmHg.

5. Diagnóstico

Todos os pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escore qSOFA positivo ou suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do PACOTE SEPSE para diagnóstico de sepse.
Os exames do PACOTE SEPSE são:

☐ Gasometria (arterial ou venoso), Lactato (arterial ou venoso), glicose, Sódio, Potássio, Cálcio Iônico;

☐ Hemograma Completo (incluído plaquetas);

☐ Uréia e Creatinina;

☐ Bilirrubinas totais e frações (BTF);

☐ RNI;

☐ Culturas apropriadas (incluindo 2 pares de hemocultura)

Atualmente, a sepse é definida pela presença de uma infecção associada a uma disfunção orgânica nova, que é determinada pelo aumento maior ou igual a 2 pontos do escore total do SOFA basal do paciente (Sequential Organ Failure Assessment) (Tabela 1) [1].

Para o diagnóstico de choque séptico, utiliza-se como critério a presença de hipotensão arterial com necessidade de vasopressor para manter a pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e lactato sérico acima de 18 mg/dL, após ressuscitação volêmica adequada [1].

Tabela 1. Escore SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

Observações:

1. Deve-se considerar o SOFA basal do paciente como zero nos casos de disfunção orgânica prévia não conhecida.
2. Em casos de disfunção orgânica ambulatorial (por exemplo, doença renal crônica não dialítica) deve-se considerar o aumento de pelo menos 2 pontos para o diagnóstico de sepse, na presença de infecção.

6. Escore de gravidade e indicações de internação

6.1 Escore de gravidade

Os pacientes com suspeita de sepse com escore qSOFA positivo apresentam maior probabilidade de apresentar desfechos clínicos desfavoráveis, como maior tempo de internação na UTI e mortalidade hospitalar. O subgrupo de pacientes com sepse que evoluem com choque séptico ou hiperlactatemia também apresentam maior probabilidade de mortalidade hospitalar [1].

6.2 Indicação de internação

Atualmente, entende-se que a sepse é uma condição grave, caracterizada pela presença de ao menos uma disfunção orgânica potencialmente fatal decorrente de um quadro infeccioso, com necessidade de internação hospitalar.
Assim, para adequada alocação e fluxo de pacientes com sepse no HUGO, deve-se atentar para os critérios de admissão na Unidade de Internação e na UTI:
Unidade de Terapia Intensiva:

Critérios de admissão na UTI:

☐ Pacientes com sepse com hipotensão arterial, necessidade de vasopressor ou valores de lactato maior ou igual a 36mg/dl;
☐ Pacientes com sepse e disfunção respiratória com necessidade de ventilação mecânica não-invasiva ou invasiva;
☐ Pacientes com sepse com outras indicações de UTI contempladas na politica institucional de admissão em UTI:
☐ Pacientes com suspeita de infecção e presença de escore qSOFA positivo;
☐ Pacientes com sepse que revertem parcialmente à disfunção orgânica após tratamento inicial (pacote de 1 hora).
☐ Pacientes com sepse que não apresentem os critérios acima para internação na UTI, porém que se julgue apresentar alto risco de deterioração clínica subsequente, conforme discussão com equipe médica titular e/ou médico do Código Amarelo.

Unidade de Internação:

Critérios de admissão na Unidade de Internação:
☐ Pacientes com sepse que revertem a disfunção orgânica após tratamento inicial (pacote de 6).

7. Tratamento

Nos casos de pacientes com suspeita de infecção e qSOFA positivo, o protocolo SEPSE dever ser aberto imediatamente e as medidas do PACOTE DE 1a HORA prontamente iniciadas, caso ainda não tenham sido realizadas. Esse grupo de pacientes apresenta risco elevado de desfecho clinico desfavorável, assim, toda atenção situacional da equipe multidisciplinar envolvida nos cuidados desses pacientes deve ser dispendida para identificação precoce de eventual deterioração clinica

e cumprimento efetivo das recomendações presentes nos PACOTES DE 1a e DE 6 HORAS. Os pacientes que não apresentarem qSOFA positivo, porém tiverem suspeita clínica de sepse ou possuírem fatores de risco ativos, também devem ter o protocolo sepse aberto imediatamente, com o início do pacote de 1a hora.

No PACOTE DE 1a HORA, deve-se garantir a coleta de lactato sérico (dentro de 30 minutos), coleta de culturas e início de antibiótico endovenoso apropriado dentro de 1 hora. Os pacientes que apresentem hipotensão arterial ou hipoperfusão tecidual (lactato sérico maior que 36 mg/dL), devem receber expansão volêmica inicial com, no mínimo, 1000 ml de cristaloides em 1 hora [6], preferencialmente soro Ringer lactato. Deve-se atentar também, adicionalmente ao início da antibioticoterapia, à necessidade de procedimentos cirúrgicos para controlar o foco da infecção se indicado, como drenagem de abscessos, retirada de dispositivos invasivos, desbridamentos de feridas, dentre outros.

Os pacientes que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada após a expansão volêmica inicial ou tiverem lactato inicial maior ou igual a 36 mg/dL, devem ser conduzidos dentro do PACOTE DE 6 HORAS [3]. Nesse pacote, após expansão volêmica inicial, deve-se reavaliar constantemente o paciente para definir nova necessidade de expansão volêmica adicional, com 500-1000 ml de cristaloides, conforme a presença de sinais de má perfusão periférica (sinais vitais, tempo de enchimento capilar > 3 segundos, extremidades frias ou presença de livedo) e/ou hipotensão arterial. Vale lembrar que a Surviving Sepsis Campaign preconiza a expansão volêmica nas primeiras 3 horas com 30 ml/Kg de cristaloides [3]. Dessa forma, caso o paciente apresente sinais de má perfusão periférica (tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, presença de livedo ou frialdade cutânea) ou hipotensão arterial nas reavaliações clinicas seriadas, é razoável receber alíquotas de fluidos que totalizem uma expansão volêmica de no mínimo 30 ml/kg de cristaloides durante as 3 primeiras horas de atendimento, salvaguardado contraindicações clinicas para ressuscitação volêmica agressiva.

Caso a hipotensão arterial persista em detrimento da expansão volêmica, deve-se iniciar Noradrenalina, como vasopressor de primeira escolha, com objetivo de manter a PAM acima de 65 mmHg. Em casos de hipotensão arterial ameaçadora a vida (como PAS abaixo de 70 mmHg), pode-se considerar o início de Noradrenalina enquanto se realiza a expansão volêmica.

Não há evidências atuais que a utilização de monitorização invasiva com a presença de cateter venoso central para aferição de pressão venosa central e da saturação venosa central seja

superior aos critérios clínicos (tempo de enchimento capilar > 3 segundos, extremidades frias e presença de livedo) para adequada ressuscitação hemodinâmica em pacientes com sepse [7]. Dessa forma, recomendam-se os critérios clínicos para reavaliações subsequentes dos pacientes com sepse.

Deve-se garantir também a coleta de nova dosagem de lactato sérico dentro do PACOTE DE 6 HORAS, nos pacientes que tenham valor de lactato elevado inicialmente. A tendência de normalização do lactato sérico em pacientes com sepse e choque séptico após a reanimação inicial é relevante, pois é associado a melhores desfechos clínicos [3].

Dessa forma, podemos resumir as recomendações dos PACOTES DE 1a HORA e de 6 HORAS abaixo:

8. RECOMENDAÇÕES

PACOTE 1a HORA: para pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escore qSOFA positivo ou suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos:

1. Coletar lactato sérico. Nos pacientes que não tenham indicação de coleta de gasometria arterial, a coleta deve ser realizado do sangue venoso periférico, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;
2. Coleta do tempo de protrombina, o tempo de liberação do resultado será de 60 minutos a partir da entrada no laboratório;
3. Coleta do Hemograma com plaquetas, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;
4. Perfil emergêncial Arterial, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;
5. Bilirrubina total e frações, o tempo de liberação do resultado será de 60 minutos;
6. Creatinina, o tempo de liberação do resultado será de 30 mintos a partir da entrada no laboratório;
7. Colher culturas apropriadas antes do inicio do antibiótico. Sempre coletar ao menos dois pares de hemoculturas (aeróbico e anaeróbico). Não se deve atrasar o inicio da antibioticoterapia para coleta de demais culturas (urocultura, secreção traqueal, dentre outras);
8. Administração de antibióticos de amplo espectro na primeira hora, de acordo com o foco infeccioso;

9. Reposição volêmica de, no mínimo, 1000 ml de cristaloides em 1 hora, para os pacientes com hipotensão arterial sistêmica e/ou com hipoperfusão tecidual;
A. Hipoperfusão tecidual: lactato sérico maior que 36 mg/dL;
B. Hipotensão arterial sistêmica: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial média menor que 65 mmHg.

É importante destacar que as evidências atuais apontam para redução das taxas de mortalidade hospitalar quanto mais precocemente for realizado o início da antibioticoterapia, a coleta de culturas e do lactato sérico [8].

PACOTE 6 HORAS: para pacientes com lactato sérico maior que 36 mg/dL ou que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada (PAM abaixo de 65 mmHg) após expansão volêmica inicial:

1. Reavaliar a volemia e a perfusão tecidual para definição da necessidade de nova expansão volêmica de 500-1000 ml de cristaloides:
☐ Deve-se utilizar parâmetros clínicos, como sinais vitais, tempo de enchimento capilar (> 3 segundos), presença de livedo e temperatura de extremidades;
☐ Pode-se também utilizar, alternativamente, parâmetros avançados de monitorização, como ecocardiografia point-of-care e ou métodos dinâmicos de avaliação de fluido-responsividade (leg raising);

2. Iniciar Noradrenalina para manter pressão arterial média acima de 65 mmHg nos pacientes que não apresentaram resposta à expansão volêmica;
3. Nova coleta de lactato sérico se a medida inicial estiver elevada. Nos pacientes que não tenham indicação de coleta de gasometria arterial, a coleta deve ser realizado do sangue venoso periférico;

9. Indicadores de qualidade

Os protocolos gerenciados buscam, por meio da instituição de diretrizes assistenciais e da monitorização contínua de indicadores de qualidade, garantir a implementação de ações específicas baseadas na melhor evidência científica disponível.

Dessa forma, foi estabelecido indicadores de processo e de desfecho que avaliam a qualidade assistencial do atendimento aos pacientes com sepse monitorizados pelo protocolo na nossa instituição.

Indicadores de processo:

1.Tempo médio de coleta do lactato sérico (meta 30 minutos);
2.Tempo médio da administração do antibiótico (meta 1 hora);
3.Adesão ao Pacote de 1 hora e de 6 horas;
4.Acurácia dos triggers de entrada (escore qSOFA, suspeita clinica de sepse ou presença de fatores de risco) no protocolo em predizer sepse;
5.Mediana da quantidade de fluidos administrados no pacote de 6 horas.
6.Numero de resultados liberados fora do prazo por tipo de protocolo pelo laboratório

Indicadores de desempenho:
1.Mortalidade por sepse estratificada pela presença do escore qSOFA positivo;
2.Mortalidade geral por sepse.

Coleta, gerenciamento e divulgação dos dados: Um formulário específico para coletar os dados e os indicadores de qualidade é utilizado. Os dados são armazenados em banco de dados, do qual são gerados relatórios de monitorização. Estes relatórios serão, posteriormente, divulgados para as equipes envolvidas (feedback);
Ações: A partir dos resultados dos indicadores são desenhadas ações conjuntas para garantir a melhoria contínua da prática clínica

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10
2. Taniguchi LU, Bierrenbach A, Toscano CM, Schettino G, Azevedo L. Sepsis-related deaths in Brazil: an analysis of the national mortality registry from 2002 to 2010. Crit Care. 2014;18:608.

3. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W et al (2017) Surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of sepsis and septic shock—2016. Int Care Med. doi:10.1007/s00134-017-4683-6

4. Machado FR, Carrara FS, Bozza FA, Lubarino J, Azevedo LC, Salomão R. Prevalência e mortalidade por sepse grave e choque séptico em unidades de terapia intensiva brasileiras. Rev Bras Terapia Intensiva.
Supl 1:S14.

5. Machado FR, de Assunção MSC, Cavalcanti AB, Japiassú AM, de Azevedo LCP, Oliveira MC. Getting a consensus: advantages and disadvantages of Sepsis 3 in the context of middle-income settings. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2016;28(4):361-365. doi:10.5935/0103-507X.20160068.

6. The ARISE Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group . Goal-directed resuscitation for patients with early septic shock . N Engl J Med 2014;371:1496-1506.

7. The PRISM Investigators. Early, goal- directed therapy for sep

tic shock — a patient-level meta-analysis. N Engl J Med 2017;376:2223-34.

8. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, et al. Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. N Engl J Med. 2017;376(23):2235–44. Epub 2017/05/23. pmid:28528569.

Rotina de Cirurgia Segura - Checklist

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO

O protocolo deverá ser aplicado a todos os pacientes (adultos ou pediátricos) admitidos no centro cirúrgico do HUGO, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios.

A política estabelece os processos de segurança de verificação de cirurgia segura.

APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

O processo inclui práticas internacionais de segurança e engloba a realização do checklist cirúrgico – Time Out e a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade).

Incluem todo e qualquer procedimento cirúrgico ou invasivo realizado dentro de uma unidade designada como centro cirúrgico em regime de internação hospitalar ou ainda em regime ambulatorial.

INTRODUÇÃO

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Este programa recomendava maior atenção à segurança do paciente e pressupunha o comprometimento e ações para minimizar riscos assistenciais em todos os países. Em 2007, o foco proposto pela OMS no âmbito do programa foi à segurança cirúrgica, com o tema Cirurgia Segura Salva Vidas, recomendando a utilização de um checklist cirúrgico antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala de cirurgia.
Seguindo este movimento mundial e as recomendações da OMS, neste mesmo ano o Hospital Israelita Albert Einstein implantou o checklist cirúrgico – Time Out e, em 2010, esta iniciativa recebeu maior ênfase na Instituição, com o lançamento da Campanha Cirurgia Segura.
Esta campanha teve como principal objetivo engajar o Corpo Clínico e a equipe multidisciplinar na adesão às boas práticas de segurança do paciente, além de garantir a implantação do checklist cirúrgico – Time Out antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala de cirurgia não mais como um princípio teórico, mas como prática obrigatória em todos os procedimentos cirúrgicos para favorecer melhores desfechos.
Esse processo conta com o engajamento de toda a equipe envolvida na assistência cirúrgica e tem como 'líder' a equipe de enfermagem, que é responsável por conduzir o checklist cirúrgico – Time Out, atuando como barreira adicional às possíveis falhas que envolvam os procedimentos cirúrgicos.

RECOMENDAÇÕES

Abaixo estão descritas as etapas de realização do checklist cirúrgico – Time Out.

Na Unidade de Internação

Equipe de Enfermagem

☐ Avalia o paciente e preenche: Avaliação Inicial de Enfermagem orienta quanto aos protocolos Institucionais e retirada de órteses, próteses e adornos do paciente.

☐ Encaminha juntamente com o paciente caso necessário os exames relevantes para a realização do procedimento cirúrgico.

☐ Após todos os itens listados anteriormente estarem em conformidade, à equipe de enfermagem encaminha o paciente ao centro cirúrgico.

Equipe Médica

☐ Avalia o paciente e preenche: Anamnese e Exame Físico, Consentimentos Cirúrgicos e Anestésicos, Avaliação Pré-Anestésica e realiza a demarcação do sítio cirúrgico (quando aplicável).

Na Chegada ao Centro Cirúrgico

Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem que recebe o paciente na entrada do Centro Cirúrgico realiza as seguintes etapas:

Realiza o check in conferindo os seguintes itens:

☐ Checagem dois identificadores do paciente (nome completo e nº de prontuário)

☐ Avaliação inicial de enfermagem.

☐ Anamnese/ exame físico.

☐ Avaliação pré anestésica.

☐ Consentimento anestésico.

☐ Consentimento cirúrgico com lateralidade/sítio (quando aplicável).

☐ Sítio demarcado (quando aplicável).

☐ Conferência do paciente / agendamento.

☐ Assinatura do Enfermeiro / técnico de enfermagem com número do registro de classe (COREN).

Caso seja encontrada alguma não conformidade, o paciente não poderá ser encaminhado à sala de cirurgia, devendo permanecer na recuperação anestésica até que as não conformidades sejam regularizadas.

Na Sala de Cirurgia

Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem irá conduzir o checklist cirúrgico – Time Out em 03 momentos distintos:

Time Out antes da Indução Anestésica

☐ A equipe de enfermagem preenche todos os itens da lousa da sala de cirurgia.

☐ O checklist cirúrgico – Time Out antes da indução anestésica ocorre na presença dos seguintes profissionais: equipe de enfermagem (condutor do time out), cirurgião principal e/ou assistente e anestesiologista.

☐ O checklist cirúrgico – Time Out deverá ser conduzido em voz alta checando juntamente com o cirurgião principal e/ou assistente e anestesiologista verificando todos os itens relativos à segurança anestésica.

☐ Os itens checados no checklist cirúrgico – Time Out antes da Indução Anestésica são:

☐ Checado dois identificadores (nome e prontuário na pulseira do paciente)
☐ Consentimentos anestésico/cirúrgico
☐ Sítio demarcado (quando aplicável).
☐ Exames em sala (quando aplicável).
☐ Alergia
☐ Profilaxia de TEV (paciente >18 anos)
☐ Monitor/oxímetro funcionando
☐ Verificação Anestésica (ventilador/KT5/Laringo/Aspirador/Seringas)
☐ Via aérea difícil
☐ ATB profilático/terapêutico
☐ Materiais/equipamentos essenciais disponíveis
☐ Perda sanguínea que necessite de reserva de sangue
☐ Reserva disponível (quando aplicável).

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.
Time Out antes da Incisão Cirúrgica
☐ O checklist cirúrgico – Time Out antes da incisão cirúrgica deverá ocorrer na presença do cirurgião principal e/ou assistente, e toda a equipe cirúrgica, antes que ocorra a incisão da pele do paciente.
☐ O checklist cirúrgico – Time Out deverá ser conduzido em voz alta checando juntamente com o cirurgião principal e/ou assistente todos os itens relativos à segurança cirúrgica.

☐ Os itens checados no checklist cirúrgico – Time Out antes da Incisão Cirúrgico são:
☐ Confirmação com o cirurgião do nome completo do paciente, procedimento, lateralidade e sítio cirúrgico.
☐ Identificação dos profissionais em sala.
☐ Tempo previsto da cirurgia/momentos Críticos
☐ Materiais/equipamentos essenciais disponíveis
☐ ATB realizado
☐ Reserva de sangue disponível (quando aplicável).
☐ Há previsão de peças/material para estudo
☐ Conferencias dos integradores (esterilização)

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

Check Out – Antes do Término da Cirurgia

☐ Antes do término do procedimento, a equipe de enfermagem juntamente com toda a equipe em sala, realiza o check out antes do término da cirurgia.

☐ Os itens checados antes do término da cirurgia são:

☐ Procedimento realizado
☐ Contagem de Instrumentais
☐ Contagem de Agulhas
☐ Contagem de Compressas
☐ Contagem de Gazes
☐ Todas as peças para análise entregues / etiqueta das peças lida em voz alta
☐ Houve falta ou falha de materiais e equipamentos
☐ Há algum cuidado ou necessidade especial para o paciente no pós operatório

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

NIVEL DE EVIDENCIA

Revisão sistemática e estudos prospectivos, caso controle, consenso com especialistas e recomendações nacionais e internacionais.

Sugere-se utilizar a seguinte metodologia:

Padronização dos critérios para classificação da evidencia, usando-se números de (1 a7) para determinar o nível de evidencia e letras (A, B e C) para o grau de recomendação (adaptados de Atallah 2003 e Phillips 2005). Nivel de evidencia referindo-se então a qualidade da informação e grau de recomendação às conclusões da pesquisa.

Quadro 1: Níveis de Evidência

8) Revisão Sistemática
9) Ensaio Clínico Randomizado
10) Coorte
11) Caso-controle
12) Serie de casos
13) Opinião de especialistas
14) Estudos pré-clínicos (animais/in-vitro)

Quadro 2: Graus de recomendação

D) Resultado recomenda a intervenção

E) Resultado não é conclusivo – não é suficiente para confirmar a hipótese

F) Resultado contra-indica a intervenção

GERENCIAMENTO

Como forma de monitorar diretamente a adesão a esta prática, são realizadas auditorias diárias in loco, permitindo a identificação de pontos frágeis e de oportunidades de melhoria no processo, assim como a verificação do nível de adesão das equipes médicas e de enfermagem.

A auditoria é realizada por meio de um checklist desenvolvido para tal atividade que contempla os mesmos itens do Time Out.

Sendo assim são avaliados cada item do checklist cirúrgico – Time Out antes da indução anestésica e do antes da incisão cirúrgica.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Taxa de adesão ao Time Out Perfeito

Número de oportunidades em conformidade / número de oportunidades auditadas x 100.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Organização Mundial da Saúde. - Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angelica Duran – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211 p.: il. ISBN 978-85-87943-97-2

Manual Joint Commission International.

Ronsmans C, et al. Maternal mortality: who, where, and why. Lancet, 2006, 368:1189-200.

Weiser T, et al. An estimation of the global volume of surgery. Lancet

Population Reference Bureau. 2006 world population data sheet. 2006. http://www.prb.org/pdf06/06WorldDataSheet.pdf (acessado em 12 de abril de 2007).

Kwaan MR, et al. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. Archives of Surgery, 2006, 141:353-8.

Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? Archives of Surgery, 2006, 141:931-9.

Joint Commission. Sentinel event statistics-December 31, 2006. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics (acessado em 5 de maio de 2007).

Joint Commission. Sentinel events alert-5th December 2001. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/sentineleventalert/sea_24.htm (acessado em 3 de maio de 2007).

Cowell HR. Wrong-site surgery. Journal of Bone and Joint Surgery (American), 1998, 80:463.
OMS/ANVISA checklist

Atendimento de Código Azul em Pacientes Adultos

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência inesperada em diversos momentos, constituindo grave ameaça à vida das pessoas. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o número de óbitos causados por parada cardiorrespiratória chega a 200 mil mortes por ano no Brasil. O debriefing é uma reflexão estruturada pós-experiência de urgência e emergência que contribui para a melhoria da qualidade hospitalar e segurança dos doentes.

O HUGO dispõe de médicos 24 horas por dia na unidade de Terapia Intensiva capacitados a prestar atendimentos a pacientes em situações de emergência/urgência, internados ou ambulatoriais nas dependências físicas do HMAP. Na ocorrência de parada cardiorrespiratória (PCR), a equipe de enfermagem tem autonomia para acionar o código azul sem necessidade de anuência médica prévia.

OBJETIVO

☐ Estudar a incidência e o atendimento das paradas cardiorrespiratórias no HMAP, através de um sistema de coleta de dados baseada no algoritmo.

☐ Sistematizar o atendimento de pacientes em PCR.

☐ Organizar um sistema de código para o atendimento das emergências clínico-cirúrgicas intra-hospitalares.

☐ Aumentar a taxa de sobrevida em pacientes com PCR.

DEFINIÇÕES

Estabelecer condutas para o atendimento de pacientes adultos (16 anos completos ou mais) em parada cardiorrespiratória (PCR), no HMAP.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Pacientes adultos (16 anos completos ou mais); internados ou em atendimento nas dependências da unidade HMAP, excetuando-se os pacientes internados na UTIA.

RESPONSABILIDADES

Equipe da unidade: 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem

Equipe do código azul: 1 médico da unidade UTI, 1 enfermeiro da UTI e 1 fisioterapeuta da UTI. É de responsabilidade da equipe do Código Azul quando chegar ao local do evento, assumir o comando do atendimento e o caso do paciente até reversão do atendimento do quadro. O tempo máximo previsto para a chegada do primeiro médico no local do evento é de até 3 minutos, a contar do instante do acionamento.

O Código Azul é acionado através do telefone fixo, sendo que a equipe do código utilizam um ramal móvel.

ATENÇÃO:
Em caso de falha no acionamento, o grupo deve ser comunicado via plano de contingência: Ligar na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, nos ramais xx, xx e xx e avisar que se trata de um Código Azul, informando localização (andar e bloco).

Em situações de contingência que incluam o sistema de telefonia móvel e de ramais institucionais, o código azul poderá ser acionando pelo celular de contingencia xxxxxx. Localizado na UTI Adulto.
Todo atendimento de código azul será analisado pelo enfermeiro gerenciador, que faz a tabulação, análise, "debriefing" e definição das medidas de correção se necessário, em conjunto e comum acordo, com os membros do comitê de códigos de urgência e emergência. As reuniões ocorrem trimestralmente, os casos são discutidos e definidos os planos de ações, responsáveis e prazo.
O "debriefing" ocorre preferencialmente em até 96h após o ocorrido, com entrevista estruturada sobre o processo e pontos sugestivos de melhoria com os profissionais envolvidos no atendimento, os pontos são discutidos na reunião do comitê.

ATRIBUIÇÕES DE ACORDO COM AS FUNÇÕES
Enfermeiro da Unidade
1. Avalia responsividade/consciência
2. Se inconsciência, solicita ajuda e carro de emergência institucional.
3. Checa o pulso e avalia respiração. Se constatado PCR, inicia manobras de ressuscitação cardiopulmonar pelas compressões torácicas e solicita acionamento do código azul por qualquer membro da equipe do setor através do ramal 7051 (confirma com tecla 1 após gravação)

4. Mantém relação de 30 compressões torácicas e 2 ventilações com dispositivo bolsa-válvula-máscara (AMBU) com duração de 4 segundos (1 segundo para inspiração e 3 segundos para expiração)
5. Ao término do atendimento, realiza registro do atendimento em formulário específico.

Técnico da Unidade
1. Providencia o carro de emergência.
2. Instala monitorização cardíaca através do monitor do carro de emergência.
3. Obtém acesso venoso, de preferência em região antecubital
4. Auxilia a enfermeira da unidade nas manobras de RCP.

Médico do Código
1. Assume a posição de líder do atendimento e solicita resumo clínico do paciente.
2. Reavalia rapidamente o C-A-B
3. Monitoriza com as pás, se o paciente não estiver monitorizado, e realiza choque, se indicado.
4. Prioriza a qualidade das compressões torácicas: frequência de 100 a 120/min, profundidade de 5 a 6cm e retorno completo do tórax.
5. Orienta a ventilação e avalia melhor momento para estabelecimento de via aérea avançada (máscara laríngea, tubo laríngeo ou tubo orotraqueal). Se dispositivo bolsa-válvula-máscara (AMBU), ventilar na proporção de 30 compressões torácicas para 02 ventilações. Na presença de via aérea avançada, verificar a ventilação com pausa de até 10 segundos e ventilar de forma assincrônica com frequência de 8 a 10/min.
4. Dá continuidade as manobras de RCP segundo os algoritmos preconizados pelo Suporte Avançado de Vida Cardiovascular - ACLS.
7. Realiza punção intraóssea, na impossibilidade de acesso venoso periférico.
8. Completa o preenchimento do registro de PCR iniciado pela equipe local.

Fisioterapeuta do Código
1. Auxilia o líder do atendimento do código na ventilação, manejo da via aérea e transferência do paciente.

Enfermeiro do Código
1. Orienta os auxiliares e técnicos de enfermagem
2. Instala solução fisiológica 0,9% - VOLUME DETERMINADO PELO MÉDICO
3. Administra as medicações solicitadas.

4. Administra 20 ml de solução fisiológica 0,9% e eleva o membro superior, após cada medicação.
5. Obtém um segundo acesso venoso, se solicitado.

Após o atendimento, se transferência imediata para UTI, a passagem de plantão deve ser realizada pela equipe que atendeu o código azul, beira leito, após posicionamento do paciente no leito da UTI. A equipe local (acionamento) acompanha a transferência do paciente e passa o plantão dos antecedentes após.
Registros: Em anotação e evolução de enfermagem. Em evolução e prescrição médica.
O Registro do Código Azul Adulto se faz, também, em formulário próprio e o preenchimento deverá ser iniciado pela equipe local e finalizado pelo enfermeiro ou médico responsável pelo atendimento.
Treinamento: Orientação específica sobre equipamentos e materiais de emergência de cada unidade; Treinamento de acesso às áreas de cobertura: escadas, elevadores, corredores, etc.
Exercícios no raciocínio crítico e condutas nas emergências: treinamento de acordo com a área de atuação: emergências cardiológicas (institucional), BLS, ACLS, PALS, ATLS, Heartsaver®, etc.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

☐ Taxa de início de atendimento em até 3 minutos

☐ Taxa de realização do debriefing após o atendimento do código azul

ANEXOS

N/A

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Fatores de risco para doenças cardiovasculares. Disponível em: http://www.cardiol.br/cuide/fatrisc.htm
3. Birão RC, Souza EM, Castro RA, Rabelo ER. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória. Rev. latinoam. enferm.2009

Atendimento de Emergências, Urgências, Intercorrências e Avaliações Médicas dos pacientes - Código Amarelo Adulto

INTRODUÇÃO E DEFINIÇÃO

O HUGOdispõe de médicos plantonistas e equipe de enfermagem, 24 horas por dia, autorizados a prestar assistência a pacientes em situações de emergência/ urgência, internados ou ambulatoriais em suas dependências físicas.

O Código Amarelo consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais no paciente adulto, previamente estabelecidos, que permitirá ao enfermeiro, acionar o médico, agilizando o atendimento.

Na ocorrência de Parada Cardiorrespiratória (PCR) em pacientes adultos, na Unidade HMVSC, essa política não é aplicável, devendo ser seguida a "Política de Atendimento a Parada Cardiorrespiratória" pelo Código Azul

OBJETIVO

Assegurar que qualquer paciente admitido e/ou utilizando as dependências físicas do HMAP seja devidamente identificado e tratado na vigência de emergências, urgências, intercorrências e necessidade de avaliações médicas, mesmo na ausência de seu médico titular, sem a anuência prévia do mesmo.

O Código Amarelo visa adotar as melhores práticas propostas na literatura e recomendadas pela Campanha Internacional Cem mil vidas (100K lives) com os seguintes objetivos:

1. Diminuição da mortalidade intra-hospitalar;
2. Redução do nº de PCR e maior sobrevida desses pacientes;
3. Favorecer a segurança do paciente, do médico e da instituição.

Este tipo de atendimento é tempo-dependente e deve ocorrer em até 5 minutos a partir do acionamento pelo enfermeiro.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Pacientes adultos (16 anos completos ou mais); internados ou em atendimento nas dependências do HMAP, exceto os pacientes internados na UTIA e paciente em salas cirúrgicas.

☐ Comprometimento respiratório:
☐ Diminuição aguda da saturação de oxigênio para menor que 90%;
☐ Mudança da frequência respiratória para menor que 8 irpm ou maior que 28 irpm.

☐ Comprometimento circulatório:
☐ Diminuição da pressão arterial sistólica para menor ou igual a 90 mmHg;
☐ Aumento da pressão arterial sistólica para maior que 180 mmHg associado a sintomas;
☐ Mudança da frequência cardíaca para menor que 40 bpm ou maior que 130 bpm.

☐ Comprometimento neurológico:
☐ Rebaixamento do nível de consciência;
☐ Convulsão;
☐ Sinais focais súbitos;
☐ Suspeita de AVC.

☐ Seriamente preocupado com o estado geral do paciente:
☐ Paciente refere "não estar bem" ou sentir "algo errado";
☐ Mudança de cor, umidade e diminuição da temperatura nas extremidades do paciente (extremidades pálidas, acinzentadas, úmidas ou cianóticas);
☐ Situação que envolva distúrbio de pensamento, sentimentos ou ações que acarrete risco significativo para o paciente ou para outros, necessitando de intervenção imediata, caracterizando emergência psiquiátrica;
☐ Quedas com potencial de dano moderado ou grave, são exemplos de queda com dano moderado ou grave: queda com TCE, perda da consciência, incapacidade de mobilidade ou mobilidade prejudicada após a queda, ou seja, situações cuja consequência da queda coloque

em risco a segurança do paciente. O fluxo completo de atendimento em caso de queda está descrito no documento "Protocolo de prevenção de queda adulto, redução dos danos decorrentes da queda e manejo dos eventos de queda".

☐ Critérios de Acionamento do Código Amarelo na Medicina Diagnóstica não desconsiderando a possibilidade de acionamento se pacientes atenderem critérios citados acima:

☐ Achados diagnósticos relevantes em imagem:

CABEÇA: lesões focais ou difusas extensas com efeito de massa importante; desvio importante das estruturas da linha mediana (maior que 1,0 cm) com risco de herniação encefálica; apagamento difuso dos espaços liquóricos intracranianos com risco de herniações encefálicas; hidrocefalia volumosa com riscos de herniações encefálicas; hemorragia no tronco cerebral ou cerebelo com efeito de massa ou compressão do IV (quarto) ventrículo; hemorragia subaracnóide extensa sem causa conhecida (suspeita de provável aneurisma cerebral roto).

PESCOÇO: massa ou hematoma com risco iminente de obstrução completa de vias aéreas superiores; lesões vasculares com hematoma volumoso ou com sangramento ativo.

TÓRAX: pneumotórax volumoso/hipertensivo; hemotórax volumoso (com risco de instabilidade hemodinâmica) com ou sem sangramento ativo; tromboembolismo pulmonar maciço (com risco de instabilidade hemodinâmica); formação expansiva com risco iminente de obstrução completa de vias aéreas; consolidação pulmonar extensa comprometendo praticamente todo parênquima pulmonar.

ABDOME: hemorragia parenquimatosa maciça ou hemoperitônio ou hemorretroperitônio volumoso com risco iminente de instabilidade hemodinâmica com ou sem sangramento ativo; isquemia mesentérica grave.

AORTA: dissecção aguda ou ruptura.

☐ Outras situações e achados clínicos relevantes em pacientes no setor de Imagem:

Sistema nervoso central: efeito excessivo de sedativo (sedação moderada a profunda) não revertido com antídoto.

Alterações cardiovasculares agudas: IAM ou SCA em progressão; arritmia potencialmente fatal (TVS, FV, Torsades de pointes, BAVT com baixo débito) ou taqui/bradiarritmias sintomáticas; dissecção aórtica tipo A complicada (derrame pericárdico ou refluxo aórtico significante, obstrução coronariana); tamponamento cardíaco; endocardite infecciosa complicada ou endocardite não diagnosticada previamente.

Alterações respiratórias agudas: insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatório (ETE/sedação).

Situação que o examinador julgue como de internação em cliente externo

☐ Critérios de Acionamento do Código Amarelo na RPA:

Pacientes que atenderem aos critérios acima citados devem ser avaliados pelo anestesista responsável, na ausência do mesmo a enfermagem local deve acionar o Código Amarelo direto, sem avaliação prévia do médico.

Urgências e emergências pediátricas conforme critérios estabelecidos em documentação específica são atendidos pelo Código Amarelo Pediátrico.

Urgências e emergências a transeuntes conforme critérios estabelecidos em documentação específica são atendidos pelo Código Laranja.

RESPONSABILIDADES:

O Desempenho Esperado é que todos os pacientes admitidos ou atendidos nas dependências do HMAP em situação de emergência, urgência e intercorrência sejam identificados, atendidos e tratados em tempo compatível com sua necessidade iminente; que as ações da equipe multiprofissional sejam devidamente documentadas em prontuário; que o resultado esteja conforme o esperado para o quadro clínico do paciente; que as intercorrências e ocorrências adversas sejam notificadas sistematicamente para que as ações de melhoria contínua sejam propostas.

Equipe Assistencial da Unidade Detectar uma ou mais das mudanças agudas no estado geral do paciente e solicitar avaliação do enfermeiro.

Obs: em determinadas unidades, em virtude da indisponibilidade imediata do enfermeiro, outros profissionais poderão acionar o código amarelo, mediante treinamento prévio.

Enfermeiro da Unidade Acionar o código amarelo, através do ramal xxx.

Obs. O código amarelo é acionado por telefone identificado.

Equipe Assistencial da Unidade Orientar paciente e famíliar se presente no momento do atendimento sobre o procedimento, providenciar o carro de emergência no quarto do paciente, monitorizar (ECG em modo monitor do desfibrilador, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso), verificar os sinais vitais e glicemia capilar.

Instalar cateter de oxigênio nasal a 2L/min se oximetria de pulso inferior a 90%.

Solicitar auxílio da fisioterapia conforme orientação médica e para suporte ventilatório se necessário durante o atendimento e/ou transporte (ventilação não invasiva, ventilação mecânica e auxílio para intubação orotraqueal).

Médico Código Amarelo

Médico hospitalista: presente 24h por dia no HUGO.

Médico intensivista: acionar no ramal xxxse contingência.
Contingência: Se o hospitalista estiver em um atendimento de código amarelo e for acionamento para atendimento de outro código no momento, ele deverá entrar/solicitar contato com a unidade que acionou e orientar ligar para contingência (médico intensivista - 72190), enfermeiro deverá comunicar o médico intensivista sobre o acionamento do código amarelo e comunicar o local para o mesmo dirigir-se.
Médico intensivista deve dirigir-se até a área de atendimento respeitando o prazo definido no protocolo (5min.); avaliar o paciente; fazer o diagnóstico da situação; prescrever drogas e iniciar procedimentos, se necessário solicitar transferência via regulação do paciente para a UTI.
Após término do atendimento do código, médico e enfermagem devem preencher o formulário do atendimento do código amarelo.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL
N/A
INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

- Taxa de início de atendimento em até 5 minutos;
- Taxa de transferência de pacientes para o UTI;
- Taxa de acionamentos para pacientes em cuidados paliativos.

ANEXOS
REGISTROS: Em anotação e evolução de enfermagem. Em evolução e prescrição médica. O preenchimento deverá ser iniciado pela equipe local e finalizado pelo médico responsável pelo atendimento.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.

Protocolo de Dor Torácica

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO
Público
Pacientes atendidos na Unidade de Pronto Socorro do HUGO, com dor torácica aguda ou possível equivalente isquêmico na ausência de diagnóstico diferencial óbvio.

Objetivos

- Rápida identificação de pacientes de alto risco para Síndrome Coronariana Aguda (SCA)
- Alta precoce e segura para pacientes de baixa e muito baixa probabilidade para SCA.
- Estratificar de forma adequada e com segurança os pacientes de intermediária probabilidade para SCA.

o Com racionalização dos recursos disponíveis.

- Buscar outros diagnósticos diferenciais de dor torácica, eventualmente com elevação de Troponina, além de SCA.
- Evitar internações desnecessárias e altas indevidas.
- Utilização do prontuário eletrônico como ferramenta de suporte a decisão.

INTRODUÇÃO

Definição

Síndrome coronariana aguda é um espectro de condições que envolvem isquemia miocárdica aguda decorrente da redução abrupta do fluxo coronariano. Existem três formas de apresentação de SCA: 1. Infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST (IAM com Supra ST), onde além de alteração característica no ECG ocorre elevação de troponina; 2. Infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST(IAM sem Supra ST), quando ocorre elevação de troponina, mas sem as alterações do ECG que configurem IAM com supra ST; 3. Angina instável, onde há isquemia sem que se eleve a troponina.

A principal manifestação desta síndrome é a dor torácica, que está presente em 80% dos casos. Cerca de 20% das SCA tem apresentação atípica, chamada de equivalente isquêmico (por disfunção ventricular e ativação autonômica), sendo, esta apresentação, mais comum em mulheres, idosos, transplantados e diabéticos de longa data.

Dor Torácica

Dor torácica é um sintoma subjetivo, logo a avaliação de suas características é passo fundamental para a distinção entre SCA e os diagnósticos diferenciais. São consideradas as seguintes características: qualidade, localização, intensidade, irradiação, fatores desencadeantes e sintomas associados.

Dessa forma o paciente pode ser classificado em grupos estabelecidos pelo estudo CASS em 1981: Dor Tipo A, Dor Tipo B, Dor Tipo C e Dor Tipo D.

Dor Torácica Definitivamente Anginosa: Dor Tipo A

- Dor ou desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo irradiar para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos), com duração de alguns minutos e aliviada pelo repouso ou com uso de nitrato.

- Na SCA, a angina geralmente manifesta-se em repouso, mas alguns pacientes apresentam dor aos pequenos esforços iniciada nas últimas 2 semanas.
- As características da dor torácica dão a certeza do diagnóstico de SCA, independente dos exames complementares.

Dor Torácica Provavelmente Anginosa: Dor Tipo B

- Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa.
- As características da dor torácica fazem de SCA a primeira hipótese, necessitando de exames complementares para confirmação diagnóstica.

Dor Torácica Provavelmente Não Anginosa: Dor Tipo C

- Tem poucas características da dor definitivamente anginosa ("dor atípica", sintomas de "equivalente anginoso").
- As características da dor torácica não fazem de SCA a primeira hipótese, necessitando de exames complementares para descartar o diagnóstico.

Dor Torácica Definitivamente não Anginosa: Dor Tipo D

- Nenhuma característica da dor anginosa, fortemente indicativa de diagnóstico não cardiológico.
- Apesar das características da dor não remeterem a SCA, em casos selecionados este sintoma pode ser uma apresentação atípica de SCA. Principalmente em pacientes com múltiplos fatores de risco para doença arterial coronária.

Fatores de Risco para SCA

Este protocolo utiliza os fatores de risco clássicos citados em diretrizes e fatores de risco emergentes da literatura nos últimos anos:

- Fatores de risco clássicos
  - Aterosclerose manifesta (prevenção secundária):
    - Síndrome coronariana aguda prévia.
    - Angina estável.
    - Revascularização arterial coronária (cirúrgica ou percutânea).
    - Revascularização em qualquer território arterial.
    - AVC/AIT prévios.
    - Doença arterial periférica.
  - Diabetes Mellitus.

- Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Tabagismo.
- Dislipidemia.
- Obesidade.
- Idade.
  - Homens > 45 anos.
  - Mulher > 55 anos.
- História Familiar de Doença Cardiovascular precoce em parentes de primeiro grau.
  - Homens < 55 anos.
  - Mulheres < 65 anos.

- Fatores de risco emergentes.
  - Insuficiência Renal Crônica.
  - HIV em uso de terapia antirretroviral.
  - Doença inflamatória crônica.
  - Menopausa.
  - Reposição de testosterona.
  - Uso de cocaína.

RECOMENDAÇÕES

Avaliação inicial

Pacientes com suspeita de SCA devem ser avaliados rapidamente para identificar aqueles em situação de emergência ameaçadora à vida e os que apresentam condição clínica de maior benignidade.

Passo 1: Qual paciente deve ser triado para o protocolo de dor torácica?

(Realização de eletrocardiograma pela enfermagem)

- Dor torácica (independente da característica) ou,
- Palpitação ou,
- Síncope.

Para os pacientes com ≥ 45 anos e/ou qualquer fator de risco cardiovascular

- Dispnéia ou,
- Dor abdominal ou,
- Náusea/Vômitos.

Obs: A enfermagem tem autonomia para incluir no protocolo pacientes que não se enquadram nos critérios acima, mas cujo julgamento aponta para possível SCA.

Esses pacientes devem ser levados à sala de emergência e ter as seguintes ações iniciadas pela equipe de enfermagem:

- Monitorização completa;
- Oxigênio se SatO2 < 90%, ou sinais de desconforto respiratório;
- ECG < 10 minutos, transmitido para o prontuário eletrônico;
- Acesso venoso + coleta de tubos de sangue + encaminhamento imediato de Troponina + encaminhamento dos demais exames após orientação médica;
- Enfermagem continuamente ao lado do (a) paciente;

Obs: A inclusão no protocolo de dor torácica e coleta de troponina ficam a critério do médico após análise do ECG e avaliação inicial do paciente.

Passo 2: Identificação precoce dos casos de alta probabilidade de SCA Sem Supra ST e IAM Com Supra ST.

- IAM com Supra ST
  - Independente da manifestação clínica do PASSO 1.
  - Supra ST > 1 mm no ponto J em pelo menos duas derivações consecutivas OU;
  - BRE agudo (idealmente comparado à ECG prévio) OU;
  - Onda T hiperaguda (apiculada e simétrica).

Obs: Na ausência de diagnóstico diferencial óbvio (ex: pericardite)

Esses pacientes devem ser direcionados para o protocolo específico de IAM com Supra ST com o objetivo de realizar terapia de reperfusão o mais precoce possível.

- SCA sem Supra ST:
  - Pelo ECG (independente da manifestação clínica do PASSO 1)
    - Infra ST > 0,5mm (sem diagnóstico diferencial óbvio. ex: strain, miocardiopatia hipertrófica);
    - Plus minus em pelo menos uma derivação anterior (síndrome de Wellen) > 1mm;
    - Inversão de onda T profunda > 2mm;
    - Alteração dinâmica do ECG;
    - TV sustentada
  - Pela Dor:
    - Dor A/B prolongada ao repouso;
    - Dor A/B de início ao esforço em CCS CF III/IV;
    - Piora da angina prévia para Dor A/B em CCS CF III/IV;

– Dor semelhante à SCA prévia

o Pelo exame físico:

– Manifestação de IC aguda: B3, sopro mitral novo, congestão esquerda, má perfusão periférica.

Os pacientes com SCA sem Supra ST pelos critérios acima devem ser internados em Unidade Coronariana ou UTI, com prévio contato ao médico titular ou à retaguarda da cardiologia e ter tratamento iniciado conforme protocolo específico institucional.

Nesses casos há preferência pela coleta seriada da Troponina T (realizada apenas na unidade Morumbi) em 0/1 hora e se necessário 3 horas.

O plantonista das Unidades de Pronto Atendimento externa pode coletar a Troponina-POCT para confirmação precoce do IAM sem Supra ST, mas a Troponina-POCT não descarta o diagnóstico de IAM sem Supra ST se for negativa nesta população.

Passo 3: Como avaliar os pacientes de muito baixa/baixa/intermediária probabilidade para SCA

As diretrizes brasileira/americana/europeia de SCA sem Supra ST enfatizam a importância da estratificação de probabilidade de dor torácica entre os pacientes que não apresentam diagnóstico definido na primeira avaliação.

A diretriz americana sugere o uso de ferramenta auxiliadora; neste protocolo optou-se por utilizar o HEART score pelo seu desenvolvimento e validação em unidades de emergência com inclusão de novos fatores de risco citados na literatura. Foram feitas algumas modificações neste score para deixa-lo mais fidedigno à realidade institucional, sendo chamado de HEART Modificado.

HEART Modificado

História:

Dor tipo C (moderadamente suspeita): 1 ponto.

Dor tipo D (pouco suspeita): 0 pontos.

Eletrocardiograma:

ECG possivelmente isquêmico: 2 pontos.

– Inversão de T < 2mm.

– Infra ST que não preencha os critérios de alta probabilidade.

ECG com alteração cardíaca estrutural: 1 ponto.

– Bloqueio de Ramo antigo.

– Presença de onda q antiga no ECG.

– Sobrecargas de câmaras atriais e/ou ventriculares.

ECG normal: 0 pontos.

Idade:

≥65 anos: 2 pontos.

≥45 anos a < 65 anos: 1 pontos.

<45 anos: 0 pontos.

Fatores de risco:

Aterosclerose manifesta e/ou Diabetes e/ou ≥ 3 fatores de risco: 2 pontos.

1-2 fatores de risco: 1 ponto.

Nenhum fator de risco: 0 pontos.

Heart I: 0 pontos (Muito baixa probabilidade).

Heart II: 1 a 3 pontos (Baixa probabilidade).

Heart III: ≥ 4 pontos (Intermediária probabilidade).

Passo 4: Conduta conforme score de Heart e Troponina

- Solicitação de Troponina para todos os pacientes com dor torácica sem diagnóstico diferencial óbvio.
- Nas unidades externas solicitar inicialmente Troponina POCT e repeti-la em 2 horas.
- Sempre valorizar os valores detectáveis de Troponina POCT, pois esta tem menor sensibilidade em relação à Troponina-T.
- Nas unidades externas os critérios de alta para os pacientes HEART III se baseiam na dosagem da Troponina-T que deve ser solicitada simultaneamente a Troponina-POCT.
- Na Unidade Morumbi solicitar a Troponina-T na chegada dos pacientes HEART I e HEART II e repeti-la em 1 hora nos casos em que este exame tiver valor ≥ 5 ng/L ou se o paciente chegar com menos de 3 horas do início dos sintomas.
- Na Unidade Morumbi solicitar a Troponina -T na chegada dos pacientes HEART III e sempre repeti-la com 1 hora.
- Dosar a Troponina-T com 3 horas da chegada em casos selecionados de dúvida diagnóstica.
- Para os pacientes que necessitem de estratificação não invasiva sugerimos:
  - Angio CT de artérias coronárias.
  - Cintilografia de perfusão miocárdica com stress.
  - Ecocardiograma com stress.
  - Teste ergométrico.
- Todos os casos de provável/confirmado IAM sem Supra ST devem ser internados em Unidade Coronariana ou UTI.
- Causas de elevação de Troponina (injúria miocárdica)

o Infarto agudo do miocárdio tipo 1:

☐ Ruptura de placa aterosclerótica com trombose.

o Infarto agudo do miocárdio tipo 2:

☐ Espasmo coronário.

☐ Embolia coronária.

☐ Dissecção arterial coronária.

☐ Taqui/Bradicardia sustentada.

☐ Insuficiência respiratória.

☐ Anemia severa.

☐ Crise hipertensiva severa.

o Outras causas de injúria cardíaca:

☐ Miocardite

☐ Insuficiência cardíaca.

☐ Síndrome de takotsubo.

☐ Doença arterial coronária estável

☐ Embolia pulmonar.

☐ Procedimentos cardíacos.

☐ Choque com desfibrilador.

☐ Contusão cardíaca.

☐ Sepse.

☐ Insuficiência renal.

☐ AVC/Hemorragia subaracnóide.

☐ Agentes quimioterápicos.

☐ Doentes críticos.

☐ Exercício extremo.

☐ Rabdomiólise

☐ Acidente vascular cerebral

Conduta conforme escore de Heart e Troponina.

Após avaliação de probabilidade clínica e curva de Troponina podemos dividir os pacientes em 3 grupos.

1. Rule out (alta hospitalar):

– Descartado infarto agudo do miocárdio.

– Alta hospitalar após descartar outras causas de dor torácica potencialmente grave.

2. Rule in (internação):

– Critério para internação hospitalar.
– O diagnóstico mais frequente nesse grupo é infarto agudo do miocárdio.
– Quando o diagnóstico não for infarto agudo do miocárdio, provavelmente se trata de condição clínica grave que justifica internação como miocardite, embolia pulmonar, síndrome de takotsubo entre outras.

3. Observação (Zona cinzenta):
– Pacientes que não preenchem critérios para os dois grupos anteriores.
– Grupo heterogêneo.
– Conduta individualizada

Observação (Zona Cinzenta)
• Esse grupo é formado por pacientes que não foram contemplados no grupo de internação ou alta com duas dosagens de Troponina T com 1 hora de diferença.
• A literatura não respalda uma conduta definitiva para esse grupo, logo sugerimos algumas opções para reflexão:
1. Repetir Troponina T com 3 horas para os pacientes que estão na Unidade Morumbi.
2. Ecocardiograma transtorácico.
3. Teste não invasivo anatômico ou funcional.
4. Retorno precoce com cardiologista/clínico de referência.
5. Internação hospitalar.

Dicas
1. Internar precocemente pacientes com história típica de SCA, independente dos valores de Troponina.
2. Unidades externas: internar precocemente pacientes com Troponina-POCT≥ 40ng/L.
3. Unidades Externas: muita atenção com o grupo HEART III. NÃO ESTAMOS DETECTANDO TROPONINA ≤ 40 ng/L
4. No Morumbi confiar na Troponina T.
a. Alta sensibilidade
b. Amplamente validada
c. Liberar os pacientes corretos.
5. Envolver cardiologistas (UPA/UCO/Retaguarda/Titulares) na tomada de decisão dos pacientes em observação.

Tratamento

O tratamento é discutido em duas diretrizes separadas.

1. Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Elevação do Segmento ST.
2. Infarto Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Indicadores de qualidade

- Internação precoce para os pacientes com alta probabilidade de SCA.
- Solicitação de curva de Troponina T (Morumbi) para os pacientes de alta probabilidade de SCA e para aqueles que apresentaram Troponina POCT positiva.
- Alta precoce para os pacientes que preencheram critérios de alta com dosagem de Troponina e escore de HEART.
- Internação precoce para os pacientes que preencheram este critério com a dosagem de Troponina.
- Solicitação desnecessária de estratificação não invasiva (Angio CT coronária, teste ergométrico etc..) para pacientes de baixa e muito baixa probabilidade de SCA que preenchem critérios para alta hospitalar.

Orientações ao paciente

A dor torácica (dor no peito) é um sintoma comum, causado na maioria das vezes por problemas de pouca gravidade, entretanto em algumas situações (minoria das vezes), este sintoma pode ser causado por doenças graves, muitas vezes ameaçadoras a vida. Menos de 20% dos pacientes com dor torácica apresentam causas potencialmente graves, entre elas as mais preocupantes são: Síndrome Coronariana Aguda(SCA), Tromboembolismo Pulmonar (TEP), Dissecção Aguda de Aorta. As causas mais comuns estão relacionadas a doenças osteomusculares, problemas pulmonares de menor gravidade como pneumonia e sintomas do trato gastrointestinal (Dispepsia, Doença do Refluxo gastroesofágico).

Como a Síndrome Coronariana Aguda é a causa potencialmente grave mais comum, esta é a primeira doença a ser afastada ou confirmada no contexto de dor torácica.

Quais são os sintomas que devem motivar uma procura ao pronto socorro?

- Dor torácica nova ou severa
- Sintomas associados à falta de ar, palpitação e sudorese intensa.
- Duração maior que alguns minutos
- Piora dos sintomas ao esforço físico como subir ladeiras e degraus ou andar mais rápido no plano

- Qualquer tipo de dor torácica em pacientes com comorbidades que aumentam o risco cardiovascular.
  - Diabetes
  - Hipertensão
  - Tabagismo
  - Dislipidemia
  - Infarto e/ou AVC ("Derrame") prévio
- Se os sintomas estão preocupando o paciente

Síndrome Coronariana Aguda é o termo usado para a situação clínica onde há redução abrupta do fluxo nas artérias do coração (as coronárias). Essa redução de fluxo leva um sofrimento do músculo cardíaco e no seu espectro mais grave leva ao Infarto Agudo do Miocárdio. No infarto essa redução do fluxo coronário provoca morte de célula miocárdica.

Angina é a dor torácica provocada por esta redução do fluxo coronariano e pode vir acompanhada de falta de ar, sudorese, náusea e mal estar intenso.

Os principais fatores de risco para que ocorra a SCA são: diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, história familiar de doença cardiovascular em parente de primeiro grau homem antes dos 55 anos e/ou mulheres antes dos 65 anos. Outros fatores de risco ganharam espaço nos últimos anos: HIV em uso de terapia retroviral, insuficiência renal, uso de cocaína, doenças inflamatórias crônicas etc.

O controle rigoroso desses fatores de risco é a principal forma de reduzir o risco de SCA e deve ser perseguido ao longo do tempo.

Uma vez no pronto socorro, o paciente será submetido a uma avaliação criteriosa que leva em conta a história dos sintomas, alterações de exame físico que podem indicar gravidade, eletrocardiograma e exames de sangue, entre eles a troponina.

Se essa avaliação diagnosticar síndrome coronariana aguda, o paciente será internado em unidade semi-intensiva ou UTI para ter continuidade no seu tratamento. Caso a avaliação seja negativa a probabilidade de ocorrer evento coronariano no próximo ano é menor que 1% e o paciente pode receber alta com acompanhamento cardiológico em consultório.

Orientações pós-alta

- Retorno precoce com cardiologista ou seu médico de confiança em até 72 horas.
- Evitar esforço físico intenso até a consulta de retorno.
- Mantenha as medicações prescritas pelo médico do pronto atendimento até a consulta de retorno.
- Cessar o tabagismo.
- Retornar a UPA em caso de:

- Recorrência de dor torácica
- Desmaio
- Falta de ar
- Palpitação

• O risco de SCA após a alta segura é menor que 1%, mas não é zero.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol 2014; 102(3Supl.1):1-61

2. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014; 64:e139.

3. Bonow, Robert O, et al; Braunwald, tratado de doenças cardiovasculares [tradução de Alcir Costa Fernandes, et al], nona edição, Rio de Janeiro, Elsevier, 2013.

4. Roffi M, Patrono C, Collet J-P, et al 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016;37:267–315.

5. Lee TH, Goldman L. Evaluation of the patient with acute chest pain.N Engl J Med2000342118795.

6. Lee TH, Rouan GW, Weisberg MC, et al. Clinical characteristics and natural history of patients with acute myocardial infarction sent home from the emergency room. Am J Cardiol 1987;60:219-224.

7. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2014; 130:2354.

8. Glickman SW, Shofer FS, Wu MC, et al. Development and validation of a prioritization rule for obtaining an immediate 12-lead electrocardiogram in the emergency department to identify ST-elevation myocardial infarction. Am Heart J 2012; 163:372

9. Pesaro AEP. Corrêa TD. Forlenza L. Bastos JF. Knobel M. Knobel E. Síndromes coronarianas agudas: como fazer um diagnóstico correto na sala de emergência. Einstein. 2007; 5 (1): 80-4

10. Chaitman BR, Bourassa MG, Davis K, Rogers WJ, Tyras DH, Berger R, et al. Angiographic prevalence of high-risk coronary artery disease in patient subsets (CASS). Circulation. 1981;64(2):360-7.

11. Januzzi JL, Mahler SA, Christenson RH, Rymer J, Newby LK, Body R, et al. Recommendations for Institutions Transitioning to High-Sensitivity Troponin Testing. Journal of the American College of Cardiology. 2019;73(9):1059-77.

12. Twerenbold R, Neumann JT, Sorensen NA, Ojeda F, Karakas M, Boeddinghaus J, et al. Prospective Validation of the 0/1-h Algorithm for Early Diagnosis of Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol. 2018;72(6):620-32.

Protocolo Gerenciado de Infarto Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST

1. Diagnóstico de IAM com elevação de ST / inclusão no protocolo:

☐ O diagnóstico se baseia na interpretação dos sintomas + ECG.

☐ Todas as informações diagnósticas encontram-se no protocolo institucional de Dor Torácica Dor_Torácica_

☐ Realizar ECG de 12 derivações dentro dos primeiros 10 minutos de atendimento.

☐ Feito o diagnóstico de IAM com elevação de ST, a Tecla IAM deve ser acionada.

☐ São incluídos nesse protocolo pacientes que se apresentam com quadro clínico compatível com isquemia miocárdica e com uma das seguintes alterações eletrocardiográficas:

o Supradesnivelamento do segmento ST, ☐ 1,0mm, em 2 derivações contíguas; em V2-V3, considerar supra-ST ☐ 2,5mm em homens < 40 anos, ☐ 2,0mm em homens ☐ 40 anos e ☐ 1,5mm em mulheres.

o Bloqueio de ramo esquerdo novo;

o Infradesnivelamento do segmento ST difuso + supra-ST em aVR.

☐ O contato com o médico titular (ou da retaguarda) não deve atrasar a decisão da terapia de reperfusão.

2. Tratamento

2.1. Escolha da estratégia terapêutica de reperfusão

☐ Terapia de reperfusão (angioplastia primária ou fibrinólise) está indicada em todos os pacientes com sintomas de isquemia há menos de 12 horas e ECG com supra-ST persistente.

☐ Se o tempo esperado entre o diagnóstico do IAM com elevação de ST e a reperfusão através de angioplastia for > 120 minutos, está recomendada a terapia fibrinolítica, desde que não haja contra-indicação à mesma e a duração dos sintomas seja < 12 horas.

☐ Se a duração dos sintomas é > 12 horas, porém os mesmos são persistentes e sugestivos de isquemia, ou há presença de arritmia potencialmente grave ou instabilidade, está indicada a realização de angioplastia primária.

2.1.1. Angioplastia Primária

☐ Uso preferencial de acesso radial.

☐ Emprego de stent farmacológico preferível.

☐ Não está indicado o uso rotineiro da aspiração de trombo (exceção: elevada carga trombótica, por exemplo).

☐ Realizar preferencialmente revascularização completa, se doença multiarterial, antes da alta hospitalar.

2.1.2. Fibrinólise

☐ Iniciar em até 10 minutos após o diagnóstico de IAM com elevação de ST.

☐ Na nossa instituição, a droga de escolha é a tenecteplase (TNK-tPA). Em pacientes com 75 anos ou mais, considerar o uso de metade da dose habitual.

☐ Após fibrinólise com sucesso, está indicada a realização de cineangiocoronariografia e possível angioplastia da artéria culpada, 2-24 horas após a terapia fibrinolítica. A transferência para a Unidade Morumbi deve ser imediata, não aguardando critérios de reperfusão.

☐ Contra-indicações aos fibrinolíticos:

o Absolutas:

☐ Hemorragia intracraniana ou AVCh prévio

☐ AVCi nos últimos 6 meses

☐ Neoplasia ou má-formação arteriovenosa de SNC

☐ Trauma/cirurgia/TCE maior no último mês

☐ Sangramento gastrointestinal no último mês

☐ Coagulopatia conhecida

☐ Dissecção de Aorta

☐ Punção não-compressível nas últimas 24h (ex: biópsia hepática, punção lombar)

o Relativas:

☐ AIT nos últimos 6 meses

☐ Terapia anticoagulante oral

☐ Gravidez ou primeiro mês pós-parto

☐ Hipertensão arterial refratária (PAS > 180mmHg e/ou PAD > 110mmHg)

☐ Doença hepática avançada
☐ Endocardite infecciosa
☐ Úlcera péptica ativa
☐ Ressuscitação traumática ou prolongada

Quadro 1. Agente fibrinolítico utilizado no HIAE

2.1.3. Angioplastia de Resgate

☐ Se falha do tratamento fibrinolítico (após 60-90 minutos, houver menos de 50% de resolução do supra-ST), está indicada a realização imediata de angioplastia de resgate.

☐ Se a qualquer momento após a terapia fibrinolítica, houver instabilidade hemodinâmica ou elétrica, ou piora da isquemia, deve ser realizada a angioplastia de resgate imediatamente.

2.2. Tratamento Adjuvante Inicial

Oxigênio

☐ Oxigênio suplementar deve ser administrado se saturação O2 < 90%, ou presença de insuficiência respiratória.

Morfina

☐ Efeito analgésico potente – iniciar com doses de 2 a 4 mg, e aumentar se necessário até 4 a 8 mg a cada 15 minutos. Risco de depressão respiratória com doses elevadas.

☐ Não iniciar morfina se PA sistólica < 90 mmHg.

☐ Cuidado no infarto de VD.

Betabloqueadores

☐ Iniciar via oral nas 24 hrs iniciais em todos os pacientes com sinais clínicos de insuficiência cardíaca (IC) e/ou FEVE ☐ 40%.

☐ Reduzem o consumo de O2 miocárdico pela diminuição da frequência cardíaca, da pressão arterial e da contratilidade; inibem os efeitos das catecolaminas circulantes.

☐ Pacientes em uso crônico de betabloqueadores devem ser mantidos com a droga se estiverem em Killip I ou II.

☐ Pacientes podem receber betabloqueadores por via endovenosa se não houver contra-indicação (broncoespasmo, bradicardia, infarto extenso com risco de choque cardiogênico), apresentarem PAS > 120mmHg e sem sinais de insuficiência cardíaca descompensada.

☐ Evitar em intoxicação por cocaína.

2.3. Tratamento anti-plaquetário

☐ O tratamento antiplaquetário no IAM com elevação de ST deve ser iniciado o mais brevemente possível.

2.3.1. Se angioplastia primária:

☐ Aspirina: iniciar o mais precoce possível em todos os pacientes sem contra-indicação, devendo ser mantida indefinidamente.

☐ Prasugrel ou Ticagrelor (Clopidogrel é uma opção alternativa para pacientes de alto risco hemorrágico): iniciar antes (ou no máximo no momento) da angioplastia primária, sendo mantido por 12 meses.

☐ Em pacientes com elevado risco de complicações hemorrágicas graves, considerar a descontinuação do inibidor de ADP após 6 meses.

☐ Não utilizar Prasugrel nos seguintes subgrupos de alto risco hemorrágico: AVC prévio, Peso < 60Kg e Idosos com idade > 75 anos.

☐ Inibidor da Glicoproteína IIb/IIIa (Tirofiban ou Abciximab): pode ser considerado, como terceiro antiplaquetário, em casos de no-reflow ou com complicação trombótica.

☐ Terapia tripla: após implante de stent em pacientes com indicação de anticoagulação oral plena (ex: fibrilação atrial crônica), terapia tripla (AAS + clopidogrel + anticoagulante oral) deve ser considerada por 1-6 meses (balancear risco de recorrência de evento coronariano e risco de sangramento). Nesses casos, o clopidogrel deve ser o inibidor de ADP preferível. Varfarina é o medicamento de escolha, sendo anticoagulantes orais diretos (DOACs) utilizados em casos selecionados.

2.3.2. Se terapia fibrinolítica:

☐ Aspirina: iniciar o mais precoce possível em todos os pacientes sem contra-indicação, devendo ser mantida indefinidamente.

☐ Clopidogrel: deve ser associado à aspirina, sendo mantido por até 12 meses (exceto se contra-indicação, como sangramento) se fibrinólise e angioplastia posterior.

Quadro 2. Medicações antiplaquetárias

2.4. Tratamento Anticoagulante

☐ No caso de angioplastia primária, Heparina não-fracionada IV em bolus deve ser administrada na sala de hemodinâmica pelo cardiologista intervencionista.

☐ Após a realização da angioplastia, não está recomendada a manutenção rotineira da terapia anticoagulante, exceto se indicação de anticoagulação oral por outro motivo (ex: fibrilação atrial) ou de heparina profilática (conforme protocolo institucional de prevenção de trombose venosa profunda).

☐ Se tratamento fibrinolítico, está indicado o uso de anticoagulante até a realização de revascularização percutânea ou pelo tempo de duração da hospitalização (até 8 dias). Nesse caso, utilizar Enoxaparina (inicialmente IV, seguida de administração subcutânea). Em caso de insuficiência renal, ajustar a dose da enoxaparina (vide tabela) ou optar por heparina não fracionada IV.

☐ Não é necessário manter anticoagulação após término da angioplastia.

Quadro 3. Medicações Anticoagulantes

3. Tratamento Complementar

☐ Manter glicemia entre 70 e 180 mg/dL.

☐ Suspender medicamentos orais e prescrever insulina endovenosa ou subcutânea.

☐ Seguir protocolo institucional de diabetes disponível na intranet para ajuste de insulina subcutânea e endovenosa.

☐ Introduzir estatinas precocemente em dose elevada (i.e. atorvastatina 40-80 mg; rosuvastatina 20-40; sinvastatina 40/ezetimiba 10 mg) para atingir meta de LDL<50 mg/dL; colher perfil de colesterol < 24 horas para mensurar nível basal.

☐ Introduzir iECA ou BRA nas primeiras 24 horas após o IAM em pacientes com disfunção ventricular sistólica, IC, infarto anterior, hipertensão ou diabetes.

☐ Introduzir espironolactona em pacientes com disfunção ventricular sistólica (FE□40%), associada a diabetes ou IC, na ausência de IRA (Creat > 2.0 mg/dL) ou hipercalemia (monitorizar potássio durante a internação).

☐ Para todos os pacientes tabagistas, recomendar interrupção imediata e tratamento ambulatorial da comorbidade (considerar adesivos de nicotina, bupropiona ou vareniclina).

4. Risco hemorrágico:

☐ São considerados pacientes de alto risco hemorrágico aqueles com múltiplos fatores associados (vide tabela abaixo).

☐ A avaliação clínica do risco hemorrágico deve rotineira e pode ser realizada subjetivamente (observando os fatores mencionados no quadro abaixo) ou quantitativamente

através de escores já validados: http://www.crusadebleedingscore.org, http://precisedaptscore.com/predapt/.

☐ A vantagem de identificar pacientes com alto risco hemorrágico é considerar medidas de prevenção de sangramento (ver a seguir).

4.1. Medidas de prevenção de hemorragia em pacientes de alto risco hemorrágico:

☐ Em pacientes portadores de fibrilação atrial e alto risco embólico (CHADS2 ou CHA2DS2-VASc ≥ 2) optar por menor duração de terapia tripla: AAS + clopidogrel + anticoagulante (varfarina, rivaroxabana, ou apixabana) – reduzir duração de uso do inibidor de ADP para 3-6 meses (se stent farmacológico) ou 1 mês (se stent metálico ou sem stent).

☐ Nos pacientes com associação de múltiplos fatores de risco hemorrágico, considerar o uso de medicações antitrombóticas com melhor perfil de segurança, como o clopidogrel, e evitar associação tripla de antiplaquetários com inibidor da glicoproteína IIbIIIa.

☐ Utilização de protetor gástrico (inibidores de bomba de prótons ou ranitidina) em todos os pacientes, especialmente nos idosos, ou naqueles com antecedente de úlcera ou sangramento gástrico. Evitar omeprazol concomitante com clopidogrel (nesse caso, evita-se interação medicamentosa utilizando pantoprazol ou esomeprazol).

4.2. Manejo das complicações hemorrágicas:

☐ Medidas para estabilizar as condições hemodinâmicas do paciente (expansão volêmica).

☐ Sempre que possível, evitar a suspensão das medicações antitrombóticas em casos de sangramentos menores (exemplo: hematoma em sítio de punção).

☐ Nos casos de sangramentos maiores (gastrointestinal, retroperitoneal, intracraniano, intraocular ou outro sangramento com risco de morte), suspender as medicações antitrombóticas e avaliar necessidade de transfusão de plaquetas. Atentar para recurso institucional de atendimento padronizado de hemorragias.

☐ Reintroduzir as medicações antitrombóticas pelo menos 24/48 horas após controle da complicação hemorrágica.

☐ Evitar transfusão de concentrados de hemácias em pacientes hemodinamicamente estáveis e com hemoglobina > 7 g/dL.

☐ É recomendada a reposição de ferro em pacientes com anemia decorrente de sangramento.

☐ É contra-indicada a utilização de eritropoietina para tratamento da anemia devido a aumento de complicações trombóticas.

Quadro 4. Fatores de risco hemorrágico

1. Idade (≥70 anos)
2. Sexo feminino
3. Insuficiência renal (clearance de creatinina< 60 ml/min)
4. História prévia de sangramento
5. Baixo peso (< 60 Kg)
6. Anemia ou plaquetopenia
7. Diabetes
8. Doença vascular periférica
9. Antecedente de AVC
10. Insuficiência cardíaca/choque cardiogênico

5. Reabilitação

☐ Iniciar reabilitação se quadro clínico estável há 24 horas, sem novos sintomas isquêmicos, novas alterações eletrocardiográficas ou nova elevação de marcadores de necrose miocárdica.

☐ Iniciar atividades leves até moderada intensidade (<6 METS), tanto para atividades de vida diária, como para atividades físicas oferecidas por fisioterapeutas.

☐ As sessões devem ser iniciadas no leito, evoluindo para atividades no quarto (24-48h) e posteriormente no corredor (>48h), desde que devidamente monitorizadas. As atividades devem ser aumentadas primeiro em duração e depois em intensidade.

☐ Para realizar a fisioterapia, utilizar as ferramentas de segurança cardiovascular:

- Telemetria (primeiras 48 horas): para monitorização da FC, ritmo e traçado ECG durante atividade;
- Escala de Borg (esforço percebido): limitando a sensação de esforço em 13 (ligeiramente cansativo);
- Respeitar o limite de aumento da FC até 20bpm da FC basal;
- Oximetria de pulso: para controle da SpO2 e da FC durante a atividade.

☐ Para todos os pacientes, recomendar reabilitação ambulatorial rotineira.

Resumo dos valores das atividades físicas

Atividade	METs
Vestir-se	2,0-3,0
Alimentar-se	1,0-2,0
Higiene em pé	2,0-3,0

Banho	3,0
Sentado	1,0-2,0
Subindo escada	4-7

6. Fluxos e critérios de internação nas unidades (CTI, UCO, Ala)

☐ Os critérios de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade coronariana (UCO) devem seguir as políticas institucionais para internação no CTI-A.

☐ Sugerimos 24 horas de internação monitorizada em ambiente de UTI ou Unidade Coronariana em casos estáveis, sem arritmias ou risco de evolução para choque cardiogênico, após terapia de reperfusão com sucesso e evolução clínica satisfatória.

☐ Posteriormente, transferência para unidade coronariana (8º andar bloco A – oeste), onde os pacientes deverão permanecer por mais 24-48 horas. Nos casos internados na semi-intensiva geral por indisponibilidade de leitos na UCO, recomenda-se o remanejamento para a UCO tão logo haja um leito disponível.

☐ O encaminhamento de todos os pacientes com IAM com elevação de ST ao serviço de hemodinâmica deverá ser realizado com acompanhamento médico (anestesista, médico plantonista ou médico assistente do paciente) e monitorização eletrocardiográfica.

8. Referências bibliográficas:

☐ V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2):1-105.

☐ 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2017 Aug 26.

☐ Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq Bras Cardiol 2017; 109(2Supl.1):1-76.

Diretriz de acidente vascular cerebral

- Introdução / histórico
- Triagem
- Acionamento do código AVC
- Atendimento a suspeita de AVC
- Suporte avançado de vida e condutas clínicas iniciais
  - Avaliação Inicial na emergência
  - A e B – Monitorização vias aéreas
  - C - Monitorização cardíaca e de pressão arterial
  - Protocolo de tratamento da Hipertensão na fase aguda do AVCI
  - D- Avaliação neurológica inicial
  - Controle de Glicemia
  - Controle da temperatura
  - Exames laboratoriais
- Neuroimagem
  - Tomografia de crânio
  - Angiotomografia
  - Ressonância Magnética
- Transporte intra-hospitalar
- Terapia trombolítica endovenosa
  - Critérios de Inclusão para Terapia Trombolítica Endovenosa
  - Critérios de exclusão
  - Trombólise: contraindicações / risco
  - Contraindicações relativas
  - Fatores de risco para sangramento
  - Dose e manejo
- Recomendações após rtPA
- Manejo das complicações após rtPA
  - Hemorragia cerebral após administração do rtPA
  - Protocolo Sangramento pós rtPA
  - Condutas
- Tratamento Endovascular do AVC
- Avaliação quanto à Craniectomia em pacientes com AVCI
- Investigação etiológica AVCI

- Prevenção secundária para alta hospitalar
- Atendimento ao Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
  - Atendimento inicial
  - Tratamento clínico do Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
  - Protocolo de Controle da Hipertensão Arterial na Fase Aguda da Hemorragia Intracerebral Espontânea
  - Intubação Orotraqueal
  - Correção de Coagulopatia
- Controle da Temperatura
- Controle da glicemia
- Protocolo de Insulina endovenosa Contínua
- Monitorização e Controle da Pressão Intracraniana (PIC)
- Profilaxia de Crises Epilépticas
- Profilaxia da Hemorragia Digestiva de Estresse
- Profilaxia de trombose venosa profunda
- Tratamento cirúrgico do AVCH
- Reabilitação do paciente com AVC
- Imunização do paciente com AVC
- Escalas para avaliação do paciente com AVC

1. INTRODUÇÃO

- Histórico

O atendimento do paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) deve ser ágil e depende da participação eficiente e integrada de todos os setores do hospital envolvidos no atendimento. O tempo do início dos sintomas até o diagnóstico e a definição do tratamento agudo são os principais determinantes do prognóstico destes pacientes.

2. OBJETIVOS

Estabelecer diretrizes para o atendimento, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento dos pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e Hemorrágico do Centro de Atendimento ao paciente com AVC

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Pacientes com diagnóstico principal ou intra-hospitalar de Acidente Vascular cerebral Isquêmico ou hemorrágico.

4. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

- Estrutura física
- Profissionais treinados e capacitados para o atendimento do paciente com AVC

5. MATERIAL

Não se aplica

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 Triagem

A principal finalidade de uma triagem nos serviços de emergência é determinar a prioridade do atendimento dos pacientes, isto é, encaminhar para atendimento médico os pacientes mais graves. No Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia o enfermeiro é o profissional responsável por esta função.

Nos pacientes com doença cerebrovascular a triagem tem um papel essencial, pois, o reconhecimento precoce de sinais e sintomas sugestivos de AVC pode resultar no tratamento imediato com repercussão no prognóstico.

Para aumentar a acurácia da suspeita diagnóstica de AVC na triagem, escalas validadas em todo o mundo devem ser utilizadas nos serviços de emergência.

A escala utilizada no Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia, é a Los Angeles Prehospital Stroke Screen (Escalas para avaliação do paciente com AVC).

A escala Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS) deve ser aplicada na triagem das Unidades de Primeiro Socorro pelo enfermeiro e no atendimento pré-hospitalar realizado na ambulância pelo médico, diante da suspeita de AVC.

A suspeita clínica inicial deve ocorrer sempre que o paciente apresentar déficit neurológico súbito, com ou sem sinais de rebaixamento do nível de consciência.

Os sinais e sintomas mais comuns são:

- Desvio de rima labial;
- Dificuldade para falar ou entender comandos simples;
- Confusão mental;
- Perda visual em um ou ambos os olhos;
- Crise convulsiva;
- Perda de força e/ou sensibilidade em um ou ambos os lados do corpo;

- Perda de equilíbrio, coordenação ou dificuldade para andar;
- Cefaléia intensa

A escala é considerada positiva caso o paciente apresente desvio de rima e ou perda de força nos membros superiores.

Na presença da escala de LAPSS positiva ou da forte suspeita clínica de AVC pela enfermagem mesmo com a escala negativa com especial atenção para os casos com sinais e sintomas relacionados à circulação vertebro-basilar..

Caso haja dúvidas do enfermeiro na triagem, o médico emergencista deve ser chamado para avaliar o paciente.

7.2 Atendimento a suspeita de AVC

Para o atendimento da suspeita de AVC foi instituído o código AVC. O código tem o objetivo de priorizar o atendimento dos pacientes com AVC na unidade de pronto socorro através do alerta e comunicação com as áreas envolvidas no tratamento de emergência.

O acionamento do código AVC visa "quebrar as paredes do hospital". Ao acionar o alerta, todos os setores envolvidos no atendimento de urgência são comunicados simultaneamente e são responsáveis por priorizar o atendimento deste paciente. A priorização visa reduzir o tempo entre a admissão e a confirmação diagnóstica favorecendo o sucesso do tratamento.

O responsável pelo acionamento do código AVC é o enfermeiro.

O critério para acionamento do código AVC é a suspeita clínica de AVC com tempo de início dos sinais e sintomas inferior a 24 horas.

O limite máximo de tempo para o acionamento do código AVC foi recentemente modificado e ampliado para 24 horas ao invés de 12 horas, a partir do último momento em que o paciente foi visto bem, incluindo os pacientes que acordam com os sintomas caracterizando um "Wake Up Stroke".

O tempo do início dos sintomas de 24 h deve sempre ser respeitado ao acionamento do código AVC, mesmo na impossibilidade de receber tratamento trombolítico. Devemos lembrar que os cuidados de suporte neurológico e clínico oferecidos aos pacientes na fase aguda são determinantes do prognóstico.

Para o atendimento ao paciente com suspeita de AVC, o enfermeiro reconhece os sinais e sintomas sugestivos de AVC, aloca o paciente na sala de emergência, aciona a tecla AVC e caso o quadro tenha início há mais de 24 horas realiza contato direto com o neurologista.

Caso o paciente apresente risco eminente de morte, exemplo insuficiência respiratória com necessidade de IOT, esse deve ser avaliado inicialmente pelo emergencista e posteriormente pelo neurologista de plantão dentro do período de 10 minutos. Caso o neurologista de plantão

esteja em alguma em outra situação de emergência neurológica intra- hospitalar o plantonista da UPA desencadeia o código AVC e conduz o caso até a chegada do neurologista.
Após o acionamento do código AVC pelo enfermeiro da triagem, todos os setores acionados retornam a ligação para sala de emergência para resposta do chamado para se organizarem como time de resposta rápida.

- Atendimento ao AVC intra-hospitalar

Os pacientes internados que apresentarem sinais e sintomas de AVC devem ser atendidos pelo time de resposta rápida de acordo com o setor que estão alocados:
- Clínica médica-cirúrgica: acionamento do código amarelo pelo enfermeiro, avaliação do médico do código amarelo e posteriormente do neurologista institucional, caso o médico titular seja neurologista ou neurocirurgião acioná-lo concomitantemente.
- Centro de terapia intensiva: avaliação do médico intensivista, acionamento do neurologista institucional e caso o médico titular do paciente seja neurologista ou neurocirurgião acioná-lo concomitantemente.
- Bloco cirúrgico: acionamento do código amarelo pelo enfermeiro, avaliação do médico do código amarelo e posteriormente do neurologista institucional e caso o médico titular seja neurologista ou neurocirurgião acioná-lo concomitantemente.
- Hemodinâmica (cardiologia e neurologia): acionamento do neurologista institucional.
- Pacientes externos: acionamento do código amarelo, avaliação do médico do código amarelo e posteriormente do neurologista institucional.

Figura 3 – Fluxo de acionamento do código AVC intra-hospitalar

7.3 Suporte Avançado de Vida e Condutas Clínicas iniciais

As medidas iniciais, abaixo descritas, são aplicadas a todos os pacientes com suspeita clínica ou confirmação diagnóstica de AVC. São necessárias para estabilização hemodinâmica e permitem o tratamento trombolítico na fase aguda do AVCI. Estes cuidados são prestados na sala de emergência de maneira sistematizada.

- Avaliação Inicial

A avaliação inicial de um paciente com suspeita de AVC é similar a qualquer outra emergência e segue a regra mnemônica do ABCDE. A avaliação neurológica visa a identificar sinais e sintomas do paciente com AVC, seus diagnósticos diferenciais e suas complicações imediatas.
A informação mais importante da história clínica é o horário de início dos sintomas. A definição atual do início dos sintomas é o momento que o paciente foi visto pela última vez em seu estado

usual de saúde ou assintomático. Para pacientes incapazes de fornecer informações (afásicos ou com rebaixamento do nível de consciência) ou que acordam com os sintomas de AVC, o horário de início dos sintomas é definido como aquele em que o paciente foi visto assintomático pela última vez. Para pacientes que apresentaram sintomas que se resolveram completamente e posteriormente apresentaram instalação de novo déficit, o início dos sintomas é considerado como o início do novo déficit. A presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares deve ser determinada, assim como historia de abuso de drogas, enxaqueca, infecção, trauma ou gravidez.

O exame clínico deve incluir oximetria de pulso e mensuração de temperatura, avaliação de coluna cervical em casos de trauma e da presença de rigidez de nuca, ausculta de carótidas, observação das jugulares, ausculta pulmonar e avaliação do padrão respiratório, ausculta e palpação abdominal e avaliação de pulso e edema em membros superiores e inferiores.

Figura 4 – Ordem da avaliação inicial em suspeita de AVC

- A e B - Monitorização respiratória

Em casos de trauma cervical realizar a imobilização da coluna com colar e protetor lateral de cabeça.

A manutenção da oxigenação adequada é importante nos casos de AVC isquêmico, prevenindo a hipóxia. As causas mais frequentes de hipóxia em pacientes com AVC são obstrução parcial das vias aéreas, edema agudo de pulmão, pneumonias, atelectasias, hipoventilação, dentre outras. Pacientes com rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow menor que 8) ou com sinais de comprometimento de tronco cerebral a intubação orotraqueal deve ser considerada.

A oferta de oxigênio suplementar deve ser realizada quando a saturação de oxigênio ilustrada pelo oxímetro de pulso for < 92%, porém se a gasometria arterial mostrar hipóxia a administração de oxigênio deve ser realizada.

- C - Monitorização cardíaca e de pressão arterial

Sabidamente os pacientes com doenças cardiovasculares têm risco aumentado para desenvolver AVC. Arritmias e infarto são complicações comuns de doenças cerebrovasculares agudas.

A monitorização cardíaca com eletrocardiograma deve ser mantida ao menos nas primeiras 24 horas de instalação do AVC e qualquer arritmia grave deve ser tratada.

A pressão arterial (PA) deve ser monitorada continuamente (PA não invasiva). O aumento da pressão arterial na fase aguda do AVC isquêmico pode ser transitório e, em parte das vezes, não é necessário tratamento medicamentoso inicial.

A utilização da técnica invasiva para monitorização da pressão arterial é recomendada quando há instabilidade hemodinâmica e é necessária a administração de drogas vasoativas.
Nos pacientes que na admissão apresentarem hipotensão arterial, devem ser avaliadas as possibilidades de infarto agudo do miocárdio e de dissecção de aorta. Deve-se evitar a hipotensão arterial em pacientes instáveis com associação de drogas vasoativas e volume.
Protocolo de tratamento da Hipertensão na fase aguda do AVCI
A hipertensão arterial é frequente e ocorre em 80% dos casos, sendo na maioria das vezes transitória e com retorno aos níveis prévios na primeira semana após o evento. A redução inadvertida dos níveis pressóricos pode ser deletéria na fase aguda do AVC por aumentar o infarto na área de penumbra cerebral. O uso de medicamentos como morfina e outros analgésicos deve ser criterioso e sob monitorização constante pelo seu efeito vasodilatador e risco de hipotensão.

- Pacientes candidatos à terapia fibrinolítica endovenosa ou intra-arterial

Pressão sistólica >185 mmHg ou diastólica > 110 mmHg: administrar nitroprussiato endovenoso a 0,5 mcg/kg/min em dose inicial ou esmolol.
Caso a pressão não for mantida < 185/110 mmHg não administrar rtPA.

- Manejo da pressão arterial em pacientes elegíveis para tratamento trombolítico.

Pressão arterial Medicamento Intervalo para verificação
PAS>185 mmHg e/ou PAD>110 mmHg Betabloqueador
ou
Nitroprussiato5 minutos
PAS>185 mmHg e/ou PAD>110 mmHg
sem resposta ao betabloqueador Nitroprussiato5 minutos
PAD>140 mmHg Nitroprussiato5 minutos

- Manejo da pressão arterial após o tratamento trombolítico

Pressão arterial Medicamento Intervalo para verificação
PAS>180 mmHg e ou PAD>105 mmHg Betabloqueador
ou
Nitroprussiato5 minutos

PAS>180 mmHg e ou PAD>105 mmHg
sem resposta ao betabloqueador Nitroprussiato5 minutos
PAD>140 mmHg Nitroprussiato5 minutos

- Pacientes não candidatos à terapia fibrinolítica

Pressão sistólica <220mmHg ou diastólica <120 mmHg: tratamento conservador, exceto nos casos de infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão, dissecção de aorta, encefalopatia hipertensiva ou sintomas como náuseas e vômitos, cefaleia, agitação.
Se pressão arterial sistólica maior que 220/120mmHg: administrar nitroprussiato endovenoso a 0,5mcg,kg/min em dose inicial ou esmolol. Com o objetivo de reduzir em torno de 15% o valor da pressão arterial em um período de 24 horas.

Pressão arterial (PA) Medicamento Intervalo para verificação
PAS < 220 mmHg
PAD < 120 mmHg
PAM < 130 mmHg
Não tratar De acordo com a tabela de intervalo e freqüência de verificação de PA
PAS > 220 mmHg
PAD > 120 mmHg
PAM > 130 mmHg Nitroprussiato5 minutos
PAD>140 Nitroprussiato5 minutos

- D- Avaliação neurológica inicial

A informação inicial mais importante da história clinica do paciente é o horário preciso da instalação dos sintomas, se esta informação não for precisa, deve ser considerado o horário como a última vez que o paciente foi visto sem queixas ou sem déficits.

As informações adicionais incluem comorbidades prévias, passado cirúrgico, uso de fármacos como os anticoagulantes, além de história familiar.
O exame neurológico deve ser breve e direcionado, são utilizadas as escalas: Escala de Coma de Glasgow e escala de AVC do National Institute of Health (NIHSS).
O NIHSS (escala para avaliação do paciente com AVC) é a escala mais utilizada para avaliação da gravidade e para acompanhamento da evolução clínica do AVC (ver escalas de avaliação).

Enfatiza os mais importantes tópicos do exame neurológico e tem como objetivo uniformizar a linguagem dos profissionais de saúde e tem sido relacionada com gravidade, definição de tratamento e prognóstico. A escala varia de 0 a 42 pontos.

Em pacientes submetidos à terapia trombolítica, deve ser aplicada na admissão do paciente, a cada 15 minutos na primeira hora após a infusão do fibrinolítico, a cada hora nas primeiras 6 horas, a cada 6 horas nas próximas 18 horas. E diariamente até o 10° dia de internação e na alta hospitalar pelo enfermeiro do paciente.

Para os pacientes não submetidos à terapia trombolítica a escala deve ser avaliada diariamente até o 10° dia de internação e na alta hospitalar pelo enfermeiro do paciente. Aumento de 4 ou mais pontos na escala é critério para acionamento do fluxo de urgência da unidade.

- Controle de Glicemia

A hiperglicemia piora a lesão neurológica, entre outros efeitos, por aumentar a acidose intracelular e aumentar a produção de radicais livres. Apesar de ainda não existirem estudos definitivos controlando agudamente a glicemia em pacientes com AVCH, a redução ativa da hiperglicemia pelo uso de insulina é recomendada pela maioria das diretrizes publicadas. Na Terapia Intensiva, a glicemia capilar é inicialmente medida a cada 4 horas em todos os pacientes nas primeiras 48 horas. Estes intervalos são diminuídos ou aumentados de acordo com a obtenção do controle glicêmico.

- Meta: Glicemia alvo em torno de 140 mg/dl.

Se os níveis glicêmicos permaneçam acima de 180mg/dL em duas medidas consecutivas com intervalo de 60 minutos entre elas é indicada a inclusão deste paciente no protocolo de controle de hiperglicemia endovenoso da instituição.

- Protocolo de Insulina endovenosa contínua

Nestes casos, após consentimento do médico titular, inicia-se a infusão com bolus de insulina regular não diluída do frasco seguido de infusão da solução conforme tabela abaixo:

Glicemia (mg/dl)	Bolus (U)	Velocidade de infusão (U/h)
181 - 200	Sem bolus	2
201 - 250	3U	2
251 - 300	6U	3
301 - 350	9U	3
>350	10U	4

Após o bolus, preparar uma solução de 100 ml de SF0,9% contendo 100 unidades de insulina regular, seguindo as regras de preparo de insulina descrita no documento "Administração de Medicamentos – Orientações Gerais" (necessário a dupla checagem do preparo/administração

da insulina), e desprezar 20 ml da solução para saturar a ligação da insulina ao plástico do equipo.
A partir de então ajustar em bomba a velocidade da insulina de acordo com o Algoritmo de Infusão conforme variação da glicemia a cada hora (disponível em planilha eletrônica de cálculo em http://apps.einstein.br/siqp/insulina.aspx)
Durante todo o período é necessário manter aporte calórico mínimo, com infusão contínua de glicose (G5% a 40 ml/h ou G10% 20 ml/h).
Para maiores informações sobre controle glicêmico de pacientes internados consulte: Protocolo interdisciplinar para avaliação, monitorização e tratamento de pacientes com diabetes e alterações da glicemia: hipoglicemia ou hiperglicemia, disponível na intranet (http://web.telaviva/home/pagina_diabete/index.htm).

- Controle da temperatura

O aumento da temperatura é associado a um pior prognóstico em pacientes com AVC isquêmico. Recomenda-se tratar temperatura axilar >37,8°C com dipirona ou paracetamol.

- Exames laboratoriais

Exames diagnósticos são realizados a partir da suspeita clinica de AVC para identificar condições sistêmicas que são diagnósticos diferenciais e contribuir com dados para a decisão das opções de tratamento.
A tabela abaixo ilustra os exames necessários a todos os pacientes e outros designados a grupos específicos de pacientes com condições individualizadas de acordo com a história clínica.

UPA AVC atendimento inicial	UPA AVC atendimento inicial 2
Perfil protocolo AVC 1	Perfil protocolo AVC 2
Tomografia de crânio sem contraste	
TC protocolo AVC	Tomografia de crânio sem contraste
TC protocolo AVC com acompanhamento anestésico	
Angiotomografia de vasos intracranianos	Angiotomografia de vasos intracranianos
Angiotomografia de vasos cervicais	Angiotomografia de vasos cervicais
Sódio, potássio, uréia, creatinina, glicemia.	Sódio, potássio, uréia, creatinina, glicemia.
Marcadores cardíacos	Marcadores cardíacos
Hemograma completo	Hemograma completo
Coagulograma completo (com RNI)	Coagulograma completo (com RNI)
Colesterol total e frações	Colesterol total e frações
Eletrocardiograma de 12 derivações	Eletrocardiograma de 12 derivações

Pacientes selecionados
Função hepática
Perfil Toxicológico
Etanol sérico
BHCG sérico
Gasometria arterial (quando existir suspeita de hipóxia)
Radiografia de tórax (quando existir suspeita de doença pulmonar)
Punção lombar (quando existir suspeita de hemorragia subaracnóide e tomografia negativa)
Eletroencefalograma (quando existir suspeita de epilepsia)

7.4 Neuroimagem

Os resultados do estudo de imagem não devem ser tomados como indicação ou não de modalidades de tratamento escolhidas de maneira isolada. Esta escolha deverá ser ponderada pelo médico responsável pelo paciente levando em conta todas as circunstâncias clínicas.

- Tomografia de crânio

A tomografia de crânio está disponível na maioria dos hospitais e seus achados na fase aguda do AVC são elementos chave na decisão terapêutica. A tomografia de crânio possibilita: afastar hemorragia cerebral, realizar os principais diagnósticos diferenciais que mimetizam um AVC, detectar lesões isquêmicas já estabelecidas e com sinais de edema cerebral, auxiliam na detecção de sinais precoces de isquemia cerebral.

o Escala ASPECTS

A Utilização da escala de ASPECTS e o uso do laudo estruturado do Hospital Israelita Albert Einstein, possibilitam a quantificação da extensão da lesão isquêmica, dividindo os cortes tomográficos em diferentes territórios vasculares, auxiliando na definição de prognóstico, na estratificação do risco de hemorragia cerebral após trombólise ou trombectomia mecânica, aumentando a segurança do tratamento.

- Angiotomografia

A angiotomografia de artérias intracranianas e cervicais passou a fazer parte da rotina do protocolo de neuroimagem para o disgnóstico de AVC, auxiliando na definição diagnóstica e na demonstração de oclusão arterial, definindo a sua localização, a extensão do trombo e a presença de colaterais, auxiliando na indicação de trombectomia mecânica e demonstrando a reperfusão após o tratamento agudo.

De acordo com a Diretriz do colégio americano de radiologia (ACR) há respaldo para injetar contraste iodado sem o resultado da creatinina nos pacientes sem história prévia de insuficiência renal ou alergia ao contraste. A partir dessas evidências faz - se imprescindível o questionamento a respeito de história de insuficiência renal crônica e alergia na triagem dos pacientes.
As perguntas de triagem serão realizadas pela enfermagem e ou médico na sala de emergência e checadas pela biomédica, as perguntas realizadas são:
- Possui insuficiência renal?
- Possui história de alergia ao contraste iodado?
- Possui antecedente de asma moderada ou grave?
- Tem antecedente de reação alérgica grave como: broncoespasmo grave, choque anafilático, "edema de glote"?

Se o paciente responder SIM a qualquer das perguntas acima fica proscrito o uso do contraste iodado e consequentemente suspenso a angiotomografia.
A realização da angiotomografia, não deve retardar o tratamento trombolítico nos pacientes elegíveis.

- Imagem multimodal (perfusão)

Ao longo do ano de 2020, foi implantado o software RAPID, ferramenta de inteligência artificial, para análise avançada e automatizada das imagens no acidente vascular cerebral.
O RAPID fornece uma análise complementar à avaliação das imagens feitas pelos radiologistas e neurologistas, de forma totalmente automatizada.
Essa análise automatizada inclui:

- Sinais precoces de isquemia cerebral nas tomografias sem contraste com análise do score de ASPECTS.
- Detecção de oclusões dos grandes troncos arteriais nos estudos de angiotomografia.
- Imagens de perfusão por tomografia são avaliadas para detecção de tecidos irreversivelmente danificados (core isquêmico) e áreas sob risco de infarto (penumbra), de maneira prática e rápida.

O RAPID foi utilizado e validado em vários ensaios clínicos randomizados de tratamento agudo do acidente vascular cerebral: SWIFT PRIME, EXTEND-IA, DAWN TRIAL, DEFUSE 3, entre outros.
As imagens obtidas nos equipamentos de tomografia são enviadas automaticamente para um servidor na rede da instituição, processadas e devolvidas para o PACS local, ficando prontamente disponíveis para análise dos médicos envolvidos no tratamento agudo do AVC.
O RAPID não deve substituir a opinião do radiologista, deve haver um consenso do neurohospitalista, do radiologista e dos resultados fornecidos pelo RAPID.

Após a implantação do RAPID os estudos de perfusão por tomografia analisados automaticamente estão sendo introduzidos gradadivamente e substituirão os estudos de perfusão realizados anteriormente por Ressonância Magnética.

Os estudos de perfusão são utilizados preferencialmente para os pacientes candidatos a trombectomia, vistos bem a última vez nas últimas 6 a 24 horas. Os estudos de perfusão nos pacientes com menos de 6 horas do início dos sintomas, devem ser realizados apenas nos pacientes selecionados pelo neurohospitalista. A realização das imagens multimodais, com perfusão, não deve em hipótese nenhuma atrasar o tratamento trombolítico.

- Ressonância magnética

A REMA permanece disponível, para o protocolo AVC, 24 horas, sete dias por semana.

No entanto, a tomografia sem contraste associada à angiotomografia de vasos cranianos e cervicais e à perfusão por tomografia automatizada pelo RAPID, permitem a tomada de decisão terapêutica com maior eficiência do que anteriormente, quando eram feitas por ressonância magnética.

A ressonância magnética permanece útil em casos selecionados como: alguns pacientes selecionados com "Wake up stroke" com janela indefinida, e possibilidade de indicar trombólise EV na janela de 4,5 horas, pode-se utilizar a sequencia FLAIR, para indicar trombólise EV nesses casos. Quando a sequência FLAIR não mostra alterações na fase aguda, a trombólise EV se mostra segura.

Podemos utilizar a ressonância naqueles pacientes com alergia conhecida ao contraste iodado ou contraindicação a realização de contraste na tomografia.

A Ressonância pode ajudar a aumentar a sensibilidade diagnóstica para pequenas lesões da fossa posterior, o que pode ser útil na confirmação diagnóstica de pacientes com quadros clínicos relacionados à isquemia da circulação posterior, como as síndromes vestibulares agudas.

A ressonância utilizada na fase aguda mantém o protocolo rápido, utilizado há anos no hospital e que possui duração estimada de 8 minutos. Esse protocolo rápido é composto pelas seguintes sequências de Ressonância magnética: Difusão, Perfusão, FLAIR, T2, gradiente ECO ou correspondentes e TOF com angiorressonância intracraniana. Ao encaminhar o paciente para ressonância magnética o mesmo deve ser SEMPRE acompanhado pelo neurohospitalista e pelo anestesista durante a realização do exame.

7.5 Transporte intra-hospitalar

O encaminhamento dos pacientes para tomografia de crânio, ressonância ou centro de terapia intensiva deve ser realizado com acompanhamento do emergencista do pronto atendimento e/ou neurologista institucional e/ou do anestesiologista institucional caso seja avaliado que é necessário. É obrigatório o uso do monitor cardíaco de transporte bem como da maleta de transporte intra- hospitalar equipada com medicamentos e materiais para atender a situações de instabilidade clínica como as paradas cardiorrespiratórias.

7.6 Terapia trombolítica endovenosa

A trombólise endovenosa deve ser realizada com o paciente sob monitorização cardiológica e neurológica (oximetria, eletrocardiograma, PA não invasiva e neurológica clínica) na sala de emergência da UPA ou UTI, acompanhado pelo médico emergencista, e ou neurologista institucional e ou Intensivista e ou médico titular.
A decisão da indicação ou contraindicação da trombólise é tomada com base no conjunto de informações clínicas, radiológicas e laboratoriais pelo médico emergencista, neurologista institucional e médico titular do paciente.
Os critérios de inclusão e exclusão devem ser revistos antes da administração do alteplase e os riscos e benefícios do tratamento devem ser esclarecidos com participação dos familiares e registrados na ficha clínica de acompanhamento de caso, anexada ao prontuário.

Critérios de Inclusão para Terapia Trombolítica Endovenosa

- Diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico causando déficit neurológico mensurável.
- Início dos sintomas até 4 horas e 30 minutos.
- Idade ≥ 18 anos.
- Tomografia Computadorizada de crânio sem evidências de hemorragia.
- Ausência de contraindicações à trombólise.

Critérios de Exclusão para Terapia Trombolítica Endovenosa

- Início dos sintomas > 4 horas e 30 minutos.
- Desconhecimento do horário do inicio dos sintomas ou despertar com os sintomas (desde que o tempo entre a última vez que o paciente foi visto sem déficits for superior a 4 horas e 30 minutos);

Trombólise: contraindicações absolutas

- Uso de anticoagulantes orais com RNI >1,7 ou heparina nas últimas 48 horas com TTPA elevado;
- Uso de Inibidores da Trombina ou do Fator Xa nas últimas 48h;
- Anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular nas últimas 24h;
- História atual de hemorragia intracraniana;
- Hipertensão grave atual não controlada (Atenção para PA sistólica≥175 mmHg ou PA diastólica ≥110 mmHg);
- Melhora completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
- Plaquetas <100000/mm3 ;
- Suspeita clínica de hemorragia subaracnóide ou dissecção aguda de aorta;
- Neoplasia intra axial intracraniana;

Trombólise: contraindicações relativas

- Experiências recentes sugerem que em algumas circunstâncias, pesando o risco-benefício para o paciente, pacientes podem receber com cuidado, trombólise EV com 1 ou mais contraindicações relativas:
- Déficit menor ou rapidamente melhorando;
- Gravidez;
- Cirurgia de grande porte, procedimento invasivo ou trauma grave nas últimas 2 semanas;
- Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal (nas últimas 3 semanas);
- Infarto do miocárdio recente (3 meses);
- AVCI ou traumatismo crânio-encefálico grave nos últimos 3 meses;
- História pregressa ou atual de MAV;
- Punção lombar nos últimos 7 dias;

Fatores de risco para sangramento

- AVC prévio;
- NIHSS > 22;
- Glicemia capilar > 400 mg/dL;
- Uso de cocaína;
- Insuficiência Renal;
- Leucaraiose importante; microbleeds.
- Pericardite ou endocardite bacteriana;
- Retinopatia diabética.

Figura 5 – Fluxograma para suspeita de hemorragia intracraniana pós trombólise

Dose e manejo do Alteplase

O paciente deve estar com 2 acessos venosos calibrosos em membros superiores e a dose do rt-PA (alteplase) é 0.9mg/Kg com máximo de 90 mg de dose total. Do total da dose, se infunde 10% em bolus em um minuto e o restante em uma hora. O acesso venoso deve ser exclusivo e a infusão deve ser controlada através da bomba de infusão. Para garantir a infusão completa a droga deve ser administrada na bureta compatível com a bomba de infusão institucional. A escala do NIHSS deve ser realizada antes da administração, após o término, de 6 em 6 horas nas primeiras 24 horas.

A presença do neurologista de plantão ou do médico assistente durante a infusão do trombolítico é obrigatória.

Para avaliação após a trombólise endovenosa a escala do NIHSS deve ser realizada uma vez ao dia até o 10° dia de internação e na alta pelo enfermeiro responsável pelo paciente e registrada em impresso próprio.

Na presença de efeitos colaterais como hipotensão, angioedema ou piora clínica, a infusão deve ser diminuída ou interrompida até o controle da situação e a repetição da TC de crânio deve ser considerada imediatamente.

TABELA DE DOSE DE ALTEPLASE DE ACORDO COM O PESO CORPORAL

Peso do paciente (kg)	Dose total (mg)	Bolus (mg)	90% (mg)
45	40,5	4,05	36,45
46	41,4	4,14	37,26
47	42,3	4,23	38,07
48	43,2	4,32	38,88
49	44,1	4,41	39,69
50	45	4,5	40,5
51	45,9	4,59	41,31
52	46,8	4,68	42,12
53	47,7	4,77	42,93
54	48,6	4,86	43,74
55	49,5	4,95	44,55
56	50,4	5,04	45,36
57	51,3	5,13	46,17

58	52,2	5,22	46,98
59	53,1	5,31	47,79
60	54	5,4	48,6
61	54,9	5,49	49,41
62	55,8	5,58	50,22
63	56,7	5,67	51,03
64	57,6	5,76	51,84
65	58,5	5,85	52,65
66	59,4	5,94	53,46
67	60,3	6,03	54,27
68	61,2	6,12	55,08
69	62,1	6,21	55,89
70	63	6,3	56,7
71	63,9	6,39	57,51
72	64,8	6,48	58,32
73	65,7	6,57	59,13
74	66,6	6,66	59,94
75	67,5	6,75	60,75
76	68,4	6,84	61,56
77	69,3	6,93	62,37
78	70,2	7,02	63,18
79	71,1	7,11	63,99
80	72	7,2	64,8
81	72,9	7,29	65,61
82	73,8	7,38	66,42
83	74,7	7,47	67,23
84	75,6	7,56	68,04
85	76,5	7,65	68,85
86	77,4	7,74	69,66
87	78,3	7,83	70,47
88	79,2	7,92	71,28
89	80,1	8,01	72,09
90	81	8,1	72,9
91	81,9	8,19	73,71
92	82,8	8,28	74,52

93	83,7	8,37	75,33
94	84,6	8,46	76,14
95	85,5	8,55	76,95
96	86,4	8,64	77,76
97	87,3	8,73	78,57
98	88,2	8,82	79,38
99	89,1	8,91	80,19
≥100	90	9	81

7.7 Recomendações após rtpa

1. Não utilizar antiagregante plaquetário ou anticoagulante nas primeiras 24 horas após administração rtpa.
2. Não realizar cateterização arterial ou punção venosa profunda nas primeiras 24 horas
3. Não passar sonda vesical até 30 minutos após o término do rtpa. Se possível evitar sonda vesical nas primeiras 24 horas após a terapia trombolítica.
4. Evitar sonda nasogástrica ou nasoenteralnas primeiras 24 horas após a terapia trombolítica.
5. Realizar tomografia de crânio e Hb, Ht, TP, TTPA entre 12-24 horas, para controle evolutivo.
6. O controle da pressão arterial deve ser realizado nos seguintes intervalos de tempo:

Intervalo	Freqüência
Primeiras 2 horas após rtpa	A cada 15 minutos
De 2 a 6 horas após rtpa	A cada 30 minutos
6 a 24 horas após rtpa	A cada hora

Deve-se manter os níveis menores que 180x105 mmHg e evitar níveis sistólicos menores que 140mmHg.

7. O controle da temperatura axilar deve ser realizado cada duas horas e instituído medidas para hipertermia.
8. O controle da glicemia capilar deve ser realizado com intervalo mínimo de quatro em quatro horas e, nos casos de protocolo de insulina, de hora em hora.
9. Deve-se utilizar como medidas para profilaxia de trombose venosa profunda a compressão pneumática e meias elásticas.

7.8 Manejo das complicações após rtpa

A hipotensão arterial responde na maioria das vezes à infusão de cristalóides. Caso a hipotensão arterial persista após dois litros de infusão endovenosa de solução salina ou ocorram sinais de congestão pulmonar o uso de drogas vasoativas deve ser cogitado.

- Hemorragia cerebral após administração do rtPA

Existem dois tipos de hemorragia cerebral: petequial e intraparenquimatosa.
A hemorragia petequial é subdividida em dois tipos: petéquias apenas na margem do infarto (HT1) e petéquias dentro da área de infarto, mas sem efeito de massa (HT2).
As hemorragias intraparenquimatosas são também subdivididas em dois tipos: hemorragia que envolve < 30% da área infartada (HP1) e hemorragia que envolve > 30% da área infartada envolvida com efeito de massa (HP2).
É denominada hemorragia cerebral sintomática quando a hemorragia é acompanhada por piora de quatro pontos na escala de AVC do NIHSS.

- Protocolo Sangramento Pós rtpa se piora neurológica:
  - Suspender administração do rtpa.
  - Realizar tomografia de crânio urgente.
  - Prosseguir para protocolo de sangramento.

- Se sangramento (ou suspeita):

Cessar infusão do rtpa diante das seguintes situações:

- Piora do déficit neurológico com diminuição do nível de consciência, cefaléia, náusea e vômito e ou sinais sugestivos de hemorragia intracraniana.
- Quando há aumento importante da pressão arterial.

- Condutas
  - Garantir dois acessos venosos periféricos calibrosos (>18F) e administrar solução fisiológica.
  - Solicitar exames urgentes: Hematócrito (Htc) e hemoglobina, tempo de protrombina e tempo de protrombina parcial ativada, plaquetas, fibrinogênio e exames pré-transfusionais.
  - Solicitar avaliação da equipe de neurocirurgia se sangramento intracraniano.

o Infundir: 6 a 10 unidades de crioprecipitado, 2 a 3 unidades de plasma fresco (se RNI> 1.5) ou ainda 6 a 8 unidades de plaquetas ou concentrado de hemácias e reavaliar se Htc adequado.

7.9 Tratamento Endovascular do AVC

A introdução do r-tPA endovenoso para o tratamento do AVCI na fase aguda melhorou o prognóstico dos pacientes. No entanto, os índices de recanalização das artérias intracranianas com oclusões proximais ainda são baixos com o uso do trombolítico endovenoso, sendo a taxa de recanalização de 4,4% na carótida interna (trombo em "T") e 32,3% na artéria cerebral média (oclusão M1) .

O tratamento endovascular do AVCI agudo pode ser realizado por diversas técnicas diferentes. Podemos atingir melhores taxas de recanalização arterial nas oclusões arteriais proximais, quando comparadas ao trombolítico endovenoso, que podem chegar até 88% com a trombectomia mecânica com uso dos stent intracranianos (stent retrievers), em pacientes adequadamente selecionados.

Ao indicar o tratamento endovascular do AVCI devemos selecionar os pacientes através de critérios específicos baseados na apresentação clínica, tempo de início do ictus, exames laboratoriais e de imagem, respeitando também as contraindicações.

A recanalização de artérias ocluídas pode ser obtida por diversas técnicas endovasculares, como por trombólise química ou mecânica. A trombólise química endovascular consiste na injeção seletiva de r-Tpa na artéria ocluída, através de um microcateter posicionado através ou proximalmente ao trombo.

A trombolise mecânica pode ser realizada por meio de vários tipos de dispositivos como: o sistema de aspiração Penumbra, o sistema Merci, o balão de angioplastia, a manipulação pelo microguia, os "stents retriever", sendo que os mais estudados de forma sistemática e com as maiores taxas derecanalização são estes últimos. A associação da trombólise química intra-arterial com a trombolise mecânica pode ser realizada, sendo que temos preferência pela associação do tratamento intra- arterial mecânico com o trombolítico endovenoso, em sua dose total, quando há indicação e o paciente está dentro da janela terapêutica das 4,5 horas, sem haver melhora do quadro clínico apenas com o tombolítico endovenoso.

Os pacientes com oclusão arterial recanalizada no AVCI agudo têm melhor prognóstico clínico. Dentro estes, a maior parte dos pacientes (64%) recanalizados em menos de 3,3 horas, apresentam prognóstico bom (escala de ranking modificado ≤ 2), enquanto que os pacientes recanalizados após 3,3 horas, têm maior índice de prognóstico ruim. Ou seja, a recanalização

das oclusões arteriais é importante no tratamento do AVCI agudo e determina melhor evolução clínica do paciente quando realizada de maneira precoce.
Acreditamos que os melhores resultados no prognóstico do paciente são conseguidos quando o tratamento do AVCI é feito de maneira rápida, com utilização r-tPA endovenoso, dentro da janela de 4 horas e meia do início dos sintomas, complementado pela via mecânica intra-arterial no período de 6 a 8 horas após iniciados os sintomas, quando houver indicação. A seleção adequada dos pacientes através de critérios clínicos e métodos de imagem é fundamental, assim como a combinação dos métodos para tratamento endovenoso e intra-arterial, quando houver necessidade, principalmente nas oclusões de artérias proximais.

O objetivo do tratamento do AVCI agudo é resgatar o parênquima cerebral hipoperfundido através da recanalização da oclusão arterial por via endovenosa e/ou intra-arterial, evitando que haja progressão da área de penumbra para uma área de infarto extensa, melhorando o prognóstico do paciente.

- Critérios clínicos

Dentre os critérios clínicos é essencial confirmar o diagnóstico de AVCI agudo, precisar o horário do início do íctus e quantificar a extensão do déficit neurológico pela escala de AVC do National Institutes of health (NIHSS). Além destes três itens, devem ser excluidos pacientes com contraindicações clínicas e laboratoriais para trombólise endovenosa e/ou intra-arterial.

- Critérios de imagem

Os exames de imagens são essenciais para confirmar o AVCI, procurar sinais de infarto ou isquemia precoce, excluir a hemorragia intracraniana e localizar a oclusão arterial. Além disto, também é possível quantificar o déficit perfusional, ou seja, a área de penumbra (tecido cerebral sobre risco de infarto por isquemia). Usualmente os pacientes se beneficiam da recanalização arterial quando o déficit perfusional é maior que 20%. Este parâmetro não se faz necessário para indicar o tratamento endovascular, sendo a extensão da área de infarto e a localização da oclusão arterial, os parâmetros mais importantes na decisão de indicar o tratamento endovascular.
Devido à facilidade e rapidez em que se obtém um exame de tomografia computadorizada, temos preferido utilizar este método. Em casos de dúvida em relação ao tempo preciso do início dos sintomas, o paciente é submetido ao exame de tomografia com perfusão ou ressonância magnética.

o Tomografia de crânio

O protocolo de tomografia, inclui uma tomografia sem contraste e a angiotomografia (arco aórtico, vasos cervicais e cranianos), esses últimos só não são realizados se houver alguma contra-indicação conforme definido acima nesse texto.

A tomografia computadorizada de crânio sem contraste pode detectar achados de isquemia aguda precoce, como o sinal da "artéria cerebral média hiperdensa", basilar hiperdensa, hipodensidades focais no parênquima encefálico, no córtex da ínsula, no núcleo lentiforme, apagamento dos sulcos encefálicos e perda da diferenciação córtico-subcortical.

A sensibilidade do observador para achados de isquemia precoce no parênquima encefálico aumenta para identificação das áreas hipodensas e perda da diferenciação córtico-subcortical com ajuste da janela na tomografia de crânio, determinando um alto contraste das estruturas da substância branca em relação a substância cinzenta, permitindo aumento na sensibilidade de 57% para 71% na detecção das áreas comprometidas.

Como objetivo de padronizar e quantificar de maneira objetiva a extensão do infarto na tomografia de crânio sem contraste foi criada a escala do ASPECTS. Esta escala tem pontuação máxima de 10, em uma tomografia computadorizada de crânio normal, decrescendo até 0, quando todo território da artéria cerebral média está completamente acometido. Os 10 territórios definidos são: núcleo caudado, córtex da ínsula, cápsula interna, núcleo lentiforme e 6 áreas do território da artéria cerebral média no córtex cerebral.

A escala de ASPECTS na tomografia sem contraste pode ajudar na tomada de decisão de utilizar o tratamento endovascular, mas não deve ser utilizada como critério de inclusão ou exclusão isoladamente. Quando os pacientes apresentam grande área de infarto isso se correlaciona com baixa independencia funcional e aumento do risco de hemorragia. Um ASPECTS de 0 a 4, 5 a 7 e 8 a 10, resulta em bom prognóstico em respectivamente 5%, 38,6% e 46% e mortalidade de 55%, 28,9% e 19% dos pacientes.

O risco de hemorragia sintomática também aumenta com ASPECTS mais baixos.

Quanto mais curto o período do início dos sintomas até a reperfusão melhor o prognóstico dos pacientes. O melhor prognóstico foi demonstrado nos pacientes com APECTS de 8 a 10, e no ASPECTS de 5 a 7, mas não nos pacientes com ASPECTS de 0 a 4.

Além de determinar a extensão do infarto, a tomografia de crânio sem contraste é fundamental na detecção de hemorragia intracraniana, sendo a sensibilidade de 90% e especificidade de 99% deste método de imagem para detecção de hemorragia.

A angiotomografia de crânio identifica o local da oclusão vascular com alta sensibilidade e especificidade, 98,4% e 98,1%, respectivamente. A caracterização do local da oclusão vascular e extensão da mesma tem correlação com a possibilidade de recanalização da oclusão e taxas

de complicação relacionadas ao procedimento endovascular. Para o intervencionista é importante caracterizar as oclusões proximais nos seguintes padrões: carótida intracraniana (oclusão em "T" - pior prognóstico), cerebral média (M1 proximal ou distal às lentículo-estriadas, segmento M2 proximal ou distal), cerebral anterior (segmento), carótida cervical associada a oclusão intracraniana e circulação posterior (vertebrais e basilar).

As imagens-fonte da angiotomografia computadorizada são interessantes para melhor definir a área de infarto aumentando a utilidade do ASPECTS para prever o prognóstico clínico do AVCI. As imagens-fonte da angiotomografia computadorizada, excluindo-se os infartos lacunares, infartos menores que 15 mL, correlacionavam-se com uma sensibilidade de 95% e uma especificidade de 100% na detecção da área de infarto cerebral final, considerando que a sequência de difusão na ressonância magnética tem uma sensibilidade de 98% e especificidade de 100% para detectar infartos. As áreas hipoatenuantes nas imagens-fonte da angiotomografia computadorizada nem sempre evoluem para o infarto após a recanalização arterial. O ASPECTS nas imagens fonte da angiotomografia é melhor do que o ASPECTS na tomografia computadorizada de crânio sem contraste para definir a gravidade inicial do AVCI (exame basal) e tem como função prever a área final de infarto e prever de forma independente o prognóstico clínico do AVCI agudo. Foi também descrita e estudada uma escala ASPECTS modificada para a fossa posterior em imagens fontes da angiotomografia que prediz a área de infarto final nas oclusões de artéria basilar. Deve-se estar atento ao protocolo utilizado para a angiotomografia, pois os tomógrafos "multislice" têm varias velocidades de aquisição das imagens e o valor das informações obtidas pode variar.

Após verificada a localização da oclusão arterial através da angio-tomografia computadorizada, pode- se realizar a perfusão pela tomografia ou pela ressonância magnética, identificando-se então o candidato para trombólise arterial como aquele que apresenta uma área de penumbra maior que 20%.

- Seleção dos pacientes para trombólise intra-arterial

A seleção dos pacientes que serão submetidos ao tratamento endovascular é feita através de um trabalho de equipe entre o clínico, neurologista, neurorradiologista, anestesiologista e intervencionista, observando-se as indicações e contraindicações dos procedimentos, assim como das medicações a serem utilizadas, incluindo o trombolítico (rTpa endovenoso e intra-arterial).

Na circulação anterior, considera-se que a janela terapêutica para a trombólise mecânica pode ser estendida até o período de 8 horas. Já na circulação posterior, este período pode ser

estendido até 12 horas, considerando que os pacientes com oclusões nesta circulação tem prognóstico ruim e podem se beneficiar de uma intervenção endovascular tardia.

Os pacientes com tomografia computadorizada de crânio sem contraste que apresentam AVCI agudo na circulação anterior (território da artéria cerebral média), uma área de hipodensidade no parênquima cerebral menor do que um terço do território da cerebral média e/ou um ASPECTS maior que 7, sem hemorragia intracraniana, são melhores candidatos para trombólise endovascular, embora alguns pacientes com ASPECTS mais baixos possam se beneficiar, mas apresentam maiores taxas de complicação.

Em relação ao local de oclusão arterial e a indicação do tratamento intra-arterial mecânico, deve-se utilizar como parâmetro as seguintes localizações de oclusão arterial na angiotomografia computadorizada, como melhores para recanalização: oclusão de artéria cervical (carótida interna), oclusão de artéria intracraniana proximal (carótida interna, M1 e M2 proximal da artéria cerebral média, A1 e A2 da artéria cerebral anterior), assim como oclusão de artérias vertebrais e basilar.

Territórios distais podem ser recanalizados com maior risco de complicações, sendo necessário avaliar o risco benefício de tais intervenções.

Após verificada a localização da oclusão arterial através da angio-tomografia computadorizada, pode- se realizar a perfusão pela tomografia ou pela ressonância magnética, identificando-se então o candidato para trombólise arterial como aquele que apresenta uma área de penumbra maior que 20%. No entanto, os mapas de perfusão não são essenciais para indicar o tratamento endovascular nos AVCI agudos. Os parâmetros radiológicos mais importantes são o local da oclusão arterial e área de infarto inicial.

A trombólise tem como objetivo evitar a evolução da área de penumbra para área de infarto. A penumbra é definida como a área sob o risco de progredir para o infarto. Existem três tipos de progressão da área de penumbra: progressão total, progressão parcial e sem progressão da área de infarto inicial para a área de penumbra (território sob risco). A progressão ou não da área de penumbra para a área de infarto depende principalmente da circulação colateral e da recanalização precoce da artéria ocluída.

O sistema de colaterais para área sob o risco de infarto (penumbra) pode ser classificado pela angiotomografia computadorizada e pela angiografia cerebral através de várias escalas descritas. O sistema de colaterais está relacionado à melhor evolução clínica dos pacientes, mas não é usado como critério de indicação para submeter ou não o paciente a trombólise endovascular.

Caso a trombólise mecânica seja associada ao trombolítico endovenoso ou intra-arterial (r-Tpa), deve-se observar as contraindicações ao uso do trombolítico no AVCI agudo para evitar complicações conhecidas.

- Seleção de pacientes com tempo indeterminado do ictus e avci ao acordar ("wake up stroke")

Alguns pacientes atendidos pelo sistema de emergência do hospital apresentam déficit neurológico correspondendo a um acidente vascular isquêmico encefálico com tempo impreciso de início. Dentre estes estão pacientes que acordam com o déficit neurológico e outros com tempo de ictus não definido de forma precisa (indeterminado). Cerca de um quarto do pacientes com AVCI acordam com déficit neurológico, sendo que dormiram sem apresentarem alteração neurológica. As características clínicas dos pacientes que acordam com déficits neurológicos são similares aos pacientes com início preciso dos sintomas, sendo que alguns destes têm padrões de imagem favoráveis ao tratamento do acidente vascular isquêmico agudo.

Estes pacientes devem ser selecionados para o tratamento endovascular depois de avaliados adequadamente sobre os riscos e benefícios do tratamento, incluindo estudos de imagem por tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética do crânio.

Sabe-se que pacientes com AVCI ao acordar tem ASPECTS na tomografia de crânio semelhante aos pacientes com ictus dentro das 4 horas. A angiotomografia de crânio e os mapas de perfusão podem contribuir para a avalição e tratamento (trombólise) nos pacientes com tempo indeterminado do início dos sintomas. Um estudou demonstrou que as imagens fonte da angiotomografia mostram um volume de infarto maior nos pacientes com tempo indeterminado do início dos sintomas quando comparados aos pacientes com início preciso dos sintomas. O mesmo estudo não mostrou diferença significativa no volume de infarto nas imagens fonte da angiotomografia comparando os pacientes que acordam com o déficit com aqueles com tempo de início preciso dos sintomas.

A ressonância pode contribuir avaliando a extensão do infarto com maior sensibilidade que a tomografia através da sequência de difusão, o tempo de isquemia pela sequência FLAIR (>6 horas), a presença de hemorragia pela sequência T2*, a área de penumbra com a perfusão e o local da oclusão arterial pela angioressonância.

Os pacientes com AVCI agudo ao acordar, após adequadamente selecionados por critérios clínicos e de imagem, submetidos à trombectomia mecânica com stent retrievers, apresentam em torno de 94,4% de taxa de recanalização (TICI maior ou igual 2) com melhora clínica em 42,1 % dos pacientes (melhora de 4 pontos ou mais no NIH até a alta hospitalar). As hemorragias sintomáticas ocorrem em 21,1% dos casos, sendo esta taxa maior quando comparada aos pacientes submetidos a este tratamento dentro das 6 horas do início dos

sintomas. Há estudos com menores taxas de hemorragia sintomática, sendo em torno de 10% após tratamento endovascular dos pacientes depois de 8 horas de ictus ou AVCI ao acordar, assim como baixa taxa de hemorragia (4,3%) dos pacientes com AVCI ao acordar tratados com trombolítico endovenoso associado ou não a trombolítico intra-arterial.

- Dispositivos mecânicos e medicações

Como dispositivos mecânicos para a recanalização endovascular intra-arterial podem ser utilizados os stents retrievers, sistema Merci de trombectomia, balão de angioplastia, sistema de aspiração penumbra, assim como medicações como r-TPA, heparina e inibidores plaquetários endovenosos.

Os sistemas de trombectomia mecânica endovascular determinam maiores taxas de recanalização arterial no AVCI, sendo que os stents retrievers têm a maior destas taxas de recanalização, atingindo o TICI 2B e 3 em 88% dos casos. O sistema Merci, no estudo Multi Merci Trial, atingiu taxas de TICI 2 e 3 em 69,5% e o sistema penumbra no Penumbra Trial atingiu o TICI 3 em 27,2% dos pacientes.

Um estudo comparou os stents retrievers (Trevo□ e Solitaire□) com o sistema Merci de trombectomia mecânica em 122 pacientes, concluindo que os stents retrievers tem melhor taxa de revascularização, melhor prognóstico clínico e menores taxas de complicação que o sistema Merci□. A recanalização com sucesso (TICI 3 e TICI 2B) foi atingida em 82% dos pacientes tratados com stent retrievers, sendo de 62% nos tratados com o sistema Merci□. As taxas de recanalização pelos stent retrievers não são afetadas pela atenuação do trombo nas imagens de tomografia cerebral em oclusões da artéria cerebral média.

Os inibidores plaquetários endovenosos, como o Abixicimab (reopro□), não devem ser usados como tratamento do AVCI agudo por não serem seguros ou eficazes nos pacientes com ictus < 5 horas, nem naqueles com AVCI ao acordar por aumentar o risco aumentado de hemorragia sintomática ou fatal nestes pacientes.

- Parâmetros clínico-radiológicos e prognósticos

O prognóstico dos pacientes com AVCI agudo depende de algumas variáveis. Existe um estudo interessante na literatura que correlaciona parâmetros clínicos e radiológicos com o prognóstico dos pacientes independente do tratamento empregado. Este estudo demonstrou que existe maior valor para prever o bom prognóstico do pacientes quando são associados os parâmetros clínicos e radiológicos, incluindo a escala do NIHSS, área de infarto e volume do MTT (mean transit time).

Em relação aos parâmetros clínicos, de imagem e o prognóstico, sabe-se que os pacientes com bom prognóstico (escala modificada de Rankin 0 a 2) são aqueles que apresentam NIHSS menor que 8 e um MTT (mean transit time) nos exames de perfusão cerebral menor que 47,0 mL. A

associação do NIHSS, da área de restrição à difusão e do MTT juntos predizem prognóstico em 70,4% dos pacientes. O parâmetro clínico ou de imagem como critério único isolado prediz o prognóstico em 63,2% dos pacientes. Sabe-se que os pacientes que evoluem com um pior prognóstico (escala modificada de Rankin de 3 a 6) são aqueles que apresentam um NIHSS maior que 20 e a área de restrição à difusão maior que 72,0 mL.

- Escalas de recanalização

A recanalização após a trombólise intra-arterial pode ser classificada pela escala de TICI (thrombolysis In cerebral infarction scale). Os pacientes que tiveram a oclusão arterial recanalizada têm melhor prognóstico clínico.

Escala TICI (thrombolysis in Cerebral Ischemia) de classificação para recanalização após trombólise intra-arterial na AVCI.

0 Sem recanalização

1 Mínima recanalização

2 a Recanalização parcial com reperfusão de menos de 50%

2 b Recanalização parcial com reperfusão de 50 a 99%

3 Recanalização completa com reperfusão normal ramos distais

- Diretriz de anti-agregação na colocação de stents de carótida na fase aguda do AVC

Na situação particular de pacientes com AVCI agudo, com oclusão carotídea, associada à oclusão distal no mesmo território, devidamente documentada nos exames de angiotomografia, dentro da janela terapêutica de até 6 horas do ictus, aqueles que possuam indicação de tratamento endovascular de emergência com trombectomia e que o intervencionista julgue necessário o implante de stent para tratar a oclusão carotídea proximal deverão fazer uso de dupla anti-agregação plaquetária para evitar oclusão aguda do stent. Ao mesmo tempo o uso de dupla anti-agregação aumenta significativamente o risco de sangramento intracraniano na fase aguda do AVCI. Na ausência de um esquema de anti-agregação consagrado e estudado de forma sistemática ou de recomendações das diretrizes internacionais de tratamento da fase aguda do AVC, recomendamos o seguinte esquema de anti-agregação plaquetária:

A – Nos pacientes que receberam fibrinolítico endovenoso (rTPA): o uso de heparina endovenosa e a dose de heparina ficam a critério do intervencionista que se utilizar a medicação deve buscar utilizar a menor dose possível.

Deve-se utilizar antes do implante do stent: dose de ataque de clopidogrel 300 mg + Aspirina 200 mg via sonda nasogástrica, quando o paciente não for capaz de deglutir. O momento de passagem da sonda nasogástrica deve ser o mais rápido possível. Não devendo atrasar o uso do fibrinolítico EV para passagem de sonda nasogástrica.

B – Nos pacientes que não receberam fibrinolítico endovenoso (rtPA): deve-se utilizar heparina endovenosa associado a dose de ataque de clopidogrel 300 mg + Aspirina 200 mg via sonda nasogástrica, quando o paciente não for capaz de deglutir.

Observações:

1. Uso de Reopro® (abxicimab) deve estar restrito aos casos de formação de coágulo no interior do stent, vistos pelo intervencionista durante o procedimento. Deve-se usar somente a dose de ataque de Abciximab (Reopro®), que varia de 0,125mg/kg a 0,25 mg/Kg. Caso utilizado Abciximab em bolus na fase aguda devemos manter a dose de ataque de clopidogrel 300 mg + Aspirina 200 mg via sonda nasogástrica.
2. O implante do stent de carótida nas oclusões carotídeas na fase aguda do AVCI também é motivo de grande controvérsia e deve ficar a critério do intervencionista junto ao time de AVC. Sempre que possível deve-se evitar o uso de stent na fase aguda do AVCi.
3. Após a utilização dos antiagregantes na fase aguda do AVC, devido ao implante de stent carotídeo, podemos utilizar testes específicos como o MULTIPLATE para mensurar a atividade plaquetária, considerando o tempo de ação das drogas utilizadas.

7.10 Avaliação quanto à Craniectomia em pacientes com AVCI

A avaliação da equipe de neurocirurgia deve ser solicitada precocemente.

Nos infartos que envolvem >50% do território da artéria cerebral média a hemicraniectomia descompressiva deve ser considerada. Em infartos cerebelares, em pacientes com rebaixamento do nível de consciência, a craniectomia suboccipital pode ser necessária.

Os critérios que sugerem avaliação rápida quanto à necessidade de hemicraniectomia descompressiva são:

- Envolvimento de >50% do território da artéria cerebral média.
- Presença de sinais de neuroimagem sugestivos de herniação.
- Pacientes com menos de 60 anos.
- Infarto com volume ≥ 145cm3 pela RM.

7.11 Investigação etiológica AVCI

A investigação etiológica precoce é um elemento essencial na investigação do paciente com AVC. A definição precoce do mecanismo resulta em uma abordagem diferenciada e específica melhorando a atenção ao paciente. A classificação mais utilizada até então é a de TOAST. Nessa classificação os mecanismos possíveis são: doença aterosclerótica de grandes artérias, doença

de pequenas artérias, cardioembolia, outras etiologias e os casos em que não se determina uma etiologia.

Classificação do AVCI – TOAST

Aterosclerose de grandes artérias

- Evidência clínica de envolvimento cortical (afasias, negligência) ou tronco cerebral e cerebelo AIT no mesmo território, sopro cervical
- Tomografia ou ressonância com infarto hemisférico > 15 mm, lesões cerebelares ou corticais
- Angiografia convencional ou por ressonância ou Doppler cervical ou transcraniano sugestivo de estenose > 50% no território envolvido.

Doença de pequenas artérias (lacuna)

- Evidência clínica de síndrome lacunar
- História de hipertensão arterial sistêmica e diabetes
- Ausência de envolvimento cortical
- Tomografia ou ressonância normais ou com infarto < 15 mm (mais comumente no território dominante das pequenas artérias perfurantes)

Cardioembólico

- Fonte de alto risco Prótese valvar metálica, fibrilação atrial com ou sem estenose mitral, Trombo atrial ou ventricular, síndrome do no sinusal, infarto do miocárdio com menos de 4 semanas, miocardiopatia dilatada, parede acinética de ventrículo esquerdo, mixoma atrial e endocardite bacteriana.
- Fonte de médio risco: Prolapso de válvula mitral, calcificação ou estenose mitral, turbulência atrial (smoke), aneurisma atrial septal, forame oval patente, parede hipocinética de ventrículo esquerdo, infarto do miocárdio entre 4 semanas e 6 meses.

Outras etiologias

- Vasculopatias não ateroscleróticas como dissecção de vasos cervicais, trombofilias

Indeterminado

- Não cumpre os critérios anteriores após exaustiva investigação

7.12 Prevenção secundária para alta hospitalar

1. Rever diagnóstico da etiologia do AVCI para prevenção secundária
2. Avaliar dieta com nutrição e necessidade de sonda nasoenteral ou gastrostomia
3. Manutenção de antiagregante plaquetário de escolha (AAS ou clopidogrel)
4. Nos casos em uso do Protocolo de heparina para pacientes neurológicos, iniciar warfarin (manter RNI entre 2-3)
5. Rever se há alguma complicação clínica, realizar exames de rotina (eletrólitos e hemograma)
6. Rever se há piora do déficit neurológico relacionado à etiologia ou complicação secundária como edema.
7. Reavaliar orientação para reabilitação após a alta hospitalar.
8. Alta com definição etiológica e uso de antiagregante plaquetário ou anticoagulante oral de acordo com etiologia.
9. Avaliar a indicação da vacinação contra pneumococo ou influenza (fluxogramas vacinação).
10. Avaliar Escala de AVC do NIH e Rankin da alta hospitalar.
11. Prevenção dos fatores de risco vascular:

- Hipertensão arterial (preferência por inibidores da ECA, losartan)
- Dislipidemia: iniciar estatina
- Cessação do tabagismo e etilismo
- Avaliação com fisiatra para exercícios regulares
- Revisão de hábito nutricional
- Controle da obesidade e controle da circunferência abdominal
- Terapia de reposição hormonal não é indicada
- Estenoses carotídeas sintomáticas > 50% devem ser avaliadas para tratamento cirúrgico ou endovascular após a fase aguda
- Uso de vitamina B12 e acido fólico se hiperhomocisteinemia

Acompanhamento com médico titular ambulatorial após a alta hospitalar agendado, bem como reabilitação.

7.13 Atendimento ao acidente vascular cerebral hemorrágico

A hemorragia intracerebral espontânea ou Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH) é definido como um sangramento espontâneo resultante da ruptura de pequenas artérias cerebrais penetrantes em diferentes localizações. O AVCH corresponde a 10-15% de todos os acidentes vasculares cerebrais, representando, nos Estados Unidos da América, cerca de 50.000 novos casos por ano. A mortalidade dessa doença é de cerca de 35 a 56% ao final de 30 dias e somente

20% dos sobreviventes estarão independentes em 6 meses. Nesses pacientes, o volume do hematoma intracerebral é um importante preditor de morbidade e mortalidade. Hematomas com volume maior que 30 cm³ se associam com prognósticos desfavoráveis e aqueles com volume maior que 60 cm³ geralmente são fatais. Sabe-se que em até 1/3 dos casos, os hematomas podem aumentar seu volume após o evento inicial, especialmente nas primeiras três a seis horas, ocasionando deterioração neurológica progressiva.

O uso do fator VII recombinante administrado nas primeiras três horas do início dos sintomas em pacientes com AVCH causou grande expectativa na comunidade neurológica após a publicação dos resultados de um estudo de fase II que mostrou que a medicação é capaz de prevenir a expansão do hematoma intracraniano. Infelizmente, em estudo de fase III, a prevenção da expansão do hematoma não se traduziu em benefícios clínicos.

O National Institute of Neurológica Disorders and Stroke (NINDS) desenvolveu um consenso sobre as prioridades em pesquisa em AVCH, a saber: estratificação da gravidade da doença, escolha dos parâmetros mais relevantes de desfecho, estratégias para diminuir o risco de aumento do hematoma e indicações de tratamento cirúrgico.

Dentro deste panorama, vários estudos estão em andamento, incluindo as indicações e resultados das intervenções cirúrgicas, o controle da pressão arterial e o uso precoce de hemostáticos. Entretanto, os papéis destas intervenções no tratamento do AVCH ainda não foram completamente estabelecidos, sendo, portanto de grande importância o rigoroso acompanhamento e a monitorização intensiva desses pacientes na fase aguda, além do controle de comorbidades para evitar as complicações inerentes à enfermidade e facilitar a reabilitação.

Outro foco de investigação em pacientes com AVCH é a identificação através de exames de neuroimagem dos hematomas que apresentam uma chance maior de expansão. Características de neuroimagem como o "spot sign", observados com a realização de angiotomografia de crânio na fase hiperaguda do AVCH podem no futuro ajudar a selecionar pacientes que se beneficiam de terapia hemostática precoce.

O tratamento de diferentes enfermidades de alta prevalência com auxílio de protocolos é importante por estarem respaldados nas melhores práticas baseadas em evidências científicas, além de poderem ser monitorados por indicadores de qualidade que nortear os resultados e seus ajustes (Figura 1). O estabelecimento de diretrizes facilita o manejo clínico de doenças potencialmente graves e com prognóstico muitas vezes reservado, como é caso do AVCH.

Figura 6 – Fluxo para o atendimento ao AVCH

- Atendimento inicial

Após a evidência de sangramento intracraniano de origem não traumática no exame de imagem, a equipe deve seguir as diretrizes para o tratamento do AVCH ou Hemorragia subaracnóidea.
O médico emergencista deve aplicar a escala de Coma de Glasgow e escala de AVC do NIHSS na avaliação inicial de todos os pacientes e em casos de AVCH a ICH score e, em casos de Hemorragia Subaracnóidea (HSA) a escala de Fisher e Hunt Hess (escalas para avaliação dos pacientes com AVC).

- Tratamento Clínico do AVCH

O tratamento clínico do AVCH baseia-se no controle das complicações das doenças pré-existentes como hipertensão arterial, diabetes mellitus e coagulopatias, bem como no manejo adequado da hipertensão intracraniana e das eventuais crises convulsivas.

- Protocolo de Controle da Hipertensão Arterial na Fase Aguda da Hemorragia Intracerebral Espontânea

Sabe-se que os níveis de pressão arterial (PA) correlacionam-se diretamente com a gravidade e o prognóstico da hemorragia intracerebral. Entretanto, ainda é incerto se o controle da PA muda o prognóstico final do paciente e quais seriam os níveis pressóricos desejados para este objetivo. Até o momento, a relação entre pressão arterial sistêmica, prognóstico e aumento do hematoma ainda não está completamente definida.
Quando tratar a HA na fase aguda da Hemorragia Intracerebral?

Nas emergências hipertensivas:

- Edema Agudo de Pulmão
- Insuficiência Cardíaca Congestiva
- Isquemia Miocárdica
- Dissecção Aórtica
- Encefalopatia Hipertensiva
- Eclampsia
- Insuficiência renal aguda.

Na Hipertensão Arterial Grave, definida como:

- PAM maior que130 mmHg
- PAS maior que 180 mmHg
- PAD maior que 105 mmHg

Como realizar a monitorização da Pressão Arterial?

PA não Invasiva

- Cada 15 minutos nas primeiras 2 horas;
- Cada 30 minutos nas próximas 06 horas;
- Cada 60 minutos até 24 horas

PA Invasiva

É recomendada nos casos graves e quando for necessário o uso de anti-hipertensivos intravenosos, como o nitroprussiato de sódio.

Tratamento da HA na fase aguda da Hemorragia Intracerebral.

PAS < 180 mmHg

PAD < 105 mmHg

PAM < 130 mmHg Não Tratar

PAS = 180 a 230 mmHg

PAD = 105 a 140 mmHg

PAM >130 mmHg

(em duas medidas feitas a cada 5 min.) Esmolol 500 mcg/kg IV em 1 minuto, seguido de 50 a 200 mcg/kg/min, titulado para o efeito desejado de redução de 15%
- 20% da PA.

Nitroprussiato de sódio, se não houver controle com esmolol ou se houver contra-indicação para o uso de beta-bloqueadores. Dose de 0,5 a 10 mcg/kg/min, titulado para o efeito desejado de redução de 15% - 20% da PA.

PAS > 230 mmHg

PAD > 140 mmHg Nitroprussiato de sódio na dose de 0,5 a 10 mcg/kg/min, titulado para o efeito desejado de redução de 15% - 20% da PA.

(em duas medidas feitas a cada
5 min.)

Se PIC disponível

Manter PPC > 70 mmHg

Diluição "Padrão":

Nitroprussiato de Sódio:
Apresentação: 25 mg/ml (ampolas de 2 ml = 50 mg) Diluição: SG 5% 250 ml
Nitroprussiato 1 ampola (50 mg) Concentração: 0,2 mg/ ml ou 200 mcg/ ml

O manejo da hipertensão arterial na fase aguda do AVCH descrito acima se baseia no consenso americano em AVCH publicado em 2010. Dados de pesquisas recentes sugerem um benefício terapêutico com um manejo mais agressivo da PA em pacientes com AVCH. Em estudo observacional, expansão do hematoma ocorreu em 9% dos pacientes com PA sistólica abaixo de 150 mmHg e em 30% dos pacientes com PA acima de 160mmHg. Os estudos clínicos ATACH (The antihypertensive treatment of acute cerebral hemorrhage) e INTERACT (Intensive Blood Pressure Reduction in Acute Cerebral Hemorrhage) mostraram que abaixar a PA de pacientes com AVCH para níveis inferiores a 140 mmHg leva a um decréscimo na freqüência da expansão de hematomas sem aumento de eventos adversos.
Na Revisão da Diretriz de 2015 a atualização dos resultados do estudo INTERACT2 :

☐ Recomendação de manter PA < 140mmHg em pacientes com PAS 150-220mmHg (do INTERACT2) –> recomendações IIa/B (pode melhorar desfecho) e I/A (é seguro);

☐ Em pacientes com PAS > 220mmHg, redução agressiva com drogas EV e monitorização intensiva é recomendada (IIb/C);

☐ Recomendação de screening formal para disfagia e IAM nos pacientes com AVCh;

☐ Citações sobre as "novas" terapias "incertas", por causa dos estudos cirúrgicos em andamento (CLEAR, MISTIE), sobre uso de rTPA intraventricular, tratamento endoscópico para drenagem de hematomas intraventriculares e cirurgias minimamente invasivas (endoscopia ou estereotaxia). Atentar que o documento fala sobre baixas taxas de complicações e que a eficácia e segurança destas novas terapias é incerta. Como sabemos, estas citações são o começo do que pode vir em documentos futuros, ous eja, potenciais terapias promissoras… Todas estas terapias cirúrgicas são classificadas com IIb/B;

☐ Estudos testando as terapias de DVE x DVE +rTPA em Hemorragia intraventricular — mostraram taxas de mortalidade de 30-47% x 10-23%, respectivamente

☐ Drenagem cirúrgica endoscópica – terapia nova descrita em séries de casos

☐ Hemicraniectomia descompressiva com ou sem drenagem do hematoma em pacientes muito graves pode reduzir mortalidade –> Classe IIb / Evidencia C.

- Intubação Orotraqueal (IOT)

Estudos observacionais mostraram que aproximadamente 30% dos pacientes com AVCH supratentorial e quase todos os pacientes com hemorragia em tronco encefálico ou cerebelo apresentam ou rebaixamento do nível de consciência ou fraqueza da musculatura bulbar necessitando de intubação orotraqueal. Quando ocorre a necessidade de IOT de um paciente neurologicamente grave, dois cuidados principais devem ser tomados, além dos habituais:

- Evitar elevação excessiva da pressão intracraniana
- Evitar queda significativa da pressão arterial

A ocorrência de qualquer das situações acima descritas, acarreta queda da pressão de perfusão cerebral (PPC) com conseqüências graves e muitas vezes irreversíveis. Existem vários métodos para se fazer a IOT nestes pacientes e, desde que sejam evitados os eventos acima, poderá ser utilizado o procedimento de maior prática pelo médico. Variações do método conhecido como "Seqüência Rápida de Intubação" são muito utilizadas e apresentam um bom perfil de segurança nestas situações, a saber:

a. Sempre que possível, preparar a intubação com alguma antecedência:

Oxigênio, máscara-bolsa-reservatório e aspirador devem estar disponíveis. Selecione as drogas e o tubo, prepare o ventilador, designe seus auxiliares, antecipe a possibilidade de uma via aérea difícil, monitore o paciente (eletrocardiograma, PA, saturação de oxigênio), informe-se quanto ao "estômago cheio", estabeleça um acesso venoso, verifique se é um caso de trauma e proteja a coluna cervical.

b. Sempre que possível, ventile o paciente com máscara e oxigênio a 100% por 5 minutos.

Nesta fase evite compressões da bolsa, pois aumenta as chances de distensão gástrica.

c. Aplique a droga sedativa

Damos preferência ao etomidato, uma vez que esse fármaco produz pouca alteração hemodinâmica. Outras opções: midazolan, propofol (causam hipotensão). Pode-se usar 2 ml de fentanil antes do etomidato, para diminuir o aparecimento de abalos mioclônicos.

Etomidato:

Dose 0,1 a 0,3 mg/ kg Ampola de 10ml, com 2mg/ ml

d. Aplique o bloqueador neuromuscular

Damos preferência ao cisatracurium ou ao vecuronio. A princípio, não utilize bloqueadores neuromusculares em casos que se antecipa via aérea difícil ou quando ventilar com bolsa-máscara não for possível ou for ineficiente.

Cisatracurium:

Dose: 0,15 – 0,2 mg/ kg IV Ampola com 2 ou 5 mg/ ml

Vecuronium:

Dose: 0,1 a ,2 mg/ kg IV Ampola com 4 ou 10 mg.

e. Realize a manobra de Sellick (compressão cricóide)

Com o paciente relaxado, realize a laringoscopia e proceda à intubação traqueal. (observação: em alguns serviços utiliza-se a lidocaína 1 a 1,5mg/ kg antes da intubação, nos casos de hipertensão intracraniana.)

f. Confirme o posicionamento do tubo.

Ausculta, Inspeção do tórax, Saturação de Oxigênio e CO2 expirado. Ajuste o ventilador mecânico e avalie a necessidade de sedação adicional.

- Correção de Coagulopatia

Anormalidades hemostáticas subjacentes podem contribuir para Hemorragia intracraniana (HIC).

Os doentes em risco incluem aqueles que tomam medicamentos bem como: anticoagulantes orais (OACs), agentes antiplaquetários, aqueles com deficiências de fator de coagulação adquirida ou congénita e herdado, ou anormalidades plaquetárias adquiridas qualitativos ou quantitativos.

Os doentes que tomam OACs constituem 12% a 20% dos pacientes com HIC, uma taxa que aumentou com o envelhecimento da população e o aumento recente do uso de medicamentos anticoagulantes. Antagonista de vitamina K (AVK), tais como a varfarina são o OAC mais prescritos, mas novos agentes que não necessitam de monitorização laboratorial e não se faz necessário prolongar testes de rastreio de coagulação, estão sendo cada vez mais utilizados, incluindo dabigatran, rivaroxaban e apixaban. Estes novos agentes parecem estar associados com um menor risco da HIC que AVKs.

Para pacientes com uma deficiência conhecida de fator de coagulação ou alteração de plaquetas, a substituição do fator adequado ou plaquetas, muitas vezes com a ajuda de um hematologista, é indicada. Se HIC espontânea ocorre num doente passando por uma infusão de heparina intravenosa, o sulfato de protamina pode ser administrado por injecção intravenosa a uma dose de 1 mg por 100 U de heparina (dose máxima de 50 mg), com ajuste com base no tempo

decorrido desde a interrupção da infusão de heparina. Dose semelhante pode ser utilizada em pacientes que estejam recebendo heparina de baixo peso molecular; Contudo, a reversão pode ser incompleta.

Recomendações:

o Os pacientes com uma deficiência do fator de coagulação ou trombocitopenia grave deve receber terapia adequada de reposição de fator ou plaquetas, respectivamente (Classe I, Nível de evidência C).

o Os pacientes com HIC cujo RNI é elevado por causa AVK deve ter seu AVK contido, receber terapia de reposição da vitamina K, fatores dependentes, corrigir RNI e receber vitamina K endovenosa (Classe I, Nívelde evidência C).

o Concentrados de complexos protombínicos (CCPs) podem ter menos complicações e corrigir o RNI mais rapidamente do que o plasma fresco congelado (PFC) e poderia ser considerado mais PFC (Classe IIb; Nível de evidência B).

o Para pacientes com HIC que estão recebendo dabigatran, rivaroxaban, ou apixaban, o tratamento com PCCs, pode ser considerado numa base individual. O carvão activado pode ser utilizado se a dose mais recente do dabigatran, apixaban, ou rivaroxaban foi feita <2 horas mais cedo. Hemodiálise pode ser considerada para dabigatrana (Classe IIb, Nível de evidência C).

o O sulfato de protamina pode ser considerado para reverter a heparina em pacientes com HIC aguda (Classe IIa, Nível de Evidência C).

- Avaliação Neurológica dos Pacientes UTI

Segue-se a rotina abaixo.

O enfermeiro realiza a avaliação neurológica a cada hora, que inclui:

- Escala de Coma de Glasgow, nos pacientes não sedados;
- Escala de Agitação-Sedação, nos pacientes sedados;
- Diâmetro das pupilas e a pesquisa do reflexo fotomotor;
- Força muscular nos quatro membros, nos pacientes conscientes.

Os dados de monitorização são anotados a cada hora e incluem:

- Pressão arterial média (PAM)

- Pressão intracraniana (PIC) *

- Pressão de perfusão cerebral (PPC) *
- Saturação de Oxigênio (SpO2)
- Concentração de CO2 expirado(ETCO2)
- Temperatura
- Glicemia (se insulina IV)

* Em pacientes em monitorização de pressão intracraniana.

Atuação do médico intensivista:

- É o responsável pelo diversos aspectos do suporte avançado de vida.
- Coordena a equipe multiprofissional que atua na UTI.
- Faz a avaliação neurológica e geral a cada 6 horas e sempre que for necessário.
- Aplicação de outras escalas como: National Institute Health Stroke Scale (NIHSS), e Intracerebral Hemorrhage Scale (ICH).
- Adesão aos protocolos de tratamento gerais e específicos.
- Comunicação com os médicos assistentes para discussão de intervenções, evolução e planejamento do tratamento.
- Controle da Temperatura

Tem sido demonstrado que a hipertermia não é apenas um marcador de gravidade, mas também tem influência direta no prognóstico dos pacientes neurológicos graves. A febre aumenta a mortalidade precoce e tardia, piora a hipertensão intracraniana e aumenta a quebra da barreira hematoencefálica, entre outros efeitos.
Meta:

São particularmente deletérias as temperaturas centrais maiores que 38°C. Idealmente, a temperatura monitorizada deveria ser a intracraniana. Não sendo possível, deverá ser monitorizada a temperatura retal, a esofágica ou a timpânica. A temperatura axilar é inadequada e, sempre que possível, deve ser evitada nos pacientes graves.

Após o primeiro pico febril, o paciente deverá ter prescrição de antitérmicos em horários fixos. Geralmente, alternamos a cada 3 horas dipirona (100mg/ dose, intravenosa) e paracetamol (500mg/ dose, via sonda enteral ou oral). Nos pacientes que permanecem febris, não havendo contraindicações ao uso de anti-inflamatórios não hormonais, pode ser tentado o uso de naproxeno ou outro anti-inflamatório. Nos pacientes sedados profundamente, a utilização de métodos físicos de controle da temperatura geralmente é eficiente (colchão térmico, compressas frias, dentre outros).

- Controle da Glicemia

A hiperglicemia piora a lesão neurológica, entre outros efeitos, por aumentar a acidose intracelular e aumentar a produção de radicais livres. Apesar de ainda não existirem estudos definitivos controlando agudamente a glicemia em pacientes com AVCH, a redução ativa da hiperglicemia pelo uso de insulina é recomendada pela maioria das diretrizes publicadas. Na Terapia Intensiva, a glicemia capilar é inicialmente

medida a cada 4 horas em todos os pacientes nas primeiras 48 horas. Estes intervalos são diminuídos ou aumentados de acordo com a obtenção do controle glicêmico.

Se os níveis glicêmicos permaneçam acima de 180mg/dL em duas medidas consecutivas com intervalo de 60 minutos entre elas é indicada à inclusão deste paciente no protocolo de controle de hiperglicemia endovenoso da instituição.

- Protocolo de Insulina endovenosa Contínua

Vide capítulo de Protocolos de controle clínico do acidente vascular isquêmico

- Monitorização e Controle da Pressão Intracraniana (PIC)

Não existem recomendações definidas para a utilização da monitorização da pressão intracraniana na hemorragia intracerebral espontânea, mas ela pode ser muito útil em pacientes selecionados. Dentre as possíveis indicações estão:

- Grandes hematomas, que apresentem efeito de "massa".
- Presença de hemorragia intraventricular.
- Casos graves com Glasgow menor do que 9.
- Pacientes sedados, com avaliação neurológica prejudicada.

Os princípios aplicados no controle da PIC em pacientes com AVCH são semelhantes aos utilizados para pacientes com Trauma Cranioencefáilco grave:

- Avalie e trate os casos de PIC maior do que 20-25 mmHg por mais de 5-10 min.
- Sempre que possível, drene líqüor para controlar a PIC.
- Mantenha a PPC maior que 60-70 mmHg, com expansão volêmica e uso de drogas vasoativas, quando necessário.

Meta:

- Nos casos de hipertensão intracraniana (HIC), mantenha o paciente em sedação. A sedação pode e deve ser suspensa periodicamente para apropriada avaliação neurológica exceto em pacientes com HIC refratária. Como escolhas, pode-se utilizar Midazolan ou Propofol, associados ou não ao Fentanil.
- Nos casos em que a PIC permanece elevada apesar da otimização do tratamento clínico e cirúrgico, considere o uso de Thionembutal.
- Mantenha o paciente normoventilado ou levemente hiperventilado, ou seja, mantenha a ETCO2 entre 30 e 35 mmHg.
- Utilize Manitol 20%, 0,5g/kg/dose, se a PIC não responder a outras medidas. Reponha a diurese quando necessário. Acompanhe o gap osmolar previamente a cada tratamento com manitol.
- Mantenha a cabeceira da cama a 30 graus, pescoço livre de compressões e a cabeça em posição centrada (neutra).
- Controle rapidamente a febre e a hiperglicemia
- Utilize hiperventilação e manitol se houver deterioração súbita e comunique o neurocirurgião.
- Considere a utilização de medidas não convencionais como o uso de solução salina hipertônica e hipotermia nos casos refratários.

- Profilaxia de Crises Epilépticas

A frequência de crises clínicas iniciais (dentro de uma semana) após a HIC é tão elevada como 16%, com a maioria ocorrendo perto ou no início. O envolvimento cortical da HIC é o fator de risco mais importante para o início das convulsões. Em um grande estudo de um único centro, anticonvulsivantes profiláticos reduziu significativamente o número de crises clínicas após HIC lobar. Em um estudoprospectivo de base populacional, no entanto, não mostraram nenhuma associação entre convulsões clínicas e evolução neurológica ou mortalidade.

Recomendações:

- Convulsões clínicas devem ser tratadas com drogas anticonvulsivantes (Classe I, Nível de evidência A). (Inalterado da diretriz anterior).
- Pacientes com uma alteração no estado mental que são encontrados com convulsões eletrográficas no EEG devem ser tratados com anticonvulsivantes (Classe I, Nível de evidência C). (Inalterado da diretriz anterior).
- EEG contínuo é indicado provavelmente em pacientes HIC com depressão do estado mental que é fora de proporção com o grau de lesão cerebral (Classe
IIa; Nível de evidência C). (Revisão da orientação anterior).

- Profilaxia da Hemorragia Digestiva de Estresse

Aproximadamente 30% dos pacientes com hemorragia intracraniana têm hemorragias gástricas. Os pacientes com AVCH deverão receber profilaxia para hemorragia digestiva de estresse, em particular aqueles que estiverem com hipertensão intracraniana, ventilação mecânica ou apresentarem coagulopatia.
Recomenda-se o uso de:
Ranitidina 50 mg IV 8/8hs ou
Omeprazol (ou similar) 40 mg IV 12/12 hs nas primeiras 48 hs, seguido de 40 mg 1x/dia

- Profilaxia de Trombo Embolismo Venoso (TEV)

As recomendações do consenso Americano para manejo do AVCH publicadas em 2015 demonstram que pacientes com AVCH tem um risco elevado de doença trombo- embólica. Mulheres e negros podem estar em maior risco.
Em um estudo randomizado de 151 pacientes com Hemorragia intracraniana (HIC) utilizaram compressão pneumática intermitente juntamente com meias de compressão e reduziu-se a ocorrência de portadores assintomáticos de trombose venosa profunda (TVP) após a Hemorragia intracraniana em comparação com apenas meias de compressão (4,7% versus 15,9%).
Os pacientes com HIC deverão ter compressão pneumática intermitente para a prevenção de tromboembolismo venoso começando no dia da admissão hospitalar (Classe I, Nível de evidência A). As meias elásticas de compressão gradual não são benéficas para reduzir TVP ou melhorar o resultado (Classe III, Nível de evidência A).
Depois de documentado a cessação de sangramento, heparina subcutânea de baixo peso molecular ou heparina não fraccionada podem ser considerados para a prevenção de

tromboembolismo venoso em pacientes com falta de mobilidade após 1 a 4 dias do início (Classe IIb; Nível de evidência B).

- Tratamento cirúrgico do AVCH

As indicações de tratamento cirúrgico para drenagem do hematoma intracerebral ainda são divergentes entre vários centros de referência. Recentemente, um estudo multicêntrico randomizado que incluiu 1033 pacientes com HIC não mostrou benefício no tratamento cirúrgico nas primeiras 72 horas, em relação ao tratamento clínico. Em sua maioria, estes pacientes devem ser tratados clinicamente e encaminhados à cirurgia, caso apresentem deterioração do quadro neurológico. Pacientes jovens com pontuação na escala de coma de Glasgow entre nove e doze, com hematomas lobares volumosos e em até 1 cm da superfície do córtex cerebral, são aparentemente mais beneficiados por uma intervenção cirúrgica precoce. Ademais, em pacientes com hemorragia cerebelar de volume superior a 3 cm, que apresentem deterioração neurológica, sinais de herniação, compressão do tronco encefálico ou hidrocefalia, a craniectomia descompressiva de fossa posterior e drenagem do hematoma devem ser realizadas o mais brevemente possível.

Além do efeito de massa pelo hematoma, a presença de hidrocefalia pode contribuir substancialmente para o aumento da PIC em pacientes com AVC hemorrágico. Assim, uma derivação ventricular externa pode ser necessária durante o período crítico de elevação da PIC, não devendo esta exceder sete dias devido ao risco de infecção. Não existem, entretanto, estudos que comparem diferentes tipos de drenagem entre si, ou com o tratamento conservador para a hidrocefalia relacionada a HIC.

Outros procedimentos clínicos e cirúrgicos para HIC estão sendo atualmente testados em estudos multicêntricos, tais como: craniectomia descompressiva e hipotermia (HyDeH trial), cirurgia minimamente invasiva (MISTIE Trial), drenagem precoce de hematoma lobar (STICH II trial), drenagem da hemorragia intraventricular por infusão contínua de TPA (CLEARIVH trial), entre outros. É provável que nos próximos anos, com o desenvolvimento das técnicas neurocirúrgicas e com a possibilidade de intervenção cirúrgica ainda mais precoce, a aplicabilidade do tratamento neurocirúrgico seja revista.

Figura 7 – Fluxo de Tratamento AVCH

7.14 DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

Reabilitação dos pacientes com acidente vascular cerebral

Atuação do Médico Fisiatra no Centro de Atendimento ao Paciente com AVC

A reabilitação de pacientes portadores de lesões neurológicas é um processo que visa à recuperação precoce dos déficits, a reintegração na vida em comunidade com o melhor resultado funcional possível e a qualidade de vida de pacientes e familiares.
Tem como metas:

- Prevenção de complicações físicas ou cognitivas secundárias;
- Redução dos déficits sensórios, motores e cognitivos;
- Compensação e adaptação às incapacidades físicas e cognitivas;
- Aquisição de novos engramas neuromotores (neuroplasticidade e reaprendizado);
- Aproveitamento máximo do potencial residual das funções corpóreas (treino e aperfeiçoamento);
- Reaprendizado, mudança e reformulação também na esfera social, comportamental, familiar, estudantil e profissional;
- Independência e qualidade de vida para pacientes e familiares.

Para isso devemos contar com uma equipe médica e interdisciplinar capacitada e dedicada ao paciente neurológico.
O médico fisiatra integra a equipe de assistência ao paciente com AVC, com a finalidade de otimizar o processo de reabilitação, desde a fase de internação até a alta hospitalar, e posteriormente, com o atendimento no Centro de Reabilitação.
A avaliação do médico fisiatra deve ser realizada através da prescrição do médico titular/ assistente do paciente.
Esta avaliação tem como objetivo a qualificação e quantificação das deficiências e incapacidades, a coordenação da equipe interdisciplinar de reabilitação e o planejamento dos objetivos e estratégias ao longo de todo o processo reabilitacional.
Em conjunto com o médico titular e a equipe multiprofissional, e levando em conta o quadro clínico e as atuais necessidades do paciente e de seus familiares e cuidadores, serão estabelecidos objetivos e metas a serem atingidos, bem como os prazos necessários para tal.
A atuação do médico fisiatra visa, portanto, promover reabilitação integrada e contínua, com adoção de metas e objetivos de reabilitação definidos para o estado atual do paciente, de forma a otimizar a indicação e utilização dos recursos reabilitacionais.

Este é também o médico responsável pela aplicação de escalas funcionais de avaliação das incapacidades, como a Medida de Independência Funcional (MIF), a realização de bloqueio neuromuscular com toxina botulínica tipo A ou fenol, a aplicação da acupuntura, a prescrição de recursos de tecnologia assistiva como próteses e órteses, entre outros recursos de reabilitação.
Na alta hospitalar, será entregue pelo médico fisiatra à equipe assistencial, uma sugestão de plano de cuidados de reabilitação, que poderá ser seguido pelo paciente e seus cuidadores após a alta, em continuidade ao que já foi iniciado no hospital.
Caso haja indicação de prosseguimento do tratamento reabilitacional, o paciente recebe instruções e encaminhamentos para dar continuidade ao trabalho de reabilitação como paciente externo.

Avaliação da deglutição e comunicação para o acidente vascular cerebral

- Atuação Fonoaudiológica

A atuação da equipe de fonoaudiologia no Protocolo de Acidente Vascular Cerebral pressupõe a realização de uma triagem da deglutição para identificar os riscos de broncoaspiração nos pacientes que ingressam no hospital com suspeita diagnóstica de AVC (isquêmico ou hemorrágico) dentro das primeiras 48hrs da internação.
A continuidade da assistência, assim como demais avaliações (comunicação, por exemplo) dependerão da necessidade de cada caso e serão discutidas juntamente a equipe médica responsável pelo caso.

- Deglutição e o AVC

A disfagia orofaríngea é um dos principais fatores associados a pneumonia aspirativa e uma das complicações mais frequentes após um AVC ocorrendo em cerca de 50 - 91% dos casos, sendo que em 65% dos pacientes este sintoma é observado nos primeiros cincodias de internação.
A presença da disfagia orofaríngea nesta população eleva em seis a sete vezes o risco de pneumonia aspirativa e em três vezes o risco de morbidade principalmente quanto associada a outras complicações (tais como respiratórias, imobilismo, entre outras).
A ocorrência de pneumonia está frequentemente associada à presença de aspiração laringotraqueal, que ocorre em 21 a 42% dos pacientes ainda na fase aguda do AVC destas 2 a 25% correspondem a aspirações silentes. Após seis meses do evento do AVC, a maioria das dificuldades de deglutição está sanada, mas cerca de 8% dos pacientes ainda mantém disfagia orofaríngea, com risco de broncoaspiração.

Nos casos de aspiração laringotraqueal silente, o paciente não apresenta manifestações cínicas evidentes de disfagia, tais como tosse, pigarro e engasgo, sendo necessária uma realização de uma avalição específica para verificar sua existência. A identificação precoce de pacientes com risco para a disfagia orofaríngea reduz em três vezes a incidência de pneumonia.

As características da disfagia orofaríngea após AVC são muito variadas a depender da área cerebral afetada, e ainda é controverso se os padrões de disfagia estão relacionados com a localização anatomica de acidente vascular cerebral. A maioria dos estudos tem relatado que disfunções da deglutição não foram diferentes entre as lesões localizadas no hemisfério direito ou esquerdo.

A disfagia orofaríngea compreende principalmente duas grandes preocupações: a habilidade do paciente em deglutir de forma segura, sem a ocorrência de broncoaspiração, e a habilidade do paciente em engolir de forma eficiente, possibilitando sua hidratação e ingesta de aporte calórico. Desta forma, a atuação na disfagia concerne, inicialmente, na realização de adaptações na dieta via oral a fim de eliminar os alimentos que podem causar riscos ou prejuízo a função alimentar, considerando não somente a biomecânica da deglutição, mas o quadro comportamental apresentado pelo paciente e o suporte familiar/de cuidados que ele possui.

Atualmente há uma tendência mundial de crescente preocupação de toda a equipe interdisciplinar, em oferecer ao paciente, o mais precoce possível, mais do que suporte de vida e estabilidade clínica, investindo-se em procedimentos que minimizem os riscos de complicações, melhorem a qualidade de vida neste período agudo e iniciem o preparo para a reabilitação de sequelas da doença. A avaliação precoce da deglutição em pacientes com AVC em jejum por via oral visa à identificação rápida da disfagia e prevenção de complicações clínicas advindas da mesma, o que possibilitará a redução do tempo de internação.

- Acionamento e critérios para avaliação da deglutição para pacientes com AVC

O acionamento da equipe de fonoaudiologia ocorre no momento do acionamento do código AVC, através do ramal móvel (78298). A fonoaudióloga aguarda uma (1) hora a partir do acionamento e entra em contato com o neurologista institucional para confirmar a presença de AVC.

Os pacientes que apresentam NIHSS igual a zero (0) e/ou remissão dos sintomas com consequente não pontuação do NIHSS, não são triados pela equipe de fonoaudiologia por não presentarem alterações decorrentes do AVC.

A triagem será realizada em todos os pacientes que apresentaram pontuação do NIHSS, foram diagnosticados com AVC isquêmico ou hemorrágico, devendo estar preferencialmente em jejum VO (medicamentosos e alimentar) visto o alto risco de broncoaspiração na fase aguda da doença.

A triagem de deglutição realizada visa identificar riscos de broncoapsiração durante a fase aguda do AVC, levando em consideração a história clínica da doença, comorbidades prévias do paciente, presença de quadros disfágicos prévios, presença de acompanhantes para oferta segura via oral. Os riscos de desnutrição, desidratação e perda do prazer alimentar podem ser identificados através da triagem de deglutição, mas necessitam de uma avaliação mais completa da função alimentar/deglutição. Desta forma, quando o profissional fonoaudiólogo identifica a necessidade de avaliação clínica complementar para maior investigação da deglutição e/ou necessidade de seguimento fonoterápico, é realizado o contato com médico titular para a anuência e prescrição de fonoterapia.

2.1 O procedimento fonoaudiológico

A triagem fonoaudiológica é feita através da avaliação dos seguintes aspectos:

- estado de alerta do paciente;
- presença de acompanhante que possa dar assistência à oferta VO posteriormente;
- possibilidade de realizar tosse espontânea e com efetividade,
- observação na deglutição de saliva espontânea da presença de sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal (engasgo, pigarro, alteração qualidade vocal);
- observação na deglutição das consistências pastosa, líquida e sólida seca dos sinais de sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal (engasgo, pigarro, alteração qualidade vocal);
- observação na deglutição das consistências pastosa, líquida e sólida seca do controle oral do alimento (presença de escape extra oral), atraso para desencadear a deglutição (alteração fase faríngea) e alteração a ausculta cervical.

A partir dos aspectos avaliados, será definido possibilidade de oferta via oral segura e estabelecida o nível da Escala Funcional de Ingesta Oral (Funcional Oral Intake Scale – FOIS) conforme descrito abaixo:

Functional Oral Intake Scale - FOIS
Nível 1 Nada pela boca.
Nível 2 Dependente de via alternativa de alimentação com mínimas tentativas de alimento ou líquido via oral.
Nível 3 Dependente de via alternativa de alimentação com ingesta consistente de líquido ou alimento via oral.
Nível 4 Dieta oral total de uma consistência
Nível 5 Dieta oral total de múltiplas consistências, mas requer preparação

especial ou compensações.
Nível 6Dieta oral total com múltiplas consistências sem preparação especial,
mas com limitações específicas de alimentos.
Nível 7Dieta oral total sem restrições.

Há casos com prejuízos de grau moderado (FOIS 4 e 5) que necessitam de mudanças temporárias na dieta alimentar, como por exemplo, a manutenção de uma dieta pastosa por alguns dias até retomada mastigação eficiente, ou ainda a introdução de líquidos espessados, por exemplo. Da mesma forma, há casos mais graves (FOIS 1, 2 e 3), onde os pacientes não apresentam deglutição com frequência e eficiência suficientes e têm sinais clínicos sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal para saliva e/ou para alimentos e líquidos. Nestes casos, faz-se necessária uma intervenção mais direta, respeitando-se critérios clínicos excludentes, visando minimizar tal manifestação e reduzir complicações respiratórias.
Os pacientes que forem avaliados com os níveis FOIS 1, 2 e 3, será sugerida à equipe médica responsável a utilização de via alternativa de alimentação e início de fonoeterapia para reintrodução segura da via oral.
Aqueles que forem avaliados com os níveis 6 e 7, será sugerida dieta via oral com alguma restrição ou sem restrições e não será indicado seguimento fonoterápico.
Os pacientes com avaliação de FOIS 4 e 5, será sugerida início de dieta via oral com restrição de consistências, necessidade de adaptações na forma de ingesta e sugerido o seguimento fonoterápico.
Este último grupo configura-se como o grupo de risco de broncoaspiração, já que encontram- se na fase aguda do AVC apresentando oscilações no quadro clínico (nível de alerta, quadro neurológico) e maior incidência de aspirações silentes que podem não ser detectadas na triagem. Desta forma, sugere-se a realização de exame objetivo da deglutição, a nasoendoscopiafuncional da deglutição (FEES). A realização deste exame será discutida com o médico titular pela equipe de otorrinolaringologia.

- Avaliações complementares e terapias

Após a avaliação clínica da deglutição à beira do leito, caso haja necessidade de terapia diária ou de exame complementar para avaliação da deglutição, estes devem ser prescritos pelo médico.
A realização de exames objetivos de deglutição poderá ser indicada pela equipe médica, diante da estabilidade clínica do paciente, e em caso de dúvidas quanto ao processo de deglutição e/ou a presença de refluxo gastroesofágico.

Além da avaliação da deglutição propriamente dita, o fonoaudiólogo também tem a responsabilidade de estar atento a outros possíveis déficits do paciente, como paralisia facial, alterações de fala (disartrias e/ou apraxias), de linguagem (afasias), de voz (disfonias), mesmo que estas não causem nenhum impacto na deglutição, e pode sugerir ao médico a realização de uma avaliação mais específica.
Quando, durante a avaliação inicial, é observada outra alteração (comunicação) que não somente a de deglutição, esta informação é comunicada ao médico do paciente que decide sobre a prescrição de avaliação específica e tratamento.

Fisioterapia – Acidente Vascular Cerebral

- Atuação da fisioterapia

Os pacientes que sofrerem acidente vascular cerebral (AVC); que apresentarem déficit(s) de motricidade e/ou sensorial serão submetidos ao tratamento fisioterapêutico com intuito de reabilitar e/ou recuperar as funções alteradas visando atingir uma melhor qualidade de vida. Antes, porém, da realização do tratamento propriamente dito, o fisioterapeuta avaliará o nível de consciência, a condição cardiorrespiratória, sensorial, perceptual, motora e funcional para traçar um adequado plano de tratamento.

- Objetivos

Atuar na prevenção de deformidades do sistema osteomioarticular, minimizar as incapacidades e trabalhar visando a independência funcional fazendo uso, se necessário, de adaptações para alcançá- la.

- Tratamento

A abordagem da Fisioterapia contempla desde a mobilização no leito, mudanças posturais, transferências, locomoção e treinos funcionais. Dificuldades na realização dessas atividades podem estar relacionadas à:

- perda de força e alterações de tônus muscular
- alteração sensorial e/ou perceptual
- alteração do equilíbrio
- alteração da coordenação motora
- alteração da cognição
- complicação cardiorrespiratória
- condição de participação (nível e conteúdo cognitivo)

Visando o êxito do tratamento o Fisioterapeuta utiliza procedimentos técnicos apropriados e recursos auxiliares como:

- cinesioterapia manual motora
- cinesioterapia respiratória
- bastões
- bolas terapêuticas
- prancha ortostática
- "stand-table"
- Andadores
- Bengalas
- Muletas
- Órteses
- entre outros recursos

O Fisioterapeuta também realizará treinamentos e orientações complementares ao tratamento, para pacientes, familiares e cuidadores, para que estímulos adequados sejam dados ao longo do dia e, não apenas durantes as sessões de Fisioterapia.

- Protocolo no Atendimento do Paciente com AVC

A equipe de Fisioterapia inicia, prontamente, a intervenção ao paciente com AVC na unidade de terapia intensiva (UTI) por meio da investigação do nível de consciência e quadro respiratório. Se necessário, a Fisioterapia respiratória já é iniciada.

Caso não haja complicações respiratórias e/ou motoras o paciente seguirá em programa de visita sistemática na UTI (a cada 6 horas).

Nas unidades semi-intensiva e clínica médico-cirúrgica a avaliação e tratamento são seguem o padrão de visitas da unidade.

A avaliação para identificação de risco é realizada pelo enfermeiro através da avaliação de risco de enfermagem visando rastrear a presença de queixas e alterações do quadro fisioterapêutico do paciente.

Após a estabilidade clínica do quadro inicial, será investigado o quadro motor e, mediante prescrição médica, será iniciado o tratamento das disfunções motoras, quando presentes.

A continuidade do tratamento fisioterapêutico quanto à freqüência diária e semanal dependerá da evolução de cada paciente. O acompanhamento do paciente abrange desde o setores de pacientes graves e clinica cirúrgica até o centro de reabilitação.

O treinamento e orientação aos pacientes, familiares e cuidadores, inerentes ao tratamento, como posicionamento ao leito/cadeira, uso de órteses, risco de queda, transferências, etc, fazem parte do Plano Educacional desde a internação.

Terapia Ocupacional – Acidente Vascular Cerebral

- Atuação da Terapia Ocupacional

O objetivo da Terapia Ocupacional é auxiliar o paciente a recuperar seu desempenho ocupacional, compreendido nas áreas de atividades de auto-cuidado, atividades instrumentais de vida diária, trabalho, estudo, lazer e participação social. Para tanto, busca alcançar a máxima independência e satisfação e na execução das atividades de vida diária, apesar das eventuais seqüelas neuropsicomotoras que possam existir, além de prevenir e corrigir deformidades e perdas funcionais.

A intervenção do terapeuta ocupacional poderá incluir: treino em atividades de vida diária (desde auto-cuidado até as atividades na comunidade), estimulação sensorial, tratamento da mobilidade funcional dos membros superiores, posicionamento e órteses, treinamento de habilidades ocupacionais na vigência de déficits cognitivos e visuais, adequação ambiental do domicílio preparatória para alta hospitalar ou de outros ambientes na comunidade, adequação postural (indicação de cadeiras de rodas e de outros acessórios para a manutenção de boa postura sentada), indicação e treinamento no uso de outras adaptações necessárias ao desempenho ocupacional.

No fluxo dos pacientes inseridos no protocolo AVC, o terapeuta ocupacional avaliará os pacientes mediante prescrição médica, aplicando o Índice de Barthel (BI) ou a Medida de Independência Funcional (MIF), a fim de verificar o status funcional do paciente no início do tratamento admissão e na alta com foco na independência para executar atividades de vida diária e o impacto das habilidades de auto-cuidado.

Sob avaliação de risco da equipe interdisciplinar e a partir da prescrição do médico titular, o terapeuta ocupacional poderá iniciar a intervenção para terapia, confecção de órtese, adequação postural e/ou visita domiciliar preparatória para a alta, contando com a anuência da família para o custo destes procedimentos.

Serviço Social – Acidente Vascular Cerebral

Todos os pacientes assistidos que apresentam risco social são acompanhados pelo assistente social de forma sistematizada e eficiente, a partir de solicitação da equipe médica/multidisciplinar e/ou familiar, pelo instrumento da avaliação de risco, com o objetivo de identificar aspectos e necessidades específicas de ordem social que possam inibir ou causar

impacto no cuidado do paciente durante e após o período de internação, e para estabelecer um plano de atendimento às necessidades identificadas.

- Escopo do Serviço Social:
- Abandono ao paciente;
- Desconhecido – sem documentos, e com dificuldade de comunicação;
- Necessidade de serviços e programas sociais oferecidos por instituições das redes públicas ou privadas sejam elas ONG'S, Instituições Filantrópicas e/ou Entidades da área da saúde.

Cuidado Nutricional – Acidente Vascular Cerebral

- Introdução

A prevenção primária é fundamental para o controle do AVC e isto pode ser realizado através do manejo de vários fatores, entre eles o cuidado nutricional.

Estudos prospectivos mostram que a intervenção nutricional adequada tem impacto positivo na diminuição da incidência do AVC.

A desnutrição prediz um resultado ruim na evolução da doença e as dificuldades para se alimentar geralmente comum em pacientes com AVC, são determinadas pela extensão da lesão e pela área cerebral afetada.

A desnutrição, além de ser considerada preditor de mortalidade, está geralmente associada à presença de infecções pulmonares, presença de incapacidades, períodos mais longos de internação hospitalar e de cuidados institucionais.

Pacientes admitidos após um AVC, com dificuldades de mastigação ou deglutição devem ser imediatamente avaliados quanto ao grau de disfagia para que as intervenções dietéticas sejam realizadas da forma mais adequada (o fonoaudiólogo pode determinar de maneira mais precisa e segura a consistência da dieta a ser ofertada).

Destes pacientes, aproximadamente 40% apresentam risco de aspiração silenciosa.

Em algumas situações a indicação de terapia nutricional (enteral ou parenteral) pode ser necessária até que se possa reiniciar a alimentação oral satisfatória. O uso de nutrição enteral em apenas alguns horários estratégicos pode ser útil nos casos em que as exigências nutricionais não são atendidas, mas se deseja treinar a alimentação oral.

Na maioria dos casos o trato gastrintestinal permanece íntegro e a nutrição enteral deve ser o método preferido à nutrição parenteral.

É importante realizar um desmame adequado da nutrição enteral para a nutrição oral, evitando prejudicar a oferta de nutrientes ao paciente, caso este apresente baixa aceitação da dieta.

- Objetivos

o Manter ou recuperar o estado nutricional

o Prover educação nutricional para o paciente e família

o Prevenir complicações: aspiração da dieta, diarréia, obstipação intestinal, náuseas, vômitos, refluxo, entre outras...

o Promover o auto cuidado

o Monitorar: peso, evolução da dieta, hábito intestinal, estado nutricional, exames bioquímicos, dieta prescrita x recebido, aceitação e ingestão alimentar, evolução clínica, complicações, oferta nutricional x necessidades nutricionais.

- Critérios de Inclusão

Todos os pacientes com diagnóstico de AVC admitidos no Centro de terapia intensiva.

Critérios de Exclusão

o Paciente abaixo de 18 anos de idade.

o Paciente e/ou médico titular recusarem o acompanhamento nutricional.

- Critérios de Alta do atendimento nutricional

o Estado nutricional adequado

o Ingesta (via oral, via sonda) adequada

o Complicações inerentes a terapia nutricional controladas.

- Considerações:

1. Antropometria: peso seco na admissão ou peso habitual, peso desejado, peso ajustado para obesidade, altura (pacientes e /ou acompanhantes que não souberem informar este dado, a medida do altura do joelho deverá ser coletada através do comprimento da perna), ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC), estimar peso para pacientes amputados, tetraplégico ou paraplégico.
2. História dietética

3. Definir a via de administração da dieta com equipe, evitar jejum prolongado > 48 horas.

o Nutrição oral: para pacientes que apresentem condições de mastigação e reflexo de deglutição adequados a somente após avaliação da disfagia realizada pela fonoaudióloga.

o Nutrição enteral (TNE): indicada para pacientes com trato gastrointestinal funcionante, que apresentem ingestão via oral ausente ou inferior a 60-75% das necessidades nutricionais

ou desnutrição. Para pacientes com risco de aspiração o posicionamento da sonda deve ser duodenal ou jejunal. Recomenda-se gastrostomia ou jejunostomia endoscópica percutânea, dependendo do risco de aspiração, para pacientes que permanecerão em TNE por período superior a 4-6 semanas de acordo com conduta médica.

o Nutrição parenteral: indicada somente se o trato gastrointestinal não estiver funcionante

Cálculo das Necessidades de Nutrientes:

- Requerimento nutricional para pacientes internados:

Requerimento energético:

30 Kcal/Kg/dia – paciente eutrófico.

20 a 25 Kcal/kg/dia – pacientes acima de IMC 27, utilizando peso ajustado. Ou através da fórmula de Harris Benedict x Fator Injúria

Requerimento proteico:

1,0 – 1,25g proteína/kg/dia – fase inicial. 1,0g proteína/kg/dia – paciente crônico.

Oferta protéica adicional pode ser necessária para alcançar BALANÇO NITROGENADO (BN) positivo em pacientes com úlceras de pressão ou imobilizados, restritos a cadeira de rodas ou leito

Discutir a consistência da dieta e adequações necessárias com Equipe de Fonoaudiologia

- Cuidado nutricional na Unidade de Reabilitação

O processo de reabilitação inicia durante a internação, porém após a alta os cuidados relacionados à nutrição do paciente devem ser abordados de forma contínua e individualizada com os seguintes objetivos:

o Manter ou recuperar o estado nutricional;

o Promover o ajuste do peso corporal saudável;

o Favorecer o ajuste do perfil lipídico aos valores de referência;

o Orientar o tratamento dietoterápico das comorbidades como diabetes e HAS;

o Prevenir, em conjunto com a equipe de fonoaudiologia, o risco de aspiração ajustando a consistência da dieta alimentar;

o Contribuir com a equipe de enfermagem de reabilitação na orientação das alterações esfincterianas e prevenção de escaras;

o Promover educação nutricional do paciente e/ou familiar/cuidador;

o Participar da equipe interdisciplinar com o foco em prevenção de novos episódios;

o Melhorar a qualidade de vida do paciente.

o Após a prescrição médica inicia-se o acompanhamento que engloba uma minuciosa anamnese alimentar levantando-se:

o Alimentação habitual;

o Horários de refeição;

o Via(s) de administração da dieta;

o Consistência dos alimentos;

o Exames bioquímicos de maior importância ao caso;

o Coleta de indicadores antropométricos como peso, altura, IMC, circunferência abdominal e dobras cutâneas;

o Bioimpedância elétrica onde se avalia % de água corporal, % de gordura corporal e alvo para a idade, peso de massa magra (músculos e ossos), peso a perder (se necessário ajuste), e ainda cálculo de taxa metabólica com base na massa magra aferida.

o Levantamento das atuais desvantagens do paciente com base na área de lesão, e ainda, integração com os profissionais da equipe que atendem ao paciente para o planejamento do plano de reabilitação integral.

O paciente e ou cuidador/familiar recebe neste momento orientações preliminares com base na prescrição dietoterápica e diagnóstico nutricional.

A terapia nutricional é individualizada, calculada e adequadas às novas necessidades como treinamento físico, utilização de órteses, disfagia, entre outras. Os requerimentos nutricionais devem ser ajustados ao grau de atividade física implementado no processo de reabilitação.

O paciente e/ou cuidador/familiar retorna para atendimento, sem custo, onde recebe a orientação individualizada. Há neste momento um reforço dos pontos de maior relevância ao tratamento. Metas, objetivos e prazos são estabelecidos para acompanhamento.

Os demais retornos podem ser semanais, quinzenais ou ainda mensais a depender da aderência do paciente e/ou cuidador/familiar às recomendações.

- Abordagem Educacional

O objetivo da intervenção do profissional nutricionista neste programa é promover a recuperação ou manutenção do estado nutricional dos pacientes, controlar os fatores de risco, e adequação do planejamento alimentar, atividade física e medicamentos através da educação nutricional ao paciente e família promovendo o auto cuidado, utilizando como recursos educativos disponíveis ao paciente e/ou familiares.

- Riscos

O programa de atendimento nutricional não oferece riscos ao paciente uma vez que haja aderência ao tratamento proposto.

Verificação do Aprendizado do Paciente

1. Verificar a aderência ao tratamento
2. Monitorar controle de peso, parâmetros bioquímicos
3. Verificar a integração entre dieta, exercício e insulina nos pacientes diabéticos
4. Verificar o envolvimento no programa através de avaliação aplicada pelo nutricionista e/ou equipe multidisciplinar

Enfermagem Reabilitação – Acidente Vascular Cerebral

- Atuação do Enfermeiro de Reabilitação no Protocolo de AVC

O papel do enfermeiro de reabilitação no paciente com AVC abrange desde a terapia semi-intensiva até o Centro de Reabilitação. O fisiatra ou o médico titular do paciente detecta a necessidade do enfermeiro de reabilitação, solicita uma avaliação do paciente. As principais funções do enfermeiro na reabilitação no paciente com AVC são:

- Reeducação de funções vesicais e intestinais
- Prevenção de trombose venosa profunda
- Prevenção e tratamento de Úlceras por Pressão
- Cuidados com higiene e auto cuidado
- Acompanhamento da evolução do quadro neurológico do paciente e do restabelecimento de suas funções cognitivas e motoras.
- Participação na reintegração deste paciente na sociedade

O enfermeiro desenvolvendo potencialidades do paciente com a família

Reeducação em disfunções vesico-intestinais e esfincterianas

- Manejo de recursos materiais (dispositivos e equipamentos)
- Conhecimento do tratamento medicamentoso
- Participação da elaboração do Plano de Alta
- Prevenção e manejo de Ùlceras por Pressão
- Prevenção de deformidades
- Auto-cuidado corporal
- Percepção do corpo e suas possibilidades
- Alimentação e manejo de estomas
- Transferências e movimentação

Imunizações para o paciente com Acidente Vascular Cerebral

Infecções por Influenza e pneumonias por pneumococos são das cinco causas de morte preveníveis por vacinação no mundo.
Pacientes com doença cardiovascular e diabetes são particularmente suscetíveis aos efeitos deletérios das infecções por influenza e doença pneumocócica, pois o acometimento de vias aéreas superiores pode desencadear pneumonia viral, pneumonia bacteriana secundária e outras infecções.
As vacinas contra Influenza e Pneumococo são indicadas para pacientes com doença cardiovascular como prevenção secundária com o mesmo nível de evidência que o tratamento de outros fatores de risco modificáveis como hipertensão e hiperlipidemia. Estudos clínicos demonstram que a vacinação contra influenza é associada à redução de mortes cardiovasculares e eventos não fatais.
A vacina contra influenza é recomendada pelo Comitê Americano de Imunizações do Centro de controle de doenças (CDC) para todas as pessoas com mais de 50 anos, crianças de 6 a 59 meses, mulheres que ficarão grávidas em período sazonal de influenza e para adultos e crianças com condições crônicas como doenças cardiovasculares e diabetes. A vacina contra pneumococo é recomendada para pacientes com doenças crônicas como doenças cardiovasculares, diabéticos e pacientes com mais de 65 anos.
As duas vacinas, portanto são recomendadas para pacientes com doença cardiovascular, incluindo o acidente vascular cerebral (AVC) e diabetes, como prevenção secundária (Classe I nível de evidência B).
Pacientes com AVC Hemorrágico com mais de 65 anos ou portadores de diabetes também devem ser encorajados a receber a vacina.

- Vacina contra Influenza

São vacinas de vírus inativados. A vacina é composta de vírus da influenza A e um subtipo de vírus da influenza B. A composição da vacina é ajustada anualmente.

Eficácia

São observadas taxas de soroconversão entre 70 e 80%. A eficácia para a prevenção de formas graves para adultos, idosos e pacientes com comorbidades situa-se por volta de 75%.

Persistência da imunidade

Para adultos pertencentes a grupos de risco recomenda-se a revacinação após 5 anos.

Eventos adversos

Os mais comuns são febre e reações locais. As reações locais incluem dor, eritema e edema com duração de até 48 horas após a administração. A temperatura axilar não ultrapassa geralmente 37,8°C. Podem surgir também mialgia, cefaléia, náuseas, vômitos e astenia até 24 horas após a administração.

Muito mais raramente foram relatados: rash, urticária, artrite, artralgia, adenite, doença do soro e excepcionalmente trombocitopenia com aparecimento de dois a 14 dias após a vacinação e duração de duas semanas.

Uso concomitante de vacinas

Não há contraindicação de administração simultânea de tríplice viral, DTP, pólio, H. influenzae tipo b, hepatite, influenza ou outras vacinas.

Uso combinado de vacinas

Não recomendado

Recomendações para vacinação

Indicada para os seguintes grupos:

- Pacientes ≥ 60 anos;
- Adultos e crianças acima de dois anos de idade com as seguintes condições crônicas: insuficiência cardíaca, hepática, pulmonar, renal, diabetes mellitus, etilismo e fistula liquórica;
- Adultos e crianças acima de dois anos de idade que apresentem síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA);

Adultos e crianças acima de dois anos de idade que apresentem anemia falciforme, asplenia funcional ou anatômica;

- Adultos e crianças acima de dois anos de idade com doenças proliferativas:, linfoma (Hodgkin ou não Hodgkin), mieloma múltiplo;
- Adultos e crianças acima de dois anos de idade submetidos a transplante.

Esquema de imunização

Vacina em dose única. A revacinação depende da indicação e idade do paciente.

Indicação	Revacinação
Idade acima de 60 anos	1 dose após 5 anos, se foi vacinado antes dos 65 anos
Imunodeficiências, tumores ou após transplante, asplenia funcional ou anatômica, síndrome nefrótica	1 dose após 5 anos
Doenças crônicas cardíacas, pulmonares ou metabólicas e fistulas liquóricas	Não indicada

Não se recomenda vacinação precoce ou numero maior de doses pois pacientes com altos títulos de anticorpos, quando vacinados, podem apresentar maiores taxas de reações locais ou sistêmicas.

Não se recomenda vacinação de indivíduos na vigência de quadros febris e/ou infecciosos. A vacina deve ser postergada na gravidez e para nutrizes, salvo critério médico.

Vacina com baixa imunogenicidade em crianças menores de dois anos e pacientes na vigência de quimioterapia deve ser administrada com intervalo maior que dez dias prévios ao tratamento quimioterápico.

Modo de aplicação

Deve ser administrada via subcutânea na face lateral do braço ou região glútea ou intramuscular no deltóide e glúteo ou vasto lateral da coxa. A dose é 0,5 ml.

o Vacina antipneumocócica polissacarídica

No Brasil aproximadamente 85% das infecções são causadas por sorotipos contidos nesta vacina.

Eficácia

A eficácia para prevenção de formas graves para adultos, idosos e pacientes com comorbidades situa- se por volta de 75%.

Persistência da imunidade

Para adultos pertencentes a grupos de risco recomenda-se a revacinação após 5 anos.

Eventos adversos

Os mais comuns são febre e reações locais. As reações locais incluem dor, eritema e edema com duração de até 48 horas após a administração. A temperatura axilar não ultrapassa geralmente 37,8°C. Podem surgir também mialgia, cefaléia, náuseas, vômitos e astenia até 24 horas após a administração.

Muito mais raramente foram relatados: rash, urticária, artrite, artralgia, adenite, doença do soro e excepcionalmente trombocitopenia com aparecimento de dois a 14 dias após a vacinação e duração de duas semanas.

Uso concomitante de vacinas

Não há contraindicação de administração simultânea de tríplice viral, DTP, pólio, H. influenzae tipo b, hepatite, influenza ou outras vacinas.

Uso combinado de vacinas

Não recomendado

Recomendações para vacinação

Indicada para os seguintes grupos:

- Pacientes ≥ 60 anos;
- Adultos e crianças acima de dois anos de idade com as seguintes condições crônicas: insuficiência cardíaca, hepática, pulmonar, renal, diabetes mellitus, etilismo e fistula liquórica;
- Adultos e crianças acima de dois anos de idade que apresentem síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA);
- Adultos e crianças acima de dois anos de idade que apresentem anemia falciforme, asplenia funcional ou anatômica;

- Adultos e crianças acima de dois anos de idade com doenças proliferativas: linfoma (Hodgkin ou não Hodgkin), mieloma múltiplo;
- Adultos e crianças acima de dois anos de idade submetidos a transplante.

Esquema de imunização

Vacina em dose única. A revacinação depende da indicação e idade do paciente.

Indicação	Revacinação
Idade acima de 60 anos	1 dose após 5 anos, se foi vacinado antes dos 65 anos
Imunodeficiências, tumores ou após transplante, asplenia funcional ou anatômica, síndrome nefrótica	1 dose após 5 anos
Doenças crônicas cardíacas, pulmonares ou metabólicas e fistulas liquóricas	Não indicada

Não se recomenda vacinação precoce ou número maior de doses pois pacientes com altos títulos de anticorpos, quando vacinados, podem apresentar maiores taxas de reações locais ou sistêmicas.

Contraindicações

Não se recomenda vacinação de indivíduos na vigência de quadros febris e/ou infecciosos. A vacina deve ser postergada na gravidez e para nutrizes, salvo critério médico.

Vacina com baixa imunogenicidade em crianças menores de dois anos e pacientes na vigência de quimioterapia deve ser administrada com intervalo maior que dez dias prévios ao tratamento quimioterápico.

Modo de aplicação

Deve ser administrada via subcutânea na face lateral do braço ou região glútea ou intramuscular no deltóide e glúteo ou vasto lateral da coxa. A dose é 0,5 ml.

7. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

Não se aplica

8. PADRÃO DE PRÁTICA

- Prática realizada conforme orientação das Diretrizes atuais (Guidelines da American Heart Association e American Stroke Association)
- Treinamento periódico conforme anexo abaixo no item 10

9. INDICADORES DE QUALIDADE

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico:
Aconselhamento para cessação do tabagismo
Antitrombótico na alta
Antitrombótico nas primeiras 48 horas
Avaliação da Disfagia
Avaliação da Disfagia em jejum
Conduta para redução do colesterol sérico
Educação AVC
Profilaxia para TEV
Prescrição de Anticoagulante para FA
Taxa de mortalidade
Taxa de mortalidade pós-procedimento
Taxa de transformação hemorrágica
Taxa de tratamento trombolítico
Tempo mediano de permanência
Tempo porta-agulha
Tempo porta-imagem
Tempo porta-reperfusão
Tempo porta-virilha
Tempo Tomo-virilha
Tempo porta realização da imagem

Acidente Isquêmico Transitório:
Aconselhamento para cessação do tabagismo
Antitrombótico na alta
Antitrombótico nas primeiras 48 horas
Conduta para redução do colesterol sérico
Educação AVC

Prescrição de Anticoagulante para FA
Tempo mediano de permanência

Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico:
Aconselhamento para cessação do tabagismo
Avaliação da Disfagia
Avaliação da Disfagia em jejum
Educação AVC
Profilaxia para TEV
Taxa de mortalidade
Tempo mediano de permanência

10. ANEXOS

Não se aplica

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association (Stroke.2015)

2. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association (Stroke (2014) 45 (2160-2236))).

3. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association (Stroke 2013).

4. Atualização 2015 AHA / ASA com Foco nas Diretrizes de 2013 para Tratamento Precoce de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Considerando o Tratamento Endovascular: Uma Diretriz para Profissionais de Saúde da American Heart Association / American Stroke Association (Stroke 2015).

5. Daniels SK, Brailey K, Priestly DH, Herrington LR, et al. Aspiration in Patients with acute stroke. Arch Phys Med Rehabil. 1998; 79:14-9.

6. Schelp AO, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, et al. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. Arq Neuropsiquiatric. 2004; 62(2-B):503-6.

7. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, et al. Dysphagia after stroke. Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications. Stroke. 2005; 36:2756-63.

8. Handy SS. Dysphagia in stroke patients. Postgrad Med J. 2006; 82:383-91.

9. Leder SB, Espinosa JF. Aspiration risk after acute stroke: Comparison of clinical examination and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. Dysphagia. 2002; 17: 214-18.

10. Ramsey D, Smithard D, Kalra L. Silent Aspiration: What do you know. Dysphagia. 2005; 20:218-25.

11. Hinchey JA, Shephard T, Furie K, Smith D, et al. Formal Dysphagia Screening Protocols Prevent Pneumonia. Stroke. 2005; 36:1972-76.

Diagnóstico e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia nos internados

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO

Promover o diagnóstico e o tratamento da hiperglicemia e da hipoglicemia em pacientes com ou sem o diagnóstico de diabetes visando o controle glicêmico durante a internação e a capacitação do paciente para o autocuidado após a alta.

APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de inclusão:

- Idade maior ou igual a 18 anos
- Internações eletivas clínicas e cirúrgicas
- Pacientes internados nas unidades externas
- Pacientes na emergência ou observação no pronto atendimento

Critérios de exclusão

- Recusa do médico ou do paciente
- Pacientes não internados

INTRODUÇÃO

Definição: A hiperglicemia em internados é definida pelos níveis de glicemia superiores a 140 mg/dL em jejum ou superiores a 180 mg/dL colhidos aleatoriamente em pacientes não críticos. Preconiza-se que todo valor acima de 140 mg/dL seja corrigido com insulina rápida ou ultrarrápida. A hiperglicemia em pacientes críticos é definida por valores acima de 180 mg/dL. A hipoglicemia é definida pelos níveis de glicemia inferiores a 70 mg/dL e a hipoglicemia clinicamente relevante é definida como níveis inferiores a 54 mg/dL. A hiperglicemia e a hipoglicemia estão associadas ao maior risco de lesão por pressão, queda, infecção de sítio cirúrgico e de cateter venoso, e aumentam a mortalidade.

Incidência: A hiperglicemia afeta 25% dos adultos internados, dos quais dois terços são diabéticos. Entre os pacientes sem diabetes, a hiperglicemia afeta até 10% dos internados aumenta a mortalidade em até 16%, comparada a 3% entre os pacientes já diabéticos e a 1,7% entre os pacientes sem hiperglicemia. Os principais fatores desencadeantes são descontrole prévio da doença em pacientes já diabéticos e a resposta a fatores de estresse como infecções, cirurgias, choque e efeito de corticoides, drogas vasoativas, antipsicóticos, nutrição enteral ou parenteral. Estes fatores devem ser identificados precocemente e, se possível, tratados.

Diagnóstico: A hiperglicemia deve ser rastreada em todo paciente no momento da internação, com dosagem de glicemia capilar ou sérica e se necessário confirmada com uma segunda dosagem para afastar a possibilidade de um erro técnico.

Monitoramento de glicemia: recomenda-se que a monitorização do controle glicêmico em ambiente hospitalar seja feito através da glicemia capilar em todos os pacientes em uso de insulina ou que apresentam hiperglicemia durante a internação. Nos pacientes em uso de medicamento oral para diabetes ou hipoglicemia a necessidade de monitoramento pode ser determinada pelo médico titular. Em caso de má perfusão periférica ou edema, recomenda-se evitar a glicemia capilar e dosar a glicemia sérica ou arterial para controle.

A recomendação de prescrição de glicemia capilar é de quatro vezes ao dia (antes do café, almoço, jantar e as 22h) nos pacientes em dieta oral ou a cada 4 horas nos pacientes em jejum, em dieta enteral ou parenteral.
A suspensão do controle de glicemias capilar para pacientes sem diagnóstico de DM pode ser realizada quando estabilidade glicêmica – paciente com glicemias menores do que 140 mg/dL por 24 - 48h e sem uso de insulina. Manter controle glicêmico mesmo que estável para pacientes em uso de NPT pelo elevado risco de hipoglicemias na suspensão desta dieta.

Tratamento: A meta glicêmica e o tratamento podem ser individualizados de acordo com o paciente e a experiência do médico titular. Para paciente sem meta determinada, recomenda-se manter a glicemia entre 100 a 140 mg/dL, em jejum, em pacientes não críticos e 140 a 180 mg/dL em pacientes críticos. As recomendações para pacientes idosos podem ser diferenciadas; adultos idosos saudáveis, o indicado é um nível de A1c menor que 7,5%. Idosos com condições clínicas mais complexas podem alcançar um resultado menor que 8%. Naqueles mais fragilizados, com esperança de vida limitada, nos quais os riscos do controle glicêmico intensivo são maiores do que os benefícios potenciais, o nível de A1c é de 8,5%. Para o tratamento podem ser utilizados os protocolos de insulina subcutâneo e endovenoso supervisionados pelo Programa de Diabetes.
Diagrama 1. Fluxo de avaliação diagnóstica e tratamento da hiperglicemia

PROTOCOLO DE INSULINA ENDOVENOSA PARA PACIENTES CRÍTICOS EM HIPERGLICEMIA
Critérios de inclusão:

- Pacientes com instabilidade clínica e duas glicemias consecutivas superiores a 180 mg/dL internados na UTI

Critérios de exclusão:

- Cetoacidose diabética
- Glicemia sérica superior a 600 mg/dL

Antes do início do protocolo de insulina endovenoso, devem ser considerados os diagnósticos de cetoacidose e estado hiperosomolar.
Recomenda-se tratar a hiperglicemia (GC > 180 mg/dL) em pacientes críticos com ou sem DM com infusão endovenosa contínua de insulina regular, devido a meia-vida curta e o rápido controle da hiper e da hipoglicemia, visando a meta de 140 a 180 mg/dL.
A solução deve ser preparada por 2 profissionais, através da diluição de 100 UI de insulina regular em 100 ml de SF0,9% em equipo convencional (com PVC) e desprezar 20 ml da solução para saturar o equipo. A dose bolus e a velocidade de infusão variam com a glicemia.

Tabela 1. Bolus e velocidade de infusão de insulina no tratamento da hiperglicemia do paciente crítico

Glicemia (mg/dL)	Bolus (UI)	Velocidade de infusão (UI/h)
181 - 200	Sem bolus	2
201 - 250	3	2
251 - 300	6	3
301 - 350	9	3
>351	10	4

Deve ser mantido um aporte mínimo intravenoso de glicose e a reposição fisiológica de sódio e potássio.

A velocidade de infusão da solução de insulina deve ser ajustada a cada hora conforme a glicemia. Em caso de má perfusão periférica ou edema, recomenda-se evitar a utilização de glicemia capilar, utilizando-se a glicemia sérica ou arterial para controle.

Tabela 2. Ajuste da velocidade de infusão de insulina na hiperglicemia do paciente crítico

Glicemia atual <100 Pare a infusão, administre 20ml de glicose 50% (EV), reavalie em 30 minutos e repita a glicose até atingir a glicemia 140 mg/dL. Imediatamente após, reiniciar a infusão com 50% da dose anterior

	Glicemia prévia					
	<100	100-140	141-180	181-200	201-250	251-300
301-400	>400					
101-140	↓ 1UI/ha	↓ 25% ou 0,5 UI/ha,b	↓ 50% ou 2 UI/ha,b	↓ 75% ou 2 UI/ha,b		
141-180	Sem mudança	↓ 25% ou 0,5 UI/ha,b	↓ 50% ou 2 UI/ha,b			
181-200	↑ 1UI/h	↑ 0.5 UI/h	↑ 25% ou 1 UI/h	↓ 25% ou 0,5 UI/ha,b	↓ 25% ou 0,5 UI/h*	
201-250	↑ 25% ou 2 UI/h*	↑ 25% ou 1 UI/h	↑ 1 UI/h	igual		
251-300	↑ 33% ou 2,5 UI/h*	↑ 25% ou 1,5 UI/h*	↑ 25% ou 1 UI/h*	↑ 1 UI/h	↑ 1,5 UI/h	↑ 25% ou 2UI/h*
igual						
301-400	↑ em 40% ou 3UI/h*					
>400	↑ em 50% ou 4UI/h*					

a repetir glicemia em 15 a 30 minutos, b prevalece a maior redução

Observações importantes:

1. O início do protocolo deve ser notificado ao Programa de DM via calculadora ou email (programadediabetes@einstein.br). A infusão deve ser mantida continuamente e as doses

devem ser ajustadas com a calculadora (http://apps.einstein.br/siqp/insulina.aspx). Se houver interrupção maior que 30 minutos, deve-se reiniciar o protocolo, recalculando-se a velocidade de infusão.

2. A maioria dos pacientes controla a glicemia depois de 5 a 6 horas de infusão. Se não houver queda, ou a velocidade de infusão for superior a 10 UI/h, convém reavaliar a glicemia e trocar a solução de insulina.

3. A transição para insulina subcutânea deve ocorrer sob estabilidade clínica (não uso de drogas vasoativas) e glicêmica. Recomenda-se iniciar a transição quando a velocidade de infusão da última hora for inferior a 3UI/h e os ajustes de dose forem inferiores a 3UI nas ultimas 4 horas. A dose SC de insulina basal (Lantus ou NPH) é equivalente a 50% das necessidades diárias de insulina EV (estimada pela soma das últimas 4 horas multiplicada por 3), sendo esta dose administrada 2 horas antes da interrupção do protocolo.

A transição pode ainda ser realizada utilizando o protocolo SC

Diagrama 2. Fluxo de transição da insulina EV para SC

PROTOCOLO DE INSULINA SUBCUTÂNEA PARA PACIENTES NÃO CRÍTICOS EM HIPERGLICEMIA

Critérios de inclusão:

- Pacientes não críticos
- Glicemia superior a 140 mg/dL mesmo após correção ou em jejum superior a 140 mg/dL ou superior a 180 mg/dL em amostras aleatórias

Critérios de exclusão:

- Pacientes com instabilidade clínica
- Uso prévio de insulina em dose superior a 0,4 UI/Kg/d
- Pacientes sem indicação de internação ou em atendimento ambulatorial

Se houver uso prévio de insulina, recomenda-se o ajuste de doses prévias segundo A1c recente.

- A1c maior que 7% recomenda-se o ajuste das doses de insulina que podem seguir conforme sugestão na tabela ajuste basal-bolus do protocolo.
- A1c menor que 7% recomenda-se que as doses sejam mantidas.

Recomenda-se a suspensão de antidiabéticos orais, em especial as sulfoniluréias, ou subcutâneo nos internados. Recomenda-se a coleta de A1c em todos nos pacientes hiperglicemicos sem exame disponível ou com último exame coletado há mais de 3 meses. O uso de insulina degludeca é recomendado apenas se houver uso prévio, pois os níveis estáveis são atingidos somente após 3 dias.

Diagrama 3. Fluxo de avaliação da hiperglicemia em pacientes não críticos

Observações importantes:

1. A glicemia deve ser monitorada antes das refeições (café, almoço e jantar) e as 22h nos pacientes em dieta oral e a cada 4 horas nos pacientes em jejum, em dieta enteral ou parenteral. A meta glicêmica geral é de 100 a 140 mg/dL em jejum mas poderá ser adaptada individualmente.
2. O protocolo inicia com fator de sensibilidade de 50, porem se paciente mantiver 2 glicemias acima de 200 mg/dL, com este fator de sensibilidade, modificar prescrição para o fator de 30 (administra-se 1 unidade de insulina regular ou lispro para cada 30 mg/dL acima de 140 mg/dL), mantendo este fator até nova orientação.
3. A enfermagem deve orientar o paciente quanto à hiperglicemia hospitalar (condição geralmente transitória, que não permite diagnóstico de diabetes, mas requer tratamento), educar o paciente e família e registrar no plano educacional.
4. A equipe multidisciplinar deve garantir aporte mínimo de 200g de carboidrato ao dia, seja administrado por via oral e/ou enteral. Para os pacientes em nutrição parenteral ou solução de glicose, o aporte recomendado de glicose é de 125 g/dia.
5. Pacientes com IMC > 30 ou uso de corticoide em doses suprafisiológica – protocolo pode ser iniciado em 0,3UI/Kg de basal e 0,09UI/Kg de bolus
6. Ajustes:

- Pacientes com média glicêmica > 180 mg/dL – aumentar em 20%
- Pacientes com média glicêmica > 300 mg/dL – aumentar em 30%
- Avaliar variação da GC das 22h e GC de jejum do dia seguinte. Se:

- $\Delta > 0$ ajuste na basal
- $\Delta \leq 0$ ajuste no bolus

Para os ajustes da terapia basal-bolus podemos nos basear na orientação a seguir:

Horário \ Glicemia	HIPERGLICEMIA	HIPOGLICEMIA
Antes do café da manhã	Aumentar dose de lantus	Reduzir a dose de lantus
Antes do almoço	Introduzir ou aumentar a dose da humalog pré-café	Reduzir a dose da humalog pré-café
Antes do jantar	Introduzir ou aumentar a dose da humalog pré-almoço	Reduzir a dose da humalog pré-almoço
Antes de deitar	Introduzir ou aumentar a dose da humalog pré-jantar	Reduzir a dose da humalog pré-jantar

PROTOCOLO PARA IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA HIPOGLICEMIA

A hipoglicemia é definida por glicemia inferior a 70 mg/dL e os principais fatores de risco são:

- Diagnóstico de diabetes (independente do tipo);
- Usuário de antidiabético oral e/ou insulina, independente do diagnóstico de diabetes;
- Pacientes em uso de antidiabéticos orais e/ou insulina em até 48 horas antes da internação.

Pacientes em risco ou com episódios de hipoglicemia durante a internação deverão ser identificados com pulseira de identificação AZUL e avaliados quanto a episódios prévios. Os pacientes em risco são orientados quanto sintomas de hipoglicemia: sudorese fria, tremores, palpitação, palidez, fome, mal estar, confusão mental, sonolência, irritabilidade e náuseas.

IMPORTANTE: Independente dos fatores, a avaliação do enfermeiro para inserção do paciente no risco de hipoglicemia é soberana desde que justificada em prontuário.

Na suspeita de hipoglicemia, a equipe tem autonomia para dosar a glicemia e tratar imediatamente, independente de prescrição. O tratamento segue a prescrição ou, na ausência desta, o protocolo. Se a hipoglicemia persistir após 2 correções (ou seja, na 3ª medida), acionar o código amarelo. Após a correção, as causas evitáveis (dieta, prescrição e aprazamento) devem ser avaliadas para prevenção de recorrência.

Diagrama 4. Fluxo de tratamento de hipoglicemia em pacientes internados.

Se houver suspeita de erro técnico, o tratamento não deve ser adiado e a glicemia deve ser repetida concomitante ao tratamento. Em pacientes em situação crítica, por exemplo, em uso de drogas vasoativas em altas doses e/ou com perfusão periférica alterada, há risco de subestimar a glicemia quando dosada no sangue capilar. Nestes casos a hipoglicemia pode ser confirmada através da dosagem de glicemia arterial ou venosa.

A oferta de glicose em grande quantidade em pacientes com cirurgia bariátrica prévia pode ocasionar uma hipoglicemia paradoxal – Síndrome de Dumping. Desta forma é aconselhável discussão com a nutricionista e importante aumentar a vigilância destes pacientes.

RECOMENDAÇÕES

Recomendações para pacientes em jejum ou com interrupção do aporte calórico

Todos os pacientes em uso de insulina com interrupção de aporte nutricional, incluindo jejum para exames, perda de sonda para nutrição enteral ou interrupção de aporte de nutrição parenteral, devem receber aporte de glicose endovenoso para evitar hipoglicemia. As possibilidades de soluções padronizadas:

- Glicose 5% com velocidade de infusão de 40 ml/h
- Glicose 10% com velocidade de infusão 20 ml/h ou

Podendo ainda ser utilizado glicose 50% se paciente com acesso central e restrição hídrica
Na programação de interrupção de aporte de glicose, discutir com médico responsável a necessidade de redução ou suspensão das doses de insulina.
É recomendado manter aporte com soro glicosado a todos os pacientes que já apresentaram hipoglicemia prévia ou ainda os pacientes com risco de hipoglicemia em jejum.
Recomendações para pacientes cirúrgicos eletivos
Todo paciente com indicação de cirurgia eletiva deve ser avaliado quanto à presença de DM.
No dia anterior ao procedimento cirúrgico, recomenda-se:

- suspender a metformina se houver uso de contraste ou soluções nefrotóxicas;
- suspender sulfonilureia em idosos, nefropatas ou com outros fatores de risco para hipoglicemia;
- suspender uso da metformina e de análogos de GLP-1 nas cirurgias do aparelho digestório
- suspender inibidores de SGLT2 nas cirurgias e procedimentos urológicos

No dia da cirurgia, recomenda-se:

1. Suspender antidiabéticos orais e injetáveis.
2. Avaliar a redução (de 30% a 50%) da insulina basal.
3. Manter aporte de glicose IV compatível com as necessidades diárias 50gem associação à reposição de sódio e potássio se necessário.

Nas cirurgias com duração superior a 2 horas e com previsão de pós operatório em UTI recomenda-se o uso do protocolo endovenoso de pacientes críticos no intra-operatório visando a meta de 140 a 180 mg/dL.

Para pacientes não críticos recomenda-se a realização da glicemia capilar de 2/2h visando a meta de 80 a 180 mg/dL com administração de Humalog para correção conforme tabela abaixo:

JOSLIN DIABETES CENTER and JOSLIN CLINIC GUIDELINE for INPATIENT MANAGEMENT OF SURGICAL and ICU PATIENTS with DIABETES (Pre-, Peri- and Postoperative Care) 12-30-2015

Diagrama 5 – Fluxo de tratamento da hiperglicemia no intra-operatório

Para pacientes com bomba de insulina subcutânea as recomendações são:

- Redução basal em 30%
- Manter aporte SG
- Controle de glicemia de 1/1h

- Suplementação SC com intervalo mínimo de 2h conforme tabela proposta

Observação importante: Em pacientes não diabéticos e sem risco de hipoglicemia não há indicação de realização de glicemia capilar no período de jejum pré-operatório.

Recomendações para pacientes em cuidados paliativos

O controle glicêmico dos pacientes em cuidados paliativos, portadores de doenças progressivas e incuráveis (como demência e câncer avançado) deve ser menos rígido, mas deve também evitar a hiperglicemia acentuada e a hipoglicemia para reduzir o sofrimento e a piora da qualidade de vida do paciente, dos cuidadores e da família. Deve-se evitar as drogas associadas a efeitos colaterais, como náusea e edema. A recomendação varia de acordo com a fase de terminalidade.

- Pacientes com doença estável e prognóstico maior que 1 ano: a meta glicêmica é igual à dos demais internados. A flexibilização da dieta, do controle glicêmico e da insulina deve ser considerada, adaptando-se às variações de apetite, da função renal e visando a autonomia do paciente.
- Pacientes com doença estável incurável em estágio terminal: manter a insulina basal nos insulino-dependentes em doses compatíveis com as necessidades mínimas para manter glicemia < 250mg/dL. A dose pode ser ajustada diariamente. Se houver coletas regulares de amostras de sangue periférico dosar a glicemia para os ajustes de dose e evitar punções para realização de glicemia capilar.

A suspensão do monitoramento e do tratamento é uma decisão complexa que deve considerar o quadro clínico, a percepção da equipe assistencial, a política de cuidados paliativos do hospital e o desejo de pacientes e familiares.

Recomendações para pacientes em uso de sistema de infusão subcutânea contínua de insulina (Bomba de insulina)

Pacientes podem manter sua terapia insulínica por bomba de insulina subcutânea desde que o próprio paciente ou o seu responsável, tenham capacidade de: reconhecer e tratar hipoglicemia, calcular e controlar as doses de insulina necessárias de acordo com metas e correções estipuladas previamente a internação, conhecimento de como manipular o equipamento e insumos necessários.

No caso em que o responsável pelo paciente é o detentor do conhecimento da terapia, este deve permanecer junto ao paciente durante toda internação, ou sua ausência torna-se uma contra-indicação para manutenção da bomba no ambiente hospitalar.

Contra-indicações para uso da bomba de insulina:

- Alterações do nível de consciência ou em uso de medicamentos que possam causar isto;
- Julgamento prejudicado ou risco de suicídio;
- Cetoacidose diabética;
- Bomba com mau funcionamento;
- Falta de insumos adequados para terapia e
- Desconhecimento da terapia com bomba ou do funcionamento do equipamento.
- Sistema de Infusão em uso:

o a. Tipo de insulina;

o b. Data da última troca do sensor e do sistema de infusão

o c. Condições do local de punção;

o d. Doses total de insulina diária;

o e. Dose de insulina aplicada em cada refeição: relação de insulina por carboidrato (ex: aplica 1 unidade para quantos gramas de carboidrato), qual a meta de glicemia e fator de correção (ex: quantas unidades de insulina aplica a mais para cada mg/dL de glicemia acima da meta)

A equipe de enfermagem local deverá supervisionar a aplicação de insulina prandial conferindo a dose aplicada e acompanhar e registrar em prontuário a troca do conjunto de infusão que deverá ser realizada a cada 72 horas. A equipe da farmácia deverá validar o medicamento próprio de acordo com as normas institucionais.

Em pacientes com hiperglicemias persistentes, os bolus de correção da bomba devem ser repetidos no máximo duas vezes. Se houver persistência da hiperglicemia, deve-se suspeitar de falha técnica do equipamento e as doses seguintes de correção deveram ser administradas com seringa ou caneta de insulina.

As trocas de cateter devem ser realizadas preferencialmente no período da manhã.

Após a troca a equipe deve monitorar sinais e sintomas de hipo/hiperglicemia para detectar precocemente problemas técnicos na inserção do cateter e eventuais interrupções na administração da insulina.

Se houver qualquer problema com a utilização da bomba, a terapia com insulina subcutânea com uso de seringa ou caneta deve ser iniciada precocemente.

Em qualquer momento que a terapia com bomba subcutânea for interrompida por mais de uma hora, o paciente deve receber insulina basal/bolus com seringa ou caneta ou fazer uso de insulina ev, se apropriado.

Recomendações para pacientes em uso de sistema de monitoramento da glicose tipo flash (Freestyle Libre®)

O Libre é um aparelho que mede a glicose no subcutâneo continuamente o que dá um número maior de medidas comparado à glicemia capilar e pode reduzir o número de punções. Se a glicemia é estável, os valores são semelhantes aos valores de glicemia capilar, podendo haver variação de 10-15% comparando as duas medidas. Porém, se há grande variação da concentração de glicose, pode haver diferenças entre o a glicemia sérica e subcutânea. Quanto maior a velocidade de variação da glicemia, maior a diferença. Por recomendação do fabricante, todos os valores anormais devem ser confirmados com glicemia capilar antes da adoção de medidas terapêuticas. O sensor deve ser retirado quando houver realização de procedimentos cirúrgicos e exames com radiação ou campo magnético. Nos pacientes que seja solicitado o monitoramento com sensor recomendamos a seguinte prática:

- O titular pode definir as verificações de glicose através do uso do sensor, se assim for, este cuidado deve ser prescrito por ele. ATENÇÃO: mesmo com a prescrição da verificação de glicose através do uso do sensor, deve-se lembrar que nenhum cuidado ou intervenção terapêutica pode ser prestado baseado apenas nos valores medidos pelo sensor.
- Os dados aferidos pelo sensor não devem ser inseridos no campo GLICEMIA CAPILAR, mas sim no prontuário eletrônico em campo específico (glicose subcutânea).

O treinamento da equipe assistencial para utilização dos protocolos relacionados ao Programa de Diabetes são contínuos, iniciam-se no treinamento admissional e seguem através das atualizações em reuniões cientificas e workshop da enfermagem.

NIVEL DE EVIDENCIA

Padronização dos critérios para classificação da evidencia, usando-se números de (1 a7) para determinar o nível de evidencia e letras (A, B e C) para o grau de recomendação (adaptados de Atallah 2003 e Phillips 2005). Nivel de evidencia referindo-se então a qualidade da informação e grau de recomendação às conclusões da pesquisa.

Quadro 1: Níveis de Evidência

15) Revisão Sistemática
16) Ensaio Clínico Randomizado
17) Coorte
18) Caso-controle
19) Serie de casos

20) Opinião de especialistas

21) Estudos pré-clínicos (animais/in-vitro)

Quadro 2: Graus de recomendação

G) Resultado recomenda a intervenção

H) Resultado não é conclusivo – não é suficiente para confirmar a hipótese

I) Resultado contra-indica a intervenção

As recomendações deste documento são baseadas em consensos de diabetologia da Sociedade Brasileira de Diabetes, da American Diabetes Association, European Association for the Study of Diabetes, Society of Hospital Medicine e da Associação Britânica de Diabetes (Diabetes UK). Os protocolos de insulina endovenoso para pacientes críticos e de insulina subcutâneo para pacientes não críticos se baseiam em estudos clínicos randomizados controlados.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Taxa de hipoglicemia (< 70 mg/dL), um quociente obtido pela divisão do número de pacientes-dia com dosagens de glicemia abaixo de 70 mg/dL (numerador) e o denominador total de pacientes-dia (denominador) no mesmo período.

Taxa de hipoglicemia clinicamente relevante (< 54 mg/dL), um quociente obtido pela divisão do número de pacientes-dia com dosagens de glicemia abaixo de 54 mg/dL (numerador) e o denominador total de pacientes-dia (denominador) no mesmo período.

Taxa de hiperglicemia grave (> 299 mg/dL), um quociente obtido pela divisão do número de pacientes-dia com dosagens de glicemia acima de 299 mg/dL (numerador) e o denominador total de pacientes-dia (denominador) no mesmo período.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wexler DJ, Nathan DM, Grant RW, Regan S, Van Leuvan AL, Cagliero E. Prevalence of elevated hemoglobin A1c among patients admitted to the hospital without a diagnosis of diabetes. J Clin Endocrinol Metab. 2008; 93(11):4238-44.

2. Levetan CS, Passaro M, Jablonski K, Kass M, Ratner RE. Unrecognized diabetes among hospitalized patients. Diabetes Care. 1998; 21(2): 246–249.

3. Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, You X, Thaler LM, Kitabchi AE. Hyperglycemia: an independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. J Clin Endocrinol Metab. 2002; 87(3):978-82.

4. Khalid JM, Raluy-Callado M, Curtis BH, Boye KS, Maguire A, Reaney M. Rates and risk of hospitalisation among patients with type 2 diabetes: retrospective cohort study using the UK

General Practice Research Database linked to English Hospital Episode Statistics. Int J Clin Pract. 2014; 68(1):40-8

5. Centers for Disease Control and Prevention. Diabetes Public Health Resource. Disponível em: http://www.cdc.gov/diabetes/data/index.html. Acessado em 27/02/2015.

6. Health and Social Care Information Centre. National Diabetes Inpatient Audit – 2013. Disponível em: http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB13662/nati-diab-inp-audi-13-nat-rep.pdf. Acessado em 27/2/2015.

7. Rosa R, Nita ME, Rached R, Donato B, Rahal E. Estimated hospitalizations attributable to Diabetes Mellitus within the public healthcare system in Brazil from 2008 to 2010: study DIAPS 79. Rev. Assoc. Med. Bras. 2014 60(3):222-230.

8. Kavanagh BP, McCowen KC. Glycemic Control in the ICU. N Engl J Med 2010; 363(26):2540-6.

9. Umpierrez GE, Hellman R, Korytkowski MT, Kosiborod M, Maynard GA, Montori VM, Seley JJ, Van den Berghe G; Endocrine Society. Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Jan;97(1):16-38

10. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015. Diabetes Care. 2015; 38 S1:S1-94.

11. Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, Vlasselaers D, Ferdinande P, Lauwers P, Bouillon R. Intensive insulin therapy in the critically ill patients. NEnglJMed 2001;345:1359-67.

12. The NICE-SUGAR Study Investigators. Intensive versus Conventional Glucose Control in Critically Ill Patients N Engl J Med 2009; 360:1283-1297.

13. Jacobi J, Agus M, Braithwaite SS, Deutschman C, Freire AX, Geehan D, Kohl B, Nasraway SA, Rigby M, Sands K, Schallom L, Taylor B, Umpierrez G, Mazuski J, Schunemann H. Guidelines for the use of an insulin infusion for the management of hyperglycemia in critically ill patients. Crit Care Med. 2012; 40(12):3251-76.

14. Diabetes UK. End of Life Diabetes Care: Clinical Care Recommendations 2nd Edition. London: Diabetes UK, 2013. Disponível em: http://www.diabetes.org.uk/upload/Position%20statements/End-of-life-care-Clinical-recs111113.pdf.

15. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. Diabetes Care. 2009 Jul;32(7):1335-43

RESUMO

Este documento reúne os protocolos de hiperglicemia e hipoglicemia para pacientes com cetoacidose diabética, estado hiperosmolar, hiperglicemia em pacientes críticos e não críticos. Também inclui as recomendações para o manejo do diabetes em pacientes cirúrgicos e em fase final de vida.

Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Cardiovasculares ("Não Neurológicos")

OBJETIVO

O objetivo do protocolo é fornecer um sistema seguro de heparinização por via venosa administrado pela enfermagem através de:

- Padronização da solução de heparinização, reduzindo a possibilidade de erro;
- Padronização da coleta de exames laboratoriais de controle;
- Agilidade e comodidade na prescrição médica.

APLICABILIDADE

Esta diretriz se aplica a pacientes com indicação de anticoagulação plena por heparina via endovenosa, na ausência de contraindicações, excluindo-se os pacientes neurológicos.

INTRODUÇÃO

Definição: garantir um sistema seguro de heparinização intravenosa para pacientes que tenham indicação para anticoagulação com heparina intravenosa e que não possuam patologias neurológicas agudas.

DIRETRIZ

Indicação:

As indicações do uso de heparina por via venosa são variadas, algumas com evidências mais consistentes de seu benefício, como:

- Síndrome coronária aguda;
- Tromboembolismo venoso;
- Manipulações vasculares.

Contraindicação:

Constituem-se exclusões:

- Relato prévio de intercorrências graves com o emprego de heparina via venosa;
- Sangramentos ativos;
- Coagulopatias;
- Pacientes com patologias neurológicas agudas (vide protocolo específico)

Interrupção da infusão de heparina:

Este protocolo deverá ser interrompido sempre que se identificar quaisquer das situações abaixo:

- Sangramento ativo exteriorizado como: hematêmese, melena, enterorragia, hemoptise, hematúria ou hemorragias cutâneo-mucosas;
- Queda acentuada de hematimetria sem causa identificada;
- Surgimento de derrame pericárdico, pleural ou peritoneal;
- Possibilidade de procedimentos invasivos ou cirurgias.

Orientações gerais

- A indicação do emprego de heparina por via venosa é uma decisão médica. Uma vez tomada a decisão de se iniciar o uso intravenoso de heparina o médico deverá ´rescrever por extenso: "Protocolo de heparinização intravenosa para pacientes cardiovasculares " (ou "não-neurológicos");
- Estando prescrita a rotina de heparinização o enfermeiro responsável deverá escrever na evolução de enfermagem e na folha de controle de heparinização: o início ou evolução do tratamento; os valores de TTPa (prévio/atual) e o horário do próximo controle de TTPa;
- Na impossibilidade do uso desta rotina por qualquer motivo, uma prescrição alternativa por livre escolha do médico assistente ou intensivista deverá ser prescrita;
- Sempre que o protocolo for interrompido o médico assistente deverá ser notificado;
- A administração venosa de solução de heparinização deverá acontecer em bomba de infusão para administração controlada e segura do gotejamento;
- A bomba de infusão deverá ser programada de forma a disparar seu alarme a cada 4 horas para que seja realizada a homogeneização da solução;

- A heparina é uma das drogas cujo uso encontra-se associado a uma elevada taxa de complicações, produzindo hemorragias por doses elevadas e tromboembolismos por doses insuficientes. O controle da administração é o fator mais decisivo para se evitarem erros.

Orientação ao paciente pré-procedimento

- Comunicar paciente/família quando pertinente;
- Possíveis sinais/sintomas, hematomas, sangramentos;
- Necessidade de coletas de sangue para exames laboratoriais de controle.

1. Rotina de heparinização é conhecida como Esquema de Raschke, que se baseia em dados de experimentação clínica que visam manter os níveis plasmáticos de heparina entre 0,35 a 0,70 unidades/ml corrigidos para o peso corpóreo. Alvo terapêutico do TTPa – 60 a 90s. Devido a farmacodinâmica da heparina e pela característica clínica de seu uso, o esquema de Raschke preconiza o emprego de um bôlus inicial, seguido de infusão corrigida de acordo com o TTPa.
2. TTPa, RNI e hemograma completo devem ser colhidos antes de iniciar este tratamento.
3. Administrar bôlus inicial de 80 unidades/Kg (exceto quando contraindicado pelo médico responsável).
4. A solução "padrão" deverá conter 100 U de heparina / ml (SF 250 ml + heparina 25.000U).
5. Iniciar a infusão de 18 U/Kg/hora (considerando o peso mínimo de 50 Kg e o máximo de 120 Kg).
6. O TTPa deverá ser realizado novamente 6 horas após o início da infusão e repetido a cada 6 horas. Os exames de TTPa de controle poderão ser feitos a cada 12 horas quando forem obtidos 2 controles seguidos dentro da faixa ideal. Como padronização, será sempre utilizado como referência o horário da coleta do TTPa e não o horário do recebimento do resultado.
7. De acordo com procedimento do laboratório "Tempo de Protrombina (TP) e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) (ALABO.PR.TE.741)" o pedido médico e o material coletado deverão estar identificados com a informação "Protocolo de Heparina". Após a recepção da amostra pelo setor de triagem, esta será centrifugada por 15 minutos a 3500 rpm (podendo eventualmente ser também centrifugado no setor técnico). Uma vez centrifugado, colocar o filtro e incluir no equipamento STA Evolution e Compact (STAGO) para realização dos exames de TTPa. Após a emissão dos resultados, incluir e liberar no sistema Labtrak. O tempo total para liberação desses exames será de 40 minutos.
8. Ajustar a administração de heparina de acordo com a tabela abaixo (manutenção da infusão da solução de heparina):

TTPA (s)	Bôlus	Interrupção da infusão	Mudança na infusão	Repetir TTPa
< 35	80 U/Kg	0	Aumentar em 4U/Kg/h	6 horas

35 – 45	40 U/Kg	0	Aumentar em 3U/Kg/h	6 horas
46 - 60	40 U/Kg	0	Aumentar em 2U/Kg/h	6 horas
61 – 85	0	0	Manter a infusão atual	6 horas
86 – 110	0	0	Diminuir em 2U/Kg/h	6 horas
> 110	0	60 minutos	Diminuir em 4U/Kg/h	6 horas

9. Arredondar a taxa de infusão para o valor mais próximo
10. Quando o peso do paciente for menor que 50 Kg ou maior que 120 Kg, manter respectivamente o mínimo ou máximo permitido pela tabela.
11. Anexar a folha de controle ao prontuário.
12. O protocolo de heparinização poderá ser realizado em qualquer unidade de internação do hospital.
13. NÃO APLICAR ESSE PROTOCOLO NOS PACIENTES NEUROLÓGICOS.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gunnarsson OS, Sawyer WT, Montague D, et al. Appropriate use of heparin. Empiric vs nomogram-based dosing. Arch Intern Med 1995;155(5):526-32.
2. Raschke RA, Reilly BM, Gudry JR, Fontana JR. The weight-based heparina dosing nomogram compared with a standard care nomogram. A randomized controlled trial. Ann Intern Med 1993;119(9):874-81
3. Rivey MP, Peterson JP. Pharmacy-managed, weight-based heparina protocol. Am J Hosp Pharm 1993;50(2):279-84
4. Mungall D, Lord M, Cason S, et al. Developing and testing a system to improve the quality of heparina anticoagulation in patients with acute cardiac syndromes. Am J Cardiol 1998;82 (5):574-9.
5. Hirsh J, et al. Parenteral anticoagulants: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest. 2008;133(6 Suppl):141S-159S

RESUMO

- Esta diretriz se aplica a pacientes com indicação de anticoagulação plena por heparina via endovenosa, na ausência de contraindicações, excluindo-se os pacientes neurológicos.
- A indicação do emprego de heparina por via venosa é uma decisão médica. Uma vez tomada a decisão de se iniciar o uso intravenoso de heparina o médico deverá ´rescrever por extenso: "Protocolo de heparinização intravenosa para pacientes cardiovasculares " (ou "não-neurológicos");

- Estando prescrita a rotina de heparinização o enfermeiro responsável deverá escrever na evolução de enfermagem e na folha de controle de heparinização: o início ou evolução do tratamento; os valores de TTPa (prévio/atual) e o horário do próximo controle de TTPa;
- Administrar bôlus inicial de 80 unidades/Kg (exceto quando contraindicado pelo médico responsável).
- A solução "padrão" deverá conter 100 U de heparina / ml (SF 250 ml + heparina 25.000U).
- Iniciar a infusão de 18 U/Kg/hora (considerando o peso mínimo de 50 Kg e o máximo de 120 Kg).
- O TTPa deverá ser realizado novamente 6 horas após o início da infusão e repetido a cada 6 horas. Os exames de TTPa de controle poderão ser feitos a cada 12 horas quando forem obtidos 2 controles seguidos dentro da faixa ideal.
- Ajustar a administração de heparina de acordo com a tabela abaixo (manutenção da infusão da solução de heparina):

TTPA (s)	Bôlus	Interrupção da infusão	Mudança na infusão	Repetir TTPa
< 35	80 U/Kg	0	Aumentar em 4U/Kg/h	6 horas
35 – 45	40 U/Kg	0	Aumentar em 3U/Kg/h	6 horas
46 - 60	40 U/Kg	0	Aumentar em 2U/Kg/h	6 horas
61 – 85	0	0	Manter a infusão atual	6 horas
86 – 110	0	0	Diminuir em 2U/Kg/h	6 horas
> 110	0	60 minutos	Diminuir em 4U/Kg/h	6 horas

- Quando o peso do paciente for menor que 50 Kg ou maior que 120 Kg, manter respectivamente o mínimo ou máximo permitido pela tabela.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO
OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO
Principal

- Descrever as melhores práticas assistenciais para prevenção e tratamento de lesão por pressão (LP);
- Padronizar os processos assistenciais da equipe multiprofissional para a manutenção da integridade da pele e suas funções;
- Padronizar os processos assistenciais da equipe multiprofissional para o tratamento de lesões por pressão (LP).

Secundários

- Estabelecer processos assistenciais que auxiliem a equipe multiprofissional na identificação precoce das alterações da integridade da pele;
- Prevenir o desenvolvimento de LP e outras alterações da pele;
- Direcionar a escolha das medidas preventivas de forma individualizada;
- Direcionar a escolha do tratamento de forma individualizada;
- Diminuir a morbidade e mortalidade hospitalar por LP;
- Evitar infecções e complicações secundárias as alterações da pele;
- Divulgar recomendações internacionais sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão, baseadas em evidências científicas.

APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Este protocolo destina-se a orientar a assistência dos profissionais da equipe multiprofissional que atuam na prevenção e tratamento de LP e outras lesões da pele.

Critérios de Inclusão:

- Todos os pacientes internados, para tratamento clínico ou cirúrgico;
- Centro Cirúrgico (CC);
- Critérios de Exclusão
- Pacientes avaliados como sem risco para o desenvolvimento de LP;

INTRODUÇÃO

Uma lesão por pressão (LP) é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de cisalhamento. As lesões por pressão também estão associadas a vários fatores contribuintes ou de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido. 1

RECOMENDAÇÕES

AVALIAÇÃO DE RISCO E FATORES DE RISCO

Recomendação: Realizar uma avaliação estruturada do risco com a maior brevidade possível, no período máximo de oito horas após a admissão, para identificar os indivíduos em risco de desenvolver lesões por pressão (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).

1.Utilizar uma abordagem estruturada para a avaliação do risco, que seja refinada pelo juízo crítico e suportada pelo conhecimento dos principais fatores de risco. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).1

Escalas de Avaliação de Risco:

1. Escala de Braden e Braden Q

Desenvolvida nos Estados Unidos, a escala de Braden é a mais amplamente utilizada e sua validade foi verificada. A escala é composta por seis fatores: sensorial função, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, força de cisalhamento e atrito. A pontuação varia de 6 a 23. O ponto de corte 16, sendo desejável elevar o ponto de corte para 18 ao avaliar pacientes idosos (Braden e Bergstrom, 1994). O risco é inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos menor é a classificação de risco para desenvolver LP. 2-5
A partir de uma adaptação da Escala de Braden, Quigley e Curley (1996), desenvolveram a Escala de Braden Q para avaliar o risco de LP na população pediátrica. A Escala de Braden Q inclui a seis subescalas originais da Braden (mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, e nutrição), e acrescenta a avaliação da perfusão tecidual / oxigenação. 2-5
Aplicação na Prática:
Todo paciente deverá ser avaliado para o risco de desenvolver LP sistematicamente na admissão. Fazer a avaliação de risco no prazo máximo em 8 horas;

- Fazer a reavaliação de risco a cada 48h ou se houver mudança do quadro clínico do paciente;
- A avaliação do risco para desenvolvimento de LP será feita através da Escala de Braden Q, para crianças de 1 a 5 anos, e Escala de Braden, para pacientes com mais de 5 anos.
- Outros fatores, além dos descritos nas escalas selecionadas pela instituição, devem ser considerados:

Ter em consideração o IMPACTO dos seguintes fatores no risco de um determinado indivíduo desenvolver úlceras por pressão1:
Atividade e mobilidade física;
Perfusão e oxigenação;
Situação nutricional deficiente;
Aumento da umidade da pele. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

Ter em consideração o POTENCIAL IMPACTO dos seguintes fatores no risco de um determinado indivíduo desenvolver lesões por pressão1:
Aumento da temperatura corporal;
Idade avançada;
Percepção sensorial;
Alterações hematológicas: presença de anemia causando hipoxemia, redução de albumina, edemas e perda de peso.
Estado geral de saúde (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
Independentemente da forma como a avaliação de risco estiver estruturada, o juízo clínico é essencial (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).
ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS
Pediatria (crianças maiores de 1 ano): o enfermeiro utilizará a escala de Braden Q para avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento de LP e prescrever os cuidados conforme os riscos identificados.
Todas as crianças menores de 1 ano e gravemente enfermas serão consideradas em risco para LP e deverão seguir os cuidados cabíveis descritos neste protocolo.
2. Escala de Avaliação de Risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (ELPO)
É uma escala que foi desenvolvida no Brasil em 2013, e vem sendo amplamente divulgada e utilizada como ferramenta de avaliação em ambiente cirúrgico, visando a prevenção de lesões de pele decorrentes do posionamento cirúrgico. Baseada nos itens: tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbidades e idade do paciente. O escore varia de 7 a 35, quanto maior o escore, maior o risco para desenvolvimento de lesões, sendo de 7 a 19 classificado como menor risco e de 20 a 35 classificado como maior risco.
Pacientes admitidos no Centro Cirúrgico (CC): Todos os pacientes admitidos no centro cirúrgico serão avaliados através da escala ELPO. O momento de avaliação é previamente a cirurgia e poderá ser reaplicada se houver mudança no posicionamento cirúrgico. E as medidas preventivas serão aplicadas de acordo com o escore de risco e com o protocolo de posicionamento institucional. O profissional de enfermagem deverá anotar a avaliação de LP, o escore e as medidas preventivas utilizada.

Pronto Socorro e Ambulatório: Todos os pacientes assistidos na observação deverão ser avaliados para risco de LP. Os registros dessas informações deverão ser realizados em evolução de enfermagem. A avaliação de risco para LP, deve ser para todos os pacientes,

independentemente da idade, deverá ser realizada por meio do agrupamento de fatores de risco: mobilidade/atividade prejudicada, incontinência urinária e/ou fecal, alteração do nível de consciência/orientação/cognição, percepção sensorial alterada e antecedente/portador de lesão por pressão. O paciente será considerado como risco para LP mediante a existência de um ou mais fatores de risco assinalados.

Registro: a avaliação da pele deve ser registrada na evolução de enfermagem e/ou anotação de enfermagem.

AVALIAÇÃO DA PELE1, 6,7

Recomendação: Garantir uma avaliação completa da pele dentro de um prazo máximo de oito horas após a admissão (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);

Aplicação na Prática:

1. Avaliar a pele de forma contínua, com base no contexto clínico e no grau de risco do indivíduo (risco baixo, moderado, alto e muito alto);
2. Documentar no prontuário os resultados de todas as avaliações da pele. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
3. Se necessário aumentar a frequência das avaliações da pele em resposta a qualquer deterioração do estado geral. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
4. Avaliar a pele com especial atenção às áreas cutâneas sobrejacentes às proeminências ósseas, incluindo o occipital, cotovelos, sacro, os ísquios, os trocânteres e os calcâneos;
5. Aproveitar cada reposicionamento do paciente para reavaliar a pele;
6. Diferenciar a causa e o grau de eritema. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer). Diferenciar se o eritema da pele é branqueável ou não branqueável;
7. Incluir os seguintes fatores em todas as avaliações da pele: temperatura da pele, edema, alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante. Atenção à avaliação de peles escuras (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
8. Avaliar a presença de dor;
9. DISPOSITIVOS MÉDICOS: Inspecionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos (Claves®, conectores, equipo e extensões, cateteres venosos, vesicais, eletrodos, tubo traqueal, sondas gástricas e enterais, extensões de monitores multipârametros, etc.) de 2/2h (a cada mudança de decúbito) para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer). Uma descrição mais detalhada será abordada mais adiante no item Dispositivos Médicos;1

10. Em pacientes com a pele vulnerável a alterações de fluidos e/ou com sinais de edema localizado/generalizado, a avaliação da pele nos locais de interface com dispositivos médicos deve ser avaliado a cada 2/2h ou mais vezes se necessário. (Força da evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer). Alterações no volume dos fluidos ou estados hipoproteinémicos podem resultar em edemas localizados ou generalizados e fazer com que um determinado dispositivo médico que foi inicialmente encaixado de forma adequada exerça pressões externas na pele que provoquem o desenvolvimento das lesões por pressão. 1

FREQUÊNCIA DE AVALIAÇÃO DA PELE

A inspeção da pele deve ocorrer de acordo com risco identificado na avaliação, em paciente graves de 2/2h independente do risco identificado. O intervalo para a inspeção e registro das condições da pele, deverá ser realizado de acordo com o risco para desenvolvimento de LP:

- Baixo risco: 2 vezes ao dia
- Moderado risco: 3 vezes ao dia
- Alto risco e risco muito alto: 4 vezes ao dia

Pacientes no centro cirúrgico: Ao término da cirurgia, durante a transferência do paciente da mesa cirúrgica para a maca, realizar a inspeção da pele e, na presença de hiperemia ou rompimento cutâneo, posicionar o paciente de tal forma que as áreas com alterações sejam mantidas livres de pressão. Casos de hiperemia reativas ou não deverão ser notificadas para avaliação e análise do especialista.

Registro: a avaliação da pele deve ser registrada na evolução de enfermagem e/ou anotação de enfermagem. Registros complementares a avaliação de risco para LP deverão ser feitos na avaliação de risco.

PREVENÇÃO DE LP

Higienização e Hidratação da pele1, 7

1. Manter a pele limpa e seca. Limpar a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. Utilizar água morna e um produto de limpeza com pH equilibrado (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
2. Hidratar a pele seca e áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia (Força de Evidência = C; Força de Recomendação = provavelmente fazer).
3. Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares;
4. Não massagear a pele com risco de LP, pois pode provocar lesão tecidual e/ou reação inflamatória (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);

Manejo da umidade1, 7

1. Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).
2. Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
3. A decisão pelo uso de fraldas ou absorventes é do enfermeiro, com base na aplicação da escala de Braden e Braden Q – itens Umidade, Atividade e Mobilidade;
4. Desencorajar o uso de fralda quando não há indicação formal de controle da umidade;
5. Atenção a outras fontes de umidade, como, extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potenciais irritantes para a pele;
6. Oferecer uma comadre ou papagaio em conjunto com os horários de mudança de decúbito.

Registro: as ações para controle da umidade devem estar registradas no impresso de Anotação de Enfermagem e Prescrição de Enfermagem.

Manejo da Temperatura1, 7

1. Ao selecionar uma superfície de apoio, considerar fatores como a capacidade de controlar a umidade e a temperatura. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
2. Não aplicar dispositivos de aquecimento (por exemplo, sacos de água quente, almofadas térmicas, sistemas integrados de aquecimento das superfícies de apoio) diretamente sobre a pele ou sobre lesões por pressão. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer). O calor aumenta a taxa metabólica, induz a transpiração e diminui a tolerância do tecido à pressão.
3. Manter o paciente em normotermia;

Registro: a temperatura do paciente deve ser registrada no impresso de controles de sinais vitais.

Manejo da Dor

Avaliar a dor localizada como parte integrante de cada avaliação da pele. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);

A dor pode, comumente, fazer parte da experiência do paciente e quando não é devidamente aliviada tem efeitos físicos e psicológicos negativos. No contexto da prevenção de LP a dor pode ser uma das causas da imobilidade do paciente no leito. O paciente deve ser questionado/avaliado com a escala adequada para suas condições clínicas e um tratamento para dor deve ser estabelecido.

Registro: deve ser feito no quadro de manejo da dor conforme descrição na política de Gerenciamento da Dor na SBIBAE. 8

DISPOSITIVOS MÉDICOS

Existem muitos estudos focados na prevenção de LP utilizando as camas especializadas, colchões, almofadas e reposicionamento. Isto porque a maioria das LP ocorre sobre proeminências ósseas. No entanto, são poucas as evidências na literatura que aborda especificamente lesões por pressão relacionadas com a utilização de dispositivos médicos, e estas tem se mostrado cada vez mais prevalentes. Assim, é importante sensibilizar a equipe multiprofissional sobre a importância de se sistematizar rotinas quanto aos cuidados com os dispositivos para prevenção de LP.

As LP relacionadas a dispositivos médicos podem ocorrer devido:

☐ Mau posicionamento do dispositivo;

☐ Fixação inadequada;

☐ Escolha errada do dispositivo;

☐ Falha no monitoramento da pele onde está localizado o dispositivo.

Recomendações:

1. Considerar adultos e crianças com dispositivos médicos como estando em risco de desenvolver LP, independente da pontuação das escalas de avaliação de risco, ou seja, se o paciente for classificado como sem risco pelos critérios das escalas e estiver com dispositivos médicos em contato com a pele será considerado como risco havendo necessidade de implantar medidas de prevenção relacionadas a este fator especificamente. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = definitivamente fazer).
2. Considerar a utilização de uma cobertura de proteção para prevenir lesões por pressão relacionadas com dispositivos médicos. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
3. Analisar e selecionar os dispositivos médicos disponíveis na instituição de acordo com a sua capacidade para induzir o mínimo grau de dano provocado por forças de pressão e/ou cisalhamento. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = definitivamente fazer).
4. Inspecionar a pele em contato com o dispositivo diariamente pelo menos DUAS VEZES POR DIA para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante. (Força da Evidência = C; Força da recomendação = definitivamente fazer);
5. Em pacientes com a pele vulnerável a alterações de fluidos e/ou com sinais de edema localizado/generalizado, a avaliação da pele nos locais de interface com dispositivos médicos

deve ser mais frequente (MAIS DE DUAS VEZES POR DIA) (Força da evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).

Aplicação na Prática

- Escolha o tamanho correto do dispositivo médico;
- Mantenha a pele limpa e seca sob os dispositivos médicos. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).
- Mova os dispositivos diariamente para avaliar a pele;
- A frequência de avaliação do local do dispositivo deve ocorrer conforme a classificação do risco.

ATENÇÃO:

No momento da avaliação do local do dispositivo se identificada qualquer alteração na pele deve ser realizado o rodizio do local de fixação, afrouxamento ou troca da fixação para alívio da pressão local ou troca do dispositivo, além do uso de películas/coberturas protetoras;

Amortecer e proteger a pele com coberturas/curativos em áreas de alto risco (por exemplo, ponte nasal, orelhas, asa nasal etc.) utilizando um adesivo adequado para fixação e espuma com silicone ou hidrocoloide;

Muitas vezes o um dispositivo médico selecionado inicialmente pode não servir mais para o paciente no que diz respeito ao seu tamanho, comprimento, largura ou diâmetro devido às alterações do quadro clínico do paciente como, por exemplo, surgimento de edemas ou perda de massa corpórea. Nesses casos o dispositivo deve ser substituído por outro de dimensões adequadas ao paciente.

Se for decidido pela utilização de uma película/cobertura protetora da pele deve-se ter em conta os seguintes aspectos:

☐ Capacidade de controlar a umidade e o microclima, principalmente quando utilizado com um dispositivo médico que possa estar em contato com fluídos corporais/drenagem (por exemplo, sonda de gastrostomia endoscópica percutânea);

☐ Facilidade de aplicação e remoção;

☐ Capacidade de avaliar regularmente a condição da pele;

☐ Espessura do curativo por baixo de dispositivos de colocação muito apertada;

Localização anatômica do dispositivo médico e tipo/finalidade do dispositivo médico:

- Evitar colocar dispositivos em locais com risco de LP ou com LP presente;
- Atenção à presença de edema sob o(s) dispositivo(s) e potencial de ruptura da pele;
- Confirmar que os dispositivos não são colocados diretamente sob o paciente;
- Orientar a equipe sobre o uso correto dos dispositivos e prevenção de lesões na pele;

- Reposicionar o indivíduo e/ou dispositivo médico para redistribuir a pressão e diminuir as forças de cisalhamento.
- Rodiziar os dispositivos médicos, com atenção para não desloca-los;
- Fornecer apoio para os dispositivos médicos, conforme necessário, para diminuir a pressão e as forças de cisalhamento.
- Atenção ao refazer a fixação dos cateteres nasais (gástricos, enterais, de oxigênio, etc.) para não exercer pressão excessiva, e utilize fixações apropriadas;
- Garantir que é possível visualizar toda extensão do dispositivo;
- Registrar em prontuário as avaliações realizadas do local de dispositivos bem como e as ações para prevenção de LP relacionadas ao dispositivo.

Orientações específicas

Ventilação Não Invasiva (VNI):

- Atenção para a necessidade de corrigir o posicionamento da interface devido a presença de eritema na pele. Caso necessário rodiziar tipos de interfaces.
- Na presença de lesão realizar o rodízio de interfaces, para evitar compressão na área lesada e comunicar a equipe multiprofissional, para definir o tratamento adequado com medicações tópicas;
- Utilizar película protetora nos pontos de maior pressão à depender do tipo de interface.
- Questionar sempre o paciente quanto à sensação de desconforto e reposicionar caso seja necessário. Orientar o acompanhante do paciente a realizar a massagem nos pontos de pressão, após a retirada da interface.
- Não fixar excessivamente, pois pode haver um pouco de escape.

UP = LP (Lesão por Pressão)

Intubação Traqueal:

- No momento da avaliação da fixação do tubo traqueal, é indicado realizar o reposicionamento da fixação da cânula, sem necessariamente trocar, auxiliando no alívio da pressão e na prevenção de lesões;
- Avaliar a necessidade de aplicar películas/coberturas nos pontos onde a fixação do tubo traqueal possa causar pressão, como por exemplo, região posterior da cabeça, zigomático e orelhas;
- Podem ser alternados em relação ao local de pressão na cabeça, face, cavidade oral e lábios.
- Trocar na presença de sujidade, umidade excessiva, frouxidão ou no horário do banho;

- Fixação com "Tensoplast", por se tratar de um adesivo, a troca excessiva pode propiciar a lesão labial e facial. Recomendamos trocar se sujidade, descolamento parcial do adesivo ou no banho. A cada troca deve ser aplicado na pele o "protetor cutâneo", que forma uma película protetora e auxilia na proteção da pele.

UP = LP (Lesão por Pressão)

Órteses:

- Órtese de MMSS e II: No primeiro dia, usar por 1 hora pela manhã e 1 hora à tarde, se o paciente não apresentar desconforto, piora da hipertonia, edema ou cianose no membro, agitação com risco de lesões, pontos de hiperemia na pele;
- Retirar a (s) órtese (s) e as meias e observar se há pontos de hiperemia ou algum outro sinal que não se observou antes (ex.: irritação da pele) que permaneça por mais de 20 minutos;
- Se não houver nenhuma alteração, voltar a utilizar por mais de 1 h no próximo período;
- Não utilizar a noite no período de adaptação (nos 3 primeiros dias);
- No segundo dia aumentar o uso para 2 horas por período e observar se ocorrem alterações na pele;
- No terceiro dia aumentar o uso para 4 horas e observar se ocorrem alterações na pele;
- A partir do quarto dia, pode-se utilizar a órtese durante o maior tempo possível, inclusive à noite, se não atrapalhar o sono do paciente. Sempre observar os sinais citados acima;
- Caso qualquer membro da equipe multiprofissional perceba ponto de pressão ou qualquer outra inadequação no uso ou colocação da órtese durante a internação, deve-se marcar o ponto com caneta demarcação da pele, descontinuar o uso da órtese e solicitar uma reavaliação com o técnico que confeccionou a órtese;
- Compartilhar com a equipe médica a ocorrência de pressão /ou desconforto relacionado ao uso da órtese;
- Enquanto é aguardada a reavaliação da órtese aplique película protetora na pele.

Siga os passos abaixo para evitar lesões de pele relacionadas a dispositivos médicos:

☐ Verifique o posicionamento do dispositivo;

☐ Verifique a fixação;

☐ Escolha o dispositivo certo (dimensões do dispositivo);

☐ Proteja a pele com películas/coberturas (exemplos: hidrocolóide, filme de poliuretano e silicone);

☐ Monitore a pele onde está localizado o dispositivo;

☐ Rodizie a fixação do dispositivo;

☐ Visualize toda a extensão do dispositivo;

☐ Alivie a pressão exercida pelo dispositivo na pele;

☐ Faça o registro em prontuário.

Orientação para funcionalidade

Como estimular e auxiliar o paciente nas mudanças de decúbito. Para isso podemos classificar os pacientes em: dependentes, parcialmente dependentes ou independentes. De acordo com o grau de dependências o profissional pode graduar o quanto auxiliar nas mobilidades no leito, trocas posturais e transferências de forma individualizada.

- Dependentes

  Medida de Independência funcional (MIF).

  1- Total assistência ou 2- Máxima assistência
- Parcialmente dependentes

  Medida de Independência funcional (MIF).

  3 - Moderada assistência, 4- Mínima assistência ou 5- Supervisão
- Independentes

  Medida de Independência funcional (MIF).

  6 – Independência modificada ou 7 – Totalmente independente.

PACIENTES GRAVES

INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

Recomendação: Considerar virar o paciente de forma lenta e gradual, dando tempo suficiente para estabilizar a condição hemodinâmica e a oxigenação. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

A instabilidade hemodinâmica é tipicamente caracterizada por variação da pressão sanguínea, bradicardia, taquicardia, hipotensão, hipoxemia e hipoperfusão que pode ser causada por perda sanguínea, redução da resistência vascular por sepse, diminuição do débito cardíaco e uso de dispositivo de circulação extracorpórea.

Algumas pesquisas sugerem que pacientes que não são mobilizados no leito desenvolvem alterações relacionadas ao efeito da gravidade no corpo - chamado de "equilíbrio gravitacional" por Vollman- resultando intolerância e em dificuldade do corpo para se adaptar as mudanças de posição. 12,13

Além da ocorrência de LP a imobilidade no leito oferece vários outros efeitos indesejáveis para o paciente como atelectasia, pneumonias, fraqueza muscular, hipotensão ortostática, prejuízo da função cardíaca, redução da captação de oxigênio, redução da massa de células vermelhas do sangue, doença tromboembólica, aumento da resistência à insulina, aumento da glicose sanguínea e contraturas musculares.

Em contrapartida, estudos realizados nas unidades de terapia intensiva descrevem uma variedade de benefícios com a mobilização progressiva como, por exemplo: diminuição do tempo de permanência na UTI, menos dias em ventilação mecânica, diminuição do risco de pneumonia associada a ventilação mecânica e redução do tempo de internação hospitalar.12-15

Por todos os motivos descritos anteriormente recomenda-se a mobilização/reposicionamento do paciente no leito, inclusive dos pacientes considerados graves e instáveis hemodinamicamente, de forma lenta, cuidadosa e com constante supervisão.

Os pontos abaixo descrevem como proceder para mobilização/reposicionamento no leito do paciente grave e hemodinamicamente instável de forma segura:

1. Identificando fatores clínicos que classifique o paciente como "muito instável" para mudança de decúbito12:

- Serão considerados pacientes hemodinamicamente instáveis ou com potencial de instabilidade com contraindicação para mobilização no leito:

☐ Desenvolvimento de arritmia com risco de morte (taquicardia ventricular, taquicardia supraventricular, fibrilação ventricular);

☐ Paciente em ressuscitação volêmica;

☐ Hemorragia ativa, por exemplo, hemorragias digestivas alta e/ou baixa;

☐ Mudanças nos parâmetros vitais sem retorno a linha de base em até 10 minutos após a mobilização/reposicionamento. O mais importante aspecto da avaliação da resposta do paciente a mobilização no leito inclui a compreensão do que seria o seu estado basal de acordo com o diagnóstico do paciente;

☐ Presença de fraturas instáveis;

- Lembre-se que mesmo os pacientes muito graves podem se beneficiar da mobilização/reposicionamento no leito;
- Os pacientes identificados como hemodinamicamente instáveis com contra-indicação de mobilização/reposicionamento no leito devem ser reavaliados quanto esta condição a cada 6 horas com objetivo de iniciar a mudança de decúbito a cada duas horas conforme indicado no protocolo. Esta reavaliação deve ser feita da seguinte forma:

☐ Realize "mini" mudanças de decúbito;

☐ Utilizando coxins à 15°;

☐ Mantenha os calcâneos elevados;

☐ Quando for mobilizar o paciente faça-o LENTAMENTE! Durante mudança de roupa de cama, higiene, reposição de coxins e travesseiros mobilize o paciente lentamente;

- Presença de Fraturas instáveis: pacientes com fraturas instáveis somente poderão ser mobilizados com autorização do médico. Os dispositivos de imobilização de fraturas não devem

ser retirados. Deve-se avaliar a pele ao redor da imobilização e questionar o paciente quanto ao conforto no local (quando aplicável);

2. Prevenindo o desenvolvimento de intolerância à mobilização no leito:12

- Quanto mais cedo o paciente for mobilizado no leito menos chance apresentará de desenvolver intolerância ao reposicionamento;
- O paciente grave deve ser mobilizado no leito lentamente e com cuidado. Uma resposta ortostática "negativa" pode ocorrer quando a equipe move rapidamente o paciente da posição supina para a lateral, durante o banho e em transferências;
- Monitorar se há mudanças na FC, PA, FR e Saturação de O2 por um período entre 5 a 10 minutos após a mobilização no leito;
- Reposicionar a cabeça do paciente, braços e pernas 2/2h, considerar exercícios passivos de amplitude de movimento;
- Vire o paciente LENTAMENTE da posição supina para a lateral;
- Vire o paciente LENTAMENTE sempre que for necessário mobilizar o paciente para higienização e reposicionamento com coxins e travesseiros;
- Monitorar paciente em busca de sinais de alterações na complacência pulmonar baseando-se na posição, resposta, lesões conhecida ou diagnóstico;
- Passos para mobilização segura do paciente instável:

☐ Vire o paciente LENTAMENTE!

Vire o paciente até 10° a 15° e aguarde por 15 segundos;

Observe as respostas do paciente e dos sinais vitais monitor;

Para mudança de decúbito, continue virando o paciente até a alcançar 30° lateralizado e aguarde 15 segundos;

Para realizar procedimentos, vire o paciente até 45° e aguarde 15 segundos;

Realize os procedimentos planejados – higienização troca de fralda, troca de lençol ou outros procedimentos.

Terminados os procedimentos volte o paciente LENTAMENTE para 30° lateralizado;

Providencie os apoios para manter o decúbito;

☐ Fique atento aos sinais vitais no monitor;

☐ Atenção às respostas do paciente – OLHE para o paciente;

☐ Fique atento aos cateteres do paciente;

☐ Observe o paciente por até 10 minutos após a mobilização;

☐ ATENÇÃO! Uma mudança inicial dos parâmetros vitais é esperada e não deve ser motivo para interromper a mobilização do paciente grave;

3. Definir estratégias para prevenir LP no paciente hemodinamicamente instável que não podem ser totalmente mobilizados12:

- Colchão de superfície especializada: indicado para os pacientes clinicamente instáveis ou cuja integridade da pele começou a deteriorar-se em um curto período de tempo (2 horas) na mesma posição. Utilizado nas áreas críticas.
- Mobilização progressiva: realizar a mobilização progressiva lenta e gradual, iniciando com 15° até 30° inicialmente. Pacientes que não toleram a mobilização a 15 °, devem ter o peso aliviado a cada 30 minutos e ser reavaliado a cada 2 h1,17;
- Movimentação passiva: consiste na movimentação das articulações dos membros superiores e inferiores em várias direções sem causar contração muscular. Esse procedimento é realizado pelo fisioterapeuta 2 vezes por dia (manhã e tarde)1,17.

REPOSICIONAMENTO1

Recomendações:

1. Estabelecer planos de reposicionamento que constem a frequência e a duração da alternância dos posicionamentos. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
2. Reposicionar todos os indivíduos que estejam em risco de desenvolver ou que já tenham desenvolvido LP, a menos que contraindicado. (Força da Evidência = A; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
3. Ter em conta a condição clínica do indivíduo e a superfície de apoio de redistribuição da pressão em uso no momento de decidir se o reposicionamento deve ser implementado como estratégia de prevenção (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
4. Não posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
5. O rubor indica que a pele ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
6. Atenção: nenhuma superfície de apoio permite o alívio total da pressão.

Frequência do Reposicionamento

- Os pacientes identificados com risco para o desenvolvimento de LP deverão ser reposicionados a cada 2h;
- Justificar em prontuário quando houver restrição à mudança de decúbito;

Aplicação na Prática

No Leito1

- Utilizar uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente para o lado direito, para o lado dorsal e para o lado esquerdo) ou para a posição de pronação se o indivíduo assim o tolerar e a condição clínica o permitir. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Incentivar os indivíduos capazes de se reposicionar a dormirem deitados de lado entre 30° a40° ou na horizontal se tal não for contraindicado. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Evitar posturas deitadas que aumentem a pressão, tais como estar deitado de lado a 90° ou estar semi reclinado. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- No caso de um indivíduo em repouso no leito, limitar a elevação da cabeceira da cama a 30° salvo contraindicação devido à condição clínica ou a aspectos digestivos e relacionados com a alimentação. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer); (5,8).
- Se for necessário ficar sentado na cama, evitar elevar a cabeceira e evitar posições incorretas que centrem a pressão e o cisalhamento ao nível do sacro e do cóccix. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Posição de Pronação: utilizar superfície de redistribuição de pressão e avaliar a região anterior do corpo a cada 2 horas;
- Proteger as proeminências ósseas: ombros, mamas quando mulher, crista ilíaca, joelhos e dorso do pé com placa de silicone ou alguma outra cobertura indicada pelo especialista;
- Realizar o posicionamento do paciente 2/2h posição de nadador e rodiziar o posicionamento da cabeça de 2/2h.
- Nas áreas que for possível retirar a placa de silicone para avaliação da pele, realizar de 2/2h.
- Atenção especial aos dispositivos evitando tracioná-los e mantê-los longe de pressão.

Sentado1

- Quando estiver sentado o paciente deve sentir-se confortável e estável na posição. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira acima de 30º, evitando a centralização e aumento da pressão ao nível do sacro e cóccix. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, impedindo que o paciente deslize para fora da cadeira (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer). A altura do apoio para os pés deve ser

escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

- Evitar a utilização de apoios para elevação das pernas em indivíduos com comprimento inadequado dos ísquios, pois aumenta a pressão no cóccix e/ou sacro (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Restrinja o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão, no máximo em 2 horas. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = definitivamente fazer).
- Após utilizar dispositivos eletrônicos para transferência do paciente, retirar a esteira.
- Quando sentados, os pacientes sob risco de desenvolver LP devem estar posicionados sobre um dispositivo de redistribuição de pressão por no máximo 2h. Estimule o paciente sentado (sem déficit cognitivo e que seja capaz de realizar mudanças de posição) a reposicionar o corpo frequentemente para minimizar os pontos de pressão. Durante orientação, ATENÇÃO A EXISTÊNCIA DE RISCO DE QUEDA!

Reposicionamento do paciente com LP1

- Não posicionar um indivíduo diretamente sobre uma lesão por pressão. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Não posicionar o indivíduo sobre a(s) área(s) com suspeita de lesão profunda dos tecidos com pele intacta. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Se o paciente já tem uma LP, considerar períodos de repouso no leito para promover a cicatrização das úlceras na região sacrococcígea e isquiática. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Se um indivíduo com LP sobre o sacro/cóccix ou região isquial permanecer sentado, limitar a posição de sentado a três vezes por dia em períodos iguais ou inferiores a 60 minutos. Utilizar uma superfície adequada para o indivíduo se sentar e/ou técnicas de posicionamento para evitar ou minimizar a pressão sobre a lesão. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Continuar a virar e a reposicionar o indivíduo independentemente da superfície de apoio em uso. Definir a frequência de reposicionamento com base nas características da superfície de apoio e na resposta do indivíduo. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
- Evitar sentar um indivíduo com uma lesão isquiática numa postura totalmente ereta (na cadeira ou na cama). (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Modificar os horários para estar sentado e reavaliar a superfície de apoio e a postura do indivíduo se a lesão agravar ou se não melhorar. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);

- Não utilizar dispositivos em forma de anel ou argola. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
- Os seguintes dispositivos NÃO devem ser utilizados para elevar os calcâneos: almofadas em pele de carneiro sintética, dispositivos recortados em forma de anel ou donut, bolsas (bags) de soros, luvas cheias de água. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);

Medidas preventivas para fricção e cisalhamento1

- Nunca arrastar o paciente sobre o leito. Levantar o paciente, NÃO arrastar (Força de Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
- Se o paciente for sobrepeso ou obeso movimentá-lo em duas pessoas;
- Utilizar dispositivos eletrônicos para transferência;
- Usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito.
- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral;
- Limitar o tempo de cabeceira elevada, e não elevar acima de 30º, pois o corpo do paciente tende a escorregar ocasionando fricção e cisalhamento;
- Sempre inspecionar o leito e verificar se foram esquecidos objetos sob o paciente;
- Ensinar o paciente a utilizar quadro balcânico para movimentar-se no leito;
- Para paciente sob intubação traqueal ou mantendo sondas gástricas é recomendado manter a cabeceira elevada entre 30° a 45 ° com o objetivo de reduzir o risco de Pneumonia Associada à Ventilação mecânica ou aspiração de conteúdo gástrico.
- Considerar a aplicação de curativos para prevenção de LP nos locais de proeminências ósseas (por exemplo, calcâneo ou sacro) frequentemente submetidas à fricção e cisalhamento. (Força de Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer);

Aplicação na Prática

Critérios de Inclusão para aplicação da película na região sacral

1. Pacientes que passarão por procedimentos cirúrgicos com duração a partir de 4 horas, aplicar a cobertura de silicone padronizada no pré-operatório e manter no pós-operatório, seguindo com as reavaliações. Seguir as orientações baseadas na escala ELPO.
2. Em ambiente de terapia Intensiva (UTI): Pacientes com instabilidade hemodinâmica;
3. Pacientes avaliados pelo especialista.

Os cuidados diários para o paciente em uso da película de silicone sacral são:

1. Aplicar a película na região sacral;

2. Retirar a película diariamente, avaliar a pele e fechar novamente;
3. Registrar o aspecto da pele;
4. Remover e descartar a cada 7 dias;
5. Reaplicar a película de acordo com os critérios de inclusão;
6. Se o paciente é incontinente não troque a película. Se a parte externa da película estiver suja basta limpá-la;
7. Se devido à incontinência no prazo de 24h não for possível manter a película fixa na pele, descontinue o uso desta e aplique um creme barreira ou outra medida para manutenção da integridade da pele.

SUPERFICIES DE APOIO E REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO

As superfícies de apoio são "dispositivos especializados de redistribuição da pressão concebidos para gerir as cargas teciduais, o microclima e/ou outras funções terapêuticas (ou seja, colchões, sistema integrado na cama, substituição de colchões, colchões de sobreposição, almofadas de assento ou sobreposições de almofadas de assento)". 19

Selecionar uma superfície de apoio que atenda as necessidades do paciente e a necessidade de redistribuição de pressão com base nos seguintes fatores:

- Nível de imobilidade e inatividade;
- Necessidade de controle do microclima e redução do cisalhamento;
- Altura e peso do indivíduo;
- Risco de desenvolvimento de novas lesões por pressão;
- Número, gravidade e localização de lesão(ões) de pressão existente(s). (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).

Camas e colchões1

Recomendações:

- Utilizar colchões de espuma reativa e de alta especificidade em vez de colchões de espuma reativa que não sejam de alta especificidade em indivíduos avaliados como estando em risco de desenvolver lesões por pressão. (Força da Evidência = A; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Antes de utilizar uma superfície de apoio, verificar se esta se encontra dentro do tempo de vida útil funcional com base no método de avaliação recomendado pelo fabricante (ou através de outros métodos de avaliação reconhecidos pela indústria). (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Sempre que não for possível um reposicionamento manual frequente, utilizar uma superfície de apoio dinâmica (colchão normal ou colchão de sobreposição) em indivíduos com

alto risco de desenvolver lesões por pressão. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer);

- Continuar a reposicionar os indivíduos colocados numa superfície de apoio de redistribuição da pressão. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
- O uso de superfícies de redistribuição de pressão não substitui a obrigatoriedade da mudança de decúbito.

Almofadas 1

Recomendação:

- Optar por uma cobertura de almofada flexível/respirável que assente de forma solta na parte superior da almofada e que seja capaz de se ajustar aos contornos do corpo. (Força da Evidência = C;Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Avaliar a almofada e respectiva cobertura em termos de dissipação de calor. Escolher uma almofada e uma cobertura que permitam a circulação de ar de forma a reduzir a temperatura e a umidade na região dos glúteos. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- Utilizar uma almofada de redistribuição da pressão para indivíduos com mobilidade reduzida sentados numa cadeira. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = definitivamente fazer);

NUTRIÇÃO

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS LP1

- Avaliar o estado nutricional de cada indivíduo em risco de desenvolver ou com uma lesão por pressão (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);
- O enfermeiro é o profissional responsável por acionar o nutricionista quando há risco ou presença de LP;
- Reavaliar o paciente a cada alteração significativa da condição clínica;
- Na presença de LP verificar progressos no que diz respeito à cicatrização, baseando-se nos resultados da Escala PUSH;
- O enfermeiro avalia e comunica o nutricionista e a equipe médica quanto a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (<60% das necessidades nutricionais entre cinco a sete dias), a equipe discutirá a possibilidade de colocar uma sonda para dieta. 1

- Nutricionista e médico avaliam a necessidade de incluir suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão.

Requerimento proteico

Sendo as proteínas nutrientes relacionados com o sistema imunológico e integrantes dos tecidos corporais, a presença de desnutrição proteica acarreta lesões de pele e músculo, além de dificultar o processo de reparação de tecidos lesados. A recomendação proteica é de 1,25-1,5 g/kg/dia, mas o julgamento clínico baseado no número e severidade de úlceras, doença de base, presença de patologias ou complicações associadas, entre outros fatores é fundamental para definir a oferta proteica ideal. E avaliados como estando em risco de desnutrição sempre que o mesmo for compatível com os objetivos de cuidado e reavaliar a situação à medida que a condição clínica for se alterando. A oferta proteica deve garantir balanço nitrogenado positivo sem exceder os níveis de tolerância; o monitoramento da função renal é um importante parâmetro para garantir que os limites não sejam ultrapassados. Sabemos que glutamina e arginina são aminoácidos condicionalmente essenciais em situações de estresse elevado, portanto a adequação destes nutrientes também deve ser considerada quando houver risco ou presença de LP. 21, 22

Requerimento de vitaminas e minerais

A deficiência de vitaminas interfere no processo de cicatrização, reduzindo a síntese de colágeno e elastina. O consumo de uma dieta rica em alimentos fonte destes nutrientes deve ser encorajado. Especial atenção deve ser dada às vitaminas A, C e E, e minerais como zinco, cobre e ferro. A indicação de suplementos vitamínicos e minerais deve acontecer quando a ingesta alimentar for pobre nestes nutrientes ou quando houver suspeita ou confirmação de deficiências específicas. 21-23

Promover e incentivar os indivíduos avaliados como estando em risco de desenvolver ou presença de lesões por pressão a consumir uma dieta equilibrada que inclua boas fontes de vitaminas e sais minerais.

Requerimento hídrico

O equilíbrio hidroeletrolítico também pode ser afetado por uma nutrição inadequada. Quando há hipoalbuminemia o líquido intersticial extravasa para os tecidos levando ao edema. Como o tecido edematoso possui suprimento sanguíneo diminuído, o risco para lesão de pressão aumenta. Pacientes com risco ou presença de LP devem ser monitorados quanto à sintomas de desidratação (alterações de peso, turgor da pele, volume urinário, sódio sérico) ou na vigência de situações que aumentem a demanda hídrica (febre, vômitos, diarreia, exsudatos, etc.). Existem muitas formas de calcular o requerimento hídrico, mas, de maneira geral, podemos

considerar 1 ml/Kcal/dia. Providenciar líquidos adicionais a indivíduos desidratados, com temperaturas elevadas, vómitos, sudorese profusa, diarreias ou feridas altamente exsudativas. 21-24

Rastreio do Estado Nutricional

1. Triagem nutricional de cada indivíduo em risco de desenvolver ou com presença de lesão por pressão (reforçar treinamento Avaliação de Risco da Equipe Multiprofissional – Notificação do Risco Nutricional):

- No momento da admissão e sempre que necessário;
- Quando não se verificam progressos em termos de cicatrização da LP.

2. Uma vez notificado Risco Nutricional: avaliação do nutricionista.

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES COM RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LP21-28

- Considerar os pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição, que estejam acamados ou imobilizados no leito, em risco para desenvolvimento de LP.
- Avaliar e monitorar estes pacientes de acordo com o protocolo de conduta nutricional, classificando-os em nível de assistência secundário ou terciário:
- Avaliar o peso, respectiva historia de perda de peso (>5% em 30 dias ou >10% em 180 dias) – força de evidência C.
- Avaliar a capacidade do indivíduo para comer de forma independente (força de vidência C).
- O foco da avaliação nutricional deve recair sobre a avaliação do consumo de energia, a alteração de peso, velocidade de perda de peso, e o impacto do stress psicológico ou de problemas neuropsicológicos.
- Analisar a adequação da via de alimentação (oral, enteral, parenteral ou mista);
- Adequar a dieta às características individuais não deixando de considerar o risco para LP;
- Avaliar a oferta proteica (recomenda-se dieta hiperprotéica) e adequá-la conforme a idade, patologia, presença de complicações e estado nutricional;
- Considerar a necessidade de suplementos nutricionais, de elevado teor calórico e proteico a adultos em risco nutricional e em risco de desenvolver LP, contendo nutrientes específicos, preferencialmente zinco, arginina, carotenóides, vitaminas A, C e E. Avaliar as possíveis restrições nutricionais relacionadas à patologia principal ou doenças secundárias, tolerância ao sabor e dose necessária para atingir as recomendações;
- Adequar oferta hídrica conforme recomendação;
- Vigiar o estado de hidratação do paciente, eventuais sinais e sintomas de desidratação nos indivíduos, incluindo alteração de peso, turgor da pele, diurese, níveis séricos de sódio

elevados. Providenciar líquidos adicionais em caso de desidratação, com temperaturas elevadas, vômitos, sudorese, diarreias, feridas exsudativas;

- Rever e modificar/liberalizar as restrições dietéticas sempre que as limitações resultarem numa menor ingestão de alimentos sólidos e líquidos. Sempre que possível estas adaptações devem ser realizadas em consulta com um médico e geridas por um nutricionista.
- Garantir medidas para manter balanço nitrogenado positivo;
- Manter uma comunicação efetiva com a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos no processo assistencial.

INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES COM LP 21-28

- Identificar a classificação da lesão por pressão, junto ao enfermeiro;
- Avaliar e monitorar estes pacientes de acordo com o protocolo de conduta nutricional do HMVSC, classificando-os em nível de assistência terciário:
- Analisar a adequação da via de alimentação (oral, enteral, parenteral ou mista);
- Adequar a dieta às características individuais, considerando a quantidade de feridas e severidade das lesões;
- Avaliar a oferta proteica e adequá-la à situação clínica, peso atual, idade, patologia, presença de complicações e estado nutricional;
- Introduzir suplemento alimentar, contendo nutrientes específicos, preferencialmente zinco, arginina, carotenoides, vitaminas A, C e E. Avaliar as possíveis restrições nutricionais relacionadas à patologia principal ou doenças secundárias, dose necessária para atingir as recomendações. Monitorar aceitação e certificar-se que esta sendo consumida conforme planejado;
- Indicar suplementação via sonda quando a ingesta oral estiver definitivamente comprometida (< 60% das necessidades);
- A cada reavaliação, verificar se o dispêndio de energia e proteína está comprometido devido às características da lesão. Diferentes estágios da lesão sugerem ajustes no gasto energético-proteico e isto deve ser considerado no monitoramento nutricional;
- Adequar oferta hídrica, conforme recomendação;
- Manter uma comunicação efetiva com a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos no processo assistencial. Acompanhar as condições/evolução da ferida, perdas de fluidos e reavaliar a conduta nutricional;
- Registro/ Evolução da nutricionista na evolução: acompanhamento, evolução da LP (sobre a cicatrização). Enfermeiros e nutricionistas devem compartilhar e trocar informações.

Esquema prático - Evolução Nutricional – LP

Incluir na rotina diária o questionamento para enfermagem se há paciente com risco ou LP instalada na unidade.

1. Durante a avaliação, checar risco de LP na folha Avaliação de Risco Equipe Multidisciplinar Adulto/Pediátrica;
2. Se identificado risco ou presença de LP, considerar como sendo Risco Nutricional, assinar risco.
3. Determinar o Nível de Assistência:

- Nível de assistência secundário – risco para LP
- Nível de assistência terciário – LP instalada

4. Seguir o modelo padrão de evolução e traçar um plano dietoterápico específico para LP;

- Avaliação Inicial: Paciente inserido no protocolo de LP devido risco para LP ou presença de LP, diagnóstico nutricional, descrever plano dietoterápico (aceitação x oferta - % adequação)e suplemento nutricional oral (SNO) conforme indicação;
- Monitoramento do paciente com risco para LP ou presença de LP;
- Dieta Via Oral (VO) Diagnóstico nutricional, descreverplano dietoterápico (aceitação x oferta - % adequação)e suplemento nutricional oral (SNO) conforme indicação;
- TNE: Diagnóstico nutricional, em TNE hipercalórica, hiperproteica, ou enteral específica para cicatrização de feridas, (descrever características do produto) com volume enteral programado a suprir 100% necessidades calóricas e proteicas ou progredir volume até atender as necessidades nutricionais.

Tabela: Intervenção Nutricional – Risco de LP e LP presente

Intervenção Nutricional: Risco de LP e LP presente

Nutriente	Risco LP	LP
Calorias	30 – 35 kcal/kg/dia	30 – 35Kcal/kg/dia
Proteína	1,25 - 1,5 g/prot/kg/dia	1,25 - 1,5g proteina/kg/dia
Líquidos	1 ml líquidos/kcal/dia	1ml líquidos/kcal/dia
Suplemento Nutricional	Se baixa aceitação, avaliar a necessidade de introdução SNO (contendo preferencialmente Zn,Arginina, vitaminasA, C e E) no contexto da dieta ofertada. Introduzir SNO (contendo nutrientes específicos Zn,Arginina, carotenóides, vitaminaA, C e E).	
NE	Indicação quando ingestão menor que 60% das necessidades calórico-proteicas.	
Nível de Assistência	Secundário	Terciário

POPULAÇÕES ESPECIAIS

Pacientes Bariátricos1, 21, 25

- Apesar do estado nutricional e composição corporal, os doentes bariátricos não podem dispor dos nutrientes adequados à cicatrização das LPs;
- Sugere-se avaliação nutricional para adequação das necessidades nutricionais (obeso pode estar desnutrição). Deve-se calcular o IMC e classificar a obesidade;
- Recomenda-se avaliação periódica das pregas cutâneas.
- Encaminhar os doentes bariátricos a um nutricionista ou a uma equipe Interprofissional da área da nutrição para uma avaliação nutricional completa e um plano de controlo do peso. O doente bariátrico pode estar desnutrido apesar de parecer bem nutrido.

Pacientes Críticos/Graves1, 21

Devido à evidência atualmente insuficiente para sustentar ou refutar a utilização de intervenções nutricionais específicas e complementares em doentes em estado crítico, estas não são recomendadas para uso rotineiro nesta população.

Idosos1, 27

- Considerar o estado cognitivo do indivíduo durante a realização de uma avaliação completa.
- Desenvolver um plano de tratamento e/ou prevenção da lesão por pressão.
- Sugerir assistência para a alimentação.

Pacientes em Cuidados Paliativos1

Tentar manter uma nutrição adequada e hidratação compatível com o estado de saúde e os desejos do indivíduo. Um apoio nutricional adequado não é, muitas vezes, possível quando o indivíduo é incapaz ou recusa comer devido a determinados estados da doença.

Oferecer suplementos nutricionais proteicos quando o objetivo for à cicatrização da lesão.

Pacientes com Lesão Medular

Não há relato sobre o suporte nutricional.

PRESCRIÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA LP – ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q

Abaixo segue a descrição dos cuidados essenciais de enfermagem para a manutenção da integridade da pele. Ao realizar a prescrição de enfermagem, o enfermeiro deverá elaborar o plano de cuidados do paciente de acordo com os fatores de risco identificados e a classificação do risco. Os itens em negrito correspondem aos cuidados mínimos a serem adotados para a manutenção da integridade da pele e prevenção de LP a todos os pacientes identificados com risco, independentemente da classificação. Demais cuidados serão selecionados pelo enfermeiro, baseado nas necessidades do paciente e no julgamento clínico.

Modelo de Prescrição de Enfermagem para Prevenção de LP

Os itens podem ser selecionados de acordo com o risco do paciente em desenvolver LP e presença de dispositivos médicos.

- Baixo / Moderado Risco:
  - Estimular a mobilização no máximo a cada 2/2h OU
  - Auxiliar a mudança de decúbito a cada 2/2h;
  - Manter os calcâneos livre de pressão;
  - Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
  - Manter o paciente com a cabeceira a 30°;
  - Manter o paciente a 30° quando lateralizado à direita ou esquerda;
  - Estimular paciente a sentar em poltrona;
  - Monitorar presença de dor em proeminências ósseas e locais com dispositivos médicos;
  - Pesar paciente 1x ao dia;
  - Monitorar e comunicar aceitação alimentar;
  - Manter paciente em normotermia;
  - Rodiziar dispositivo: _____ de _____
  - Proteger local de dispositivo: _____ Com _____na(s) região (s)_____
  - Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s)_____
  - Realizar troca em: _____
  - Estimular uso de papagaio/ comadre/ vaso;
  - Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
  - Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
  - Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;
  - Utilizar quadro balcânico para facilitar a mobilização do paciente;
  - Sentar o paciente três vezes por dia por 60 minutos;
  - Manter os pés apoiados no chão;
- Alto / Muito alto Risco:
  - Auxiliar a mudança de decúbito a cada 2/2h OU
  - Realizar a mudança de decúbito a cada 2/2h;
  - Manter os calcâneos livre de pressão;
  - Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
  - Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
  - Manter o paciente com a cabeceira a 30°;
  - Manter o paciente a 30° quando lateralizado à direita ou esquerda;
  - Manter os joelhos ligeiramente dobrados de 5° a 10°;

- o Monitorar presença de dor em proeminências ósseas e locais com dispositivos médicos;
- o Pesar paciente 1x ao dia;
- o Monitorar e comunicar aceitação alimentar;
- o Mover dispositivos para avaliar a pele 2/2h;
- o Manter paciente em normotermia;
- o Rodiziar dispositivo: _____ de _____;
- o Proteger local de dispositivo: _____ Com _____na(s) região (s)_____;
- o Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s)_____;
- o Realizar troca de_____a cada _____;
- o Intensificar troca de fraldas;
- o Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
- o Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
- o Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;
- o Utilizar quadro balcânico para facilitar a mobilização do paciente;
- o Sentar o paciente três vezes por dia por 60 minutos;
- o Manter os pés apoiados no chão;
- • Pacientes instáveis
- o Reavaliar a condição clínica a cada 6 horas;
- o Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
- o Realizar mobilização progressiva (15° a 30°) para realizar procedimentos ou iniciar lateralização do paciente;
- o Utilizar coxins de 15° - 30° para manter a lateralização do paciente;
- o Manter os calcâneos livre de pressão;
- o Manter os joelhos ligeiramente dobrados de 5° a 10°;
- o Reposicionar a cabeça, braços e pernas do paciente a cada 1 hora;
- o Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
- o Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
- o Manter paciente em decúbito de 30°;
- o Pesar paciente a cada _____;
- o Mover dispositivos para avaliar a pele 2/2h;
- o Manter paciente em normotermia;
- o Rodiziar dispositivo: _____ de _____;
- o Proteger local de dispositivo: _____ Com _____na(s) região (s)_____;
- o Aplicar a película de silicone na região _____;
- o Remover a película para avaliação da pele a cada_____;

o Substituir a película em _____dias;
o Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s) _____;
o Realizar troca de _____a cada_____;
o Proteger a pele da exposição à umidade excessiva com_____ na (s) região (ões): _____;
o Intensificar troca de fraldas;
o Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
o Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
o Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;
• Dispositivos Médicos:
o Avaliar a pele em contato com o dispositivo uma vez por plantão;
o Rodiziar dispositivo: _____ de _____
o Proteger a pele em contato com o dispositivo _____ com _____na(s) região(s) _____
o Verificar se o tamanho do dispositivo está adequado – aplicável a pacientes sujeitos a edema/anasarca;
o Rodiziar o local de fixação dos dispositivos:_____ (de acordo com a classificação de risco do paciente);
o Rodiziar o local de fixação do cateter vesical;

ORIENTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE LP E APLICAÇÃO DO TERMO DE RECUSA

Por que a educação/orientação é importante para a adesão?

Orientar= aconselhar, recomendar, sugerir.

Educar= Ensinar, instruir, ministrar educação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define por educação em saúde tudo o que diz respeito não somente a comunicação de informações, mas também ao desenvolvimento da motivação, das competências e da autoconfiança necessárias para melhorar a saúde do indivíduo.

Compreende a transmissão de informações relacionadas a fatores sociais, econômicos e ambientais que tenham efeito sobre a saúde e como agir sobre eles.

A orientação é fundamental para a adesão, pois assim se participa a responsabilidade do seu cuidado com o paciente e família, fazendo-os parte integrante na sua recuperação e continuidade da saúde. Com isso, educar para prevenção de LP é instruir o paciente "sobre o porquê" se deve agir da maneira recomendada, "o porquê" existe um protocolo institucional para esta questão. Entendendo a importância desta prevenção e garantindo a adesão.

O Processo de educação das intervenções para prevenção de deve seguir os critérios descritos abaixo:

- O enfermeiro identificará o risco baseada na aplicação da escala preditiva estabelecida na instituição (Braden) e realizará as orientações referentes à prevenção. Toda orientação realizada deverá ser especificada no "Plano educacional".
- Na visita médica ou discussão clínica com o médico responsável pelo paciente, o enfermeiro comunicará o médico sobre o risco identificado;
- O médico reforçará junto ao paciente/acompanhante a necessidade de seguir as orientações para prevenção de LP;
- Nos casos em que o enfermeiro ou qualquer outro membro da equipe assistencial perceba ou presencie um comportamento resistente ou não adesão às orientações por parte do paciente, familiar ou acompanhante o enfermeiro poderá solicitar a avaliação do psicólogo.

Periodicidade de orientação:

- Sempre que houver alteração dos fatores de risco contemplados na avaliação;
- Transferência de setores;
- Reorientar a equipe, paciente, familiar e acompanhante sempre que houver não conformidade ou falta de adesão às medidas preventivas e solicitar ajuda multiprofissional quando necessário (exemplo: avaliação da Psicologia, Fisioterapia, entre outros).

A educação deve acontecer utilizando-se de ferramentas que garantam o entendimento e consequentemente a adesão às intervenções propostas, desta maneira, algumas ações obrigatoriamente devem fazer parte do processo de educação:

- Justificativa: situar o paciente dos motivos para introdução do mesmo no protocolo de LP. Enfatizando os fatores de risco que estão alterados e suas consequências;
- Orientação das intervenções: explicar individualmente as orientações pertinentes para o (a) paciente, associando a intervenção ao fator de risco, desta maneira ele compreenderá mais facilmente o porquê da instituição da intervenção proposta.
- Dúvidas: dar oportunidade para esclarecimento de dúvidas;
- Checagem das informações (após 24 horas da primeira orientação, sempre que houver alteração dos fatores de risco): confirmação do entendimento do familiar/responsável, das informações fornecidas;
- A cada troca de plantão a equipe de enfermagem deve checar se o familiar/responsável presente recebeu as orientações para prevenção;
- Reorientações: Reorientar sobre as informações que o familiar/responsável e criança não lembram ou que não estão bem claras sobre o protocolo de LP e reforçar as condutas.

- Sempre que houver identificação de alteração na pontuação de um dos fatores de risco avaliados durante a aplicação da escala preditiva para risco de LP, deve-se retomar a orientação reforçando o fator de risco identificado como alterado e como este contribui para o aumento do risco para queda.
- Sempre anotar no prontuário as orientações fornecidas ao familiar/responsável.
- Caso a recusa persista mesmo após intervenção da psicologia, preencher o formulário de Recusa a Procedimentos, Tratamentos ou Medicação e solicitar que o paciente ou responsável assine-o, anexando ao prontuário. Se houver recusa para assinatura deste impresso, o profissional deve registrar suas observações na evolução multiprofissional, garantindo a comunicação do risco de LP para a equipe multiprofissional e demais setores envolvidos na prestação e na continuidade da assistência.

TRATAMENTO DAS LESÕES POR PRESSÃO

Recomendação1

1. Distinguir as lesões por pressão de outros tipos de feridas. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
2. Utilizar o Sistema Internacional de Classificação NPUAP/EPUAP das Lesões por Pressão para classificar e documentar o nível de perda tecidual. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);

Classificação das LP1

Estágio 1: Eritema Não branqueável

Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele da área circundante. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. O estágio 1 pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas "em risco" (sinal precoce de risco)

Estágio 2: Perda Parcial da Espessura da Pele

Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem tecido desvitalizado. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso. Apresenta-se como uma lesão brilhante ou seca, sem tecido desvitalizado ou equimose.*Esse estágio não deve ser usado para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações.*A equimose é um indicador de uma suspeita de lesão nos tecidos profundos.

Estágio 3: Perda Total da Espessura da Pele

Perda total da espessura dos tecidos. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas não oculta a profundidade
dos tecidos lesados. Podem ser cavitadas e fistulizadas .A profundidade de uma lesão por pressão de estágio 3 varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo e as lesões de estágio 3 podem ser superficiais. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se lesões por pressão de estágio 3 extremamente profundas. Tanto o osso como o tendão não são visíveis nem diretamente palpáveis.

Estágio 4: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou dos músculos. Em algumas partes do leito da ferida, pode aparecer tecido desvitalizado (úmido) ou necrose (seca). Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma lesão por pressão de Estágio IV varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo e estas lesões podem ser superficiais. Uma lesão de Estágio IV pode atingir o músculo e/ou as estruturas de suporte (ou seja, fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando possível a osteomielite. Tanto o osso como o tendão está exposto e visível ou diretamente palpável.

Não classificável: Profundidade Indeterminada

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da lesão está coberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. Até que seja removido tecido desvitalizado e/ou necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade e, por conseguinte, o verdadeiro estágio, não pode ser determinado. Um tecido necrótico (seco, aderente, intacto e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como "curativo (biológico) natural" e não deve ser removido.

Lesão por pressão tissular profunda (LPTP): Profundidade Indeterminada

Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento. A área pode estar rodeada por tecido doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente. A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma flictena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura. A ferida pode evoluir ficando coberta por

uma fina camada de tecido necrótico. A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais, mesmo que estas recebam o tratamento adequado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA LP29

Recomendação

1. Distinguir as LPs de outros tipos de feridas (Força de Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);

Aplicação na prática:

Tabela: Diferenciação entre dermatite associada à incontinência (DAI) e lesão por pressão estágios 1 e 2.

Características DAI LP estágio 1 LP estágio 2

Etiologia Exposição à urina, fezes ou ambos. Exposição a pressão e/ou cisalhamento, microambiente da imobilidade, inatividade. Exposição a pressão e/ou cisalhamento, microambiente da imobilidade, inatividade

Fatores associados Ação de enzimas digestivas na pele, fricção, oxigenação e nutrição. Oxigenação e nutrição. Oxigenação e nutrição

Fisiopatologia Inflamação resultante de exposição a irritante e erosão das camadas superficiais da pele. Isquemia e destruição dos tecidos. Isquemia e destruição dos tecidos

Coloração Vermelho brilhante em pessoas de pele clara, vermelho sutil ou mais escuro em pessoas de pele mais escura, sem esfacelo no leito da lesão. Vermelho-escura, amarronzada ou arroxeada.

Pele intacta. Vermelho-escura, amarronzada ou arroxeada.

Pele danificada, sem esfacelo.

Localização Limitada a áreas de pele exposta a acúmulo de urina, fezes, áreas de fraldas e dobras cutâneas. Geralmente sobre proeminências ósseas ou exposição à pressão externa (equipamentos de uso médico). Geralmente sobre proeminências ósseas ou exposição à pressão externa (equipamentos de uso médico)

Profundidade Epiderme e derme. Epiderme. Epiderme e derme

Dor Ardor, prurido e formigamento. Dor aguda, geralmente sem prurido. Dor intensa, geralmente sem prurido.

Características e gravidade da lesão Mancha não uniforme.

Tecido necrótico ausente. Áreas de hiperemia. Simples, não reativas.

Pele íntegra. Lesões rasas únicas com margem distinta, com ou sem bolha.

Ausência de esfacelo ou escara.

Exsudato Presente, seroso, observado com frequência e resultando em brilho da pele. Ausente. Presente, podendo ser seroso, sero sanguinolento ou purulento, com volume variável, dependendo do tamanho e da localização.

Odor De urina e fezes. Nenhum. Nenhum, a menos que esteja infectada, quando terá odor característico.

Outros Candidíase é comum, observada por lesões satélite. Hiperemia tende a resolver-se com reposicionamento. Lesão rasa.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM LP1

Recomendação:

1. Realizar uma avaliação inicial completa do indivíduo com uma lesão por pressão:
- Avaliação do histórico de saúde do paciente;
- Exame físico direcionado: fatores que afetam a cicatrização, circulação, exames laboratoriais e de imagem;
- Nutrição;
- Dor relacionada à LP;
- Risco de desenvolver outras LP;
- Capacidade funcional, cognição, conhecimento e crenças sobre o tratamento de LP;
- Capacidade de adesão ao tratamento e às medidas preventivas.

2. Reavaliar o indivíduo, a lesão por pressão e o plano de cuidados definido caso a lesão não mostre os sinais de cicatrização esperados apesar dos cuidados prestados à ferida e da redistribuição correta da pressão e da nutrição. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);

3. Aguarde sinais de cicatrização da LP em até duas semanas (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer). Se em até duas semanas a LP não apresentar sinais de cicatrização reavalie o plano de cuidados definido;

AVALIAÇÃO DA LP1

Recomendação

1. Avaliar a lesão por pressão numa fase inicial e reavaliá-la pelo menos uma vez por semana. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);

2. Documentar os resultados de todas as avaliações das feridas e sempre que realizar a troca de curativos. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);

3. Padronizar o uso de uma ferramenta para avaliação da LP garantindo um método consistente e fidedigno que facilite comparações durante a evolução do quadro clínico (Força da Evidência B; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

4. Avaliar o progresso da cicatrização da LP usando um instrumento validado e confiável (Força da Evidência B; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

Aplicação na prática

- Avaliar e documentar as características físicas incluindo1: localização, estágio, tamanho, tipo(s) de tecido, cor, condição da pele perilesional, bordas da ferida, trato sinusal, cavitações, tunelizações, exsudado e odor. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
- Identificar imediatamente sinais de deterioração da LP (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer);
- Para LPs de estágios 2 a 4 e não classificáveis em pacientes de pele escura considerar as seguintes características durante a avaliação: temperatura da pele, consistência da pele, textura e presença de dor.
- ATENÇÃO! Utilize os achados da avaliação da LP para traçar um plano de cuidados e fique atento, caso a LP não apresente sinais de cicatrização no prazo de 2 semanas, reavalie o plano de cuidados estabelecido;

Técnicas de avaliação1

- Perda tecidual e profundidade da ferida: estes componentes estão correlacionados, pois quanto maior a perda tecidual, maior a profundidade da lesão, sendo um dos primeiros passos a ser avaliado durante o exame da ferida, pois este fator influencia diretamente na forma de cicatrização.

Para a mensuração da profundidade, pode ser introduzido um instrumento estéril (swab ou sonda uretral) no ponto mais profundo da lesão e posteriormente, medir com uma régua ou fita métrica o instrumento utilizado. Nas lesões profundas com impossibilidade de visualização da perda tecidual (sínus) pode-se preencher a cavidade da ferida com soro fisiológico e quantificar o volume gasto neste processo, comparando o volume nos distintos momentos. 30

Observação: As feridas cobertas por necrose (escara) ou esfacelo, não podem ser corretamente avaliadas quanto ao comprometimento tecidual, uma vez que o tecido necrótico ou esfacelos encobre a área da ferida, não permitindo uma visualização fidedigna do tecido acometido. Portanto, apenas com a remoção destes tecidos desvitalizados, a profundidade e o comprometimento tecidual da lesão poderão ser avaliados. 30

- Formato e tamanho da lesão: Um dos métodos mais simples de mensurar o formato e tamanho da ferida é medi-la em seu maior comprimento e largura utilizando uma régua ou fita métrica. Tomando como referência os pontos mais extensos no sentido horizontal e no sentido vertical, anotam-se os valores em centímetros encontrados em ambas as linhas. As mensurações da

lesão deverão ser verificadas e registradas no mínimo uma vez por semana ou mediante alterações das características da lesão por pressão.

Esta avaliação poderá ser realizada a cada 15 dias ou sempre que o profissional observar mudanças nas características da LP. 30

- Localização da ferida: Para determinar mais precisamente a posição de uma ferida é importante que o enfermeiro tenha conhecimento das regiões topográficas do corpo31:

- Aparência do leito da ferida: O enfermeiro deve ter em mente as características que diferem os tipos de tecido que podem estar presente no leito da ferida:

Ferida com tecido necrótico: clinicamente, a tecido necrótico aparece bem delimitado, mais consistente em relação ao normal, sendo caracterizado por uma crosta espessa ou escara, de cor preta ou marrom. No entanto, conforme o tecido lesado e o agente causal, o leito da ferida apresenta cores diferentes que variam do branco ao preto30.

É importante lembrar, que o tecido necrótico sempre deve ser removido da ferida para que ocorra a cicatrização; pois a presença deste tecido aumenta o risco de infecção e retarda o processo de cicatrização, uma vez que as feridas se epitelizam na ausência deste. A escara dura e calos impede a migração de células epiteliais. 30

Observação: Para a remoção do tecido necrótico pode ser utilizado quatro modalidades de desbridamento – autolítico, químico, mecânico e cirúrgico.

Feridas com esfacelos (slough): esse tipo de tecido é também conhecido por necrose de liquefação, caracterizado clinicamente pela coloração branco-amarelada, de consistência mole, não aderida ao leito da ferida, podendo ser facilmente removida. Por se tratar de tecido necrótico, o esfacelo também deve ser removido através de desbridamento. 30, 32

Feridas com tecido de granulação: o tecido de granulação é caracterizado por coloração vermelha e que sangra facilmente30.

Feridas com tecido de epitelização: o tecido de epitelização é evidenciado por coloração rosa-azulada à branca-rosada 30.

Feridas infectadas: geralmente a infecção é caracterizada por eritema ou vermelhidão, calor, edema e exsudato purulento de odor fétido. A ferida sob infecção apresenta tecido de granulação friável, que sangra facilmente; dor ou hipersensibilidade inesperada; bolsões ou pontes na base da ferida; descoloração do leito da ferida ou coloração vinhaça; cicatrização retardada e rompimento da lesão (14). Estas manifestações clínicas locais podem ser acompanhadas por manifestações sistêmicas, como hipertermia, taquicardia, hipotensão e inapetência. No entanto, estes sinais podem estar ausentes em pacientes imunodeprimidos, ocorrendo apenas queixa de dor local30.

Além destes sinais clínicos, a infecção pode ser diagnosticada laboratorialmente, cujos exames mais utilizados são: cultura de swab, biópsia tecidual e hemograma.

Orientações específicas

Mediante suspeita de infecção, o enfermeiro deverá discutir com a equipe médica a necessidade de antibioticoterapia e a necessidade de exames para auxílio diagnóstico (hemograma, biópsia tecidual, cultura, USG, etc.). Confirmada a infecção, o enfermeiro deverá utilizar curativos que auxiliem na redução microbiana local.

Observação: Em vigência de infecção da lesão com presença de tecido necrótico, o mesmo apenas poderá ser removido mecanicamente após 48 ou 72h após início de antibioticoterapia sistêmica. O desbridamento só poderá ser realizado por enfermeiro especialista ou capacitado mediante comprovação de certificado.

Características do exsudato: na presença de exsudato é importante avaliar a quantidade, aspecto, coloração e odor:

- Quantidade: escasso, pequena, média ou grande. Exsudação abundante pode indicar um prolongado estágio inflamatório ou infecção, e caso não seja selecionado o curativo adequado, pode ocorrer maceração da pele ao redor30;
- Aspecto: pode ser seroso, sanguinolento, serosangüinolento, purulento, seropurulento30;
- Cor: pode indicar presença de infecção, como por exemplo, a cor verde azulado indica presença de Pseudomonas aeroginosa30;
- Odor: inodoro, fétido30.

Características ao redor da pele: a coloração da pele em volta da ferida pode auxiliar no diagnóstico diferencial de lesões dos membros inferiores, indicar reação inflamatória exacerbada e infecção. Além disso, as características ao redor da lesão podem servir como parâmetros para a escolha da melhor cobertura.

É importante que o enfermeiro avalie a região perilesional quanto a presença de:

- Sinais flogísticos: calor, rubor, edema, aumento do exsudato e dor, alertando o avaliador para a suspeita de infecção, principalmente quando se trata de feridas crônicas30;
- Coloração, temperatura e textura da pele: hiperpigmentação (tom variando de púrpura a acastanhada) que não desaparece com a compressão, pode indicar lesões venosas; região perilesional fria, seca e fina pode indicar patologias arteriais enquanto que patologias venosas são caracterizadas pela presença de pele descamativa e quente. Na presença de eritema ou vermelhidão e até mesmo bolhas ao redor da ferida, o enfermeiro pode suspeitar de alergia às fitas ou curativos30;

- Bordas: as bordas são importantes para o crescimento do tecido de epitelização e para a contração da ferida. A deposição celular nas bordas define o fechamento da lesão. Presença de edema, hiperemia, maceração, celulite, hiperqueratose ou necrose de bordas impedem ou dificultam a contração da ferida. O enfermeiro deve observar se a borda está aderida, perfundida, macerada, descolada (solapamento) e se apresenta hiperqueratose30, 32.

Edema: é um importante diferencial das feridas de membros inferiores. As feridas de origem venosa, geralmente apresentam edema na região maleolar que pode estender-se até o terço médio da perna. Já nas lesões de origem arterial, o edema poderá aparecer quando o paciente mantiver os membros pendentes ou imóveis por longos períodos de tempo, denominado de edema de estase 30. É um importante indicador auxílio diagnóstico de diferenciação entre lesões cutâneas. A presença de edema também pode servir de parâmetro para a detecção de déficit nutricional.

Avalia-se o edema pressionando a região a ser examinada com as pontas dos dedos indicador e médio, sobre uma proeminência óssea, observando a formação de uma depressão, denominada fóvea ou cacifo. Costuma-se graduá-lo utilizando o sistema de cruzes (1+/4+; 2+/4+; 3+/4+; 4+/4+) variando do menor grau de comprometimento para o maior (11). Também pode ser avaliado através da mensuração em centímetros do local acometido.

Pulsação: É um importante auxiliador no diferencial de diagnósticos das feridas de origem venosa e arterial. Nas lesões venosas, os pulsos pediosos são facilmente perceptíveis à palpação, ao passo que nas lesões arteriais, os pulsos estão reduzidos ou ausentes30.

Avaliação e gerenciamento da dor: Pacientes com lesão por pressão apresentam dor relacionada à LP que pode ser quantificada e diferenciada de outras dores, e esta dor ocorre durante procedimento ou quando em repouso. 8

Recomendação: Avaliar o nível de dor relacionada com uma lesão por pressão ou o respectivo tratamento em todos os indivíduos e documentar os resultados (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer). 1

Avaliar a dor relacionada com a lesão por pressão, utilizando uma escala validada (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).1

A lesão por pressão é dolorosa. Esta dor pode ser constante e severa, e consequentemente, ser o sintoma mais angustiante do paciente portador de LP. A dor relacionada às lesões por pressão pode surgir a partir da pressão, fricção e / ou cisalhamento; terminações nervosas danificadas; inflamação; infecção, procedimentos, tratamentos, ou escoriação por incontinência e espasmo muscular. Pacientes com lesões por pressão estágio 4 sentem mais dor do que os com categoria menor. A avaliação da dor deve ser feita antes, durante e após os procedimentos que aborde a LP, como trocas de curativos ou desbridamento.32

Para prevenir a dor em pacientes com LP:

- Utilizar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação durante posicionamento do paciente para minimizar fricção e/ou cisalhamento, mantendo a roupa da cama esticada e sem dobras (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).1
- Não posicionar o paciente sobre a lesão por pressão, sempre que possível (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).1
- Evitar posicionamento que aumente a pressão, como a posição de Fowler superior a 30º ou 90° em decúbitos laterais (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer). 1
- Incentivar os pacientes a pedir uma pausa durante qualquer procedimento que lhes cause dor; (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).1
- Escolha curativos/coberturas que possam ser substituídos com menor frequência e provoquem menos dor. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).1
- Promover o posicionamento como forma de reduzir a dor de acordo com a vontade do paciente.(Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).1
- Fornecer analgesia 20-60 minutos antes da manipulação do paciente pode ser útil na manutenção de programas de reposicionamento.

Ferramenta de monitoramento da LP

O instrumento Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)33, usado para a avaliação do processo de cicatrização de LP e resultados de intervenção, foi desenvolvido e validado, em 1996, pelo PUSH Task Force do NPUAP. O PUSH considera três parâmetros para avaliação do processo de cicatrização da ferida e resultados de intervenção:

Escala PUSH

Comprimento X Largura (cm²)	0	1	2	3	4	5	Subtotal
0	< 0,3	0,3 – 0,6	0,7 – 1,0	1,1 – 2,0	2,1 – 3,0		
	6	7	8	9	10		
	3,1 – 4,0	4,1 – 8,0	8,1 – 12	12,1 – 24	> 24,0		
Quantidade de Exsudato	0	1	2	3			Subtotal
	Ausente	Pequena	Moderada	Grande			
Tipo de Tecido	0	1	2	3	4		Subtotal
	Ferida fechada	Tecido Epitelial	Tecido de Granulação		Esfacelo		
	Tecido Necrótico						
	Total						

Os sub escores para esses parâmetros, ao serem somados, geram um escore total, cuja variação possível é de 0 a 17. Quanto maior o escore pior a condição da lesão e escores menores indicam melhora no processo de cicatrização da LP. Além dos três parâmetros, o instrumento contém definições operacionais para cada um deles, uma tabela onde são registrados os escores de cada parâmetro e o escore total de acordo com a data, um gráfico para visualização da evolução dos escores totais e uma folha de instruções para o avaliador.

Orientações para coleta das informações da Escala PUSH:34

COMPRIMENTO X LARGURA - medir a ferida em seu maior comprimento, no sentido céfalo caudal. A seguir, uma segunda medida é feita também para a maior largura, do lado direito para o esquerdo. Multiplicam-se estas duas medidas para obter a área, em centímetros quadrados e, então, selecionam-se, no instrumento, o estágio à qual essa medida corresponde, registrando-se o subescore obtido, que pode variar de 0 a 10 (Quadro 1). Atenção: utilize sempre uma régua métrica graduada e sempre o mesmo método, todas as vezes em que a lesão for medida.

QUANTIDADE DE EXSUDATO - avalia-se a quantidade de exsudato presente (segunda característica), após a remoção da cobertura e antes da aplicação de qualquer agente tópico, classificando-a como ausente (0), pequena (1), moderada (2) ou grande (3) quantidade. Seleciona-se a categoria correspondente no instrumento e registra-se o sub escore obtido.

Tabela – Registro do sub escore e escore total da escala PUSH por data de avaliação.

Registro da Cicatrização da UP

Data

LP

Comprimento X Largura

Quantidade de Exsudato

Tipo De Tecido

PUSH Total

TIPO DE TECIDO - presente no leito da ferida. Deve-se apontar o escore "4" quando houver qualquer quantidade de tecido necrótico presente; o escore "3" quando houver presença de qualquer quantidade de esfacelo e ausência de tecido necrótico; o escore "2" quando a ferida

estiver limpa e contiver tecido de granulação; o escore "1" quando a ferida for superficial e estiver re-epitelizando; e o escore "zero", quando a ferida estiver fechada.
Escore 4 - tecido necrótico (escara): tecido de coloração preta, marrom ou castanha que adere firmemente ao leito ou às bordas da ferida e pode apresentar-se mais endurecido ou mais amolecido, comparativamente à pele ao redor da ferida.
Escore 3 - esfacelo: tecido de coloração amarela ou branca que adere ao leito da ferida e apresenta-se como cordões ou crostas grossas, podendo ainda ser mucinoso.
Escore 2 - tecido de granulação: tecido de coloração rósea ou vermelha, de aparência brilhante, úmida e granulosa.
Escore 1 - tecido epitelial: para as feridas superficiais, aparece como um novo tecido róseo ou brilhante (pele) que se desenvolve a partir das bordas ou como "ilhas" na superfície da lesão.
Escore 0 - ferida fechada ou recoberta: a ferida está completamente coberta com epitélio (nova pele).
Tabela - Gráfico de acompanhamento da cicatrização da LP.

PREPARO DO LEITO DA FERIDA (T. I. M. E.).
O processo de cicatrização de feridas cutâneas ocorre, normalmente, através de quatro fases sequenciais (hemostasia, inflamação, reparação e remodelação) resultando em uma cicatriz que repara o tecido danificado. No entanto, algumas feridas agudas não avançam em todas as fases do processo de cicatrização e estagnadas em algum ponto da sequência, tornando feridas crônicas.
Em 2003, um grupo de médicos e enfermeiros, se reuniu para desenvolver uma ferramenta de avaliações clínicas e principais opções de tratamento com o objetivo de identificar, remover e corrigir as barreiras para a cicatrização em feridas crônicas. O resultado foi o desenvolvimento do acrômio TIME, que proporciona uma abordagem compreensiva para cuidados de feridas crônicas. 35,36

Tecido inviável ou deficiente
Este aspecto refere-se à necessidade de desbridamento ou remoção de tecido desvitalizado ou não funcional. Tecido necrótico e esfacelo proporcionam crescimento de bactérias que irá promover inflamação e infecção. O objetivo do desbridamento é remover a obstrução física para que a contração da ferida ocorra, mas também para reduzir o número de microrganismos que diminuem a defesa do hospedeiro. 37
Infecção ou inflamação

As feridas crônicas podem estar colonizadas com bactérias, e a quantidade delas na ferida pode ser definida como contaminação, colonização, infecção local ou colonização crítica, infecção sistêmica. Alta carga bacteriana ou inflamatória prolongada aumenta citocinas inflamatórias, aumento da atividade das proteases, e redução da atividade dos fatores de crescimento. 38

A ferida não cicatriza ou esse processo é muito lento, mas não se observam os sinais clássicos de infecção, como eritema, edema, calor e dor e perda de função. Os sinais clínicos e sintomas das feridas infectadas localmente são o retardo da cicatrização, dor, aumento do exsudato seroso, mudança na cor do leito da ferida, tecido friável, tecido de granulação ausente ou anormal, pus e odor. 38

Nesta fase, o tratamento inclui o uso de agentes antisséptico tópicos. Quando a infecção sistêmica se estende além da margem da ferida como, presença de celulites, linfangites, nesses casos, é necessário o uso de antibióticos sistêmicos, frequentemente associados com antisséptico tópico.

Desequilíbrio de umidade

O meio úmido é necessário para que ocorra a cicatrização, porém o exsudato intenso pode causar maceração da pele adjacente, bem como a perda de aderência da cobertura. Além disso, o fluido da ferida crônica pode impedir a cicatrização. No entanto, feridas com pouco ou nenhum exsudato podem se tornar ressecadas. O equilíbrio entre os dois é necessário.

O controle da umidade na presença de exsudato intenso pode ser obtido através do uso de coberturas altamente absorventes, uso de compressão, terapia por pressão negativa. 39

Margem não avança

A ferida em cicatrização não tem apenas um leito preenchido com tecido de granulação saúdavel, mas também evidência de epitelização nas margens da ferida. A teoria que explica a falha na migração é que as células na margem são não responsivas. Existem fibroblastos que apresentam dificuldade na regulação fenotípica e são não responsivos para certos fatores de crescimento e outros sinais, possivelmente devido a senescência celular.

No entanto, algumas feridas crônicas mostram hiperproliferação das células nas margens. Uma margem que não avança pode estar apresentando espaço morto ou hipertrofia ao mesmo tempo e o tecido de granulação poderá estar friável e com coloração rosa escuro. 35

1) Limpeza

A limpeza da ferida é um processo que visa remover os contaminantes da superfície, fragmentos de tecido desvitalizado ou matéria estranha, excesso de exsudato, resíduos de agentes tóxicos e microrganismo existentes no leito da ferida e da pele circundante. O processo de limpeza não significa "esterilizar" uma ferida, e sim, promover a "lavagem" de uma lesão. Se os materiais

não podem ser removidos delicadamente com os fluídos, pode ser necessário o uso de técnicas específicas como o desbridamento 1, 40.

1.1. Limpar a lesão por pressão sempre que os pensos forem substituídos. (Força da Evidência = C; Forçada Recomendação = provavelmente fazer). 1

1.2. Considerar a utilização de soluções de limpeza com agentes surfactantes e/ou antimicrobianos para limpar as lesões por pressão com resíduos, infeções confirmadas, suspeitas de infeção ou suspeitas de níveis elevados de colonização bacteriana. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer). 1

1.3. Aplicar a solução de limpeza com pressão suficiente para limpar a ferida sem danificar os tecidos nem introduzir bactérias na ferida. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer). 1

1.4. Armazenar e descartar a solução de irrigação utilizada para reduzir a contaminação cruzada. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer). 1

3. Limpar a pele circundante. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = definitivamente). 1

Para remover os contaminantes da superfície da lesão, a força do fluxo de irrigação deve ser maior do que a força de adesão que mantêm os detritos na superfície da ferida. Geralmente, a pressão de irrigação suficiente para limpar a superfície da lesão por pressão, sem causar trauma para o leito da ferida está entre 4 e 15 libras por polegada quadrada (PSI). 1

A força hidráulica empregada na irrigação deve estar abaixo de 15 PSI (libra/ polegada), sendo que 8 PSI é a pressão adequada para remoção, que pode ser obtida com o uso de seringa de 35 ml e agulha de calibre 19, segundo padrão norte - americano. Uma pressão superior a 15 PSI pode provocar trauma no tecido viável, e com pressão inferior a 8 PSI corre-se o risco de não realizar uma limpeza efetiva. 30

Por não serem encontradas seringas de 35 ml no mercado brasileiro, faz- se irrigação do leito da ferida de diferentes formas, utilizando seringa de 20 ml conectada a agulha de calibre 12 (correspondente a 18 G) ou frasco de solução salina isotônica (0,9%) de 250 ou 125 ml perfurados com agulha de diversos calibres. 30

Aquecimento do SF 0,9% tipo Bag no micro-ondas:

☐ Manter invólucro rígido em potência alta;

☐ Para aquecer os volumes abaixo manter o seguinte tempo:

- 100 ml = 15 segundos
- 250 ml = 25 segundos
- 500 ml = 30 segundos

Observação: Os volumes descritos acima foram testados em 13 micro ondas da instituição (HIAE – Morumbi) para um total de 1500 soros distribuídos igualmente entre os volumes citados. Obtidos os tempos de aquecimento a partir da mensuração da temperatura interna e externa do soro com termômetro industrial de refrigeração respeitando os valores de 36,5° à 37º equivalente a temperatura corpórea.

Orientações específicas

A limpeza do leito das feridas "limpas" deverão ser realizadas por meio de irrigação com Bag de SF 0,9% 250 ml perfurados com agulha romba. A limpeza do leito das feridas infectadas deverá ser realizada com soluções industrializadas não tóxicas (padronizado soluções com PHMB – indicada pela especialista ou Clorexidina degermante com posterior irrigação de SF0,9%.

Observação: Caso o paciente seja admitido com LP e seja necessária a troca do curativo, não havendo conduta já estabelecida e em uso pelo paciente, deverá ser acionado um membro do GAEFE.

2. Desbridamento

As feridas comprometidas com tecido necrótico requerem, além da limpeza mecânica, o desbridamento, isto é, a remoção do material estranho ou tecido desvitalizado da lesão traumática ou crônica infectada ou não, até expor-se o tecido saudável, para otimizar a cicatrização. Tal procedimento tem como objetivo de reduzir o risco de infecção, facilitar a visualização da ferida, diminuir o processo crônico inflamatório e preparar a lesão para intervenção cirúrgica que pode ser enxerto ou rotação de retalho 30.

Desbridar o leito da ferida quando houver suspeita ou confirmação da presença de biofilme. (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer) Quando uma ferida demorar a cicatrizar (ou seja, quatro semanas ou mais) e não responder aos cuidados normais a ter com a ferida nem à terapia antimicrobiana significa que o índice de suspeita da presença de biofilme é elevado.1

O desbridamento deve acontecer em lesões que apresentar tecido desvitalizado: necrose de coagulação – presença de crosta preta e/ou bem escura; necrose de liquefação ou esfacelo, tecido amarelo/ esverdeado e/ou quando a lesão apresentar infecção e/ou presença de secreção purulenta.32

Existem várias formas para remoção do tecido necrótico, entre elas, o desbridamento autolítico, o químico, o mecânico e/ou cirúrgico, o osmótico (emprego de produtos com mecanismo de ação osmolar) e o biológico (utilizam-se larvas de moscas estéreis).

Os métodos mais utilizados para o desbridamento são:

- Método autolítico: consiste na degradação natural do tecido desvitalizado (autólise) pelos leucócitos e enzimas proteolíticas (proteases) e fibrinolíticas (colagenase) do próprio corpo

durante a fase inflamatória. É um processo fisiológico que acontece na presença de meio úmido e temperatura de 37° C. É absolutamente seletivo, isto é, ocorre a destruição somente do tecido desvitalizado e o tecido viável permanece intacto; não invasivo, indolor e mais lento. São utilizadas algumas coberturas como hidrocolóides, hidrogéis e os filmes de poliuretano, pois tais coberturas mantêm um ambiente úmido nas feridas, reidratando o tecido desvitalizado e promovendo a liquefação e a eliminação de detritos por autólise, porém dependendo do tipo de cobertura utilizada, pode ocorrer maceração tecidual 30, 32;

- Método químico ou enzimático: consiste na remoção de tecidos necrosados através de aplicação tópica de enzimas desbridantes. São utilizadas enzimas proteolíticas, com o propósito de obter uma rápida remoção do tecido desvitalizado pela degradação do colágeno. É um método prático que pode ser associado ao desbridamento cirúrgico ou mecânico, não é totalmente seletivo, podendo ser doloroso, conforme o produto adotado para este fim, sendo mais utilizada a colagenase, a papaína, a fibrinolisina e a desoxiribonuclease30, 32;
- Método mecânico: este tipo de desbridamento utiliza a força física para remoção de tecido morto ou corpos estranhos, que pode ser empregada por meio de fricção, gazes úmidas a secas e do instrumental cortante. Exemplo: fricção com gaze ou esponja; irrigação com jato de soro; irrigação pulsátil; hidroterapia, curativo úmido – seco. No entanto, alguns autores e a NPUAP não considera o uso de instrumental cortante como método de desbridamento mecânico, considerando tal técnica como desbridamento cirúrgico que consiste na técnica mais rápida e efetiva para remoção de necrose, principalmente quando o paciente necessita de intervenção urgente. 1, 30, 32

Yamada classifica o desbridamento, segundo o mecanismo de ação em: instrumental, mecânico, autolítico e químico. A autora divide o desbridamento instrumental em: desbridamento instrumental conservador, realizado por médico ou enfermeiro, e desbridamento instrumental cirúrgico, executado por médico cirurgião. Este último indicado para situações que exigem a remoção maciça de tecidos ou em extrema emergência, como em casos de processos infecciosos graves, sob anestesia local, espinhal ou geral. 40

É importante enfatizar que o tecido necrótico não é vascularizado ou inervado; portanto, não sangra nem provoca dor ao ser cortado. 30

A escolha do método depende das condições clínicas do paciente e das condições técnicas do profissional, exigindo conhecimentos específicos sobre desbridamento, suas vantagens, desvantagens, indicações para uso e as diferentes técnicas deste procedimento. 30

2.1. Desbridar o tecido desvitalizado do interior do leito da ferida ou da borda da lesão por pressão quando tal for adequado ao estado de saúde do indivíduo e aos objetivos gerais dos cuidados. (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer). O

desbridamento de tecido desvitalizado é um componente essencial da preparação do leito de feridas. O tecido necrosado é um meio para infecção, prolonga a resposta inflamatória, promove a obstrução mecânica da contração, e impede a reepitelização. Além disso, o
tecido desvitalizado pode mascarar coleções ou abscessos subjacentes e limitar a capacidade de avaliação completa da lesão para determinar a sua profundidade. Nos casos em que os pacientes estão recebendo cuidados paliativos, a qualidade de vida deve ser considerada quando decidir-se desbridar, bem como o tipo de desbridamento a ser adotado. 30

O desbridamento só deve ser realizado em locais anatômicos possuindo vascularização adequada para suportar a capacidade de cicatrização. O conhecimento da anatomia e treinamento para a prática do desbridamento é essencial. Deve-se ter cuidado especial com pacientes imuno-comprometidos, para evitar grandes cavidades abertas que possam servir como porta de entrada para infecções oportunistas. Além disso, devem-se avaliar cuidadosamente pacientes com distúrbios hemorrágicos e que tomam anticoagulantes.

2.2. Realizar o desbridamento cirúrgico na presença de necrose extensa, celulite avançada, crepitação, flutuação e / ou sepses resultante de uma infecção relacionada com a lesão. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

2.3. Avaliar cuidadosamente a indicação de desbridamento cirúrgico na presença de imunodeficiência, comprometimento vascular para o membro ou falta de cobertura antimicrobiana na sepse sistêmica. Contraindicações relativas incluem a terapia anticoagulante e distúrbios hemorrágicos (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer). 1

2.4. Não desbridar as necroses estáveis, duras e secas presentes nos membros isquêmicos (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer). 1

2.5. Avaliar as necroses estáveis, duras e secas sempre que o penso for substituído e de acordo com a indicação clínica. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer). 1

2.6. A lesão coberta com necroses secas e estáveis deve ser avaliada sempre que o penso for substituído e de acordo como a indicação clínica para detectar os primeiros sinais de infeção. As indicações clínicas de que os tecidos necróticos secos e estáveis exigem ser avaliados e intervencionados incluem sinais de eritema, sensibilidade ao tato, edemas, drenagem purulenta, flutuações, crepitações e/ou mau odor (ou seja, sinais de infeção) na área em redor da lesão. 1

2.7 Consultar urgentemente um médico/cirurgião vascular na presença de um dos sintomas citados anteriormente. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer). 1

2.8. Realizar um desbridamento urgente da lesão por pressão na presença de um dos sintomas citados anteriormente (ou seja, eritema, sensibilidade ao tato, edemas, drenagem purulenta, flutuações, crepitações e/ou mau odor). (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer). 1

2.9. Realizar um desbridamento de manutenção sobre a lesão por pressão até o leito da ferida estar livre de tecido desvitalizado e coberto com tecido de granulação. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer). 1

Orientações específicas

O desbridamento mecânico ou instrumental conservador (com o uso de bisturi, pinça ou tesoura estéril) só poderá ser realizado até a remoção de tecido desvitalizado ao nível do subcutâneo por enfermeiro especialista ou capacitado mediante comprovação de certificado (profissionais habilitados). O desbridamento mecânico não poderá ser realizado em pacientes anticoagulados, com distúrbio de coagulação ou com comprometimento vascular da área a ser desbridada.

Observação: Em vigência de infecção da lesão com presença de tecido necrótico, o mesmo apenas poderá ser removido mecanicamente após 48 ou 72h de antibioticoterapia sistêmica.

3. Avaliação e tratamento da infecção e biofilmes

As bactérias estão presentes em todas as superfícies da pele. Quando a defesa preliminar prevista da pele intacta é perdida, as bactérias residentes na superfície da ferida também estão comprometidas. Quando as bactérias (por números ou virulência em relação à resistência) causam dano ao corpo, a infecção está presente. 1

As lesões por pressão com tecidos isquêmicos são mais suscetíveis ao desenvolvimento de infecção porque o tecido isquêmico não recebe alimentação normal, oxigênio, anticorpos e antibióticos. Além disso, os fatores de risco para o desenvolvimento das lesões por pressão (por exemplo, desnutrição calórica proteica) comprometem as defesas do hospedeiro (5).

A infecção não é comum para as LP de estágios 1 ou 2, e a avaliação da infecção deve centrar-se nas LP estágios 3 e 4.1

3.1. Seguir as políticas locais de controle de infecção para evitar a auto contaminação e a contaminação cruzada com pacientes portadores de lesão por pressão (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).1

3.2. Avaliar a probabilidade de infecção de úlceras por pressão com tecido necrótico ou com corpo estranho por longo período de tempo, extensas ou profundas e/ou que estejam em risco de ser constantemente infectada (por exemplo, perto do ânus).(Forçada Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer). 1

3.3. Avaliar a probabilidade de infecção local em lesões por pressão em pacientes com diabetes mellitus, desnutrição proteico-calórica, hipóxia ou má perfusão periférica, doença autoimune ou imunossupressão (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer). 1

3.4. Existirem fortes suspeitas de biofilmes em lesões por pressão que:

- Tenham aparecido há mais de 4 semanas;
- Não tenham mostrado quaisquer sinais de cicatrização nas últimas 2 semanas;
- Apresentem sintomas e sinais clínicos de inflamação;
- Não respondam à terapia antimicrobiana. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer);

3.5. Determinar a carga microbiana de bactérias da lesão por pressão através de biópsia de tecido ou a técnica de swab quantitativo. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer). 1

Na ausência de sinais clínicos de infecção, a quantificação da carga microbiana, parece ser o melhor indicador de infecção da ferida. O melhor método para o exame de carga microbiana é a cultura quantitativa da biópsia do tecido viável da ferida.

Observação: Swab de superfície detectam os microrganismos de colonização, e podem não refletir a infecção dos tecidos mais profundos.

Técnica de coleta de cultura com swab:

- Limpar a ferida com SF 0,9%;
- Secar o leito da ferida com gaze estéril;
- Realizar cultura do tecido saudável presente no leito da ferida (granulação);
- Não coletar exsudato, pus, escara ou tecido fibroso;
- Rodar a extremidade do swab amies (carvão) sobre uma área de 1cm x 1cm por 5 segundos;
- Aplicar pressão suficiente no swab até obter quantidade expressiva de fluído;
- Introduza o swab no coletor mantendo técnica estéril.

3.5. Aperfeiçoar a resposta do hospedeiro:

- Avaliando o estado nutricional e tratando os déficits;
- Estabilizando o controlo glicêmico;
- Melhorando o fluxo sanguíneo arterial e/ou
- Reduzindo a terapia imunossupressora se possível. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer). 1

Orientações específicas

Na vigência da presença de LP e/ou piora cicatricial o Enfermeiro aciona o Nutricionista que seguirá as recomendações abaixo:

- Classificar a LP mediante avaliação do enfermeiro;
- Realizar a avaliação nutricional do paciente, conforme manual de conduta nutricional do serviço de nutrição.
- Individualizar a terapia nutricional, considerando a situação de cada paciente e reavaliar a necessidade de restrições nutricionais relacionadas à patologia principal ou doenças secundárias e seu impacto sobre a capacidade de cicatrização das feridas.
- Analisar a adequação da via de alimentação (oral, enteral, parenteral ou mista).
- Adequar oferta calórico/proteica as características individuais do paciente, doenças, quantidade e característica das feridas, etc.). Recomenda-se ofertar entre 30 – 40 Kcal/Kg/dia, 1,25 a 1,5g/Kg/dia de proteínas e 1 ml de líquidos/Kcal/dia. Garantir a necessária oferta energética e manter balanço nitrogenado positivo.
- Introduzir suplementação alimentar contendo nutrientes específicos (zinco, arginina, carotenóides, vitaminas A, C e E) para todos os pacientes com LP, desde que não hajam restrições devido a outros fatores presentes.
- Certificar-se que a suplementação, especialmente quando oferecida por via oral, está de fato sendo consumida conforme planejado.
- Considerar a indicação de alimentação via sonda quando a ingestão alimentar estiver menor que 60% das necessidades calórico/proteicas.
- Pacientes com lesão por pressão confirmada devem ser monitorados como nível de assistência secundário ou terciário, conforme Manual de conduta do serviço de nutrição.
- Acompanhar e discutir, junto à equipe de enfermagem, as condições/evolução e perdas de fluídos das feridas. A cada reavaliação, verificar se o dispêndio de energia e proteína está comprometido devido às características da lesão.
- Lesões por pressão classificadas como estágios 3 ou 4 sugerem aumento no gasto energético basal e isto deve ser considerado no monitoramento nutricional.
- Manter comunicação efetiva com a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos no processo assistencial.

3.6. Evitar a contaminação da lesão por pressão (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer). 1

As lesões por pressão próximas ao ânus estão sujeitas à contaminação, principalmente por bactérias do cólon. Meticulosa limpeza da pele e uso de curativos ou agentes tópicos para evitar a exposição de material fecal são necessários. Às vezes, dispositivos de contenção fecal e desvio de estomias são necessárias devido à exposição contínua da lesão às fezes.

Orientações específicas

No manejo de lesões por pressão localizadas nas proximidades de genitais associado à incontinência urinária e fecal, o enfermeiro deverá avaliar a necessidade do uso de medidas e materiais para controle de excretas: plug anal, sonda retal na presença de fezes líquidas ou semilíquidas contínuas (sonda Flexi-Seal) ®, uripen, sonda vesical de demora, coletor de urina etc. Avaliar a necessidade de acionar o enfermeiro especialista.

Orientações específicas

O enfermeiro deverá avaliar criticamente as LP estágio 3 ou 4 que não apresentam evolução cicatricial em até 15 dias e atentar para os sinais e sintomas de infecção no leito da ferida e área adjacente (tecido de granulação friável, coloração vinhaça e/ou descoloração do tecido de granulação, odor fétido, aumento de dor e sensibilidade na lesão, aumento de calor do tecido ao redor da lesão, halo de hiperemia ao redor da ferida maior que 2cm, aumento de exsudato e mudanças das características do exsudato) e discutir com a equipe médica a necessidade ou não de exames para confirmação da infecção bem como a indicação de antibioticoterapia.

COBERTURAS E CURATIVOS

Curativo: é um processo do qual fazem parte as etapas: limpeza, desbridamento e indicação de cobertura. Cobertura: é todo material, substância ou produto que se aplica sobre a ferida, formando uma barreira física, com capacidade, no mínimo, de cobrir e proteger o seu leito. 30

O processo de cicatrização é de extrema complexidade e depende de múltiplos fatores internos e externos, sistêmicos e locais, que pode impedir a cicatrização fisiológica. Seguindo este raciocínio é importante que o enfermeiro saiba escolher uma cobertura que forneça um ambiente ideal para a cicatrização da ferida.

Características de uma cobertura ideal

- Manter úmido a interface ferida/curativo: as feridas expostas formam crostas; mantendo o leito úmido as células epiteliais deslizam; a dor diminui e aumenta os processos autolíticos naturais. 30, 32
- Remover o excesso de exsudação: o excesso de exsudato provoca maceração da pele circundante. 30, 32
- Permitir a troca gasosa: a alta concentração de oxigênio no leito da ferida estimula a angiogênese, os macrófagos a produzir fatores de crescimento e aumento de energia para os fibroblastos produzirem mais colágenos. 30, 32
- Fornecer isolamento térmico: a temperatura de 37° C estimula as atividades macrófagas e mitóticas durante a granulação e epitelização. 30, 32

- Ser impermeável às bactérias: o curativo deve criar uma barreira entre a ferida e o ambiente, impedindo que os microrganismos penetrem na ferida e que as bactérias escapem para o ambiente e provoquem infecção. 30, 32
- Ser isento de partículas e de tóxicos contaminadores: as partículas renovam ou prolongam a reação inflamatória, afetando a velocidade de cicatrização; pode ocorrer granulomas que prejudicam a resistência de cicatrização, levando até à deiscência. 30, 32
- Permitir sua remoção sem causar trauma na ferida: a fim de evitar a ruptura e remoção do tecido recém-formado, mantendo um ambiente úmido prevenindo que a exsudação torne-se seca e se ligue à superfície do curativo. 30, 32
- Ser atóxica e hipoalergênico. 30, 32
- Proporcionar conforto físico, psicológico e segurança. 30, 32
- Acompanhar contorno do corpo e limitar o movimento dos tecidos adjacentes. 30, 32
- Preencher espaço morto e auxiliar na hemostasia. 30, 32

Classificação das coberturas

As coberturas podem ser classificadas em duas categorias:

1. Quanto ao desempenho:
- Passivas: protegem e cobrem o tecido lesado;
- Interativas: mantém um microambiente úmido, facilitando a cicatrização;
- Bioativas: fornecem elementos necessários à cicatrização, estimulando a cicatrização da ferida.

2. Quanto a sua relação de contato com o leito da ferida:
- Primárias: são aquelas colocadas diretamente sobre o tecido lesado;
- Secundárias: são aquelas colocadas sobre a cobertura primária, quando necessário.

As coberturas oclusivas são aquelas que ocluem a área do tecido lesado, impermeabilizando-o, total ou parcialmente, garantindo uma umidade fisiológica no leito da ferida e evitando a formação de crostas e macerações. 30

É importante enfatizar que não existe uma cobertura específica para determinada ferida, tampouco uma cobertura específica que atenda às diversas feridas e suas peculiaridades. O profissional deve ter conhecimento das variedades de coberturas disponíveis, podendo utilizá-las para a implementação do tratamento mais adequado. 30

Recomendações de coberturas

Hidrocoloides1

- Utilizar placas de hidrocolóide em LP estágio 2 localizadas em áreas corpóreas que garanta a não aglomeração do produto sobre a ferida ou área adjacente, bem como a perda

parcial do produto por excesso de exsudação. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

- Considerar a utilização do curativo hidrocolóide em lesões por pressão não infectadas e pouco profundas de estágio 3. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = nenhuma recomendação em específico).
- Considerar a utilização de pensos de enchimento sob os curativos hidrocolóides em lesões profundas para assim preencher o espaço vazio. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Retirar cuidadosamente os curativos hidrocolóides situados na pele frágil para assim reduzir os danos na pele. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = definitivamente fazer).

Filme Transparente1

- Considerar a utilização de curativos de película transparente para o desbridamento autolítico quando o indivíduo não estiver imunodeprimido. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = nenhuma recomendação específica).
- Considerar a utilização de pensos de película transparente como pensos secundários das lesões por pressão tratadas com alginatos ou outros enchimentos de ferida que possivelmente permanecerão no leito da lesão durante um período prolongado de tempo (por exemplo, 3 a 5 dias). (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = nenhuma recomendação específica).
- Remover cuidadosamente os curativos de película transparente que se encontrem sobre a pele frágil para assim reduzir os danos na pele. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).
- Não utilizar curativos de película transparente como curativo primário em lesões moderada ou altamente exsudativas. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Não utilizar curativos de película transparente se for para cobrir pensos com agentes desbridantes enzimáticos, géis ou pomadas. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =provavelmente fazer).

Hidrogel1

- Considerar a utilização de curativos de hidrogel em lesões por pressão pouco profundas e minimamente exsudativas. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Considerar a utilização de hidrogel amorfo em lesões por pressão que não estejam clinicamente infectadas e que estejam a granular. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

- Considerar a utilização de curativos de hidrogel para tratamento de leitos secos das lesões. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Considerar a utilização de curativos de hidrogel no caso das lesões por pressão dolorosas. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Considerar a utilização de curativos de hidrogel no caso das lesões por pressão sem profundidade e contornos e/ou em áreas do corpo nas quais os pensos corram o risco de se deslocar. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =provavelmente fazer).
- Considerar a utilização de hidrogel amorfo no caso das lesões por pressão com profundidade e
- Contornos e/ou em zonas do corpo nas quais os pensos correm o risco de se deslocar. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

Alginato1

- Considerar a utilização de curativo de alginato para o tratamento das lesões por pressão modera ou altamente exsudativas. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Considerar a utilização de curativos de alginato no caso das lesões por pressão clinicamente infetadas quando simultaneamente se administra um tratamento adequado para a infeção. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =provavelmente fazer).
- Remover com cuidado o curativo de alginato, irrigando-o primeiro para facilitar a sua remoção caso seja necessário. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = definitivamente fazer).
- Considerar espaçar o intervalo entre as trocas de curativos ou alterar o tipo de curativo se o curativo de alginato ainda estiver seco no momento da substituição. (Força da Evidência =C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

Espuma1

- Considerar a utilização de curativos de espuma sobre lesões por pressão de estágio 2 com exsudado e de estágio 3 pouco profundas. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Evitar a utilização de pequenos pedaços soltos de espuma em lesões com cavidades que exsudam. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Considerar a utilização de curativos de espuma gelificante em lesões por pressão altamente exsudativas. (Nível de Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente).

Cobertura impregnada de prata1

- Considerar a utilização de curativos impregnados de prata no caso das lesões por pressão que estejam clinicamente infetadas ou altamente colonizadas. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Considerar a utilização de curativos impregnados de prata no caso de lesões com alto risco de infeção. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = nenhuma recomendação específica).
- Evitar a utilização prolongada de curativos impregnados de prata. Interrompa a utilização de curativos impregnados de prata quando a infeção da ferida estiver controlada. (Força da Evidência = C; Forçada Recomendação = definitivamente fazer).

Observação: Atenção: Os produtos tópicos de prata não devem ser utilizados em doentes com sensibilidade à prata. A prata pode ter propriedades tóxicas, especialmente queratinócitos e fibroblastos. A dimensão da toxicidade não é totalmente conhecida.

Gaze1

- Evitar o uso de gaze para limpar as lesões por pressão com tecido de granulação devido ao risco de trauma local e retardo no processo cicatricial. Evitar ao uso da gaze seca como cobertura primária devido ao risco de trauma tecidual durante remoção. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Quando outras formas de coberturas de retenção de umidade não está o disponíveis, a gaze constantemente úmida é capaz de prevenir o ressecamento do leito da ferida. (Força da Evidência= C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Quando outras coberturas de retenção de umidade não estão disponíveis, considerar o uso de gaze úmida em solução salina para o preenchimento de espaço morto de forma suave, ou seja, não compressivo, a fim de evitar a formação de pressão sobre o leito da ferida (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).
- Realizar troca frequente do curativo com gaze para promover a absorção de exsudato (Força da Evidência = C; Forçada Recomendação = provavelmente fazer).
- Considerar a utilização de gaze impregnada para evitar a evaporação da umidade dos curativos de gaze que devem estar continuamente húmidos. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

Coberturas com Silicone1

- Considerar a utilização de curativos de silicone como cobertura em contato com a ferida para promover substituições de curativos não traumáticos. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

- Considerar a utilização de curativos de silicone para evitar lesão tecidual na pele perilesional quando este tecido circundante estiver frágil ou friável. (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = provavelmente fazer).

Terapia por Pressão Negativa (TPN)1

1. Considerar a terapia por pressão negativa (TPN) como um complemento inicial para o tratamento das lesões por pressão profundas de estágios 3 e 4 (Força de Evidência= B; Força de Recomendação= provavelmente fazer)

Atenção: A terapia por pressão negativa não é recomendada para utilização em feridas inadequadamente desbridadas, com necrose seca ou maligna, no caso de órgãos vitais, em feridas sem exsudado ou em indivíduos com coagulopatia não tratada, osteomielite ou infecção clínica sistémica ou local. Recomenda-se a sua utilização cuidadosa por parte de um profissional de saúde experiente a aplicação em indivíduos a receber terapia anticoagulante ou com feridas com hemorragias ativas ou ainda quando a ferida esta muito próxima dos principais vasos.

2. Realizar o desbridamento da lesão por pressão dos tecidos necróticos antes de utilizar a TPN. (Força de Evidência= C; Força de Recomendação= definitivamente fazer).

A terapia por pressão negativa deve ser utilizada em lesão por pressão sem tecido necrótico.

3. Seguir um regime seguro de aplicação e recomendação do sistema da TPN. (Força de Evidência= C; Força de Recomendação= definitivamente fazer).

4. Avaliar a lesão por pressão sempre que o penso for substituído. (Força de Evidência= C; Força de Recomendação= provavelmente fazer).

O intervalo ideal para a substituição de pensos não está definido e deve basear-se nas características de cada indivíduo e feridas.

5. Se for prevista ou relatada dor, considerar:

- Colocar um penso não aderente sobre o leito da ferida, sob a espuma.
- Baixar o nível de pressão e/ou alterar o tipo de pressão (continua ou intermitente) e/ou
- Utilizar uma gaze úmida de enchimento em vez de espuma. (Força de Evidência= C; Força de Recomendação= provavelmente fazer).

6. Quando utilizada em ambiente comunitário, instruir o individuo e as suas pessoas significativas sobre a terapia por pressão negativa. (Força de Evidência= C; Força de Recomendação= definitivamente fazer).

FLUXOS

NIVEL DE EVIDENCIA

Níveis de Evidência

Estudos de Intervenção Estudos de Diagnóstico Estudos de Prognóstico

Nível 1 Ensaio(s) clínico(s) aleatório(s) com resultados claros e baixo risco de erro OU revisão sistemática de literatura ou meta-análise de acordo com a metodologia Cochrane ou cumprimento de pelo menos 9 dos 11 critérios de qualidade estabelecidos segundo o instrumento de avaliação AMSTAR. Revisão sistemática de estudos (transversais) de alta qualidade de acordo com instrumentos de avaliação da qualidade com aplicação consistente de padrões de referência e processos de blinding. Revisão sistemática de estudos de coorte prospectivos (longitudinais) de alta qualidade de acordo com instrumentos de avaliação da qualidade.

Nível 2 Ensaio(s) clínicos aleatório(s) com resultados incertos e risco moderado a alto de erro. Estudos (transversais) individuais de alta qualidade de acordo com instrumentos de avaliação da qualidade com aplicação consistente de padrões de referência e processos de blinding a pessoas consecutivas. Um estudo de coorte prospectivo.

Nível 3 Ensaios clínicos não aleatórios com controles simultâneos ou contemporâneos. Estudos não consecutivos, ou estudos sem aplicação consistente de padrões de referência. Análise de fatores de prognóstico em indivíduos de um coorte único num ensaio aleatório controlado.

Nível 4 Ensaios clínicos não aleatórios com controles históricos.

Estudos de caso-controle, ou padrão de referência deficiente/não independente.

Estudos de casos ou estudos de caso-controle, ou estudo de coorte prognóstico de fraca qualidade, estudo de coorte retrospectivo.

Nível 5 Estudos de caso sem controles. Número específico de sujeitos.

Raciocínio baseado em mecanismo, estudo de rendimento de diagnóstico (sem padrão de referência). Não aplicável.

Uma determinada "força da evidência" foi atribuída ao corpo de evidências que suporta cada recomendação. Recorreu-se a um processo de votação consensual (GRADE) onde participaram todos os especialistas envolvidos formalmente no desenvolvimento das guidelines com o intuito de designar uma "força da recomendação". Esta indica a confiança que o profissional de saúde pode depositar na prática recomendada para saber se esta melhorará os resultados do doente (ou seja, se traz mais benefícios do que prejuízos). O objetivo global da "força da recomendação" consiste em ajudar os profissionais de saúde priorizar as intervenções.

Força da Evidência

A A recomendação é suportada por uma evidência científica direta proveniente de estudos controlados adequadamente desenhados e implementados sobre úlceras por pressão em sujeitos

humanos (ou sujeitos humanos em risco das úlceras por pressão), que fornecem resultados estatísticos que suportam a recomendação de forma consistente (São exigidos estudos de nível 1).

B A recomendação é suportada por evidência científica direta de estudos clínicos adequadamente desenhados e implementados sobre úlceras por pressão em sujeitos humanos (ou sujeitos humanos em risco das úlceras por pressão), que fornecem resultados estatísticos que suportam a recomendação de forma consistente (Estudos de nível 2, 3, 4 e 5).

C A recomendação é suportada por uma evidência indireta (ou seja, estudos em sujeitos humanos saudáveis, sujeitos humanos com outro tipo de feridas crónicas ou modelos animais) e/ou a opinião de peritos

Força da Recomendação

Recomendação positiva forte: definitivamente fazer

Recomendação positiva fraca: provavelmente fazer

Nenhuma recomendação em específico

Recomendação negativa fraca: provavelmente não fazer

Recomendação negativa forte: definitivamente não fazer

GERENCIADO

A incidência e prevalência de lesão por pressão na HMAP é monitorada através das notificações de eventos adversos e auditoria de busca ativa que inclui avaliação do prontuário e avaliação da pele do paciente por enfermeiros treinados para coleta de dados sobre LP conforme descrição do The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI®). Ambos os dados são tratados pelo setor de Epidemiologia, analisados, apresentados à Instituição e ações de melhorias são discutidas no Comitê Multiprofissional de Prevenção e Tratamento de LP.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Número de pacientes que adquiriram lesão por pressão após admissão no hospital/ Número total de pacientes na população estudada = Taxa de LP adquirida no hospital

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.

2. Noonan C, Quigley S, Curley MAQ. Using the Braden Q Scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. The Journal of Pediatric Nursing. 2011; Capítulo 26 (6); p. 566-75.

3. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden scale. September/October 1998 - Volume 47 - Issue 5 – p. 261-269.

4. Quigley SM1, Curley MA. Skin integrity in the pediatric population: preventing and managing pressure ulcers. J Soc Pediatr Nurs. 1996; Capítulo 1(1): 7-18.

5. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; Capítulo 59(3); p. 279-84.

6. Schub T, Avital O. Pressure Ulcers: Assessment of Risk. CINAHL Nursing Guide, EBSCO Publishing. Ipswich, Massachusetts; 2015 Jun 12. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703890&site=nrc-live

7. Jaffe SE, Pravikoff D. Pressure Injuries: Prevention. CINAHL Nursing Guide, EBSCO Publishing; Quick Lesson – CEU; 2014 Nov 07. Available from: http://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=5&sid=cf20087c-7b83-45b9-8acb-dafdc0f09307%40sessionmgr111&hid=124&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T702546.

8. Protocolo de Dor

9. Dyer A. Ten Top Tips: preventing device-related pressure ulcers. Wounds International; 2015;

10. Fletcher J. Device related pressure ulcers. Wounds UK. 2012 June;

11. Cooper KL. Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. Critical Care Nurse 2013.

12. Brindle CT, Malhotra R, O'Rourke S, Currie L, Chadwik D, Falls P, Adams C, Swenson J, Tuason D, Watson S, Creehan S. Turning and Repositioning the Critically Ill Patient With Hemodynamic Instability: A Literature Review and Consensus Recommendations. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013; Capítulo 40 (3); p.254-267.

13. Vollman K. Introduction to progressive mobility. Crit Care Nurse; 2010; Capítulo 30; p. 3-5.

14. Ciasulli K, Pravikoff D. Bed Rest, Prolonged: Preventing Complications - an Overview (Nursing Practice and Skill). Cinahl Nursing Guide, EBSCO; 2015. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T706703&site=nrc-live

15. Jill Cox. Pressure Ulcer Development and Vasopressor Agents in Adult Critical Care Patients: A Literature Review. Ostomy Wound Manage; 2013. Capítulo 59(4); p.50–60. Available

from: http://www.o-wm.com/article/pressure-ulcer-development-and-vasopressor-agents-adult-critical-care-patients-literature-re#sthash.HNKqr1Yo.dpuf

16. Lia van Rijswijk, Janice M. Beitz. Creating a Pressure Ulcer Prevention Algorithm: Systematic Review and Face Validation. Ostomy wound management; 2013.

17. Anna E. Krupp & Jill Monfre. Pressure Ulcers in the ICU Patient: an Update on Prevention and Treatment. Curr Infect Dis Rep; 2015.

18. Brindle CT, Wegelin JA. Prophylactic Dressing Application to Reduce Pressure Ulcer Formation in Cardiac Surgery Patients. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing; 2012. Volume 39 (Number 2); p.133 – 142.

19. Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence. The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline [online]. 20 Cavendish Square London W1G ORN; 2005.

20. Nathalie Smith, Sara Richards. Skin Assessment: Performing. CINAHL Nursing Guide, EBSCO; Ipswich, Massachusetts; 2015. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703887&site=nrc-live

21. The role of Nutrition in Pressure Ulcer Prevention and Treatment: National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper . National Pressure Ulcer Advisory Panel NPUAP, 2009.

22. Banks M, et al., Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities, Nutrition; 2009.

23. Caple C, Pravikoff D. Pressure ulcers: malnutrition and dehydration (evidence-based care sheet). Cinahl Nursing Guide, EBSCO publishing; 2015. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T702828&site=nrc-live

24. Castilho LD, Caliri MHL. Úlcera de decúbito e estado nutricional: revisão da literatura. Rev Bras Enferm; 2005. Capítulo 58(5); p. 597-601.

25. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stayand costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr; 2003. Capítulo 22; p.235–9.

26. Correia MI; Campos AC- ELAN Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. Nutrition; 2003. Capítulo 19 (10); p.823-5.

27. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. In Clinical Nutrition – Official Journal of ESPEN (The uropean Society for Clinical Nutrition and Metabolism); 2006; Vol. 25 (Número 2); p. 354 – 355.

28. Stechmiller JK et al. Wound Healing in: The ASPEN Nutrition Support Core Curriculum;2012.

29. Domansky RC, Borges EL. Manual para prevenção de lesões de pele. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.

30. BORGES, E. L. et al. Feridas: Como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

31. ROSSETTO, C. E; ROSSETTO, M. A. C. C. ABC Simplificado da Enfermagem. São Paulo: Pancaste, 2001.

32. DEALEY, C. Cuidando de Feridas: Um Guia para as Enfermeiras. 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

33. Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH). Available from: http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/02/push3.pdf

34. Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), para a língua portuguesa. Rev Latino-am Enfermagem; 2005. Capítulo 13(3); p.305-13.

35. Schultz GS, Barillo DJ, Mozingo DW, Chin GA. Wound bed preparation and a brief history of TIME. International Wound Journal; 2004. Capítulo 1; p.19-31

36. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Repair Regen; 2003. Chapter 11(1); p.1–28.

37. Schultz G, Dowsett C. Tecnology update: Wound bed preparation revisited. Available from: http://www.woundsinternational.com/journal-content/view/wound-bed-preparation-revisited (acessado 14 junho, 2015).

38. Cutting KF, Harding KG. Criteria for identifying wound infection. J Wound Care; 1994. capítulo 3; p.198-201

39. Cutting KF, White T. Maceration of the skin and wound bed. Its nature and causes. J Wound Care; 2002. Capítulo 11(7); p. 275-278.

40. Yamada, Beatriz F. Alves. O processo de limpeza. In: Jorge, AS; Dantas SRPE. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu Editora; 2003.

41. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN-SP CAT Nº 013/2009. Assunto: Realização de desbridamento pelo Enfermeiro. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2009_13.pdf

42. Classificação Das Lesões Por Pressão; Consenso NPUAP; 2016. Disponível em: http://sobest.org.br/textod/35

Protocolo para Prevenção de Quedas - Pacientes Externos

INTRODUÇÃO

O presente documento descreve as ações para identificação do risco e prevenção de quedas de acordo com as características das unidades/setores que atendem pacientes externos.

Queda é definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil.

OBJETIVO

Identificar a população de risco, por meio da observação dos riscos para queda, em pacientes externos e implementar as seguintes ações:

- Promoção de segurança no ambiente;
- Planejamento de intervenções para prevenção de quedas de acordo com os fatores de risco relacionados aos recursos físicos e equipe profissional no local da assistência;
- Prevenir e reduzir a recorrência de quedas em pacientes externos;
- Reduzir o dano decorrente do evento de queda;

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de inclusão: pacientes externos.

Critérios de exclusão: pacientes internados.

RECOMENDAÇÕES

CUIDADOS UNIVERSAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Os cuidados Universais para Prevenção de quedas são medidas preventivas que incluem cuidados mínimos que deverão ser prestados aos visitantes/clientes/pacientes, que frequentam áreas comuns e/ou áreas de assistência, independente do fator de risco, que este apresente. Estas medidas devem ser seguidas por todos os profissionais que tem contato com o visitante/cliente/paciente, e não somente pela equipe assistencial. Estes cuidados estão em sua maioria relacionados ao ambiente de circulação. Conheça abaixo os Cuidados universais para prevenção de quedas:

CUIDADOS UNIVERSAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Propiciar iluminação adequada;

Retirar mobiliário que necessite de manutenção da área de circulação dos clientes;

Orientar e/ou auxiliar no trajeto, sempre que necessário (oferecer cadeira de rodas e/ou, mensageiro para auxiliar no trajeto);

Manter cadeira de rodas em locais fixos nas recepções e próximos às áreas de atendimento;

Atentar-se ao paciente identificado com a pulseira laranja, orientando-o, auxiliando-o e oferecendo suporte, sempre, do momento que o paciente é identificado na recepção até a retirada do veículo no estacionamento.

Manter ambiente organizado;

Manter área livre para deambulação;

Manter o chão limpo e seco, providenciar a limpeza imediata de qualquer derramamento visualizado, seguindo política institucional;

Orientar o paciente/acompanhante sobre o uso de corrimão e barras de proteção;

Orientar paciente/família da disposição e funcionamento, dos móveis e equipamentos e localização de banheiros;

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS

- Idade menor ou igual a 6 anos e maior ou igual a 75 anos;
- Jejum prolongado;
- Necessidade de realizar diversas terapias/exames no mesmo dia;
- Ter dificuldade para andar ou estar em uso de muletas, bengalas ou andadores; robofoot.
- Ser portador de deficiência auditiva, visual e/ou cognitiva;
- Estar em uso de medicamentos que causem sonolência, tontura ou perda de consciência;
- Realizar exames ou procedimentos com sedação.
- Gestantes

IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM RISCO PARA QUEDAS

Na admissão do paciente na unidade, o técnico administrativo ou a Equipe de Enfermagem identificará o paciente com a pulseira laranja, mediante os fatores de risco descritos anteriormente.

AÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Nas recepções

Após a identificação do paciente em risco, o assistente de atendimento colocará a pulseira laranja no paciente, e entregará o folder de orientação para Prevenção de Queda e orientará sua leitura. O paciente identificado com a pulseira laranja deverá ser orientado a mantê-la em seu pulso até o momento da saída da instituição no estacionamento. A equipe de manobristas nos estacionamentos estará atenta a esta sinalização e providenciará a entrega do veículo de forma prioritária na saída da unidade de atendimento.

Após a identificação do risco de quedas, os profissionais tanto administrativos como assistenciais devem seguir as intervenções abaixo:

- Orientar o paciente/acompanhante quanto aos riscos para queda. Fornecer orientações sobre a localização e direção do local onde o paciente será atendido;
- Oferecer auxílio do mensageiro, quando necessário, para serem encaminhados aos locais de atendimento (ex: exames, consultas), em cadeira de rodas se necessário;
- Oferecer cadeira de rodas exceto para os deficientes visuais quando possuírem seus próprios dispositivos para deambular;
- Nos casos de deficiência visual, o assistente de atendimento deverá ler o folheto para o paciente que estiver desacompanhado;
- Orientar os acompanhantes de crianças sobre a necessidade de supervisão constante;
- Orientar os acompanhantes de crianças sobre os cuidados com o uso do bebê conforto; não deixar a poiado em muretas, poltronas ou cadeiras correndo o risco de cair;
- Verificar se o paciente/família/acompanhante compreendeu as orientações;

Nas áreas assistenciais junto à equipe multiprofissional
Durante o atendimento ao paciente com risco de quedas:

- Orientar o cliente e/ou familiar/responsável, sobre o risco para queda;
- Caso o paciente não tenha sido identificado como risco para queda pela equipe da Recepção, essa identificação deve ser estabelecida pela equipe de enfermagem;
- Orientar o paciente em risco a solicitar auxílio da enfermagem para deambulação e sair do leito;
- Orientar o cliente quanto ao risco de quedas nas poltronas de infusão. Ao sentar e se levantar a poltrona deve estar com as perneiras abaixadas e o paciente deverá solicitar auxílio para esta movimentação;
- Orientar pacientes com dispositivos de assistência como suporte de soro, bombas de infusão, sondas e drenos a solicitar auxílio para sair do leito ou poltrona de infusão;
- Durante o atendimento manter as macas travadas, verificar se o colchão está afixado, grades elevadas e campainha próxima (quando disponível na unidade);
- Orientar pacientes sob observação da enfermagem com quadro de diarréia ou urgência miccional a solicitar auxílio para encaminhamento e supervisão quando no banheiro;
- A equipe de enfermagem deverá orientar sobre os efeitos da medicação que será administrada quando houver risco aumentado para queda;
- Orientar o levantar progressivo (elevar a cabeceira a 30º e sentar-se no leito com os pés no chão por 5 minutos) antes de sair da maca/cama;
- Orientar sobre a necessidade da presença de um acompanhante enquanto permanece em observação; Pacientes com alterações cognitivas/confusão mental com agitação psicomotora

devem permanecer acompanhados por familiar ou responsável em tempo integral. A impossibilidade de se manter um acompanhante em tempo integral deve ser discutida entre a equipe multiprofissional e coordenação da unidade para busca de alternativas e reforço junto aos familiares. Pacientes em de agitação e confusão mental devem ser considerados como pacientes "Watchers" para o risco de queda.

- Como medida imediata pacientes em estado de agitação ou confusão mental devem permanecer em observação em leito que seja próximo ao posto de enfermagem em campo de visão de alcance da equipe assistencial.
- Orientar o responsável pela criança sobre a necessidade de supervisão constante;
- Orientar o responsável pela criança sobre cuidados com bebê conforto (quando aplicável);
- Verificar se o paciente/família/acompanhante compreendeu as orientações;
- Caso a pulseira laranja tiver sido retirada por qualquer motivo, a mesma deverá ser recolocada antes de encaminhar o paciente ao próximo destino;
- Acompanhar o cliente ao destino em cadeira de rodas ou auxiliá-lo na deambulação, quando necessário;
- Alertar secretárias e/ou médico sobre a necessidade de auxílio e disponibilidade da equipe de enfermagem no auxílio durante sua mobilização/transferência e/ou trânsito no setor;
- Oferecer cadeira de rodas para os responsáveis por crianças com idade menor ou igual 3 anos, estas devem ser transportadas no colo do responsável;
- Registrar em prontuário eletrônico todas as orientações fornecidas aos pacientes/ familiares e acompanhantes;
- A equipe médica atuante junto aos pacientes externos nas diversas unidades deve estar atenta para a continuidade dos cuidados estabelecidos para prevenção de quedas como, por exemplo, manter as grades das macas/camas elevados ou solicitar auxílio para mobilizar o paciente, não autorizar que o paciente circule desacompanhado pelos setores ou que as crianças fiquem sem supervisão dos pais; reforçar junto ao paciente/acompanhante a importância de seguir as orientações para prevenção de quedas;
- Ao término do atendimento, encaminhar o paciente de alta ambulatorial em cadeira de rodas com mensageiro ou transporte de acordo com a avaliação do enfermeiro, considerando as condições de mobilidade e de transferência do mesmo no momento da saída;

Pacientes submetidos à sedação ou indução anestésica:

Todos os pacientes submetidos a procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos que utilizam sedação ou indução anestésica serão considerados de risco para queda, e durante sua recuperação, deverão ser seguidos os seguintes cuidados:

1. Após o procedimento com sedação o paciente deve sair de alta em cadeira e acompanhado por um profissional da instituição (assistencial, profissional do transporte ou posso ajudar);
2. Ao término do procedimento e alta do paciente, os pacientes e acompanhantes serão orientados quanto aos cuidados pós-alta, de acordo com o documento: HOSD.BI.GE.004 – "Orientação de Alta ao paciente Submetido a procedimentos com Anestesia ou Sedação"

3. Além destas medidas, a alta do paciente submetido à sedação ou indução anestésica está condicionada à presença de um acompanhante maior de 18 anos. Na ausência deste, será seguida orientação do médico anestesista.

CLASSIFICAÇÃO DA QUEDA

As quedas podem ser classificadas quanto ao tipo e dano. A descrição que se segue sobre a classificação das quedas quanto ao tipo e dano é utilizada em toda HMAP não havendo diferenças de acordo com unidades de atendimento.

Classificação das quedas quanto ao tipo:

1. Quedas Extrínseca/Acidental: ocorre quando um paciente cai involuntariamente, geralmente como resultado de tropeçar ou escorregar, como resultado da falha do equipamento ou outros fatores ambientais; não é possível classificar com tendo risco de queda antes do evento ocorrer;
2. Quedas Intrínseca/Imprevisíveis por causa fisiológica: não há relato de queda anterior ou identificação de risco para queda durante a avaliação do paciente, porém após a análise do evento é possível relacionar a causa com alterações fisiológicas (por exemplo, o doente desmaia de repente e isso não foi previsto por nenhum fator de risco);
3. Quedas Intrínseca/Previsíveis por causa fisiológica: ocorre em pacientes classificados com risco de queda, através da utilização de uma ferramenta de avaliação de risco;

Observação: após a queda, se esta é classificada como uma queda do tipo imprevisível por causa fisiológica, dependendo da causa, esta não poderia ser prevenida. Nestes tipos de eventos o objetivo é proteger o paciente do dano, mesmo que a queda ocorra. Estratégias para proteção e consequentemente, minimizar o dano decorrente da queda, devem ser individualizadas e incluem medidas de orientações aos pacientes e família, sobre os cuidados necessários para prevenção da queda; qual a melhor maneira de movimentar-se e realizar transferências.

Classificação da queda quanto ao dano:

A gravidade do dano é um componente necessário para o cálculo do indicador de taxa de gravidade do dano em decorrência de quedas. De acordo com a National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) as definições da gravidade do dano estão classificadas em:

- Ausente: refere-se a uma queda que não ocasionou nenhuma lesão após avaliação pós-queda, mesmo que inclua exames adicionais.
- Leve: pode resultar em pequenos procedimentos, tais como aplicação de um curativo ou de gelo, limpeza de uma ferida, elevação do membro ou uso de medicação tópica. Dor local sem comprometido dos tecidos, hematoma, laceração e/ou escoriação, skin tears, abrasão, contusão mínima, "inchaço" local, perfuração mínima, presença de pele "avermelhada", podem ser classificados nessa categoria.
- Moderado: quando há ocorrência de danos que necessitam de intervenção do tipo sutura, aplicação de cola, steri-strip (para aproximação das bordas), fissuração ou tensão muscular / articular.
- Grave: quando há a ocorrência de danos que resultam em cirurgia, fundição, tração, consultas com especialistas em neurologia e neurocirurgia (como fratura de crânio basilar, hematoma subdural), lesão interna (como fratura de costela, pequena laceração hepática) pacientes que apresentem qualquer tipo de fratura, independentemente do tratamento instituído e pacientes com coagulopatia que necessitem de hemoderivados, em decorrência da queda.
- Morte: em consequência de danos causados pela queda.

MANEJO PÓS QUEDA

A descrição das ações abaixo aplica-se a todas as unidades de pacientes externos e são desencadeadas após a ocorrência de queda. Sendo que as ações específicas de fluxo de atendimento de urgência/emergência após uma queda apresentam algumas particularidades e serão descritas por área no decorrer do documento.

Seguir fluxo de atendimento de emergência/urgência de acordo tipo de dano (ausente, leve, moderado ou grave).

* As unidades que não são atendidas pelos códigos seguirão fluxo específico para atendimentos de urgência.

O enfermeiro da unidade após atendimento do paciente e realização das intervenções necessárias no momento da queda deverá proceder com o registro em prontuário eletrônico em campo Notas e prosseguir com a análise do evento com o objetivo de identificar como e porque a queda ocorreu. Esta análise auxiliará na nova avaliação dos riscos para queda do paciente, e resultará em um plano de assistência interdisciplinar (se necessário) para reduzir o risco de futuras quedas. Além disso, deverão ser considerados nas intervenções os cuidados dirigidos aos pacientes classificados como alto risco para queda;

É aconselhável, se possível, pedir que o paciente tente se lembrar da sensação no momento da queda, a fim de identificar episódios de síncope. Investigar a localização e o momento da queda, o que o paciente estava fazendo imediatamente antes da queda, os mecanismos da queda (escorregou, vertigem, tontura, perda da consciência, entre outros);

Pode-se também obter as informações necessárias dos acompanhantes, visitantes, e/ou de quem acompanhou o episódio de queda;

Realizar a reavaliação dos fatores de risco do paciente;

A análise das ações podem contemplar orientações ao paciente/família, introdução de novos procedimentos e/ou rotinas, adequação de ambiente e/ou equipamento;

Comunicação à equipe assistencial, familiares e cuidadores do evento ocorrido com o paciente, e do plano de assistência estabelecido ao paciente após a queda;

O terapeuta responsável pelo paciente deve documentar o evento de queda em evolução multiprofissional, as circunstâncias em que a queda ocorreu, as avaliações clínicas realizadas, os danos decorrentes do evento (caso exista) e o estado clínico do paciente no momento;

Proceder à notificação do evento via intranet no SINAPSE, mesmo que não haja dano aparente;

Registrar como Evento de Queda ou EAG (dependendo da gravidade do dano decorrente da queda). É desejável que a notificação contemple as informações relatadas na evolução de enfermagem relacionadas ao evento, quando pertinente;

Os eventos notificados serão investigados e analisados pelo Gerenciamento e Vigilância do Risco, com o objetivo de identificar os fatores causais e possíveis ações de melhoria. A análise dos fatores causais é uma das principais ferramentas para favorecer a aprendizagem organizacional, adequação de práticas e políticas, com foco na prevenção de quedas futuras.

MONITORAMENTO DOS EVENTOS DE QUEDA

O monitoramento das ocorrências de quedas na instituição é feito através da notificação de eventos adversos e eventos adversos graves via Sistema de Notificação.

Os dados gerados pela notificação dos eventos são recebidos e analisados pela equipe do Gerenciamento e Vigilância do Risco do HMAP.

A evolução dos eventos de queda bem como o acompanhamento das ações para redução de quedas e da gravidade da queda são apresentados e discutidos no Comitê de Prevenção de Quedas pela equipe do Gerenciamento e Vigilância do Risco e Práticas Assistenciais.

Nos casos em que o paciente recusar-se as intervenções para prevenção de queda, a equipe de enfermagem deve ser comunicada e essa deverá abordar o paciente explicando a importância das medidas de prevenção e na persistência da recusa anotar em prontuário eletrônico no campo Notas.

ESPECIFICIDADES DE ACORDO COM A CARACTERÍSTICA DE ALGUMAS UNIDADES AMBULATORIAIS:

Unidades de Pronto Atendimento A identificação do risco é feita na triagem pelo enfermeiro, que além dos fatores de risco, investigam queda anterior e levam em conta o quadro clínico do paciente.

Para os pacientes que permanecem em observação em atendimento de enfermagem, a equipe de enfermagem deverá registrar o risco para quedas no prontuário eletrônico.

Consultórios Médicos do corpo clínico aberto e secretárias deverão estar envolvidos nas ações de prevenção de quedas. Poderão solicitar apoio da equipe de enfermagem para acompanhamento do paciente e transferências de cadeira de rodas para maca e posicionamento dentro do consultório. Pacientes com risco de quedas não devem permanecer sem supervisão na sala de exames dentro dos consultórios e recomenda-se a transferência da maca de exames supervisionada e com apoio do profissional. As quedas que ocorrerem dentro do consultório ou nas salas de espera deve ser imediatamente comunicado à Enfermeira responsável do andar para andamento do Manejo pós-queda.

Medicina DiagnósticaSe o paciente estiver em cadeira de rodas, poderá ser mantido na mesma posição caso não comprometa a realização do exame. Ex. Coleta de sangue no laboratório. Para crianças em maca que possam estar agitadas, permitir que o acompanhante se deite ao lado da criança na maca para acalmá-la. Pacientes que realizam exames com sedação e exames que necessitem de período de repouso e observação entre uma coleta e outra de amostra, nas unidades de laboratório, devem ser orientados quanto ao risco de quedas e o profissional assistencial deve registrar em prontuário.

Intervenção cardio vascular Todos os pacientes são considerados risco de Quedas. A transferência do paciente da maca para a mesa angiográfica é um procedimento de risco. É preciso garantir os equipamentos de segurança: faixa de segurança e faixa restritora de MMSS antes do início da transferência. Aproximar a maca na mesa angiográfica, travar as rodas e manter a maca no mesmo nível da mesa. Garantir que outro profissional de enfermagem esteja do outro lado da mesa para posicionar o paciente. Se o paciente estiver sonolento ou apresentar déficit de mobilidade utilizar o transfer (pacientes acima de 6 anos). Ao término do exame, após a transferência da mesa angiográfica para a maca, destravar a maca e elevar as grades da mesa após a transferência para a Recuperação da Hemodinâmica.

Para pacientes sob sedação um profissional assistencial e o anestesista deverá permanecer ao lado do paciente até o despertar completo do paciente.

Ambulatórios A identificação de risco para queda com pulseira laranja deve ocorrer no momento da admissão do paciente, pelo profissional administrativo e/ou pelas voluntárias, ou pelo enfermeiro no momento da avaliação do paciente quando identificado o fator de risco durante a avaliação clínica.

O enfermeiro registra o risco de quedas no prontuário eletrônico.

GERENCIADO

Trata-se de um protocolo gerenciado.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Taxa de queda com dano (Paciente Ambulatorial)

Nº total de queda com dano / Nº de volume paciente dia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÉFICAS CONSULTADAS

1.Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):132-6.

2.Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm. 2010 nov-dez; nov-dez; 63(6): 991 -7.

3.Correa AD et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1):67-74.

4.Diccini S, Pinho PG, Silva FO. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurológicos. Rev Lat Am Enfermagem.2008;julho-agosto;16(4).

5. Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Rev Enf Ref. 2010;v.2:163-172.

6.Pereira R. Queda em Pediatria: um desafio para a equipe multidisciplinar. Blucher Medical Proceedings. 2014 1(4): 1-6.

7.World Health Organization. Who Global Report on Falls Prevention in Older Age. 1-53, 2007. [cited 2019 Aug 13].Available from: https://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/

8.Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Comission International para Hospitais. 5ª edição. 2014.

9.Luzia MF, Cassola TP, Suzuki LM, Dias VLM, Pinho LB, Lucena AF. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. Rev Esc Enferm USP.2018;52:e03308. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017024203308

10.Guerra HS, Sousa RA, Bernardes DC, Santana JA, Barreira LM. Prevalência de quedas em idosos na comunidade. Revista Saúde e Pesquisa. 2016;v.9(3):p.547-555.

11. Abreu DROM, Azevedo RCS, Silva AMC, Reiners AAO, Abreu HCA. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. Cien Saude Colet. 2016; 21(11):3439-46.

12. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Neira WF, Rojas Huayta VM, Robazzi MLCC. Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(6):1003-1010. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700018

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO

- Identificar a população de risco, por meio da avaliação de risco e escalas definidas para queda, em pacientes hospitalizados adultos e pediátricos;
- Planejar intervenções para prevenção da queda de acordo com os fatores de risco identificados para cada paciente;
- Prevenir e reduzir a ocorrência e dano decorrente de queda na população adulta e pediátrica.

APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão:

- Pacientes hospitalizados/internados (unidades de internação e pré-internação);
- Pacientes adultos e pediátricos hospitalizados/internados que irão realizar procedimentos cirúrgicos;

Critérios de Exclusão:

- Unidades ambulatoriais e medicina diagnóstica avançada;

INTRODUÇÃO

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade corporal.
Esta definição considera como queda as seguintes situações:
Paciente escorregar de uma cadeira para o chão;
Encontrar o paciente no chão;
Amparar o paciente durante a queda (mesmo que não chegue ao chão).
Manter-se apoiado sobre o mobiliário ou no chão.
Trata-se de um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e declínio da saúde.
Estudos apontam que as quedas se constituem em um dos eventos adversos mais prevalentes no ambiente hospitalar, representando cerca de 70% dos casos, com índices que variam de 1,4 a 10,7 quedas para cada 1.000 pacientes/dia, dependendo do hospital e do tipo de paciente.
Na maioria dos países, as quedas são a causa mais comum de ferimentos na infância, e representam de 25% a 52% das avaliações nos setores de emergência hospitalar.
Já na população idosa, que atualmente representa 12% da população mundial, esses eventos são responsáveis por 75% das mortes. Os idosos, bem como a população infantil com menos de 10 anos, tem taxas aproximadamente duas vezes maiores que o total da população.
RECOMENDAÇÕES
AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM PACIENTES ADULTOS

Para pacientes adultos internados foi estabelecido institucionalmente o uso da escala de queda Johns Hopkins, que classifica o risco de queda em diferentes níveis de gravidade: baixo, moderado e alto risco. Esta classificação é realizada inicialmente pela avaliação de quatro situações determinantes para a classificação do risco. São elas: paralisia completa ou imobilização completa com direcionamento automático para implementação das intervenções de baixo risco de queda; paciente com duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão; paciente apresentar uma queda durante a internação atual e presença de protocolos específicos, como por exemplo: risco de sangramento, fragilidade óssea e procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas. Para as últimas três situações específicas devem-se considerar implementações das intervenções de alto risco de queda e desconsiderar o restante da escala.

Caso o paciente não apresente nenhuma das situações mencionadas acima, o protocolo deve ser direcionado por meio de uma pontuação através dos seguintes fatores de risco: idade,

história de queda, eliminações, uso de medicamentos de alto risco, uso de equipamentos assistenciais, mobilidade e cognição. Desta forma é possível direcionar as intervenções a partir dos riscos identificados, com o objetivo de prevenir a queda.
De acordo com avaliação clínica do enfermeiro, o risco do paciente poderá ser ajustado segundo a aplicação da escala preditiva, entretanto se faz necessário uma justificativa.
A avaliação do risco para queda deve ocorrer no momento da admissão do paciente. A reavaliação do paciente deve ocorrer a cada 48 horas, mediante mudança do estado clínico ou após episódio de queda.

PREVENÇÃO DE

Para todos os pacientes internados são implementados cuidados universais para prevenção de queda com o objetivo de reduzir a ocorrência do evento, bem como o dano, sendo eles:

- Deixar a campainha, mesa auxiliar, telefone, e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente, de acordo com as condições clínicas do paciente.
- Propiciar iluminação adequada e utilizar "luz noturna".
- Manter cama baixa e travada.
- Manter as grades superiores da cama elevadas.
- Manter área livre para deambulação.
- Uso de sapatos adequados (solado de borracha, fechado e sem salto alto).

Nos pacientes com baixo e moderado risco além dos cuidados universais também pode ser implementado o Plano – Prevenção de queda adulto que consta no prontuário eletrônico e apresenta as seguintes medidas: checar o entendimento das orientações para prevenção de queda e manter pulseira laranja no paciente, (somente nos casos de moderado risco). Já no paciente com alto risco deve-se checar rondas para avaliar o conforto e segurança do paciente de 2/2 horas e auxiliar/acompanhar paciente nas movimentações, obrigatoriamente.
ATENÇÃO: Caso o paciente apresente queda durante a internação, ele deverá ter as mesmas intervenções aplicadas aos pacientes com ALTO RISCO para queda.
As intervenções de queda com foco nos fatores de risco alterados estão relacionadas a

Fator de Risco Intervenções

HISTÓRIA DE QUEDA
- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível;
- Avaliar nível de confiança para deambulação;

ELIMINAÇÕES

- Orientar o paciente a não se movimentar sem auxílio.
- Levar o paciente ao banheiro em horários previamente definidos e oferecer fralda quando urgência intestinal/miccional.

MEDICAÇÕES

- Orientar, o paciente e/ou família/acompanhante quando em uso de medicamentos que aumentam o risco para queda.
- Orientar sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas como: vertigens/tonturas/sonolência/sudorese excessiva/palidez cutânea/mal estar geral/alterações visuais/alteração dos reflexos que aumentam o risco para queda.
- Solicitar a avaliação farmacêutica clínica

USO DE EQUIPAMENTOS • Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos/dispositivos, para planejamento da assistência relacionado a mobilização deste paciente.

MOBILIDADE/ EQUILÍBRIO/ COGNITIVO

- Levantar do leito acompanhado pela enfermagem;
- Orientar o paciente/família para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo, sempre que for sair da cama.
- Manter as duas grades superiores elevadas e inferiores esquerdas ou inferiores direito, e caso necessário optar em manter as quatro grades elevadas.
- Checar a permanência de acompanhante ou familiar.
- Avaliar a necessidade do uso de restrição em caso de pacientes incapazes ou que recusam as orientações.
- Em caso de hipotensão postural - Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 min), antes de sair da cama.
- Solicitar a avaliação do fisioterapeuta.

DIAGNÓSTICO

- Não levantar do leito sozinho (de acordo com a idade e condições clínicas);
- Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente, registrar e orientar para a família/responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular.
- Acompanhar sempre a criança na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor);
- Avaliar o uso de grade e protetores;

- Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar-se progressivamente

HISTÓRIA PREGRESSA/ATIVIDADE • Não levantar do leito sozinho e ou quando história de queda pregressa com dano grave.

CIRURGIA/SEDAÇÃO/ANESTESIA • Orientar o paciente e/ou família/responsável do risco para queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.

- Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar-se progressivamente
- Sair do leito acompanhado pela enfermagem.
- Se paciente em cama permanecer com as 4 grades elevadas (pré cirúrgico e POI).

MEDICAÇÕES • Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio.

- Orientar paciente e/ou família/acompanhante, quando houver mudança na prescrição, de medicamentos associados ao risco para queda.
- Não levantar do leito sozinho;
- Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou família/acompanhante quanto aos efeitos colaterais.
- O enfermeiro pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e risco para queda.

ORIENTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE QUEDA

O objetivo da orientação ao paciente/acompanhante a respeito de quedas é garantir a adesão do mesmo em relação às medidas preventivas. Deste modo, devem ser registradas no plano educacional as seguintes informações:

- Manter o uso da pulseira laranja (moderado e alto risco de queda, além dos pacientes pediátricos de acordo com a classificação).
- Apresentar o guia/vídeo de prevenção de quedas e assinar termo de ciência.
- Manter todas as grades da cama elevadas.
- Manter a cama baixa e rodas travadas.
- Solicitar ajuda para deambulação.
- Solicitar a campainha para chamar a enfermagem
- Utilizar óculos e aparelho auditivo quando aplicável.
- Manter luzes noturnas acesas
- Utilizar calçado antiderrapante.

- Manter objetos pessoais próximos.
- Manter área de circulação livre de objetos.
- Orientar quanto precauções para alto risco de queda.
- Seguir orientações para prevenção de queda
- Fatores de risco de queda e específicos do paciente.
- Orientar paciente/família sobre a ronda
- Envolver família nas medidas preventivas de queda.

A periodicidade de orientação deve ocorrer sempre que houver alteração dos fatores de risco contemplados na avaliação do risco para queda e após episódio de queda.
A validação do entendimento do paciente/familiar deve verificar o nível de compreensão em relação aos seguintes questionamentos: Quais os motivos que levaram você a estar no protocolo para prevenção de queda? Quais cuidados devem ser tomados para evitar a queda, de acordo com o que foi orientado anteriormente? Você sabe o que significa essa pulseira laranja?
Nos casos em que o profissional de saúde identifique um comportamento resistente ou não adesão as orientações por parte do paciente, familiar ou acompanhante, o enfermeiro deverá acionar o fluxo de recusa e não adesão às medidas de prevenção de queda que contempla a solicitação da avaliação do psicólogo, o envolvimento
do médico e o termo de recusa. Se houver recusa para a assinatura deste impresso, o profissional deverá registrar suas observações em evolução. (vide anexo)
Para a população adulta, quando avaliados em ALTO RISCO DE QUEDA, utilizar placa de "Risco de Queda" na porta do quarto como um sinalizador para equipe multiprofissional sobre as medidas de atenção para com esse paciente durante as terapias ou visitas.
Para a população pediátrica, quando avaliados como RISCO DE QUEDA somado do fator dos acompanhantes não aderentes às medidas de prevenção, utilizar placa de "Risco de Queda" na porta do quarto como um sinalizador para equipe multiprofissional sobre as medidas de atenção para com esse paciente durante as terapias ou visitas.

Dispositivos utilizados para prevenção de quedas:
- Cinto pélvico (critérios de utilização na politica de Restrição Mecânica do Paciente - PO.ASS.ENFE.55.10).
- Abraço seguro.
- Cinto para deambulação (dispositivo utilizado durante os atendimentos de fisioterapia).
- Meia com solado antiderrapante.
- Alarme da cama (sinalizador de saída do leito).

- No ambiente cirúrgico, o uso da faixa de segurança em todas as etapas cirúrgicas é a principal medida de prevenção de queda.

MANEJO PÓS-QUEDA

Nos casos de queda presenciada por Profissional da Assistência com dano ausente ou leve - o enfermeiro comunicará o médico hospitalista/intensivista sobre a ocorrência da queda, na impossibilidade deste proceder à avaliação, a enfermeira comunicará o médico plantonista da UTI sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda.

Nos casos de queda NÃO presenciada por Profissional da Assistência com dano ausente ou leve - o enfermeiro comunicará o médico plantonista da UTI sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda.

Após atendimento do paciente e realização das intervenções necessárias, o enfermeiro deve proceder à análise do evento com o objetivo de identificar como e porque a queda ocorreu. Esta análise auxiliará na reavaliação dos riscos para queda do paciente, e resultará em um plano de assistência interdisciplinar (se necessário) para reduzir o risco de futuras quedas, além disso, deverão ser considerados nas intervenções os cuidados dirigidos aos pacientes classificados como alto risco para queda.

É aconselhável, se possível, pedir que o paciente tente se lembrar da sensação no momento da queda, a fim de identificar episódios de síncope. Investigar a localização e momento da queda, o que o paciente estava fazendo imediatamente antes da queda, os mecanismos da queda (escorregou, vertigem, tontura, perda da consciência, entre outros).

Pode-se também obter as informações necessárias dos acompanhantes, visitantes, e/ou de quem acompanhou o episódio de queda.

As ações podem contemplar orientações ao paciente/família, introdução de novos procedimentos e/ou rotinas, adequação de ambiente e/ou equipamento, introdução de outros profissionais na assistência ao paciente para minimizar o risco de queda (tais como fisioterapeuta).

Deve-se comunicar a equipe assistencial, familiares e cuidadores do evento ocorrido com o paciente, e o plano de assistência estabelecido ao paciente após a queda.

A enfermeira responsável pelo paciente deve documentar em evolução de enfermagem, as circunstâncias em que a queda ocorreu, as avaliações clínicas realizadas, os danos decorrentes do evento (caso exista) e o estado clínico do paciente no momento.

Proceder à notificação do evento via intranet, mesmo que não haja dano aparente. Registrar como Evento de Queda ou EAG (dependendo da gravidade do dano decorrente da queda). É

desejável que a notificação contemple as informações relatadas na evolução de enfermagem relacionadas ao evento.
Os eventos notificados serão investigados e analisados pela Diretoria de Qualidade de Segurança com o apoio da Diretoria de Padrões e Práticas Assistenciais, com o objetivo de identificar os fatores causais e possíveis ações de melhoria necessárias. A análise dos fatores causais é uma das principais ferramentas para favorecer a aprendizagem organizacional, adequação de práticas e políticas, com consequente prevenção de quedas futuras.

CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE QUEDA

Quedas Extrínseca/Acidental: ocorre quando um paciente cai involuntariamente, geralmente como resultado de tropeçar ou escorregar, como resultado da falha do equipamento ou outros fatores ambientais; não é possível classificar com tendo risco de queda antes de o evento ocorrer;
Quedas Intrínseca/Imprevisíveis por causa fisiológica: não há relato de queda anterior ou identificação de risco para queda durante a avaliação do paciente, porém após a análise do evento é possível relacionar a causa com alterações fisiológicas.
Quedas Intrínseca/Previsíveis por causa fisiológica: ocorre em pacientes classificados com risco de queda, através da utilização de uma ferramenta de avaliação de risco.
Quedas associadas ao desenvolvimento: são quedas não acidentais, que ocorrem durante o desenvolvimento da criança, comum durante o período de aprendizagem da deambulação.

CLASSIFICAÇÃO DO DANO APÓS QUEDA

A gravidade do dano é classificada de acordo com a National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) em:

- Ausente: refere-se a uma queda que não ocasionou nenhuma lesão após avaliação pós-queda, mesmo que inclua exames adicionais.
- Leve: pode resultar em pequenos procedimentos, tais como aplicação de um curativo ou de gelo, limpeza de uma ferida, elevação do membro ou uso de medicação tópica. Dor local sem comprometido dos tecidos, hematoma, laceração e/ou escoriação, skin tears, abrasão, contusão mínima, "inchaço" local, perfuração mínima, presença de pele "avermelhada", podem ser classificados nessa categoria.

- Moderado: quando há ocorrência de danos que necessitam de intervenção do tipo sutura, aplicação de cola, steri-strip (para aproximação das bordas), fissuração ou tensão muscular / articular.
- Grave: quando há a ocorrência de danos que resultam em cirurgia, fundição, tração, consultas com especialistas em neurologia e neurocirurgia (como fratura de crânio basilar, hematoma subdural), lesão interna (como fratura de costela, pequena laceração hepática) pacientes que apresentem qualquer tipo de fratura, independentemente do tratamento instituído e pacientes com coagulopatia que necessitem de hemoderivados, em decorrência da queda.
- Morte: em consequência de danos causados pela queda.

MONITORAMENTO DOS EVENTOS DE QUEDA

O monitoramento das ocorrências de quedas na instituição é feito através da notificação de eventos adversos e eventos adversos graves via sistema de notificação de eventos.

Os dados gerados pela notificação dos eventos são coletados e analisados pela equipe do Gerenciamento e Vigilância do Risco da Diretoria de Qualidade de Segurança.

A evolução dos eventos de queda bem como o acompanhamento das ações para redução de quedas e da gravidade são apresentados e discutidos nas áreas e no Comitê de prevenção de quedas.

GERENCIADO

Protocolo de Queda é gerenciado a partir da adesão as medidas preventivas avaliadas através da auditoria das Metas Internacionais, acompanhamento do desfecho das ocorrências de queda, por meio do monitoramento e análise dos eventos, cujas oportunidades de melhoria são discutidas e estabelecido planos de ação perante a causa raiz e os principais detratores junto ao Comitê de prevenção de quedas.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Os indicadores institucionais relacionados ao monitoramento do protocolo de quedas são: Taxa de queda com dano ambulatorial, Taxa de queda com dano em internado, Índice conformidade na prevenção de quedas. Total de pacientes que apresentaram quedas com dano grave notificada durante o mês vigente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cameron Ian D, Murray Geoff R, Gillespie Lesley D, Robertson M Clare, Hill Keith D, Cumming Robert G, Kerse Ngaire. Interventions for Preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12, 2010.

2. Maia VC, Viana PS, Arantes PMM, Alencar MA. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2011; 14(2):381-393.

3. Luzia MF, Victor MA, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.22 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2014

4. Hasegawa J, Kuzuya M, Iguchi A Urinary incontinence and behavioral symptoms are independent risk factors for recurrent and injurious falls, respectively, among residents in long-term care facilities. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Jan-Feb;50(1):77-81.

5. National Database of Nursing Quality Indicators. Guidelines for Data Collection on the American Nurses Association's National Quality Forum Endorsed Measures: Nursing Care Hours per Patient Day, Skill Mix, Falls, Falls with Injury. USA: American Nurse Association; [atualizada em 2010; acesso em 2010 Oct 01]. Disponível em: https://www.nursingquality.org.

6. National Patient Safety. Slips, trips and falls. UK: National Service Health. [atualizada em 2010; acesso em 2010 Oct 01]. Disponível em: http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821.

7. National Patient Safety Agency. Using Bedrails Safely and effectively. UK. [atualizada em 2009 Sept 17; acesso em 2010 Oct 05]. Disponível em: http://www.npsa.nhs.uk/nrls/alerts-and-directives/notices/bedrails/?locale=en.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

INTRODUÇÃO

As Metas Internacionais de Segurança, são essenciais para uma prática profissional segura na assistência ao paciente, sendo a meta 1 relacionada a boas práticas de identificação do paciente.

OBJETIVO

- Identificar com segurança o paciente, por meio do uso de dois identificadores.
- Garantir a identificação do paciente, antes de serem submetidos a procedimentos diagnósticos, tratamentos e outros procedimentos.
- Garantir a identificação correta dos recursos relacionados à terapêutica do paciente.
- Melhorar a precisão da identificação e a segurança do paciente.

DEFINIÇÕES

Padronizar e sistematizar a forma, conteúdo e método de checagem da identificação dos pacientes no HUGO. Os pacientes assistidos são identificados por meio de pulseira de identificação e/ou etiqueta contendo DOIS IDENTIFICADORES padronizados na instituição:

NOME COMPLETO e NÚMERO DE PRONTUÁRIO, exceto em situações especiais. As informações de DATA DE NASCIMENTO e IDADE também podem ser utilizadas como itens adicionais de checagem mediante necessidade.
NÃO É PERMITIDO o uso do número do quarto ou da localização do paciente como identificadores do paciente.
Os profissionais que assistem o paciente devem sempre checar os dois identificadores padronizados na instituição de modo visual ou eletrônico, garantindo a participação do paciente e/ou responsável neste processo de verificação. A verificação dos identificadores do paciente deve acontecer obrigatoriamente antes de:

- Admissão do paciente na Unidade;
- Realização de exames e/ou coleta de amostras para exames;
- Digitação e Liberação de laudos de exames;
- Procedimentos Cirúrgicos e Anestésicos (Considerar os identificadores específicos nos transplantes);
- Procedimentos e tratamentos em geral (invasivos e não-invasivos);
- Administração de medicamentos por qualquer via;
- Instalação de sangue ou hemoderivados

ATENÇÃO! Não é permitido aos profissionais realizar qualquer procedimento ou tratamento em paciente sem pulseira de identificação. Nestes casos o processo deve ser interrompido até que se regularize a identificação do paciente.
CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

1. INDICAÇÂO

Essa política se aplica a todos os pacientes internados, externos e ambulatoriais.

2. CONTRA INDICAÇÃO/EXCEÇÃO

Alguns pacientes encontram-se em condições clínicas ou emocionais desfavoráveis, que impedem o uso da pulseira de identificação nos membros superiores ou inferiores.
Dentre os pacientes passíveis de serem mantidos SEM PULSEIRA de identificação estão:

- Pacientes com ausência total de membros;
- Pacientes muito fragilizados, com facilidade para lesão cutânea;

- Pacientes em anasarca;
- Pacientes queimados;
- Paciente demenciado.

ATENÇÃO! Nestes casos é permitida a manutenção da pulseira de identificação ou etiqueta afixada na roupa, cabeceira do leito, berço ou incubadora. A vigilância e checagem constante dos identificadores no leito devem ser redobradas em função do alto risco de trocar tais pacientes de leito.

Nestes Casos! Nas Unidades de Primeiro Atendimento o paciente admitido a critério de Emergência/Urgência e que ainda não dispõe de cadastro e, portanto, não dispõe de pulseira, é identificado por meio de NOME COMPLETO e IDADE, referidos por ele ou pelo socorrente. A documentação deste paciente deve permanecer próxima a ele evitando erro até que a identificação padrão seja emitida.

3. SITUAÇÕES ESPECIAIS

3.1. Laboratório - Os DOIS IDENTIFICADORES padronizados nos laboratórios são: NOME COMPLETO e NÚMERO DE PRONTUÁRIO ou NÚMERO DE LABORATÓRIO.

3.2. Consultórios – O paciente que passar apenas em consulta não será identificado com pulseira.

3.6. Telemedicina e atendimento via drive-thru

Todos os pacientes que acionam esses tipos de serviço, não utilizam a pulseira de identificação, porém se faz necessário a apresentação de documento pessoal com foto e são orientados quanto à necessidade de confirmação dos dados pessoais (nome completo, data de nascimento, CPF e e-mail).
Uma vez confirmado a legitimidade dos dados o paciente é direcionado para atendimento.

4. PROCESSO DE IDENTIFICAÇÂO

As pulseiras e/ou etiquetas de identificação de pacientes são confeccionadas e colocadas no paciente, nos locais de atendimento e admissão onde é realizado o cadastro do paciente.
Cabe aos locais de atendimento e admissão de pacientes:

- Cadastrar os pacientes mediante apresentação de documento de identificação com dados e foto legíveis.

ATENÇÃO! Mediante impossibilidade de apresentação de documento no momento da admissão, solicitar aos familiares a regularização (apresentação do documento) em até 24 horas.

- Imprimir a etiqueta de identificação, certificando-se da legibilidade dos dados impressos;
- Colar a etiqueta na pulseira de identificação padrão do hospital;
- Solicitar para o paciente e/ou familiares que faça a conferência dos dados impressos;
- Instalar a pulseira no membro superior do paciente, podendo o paciente optar pelo lado de sua maior conveniência (direito ou esquerdo, quando aplicável).

ATENÇÃO! Quando o paciente ou seu responsável recusar a instalação da pulseira no momento da admissão:

- A unidade de destino deve ser contatada e receber a informação antecipadamente;
- A pulseira deve ser encaminhada para a enfermagem anexada aos documentos de admissão;
- A enfermagem deverá checar novamente o documento de identificação, dados da pulseira e do cadastro antes de instalar a pulseira no paciente.

A equipe de enfermagem (nas unidades de internação) e a equipe das demais disciplinas assistenciais (nas áreas ambulatoriais) podem indicar a instalação da pulseira de identificação do paciente nos membros inferiores, mediante a impossibilidade de instalação nos membros superiores.

A equipe de enfermagem (nas unidades de internação) e a equipe das demais disciplinas assistenciais (nas áreas ambulatoriais) são responsáveis por garantir a manutenção, integridade e legibilidade da identificação dos pacientes (pulseira e/ou etiqueta) durante todo o período de permanência na instituição.

A substituição das pulseiras do paciente é realizada obrigatoriamente por dois profissionais garantindo a dupla checagem e registrada em prontuário. No caso de menores, realizar preferencialmente, na presença dos pais.

Para retirada de laudos e exames, além do nome completo, considerar como identificação outros documentos que contenham foto: RG, RNE (Registro Nacional de Estrangeiro) e Passaporte.

ATENÇÃO! A checagem dos dois identificadores (nome completo e número do prontuário) implica em ter em mãos um documento do prontuário ou etiqueta que contenham tais dados para a verificação.

4.1 PROCESSO DE IDENTIFICAÇÂO DE RECURSOS RELACIONADOS À TERAPÊUTICA DO PACIENTE

O hospital garante em sua prática que todos os recursos relacionados à terapêutica do paciente sejam rotulados com o nome completo e número do prontuário que podem incluir: coleta de amostras de sangue e anatomos patológicos, identificação de dietas, identificação de dietas enterais e etc.

O PROCESSO EDUCACIONAL do paciente/família inclui a abordagem sobre:

- A importância da identificação do paciente;
- A importância da utilização da pulseira de identificação ou etiqueta durante todo o período de permanência na instituição;
- A importância da prática de checagem dos dois identificadores pelos profissionais antes de qualquer procedimento ou tratamento;
- A importância da identificação de todos recursos relacionados a terapêutica do paciente.
- O registro das orientações em prontuário eletrônico.

ATENÇÃO! Os pacientes infantis podem ser identificados com a pulseira Laranja Pediátrica (com desenho) no momento da internação.

ATENÇÃO! É sugerido retirar as pulseiras dos Clientes Externos ao final de todos os procedimentos realizados.

1. MODELOS DE PULSEIRAS

Cor das Pulseiras Perfil de Paciente

Amarela Pacientes Externos

Branca Pacientes Internados

Laranja Risco de Queda (Em unidades pediátricas, esta pulseira laranja pode conter desenhos infantis)

Azul Paciente em risco ou com episódios de hipoglicemia durante a internação

Roxa Pacientes com restrição de membro como presença de fístula arteriovenosa, pressão arterial invasiva, trombose, mastectomia com esvaziamento ganglionar, membro com prejuízo da mobilidade e/ou sensibilidade e uso de cateter central de inserção periférica (PICC), que

impossibilitam procedimentos tais como: punção venosa, coleta de exames laboratoriais e mensuração de pressão arterial.

Verde Pacientes submetidos a cirurgia de face deverão ter a identificação do sítio cirúrgico sinalizada através do uso da pulseira verde no membro superior do lado a ser operado, contendo a informação da lateralidade.

Vermelho Pacientes identificados com risco para sangramento de acordo com o protocolo que está indicado a todos os pacientes ≥ 18 anos internados que apresentam critérios previamente estabelecidos de acordo com o protocolo gerenciado de risco para sangramento.

RESPONSABILIDADES

Todos os profissionais assistenciais e não assistenciais.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Não se aplica

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

O indicador da meta 1. Índice de Conformidade na Identificação do paciente em que é verificado uso da pulseira, legibilidade e verificação da mesma antes da realização dos procedimentos.

Taxa de eventos adversos relacionados à falha no processo de identificação do paciente

Telemedicina: Taxa de queixas envolvendo envio de documentação para o paciente atendido com erro de identificação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. Incluindo Padrões para Hospitais – Centro médicos Acadêmicos. 7ª ed. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. CBA, 2021

Diretriz para a prevenção da infecção do trato urinário (ITU) associada a sonda vesical de demora (SVD)

INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) é considerada a principal infecção relacionada à assistência à saúde, sendo responsável por cerca de 40% do total das infecções relacionadas à assistência à saúde além de elevar a permanência hospitalar entre 2 a 4 dias e elevar o custo de tratamento. A aplicação de práticas de intervenção baseadas em evidências pode reduzir as infecções do trato urinário em 17 a 69%.

OBJETIVOS

- Abordar os principais fatores de risco para a aquisição da ITU associada ao cateter vesical de demora (CVD).
- Descrever as diretrizes para prevenção da ITU associada à SVD

Descrever indicadores de processos e de resultado

APLICABILIDADE

Indicado para todas as unidades e profissionais que estão envolvidos na indicação, inserção e manipulação de SVD.

DIRETRIZ

A contaminação do trato urinário acontece quando microrganismos da flora endógena (períneo, colón e vagina) ou do ambiente hospitalar (falha na higiene das mãos e cuidados com o cateter e bolsa coletora) conseguem atingir a uretra e a bexiga. As bactérias entram na via urinária tanto pela via extra luminal (contaminam a parte externa do cateter) como pela via intraluminal (ascendem pelo lúmen interno do cateter). Em ambos os casos, medidas adequadas de higiene das mãos e do períneo durante o banho e sempre que houver evacuação podem evitar esta contaminação.

Os fatores de risco para ITU podem ser agrupados em intrínsecos e extrínsecos:

I)Riscos intrínsecos: sexo feminino, idade > 50 anos, desnutrição, imunodeficiência, insuficiência renal, doença de base severa e diabetes mellitus.
II) Riscos extrínsecos: Uso do cateter vesical de demora (CVD), pois altera os mecanismos de defesa do organismo, facilita a ascensão de microrganismos, compromete o adequado esvaziamento da bexiga e provoca um processo inflamatório no uroepitélio (pela presença de corpo estranho no organismo) e falta de adesão aos cuidados de prevenção de ITU na inserção e manutenção do CVD.

RECOMENDAÇÕES

Prevenção de transmissão de microrganismos
Precauções padrão
Higiene das Mãos nos 5 momentos da Assistência ao Paciente.
Utilização de equipamentos de proteção individual (máscara, luvas, óculos de proteção etc).
MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE ITU
Indicações para uso do CVD
A) Perioperatório de cirurgias urológicas, cirurgias do trato genitourinário, cirurgias prolongadas, infusão de grandes volumes ou diuréticos e necessidade de monitoramento da diurese;
B) Controle rigoroso da diurese em pacientes críticos;
C) Retenção urinária aguda e casos de obstrução;
D) Pacientes com incontinência urinária e em tratamento de lesão por pressão ou enxerto de pele;
E) Como medida de conforto em pacientes sob cuidados paliativos;
F) Irrigação vesical em pacientes com hematúria.
Uso apropriado do CVD
Inserir o CVD apenas quando houver indicação e retirá-lo assim que não houver mais necessidade.
Considerar alternativas para o CVD:
-Considerar o uso de cateteres externos (Uripen® ou Purewick®) em pacientes que sejam cooperativos e não apresentem retenção urinária ou obstrução.
-Dar preferência ao cateterismo intermitente em pacientes com disfunção no esvaziamento da bexiga.
-Considerar cateterização intermitente em crianças com mielomeningocele e bexiga neurogênica para reduzir o risco de deterioração do trato urinário.
Cuidados na inserção do CVD

Higienizar de mãos imediatamente antes e após a inserção e qualquer manipulação do CVD.
Somente profissionais treinados e validados devem realizar o procedimento de inserção de CVD.
Utilizar técnica asséptica e equipamentos estéreis para a realização do procedimento.
Utilizar antisséptico estéril para a limpeza do meato uretral e lubrificante estéril de uso único para a inserção do CVD.
Utilizar CVD de menor calibre possível compatível com drenagem adequada, para minimizar traumas.
Utilizar o ultrassom portátil em pacientes com risco para retenção urinária e submetidos a cateterismo intermitente para avaliar o volume de urina na bexiga. O equipamento deve ser devidamente limpo e desinfetado entre os pacientes.
Cuidados na manutenção do CVD
Manter o sistema de drenagem fechado, contínuo e estéril.
Substituir o CVD e o sistema coletor caso haja vazamento ou desconexão do sistema, utilizando técnica asséptica.
Manter o fluxo de urina desobstruído e livre de dobras
Manter a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e longe do chão.
Esvaziar a bolsa coletora de urina, regularmente, utilizando um frasco individualizado para cada paciente. Não encostar a válvula de drenagem com o frasco coletor.
Cateteres de silicone devem ser preferidas a outros materiais para redução do risco de incrustações.
Coletar amostras de urina após realizar a desinfecção do conector do sistema usando frasco estéril. Não é recomendado o uso de agulhas para a coleta exceto para bolsas coletoras que não sejam dispositivo livre de agulha no caso de pacientes transferidos de outra instituição.
Realizar higiene íntima 3 vezes ao dia, conforme procedimento descrito na documentação institucional. Não é necessário realizar a limpeza do meato uretral com antisséptico.
Não é recomendado trocar o CVD rotineiramente.
Não é recomendada a irrigação com antimicrobianos ou antissépticos (PVPI, clorexidina, neomicina e polimixina) para a redução da bacteriúria.
Não é recomendado tratar bacteriúria assintomática em pacientes cateterizados, exceto antes de procedimentos urológicos.
Não é recomendado clampeamento intermitente (exercício vesical) antes da retirada do CVD.

Programa de Melhoria Contínua
Os principais itens de avaliação mensal do pacote de medidas para prevenção de ITU são:

- CVD apropriado;

- Cuidados de enfermagem com CVD prescritos;
- Higiene íntima adequada;
- CVD fixado;
- Bolsa coletora abaixo do nível da bexiga;
- Bolsa coletara sem encostar no chão ou pedal da cama;
- Volume da bolsa coletora abaixo de 1300ml;
- Extensão do sistema sem dobras ou acotovelamentos.

Avaliação diária nas unidades de terapia intensiva e semi-intensivas por enfermeiros referências e pela equipe multidisciplinar durante a visita diária para identificar e remover CDDs que não são mais necessários.

Educação e Vigilância

Realização de observação direta sobre a adesão às medidas de prevenção e controle de ITU.

Realizar o treinamento da equipe multiprofissional que presta assistência aos pacientes em uso de CVD.

Utilizar estratégias para treinamento envolvendo metodologias e validar a capacidade dos profissionais treinados.

Realizar treinamentos com os seguintes temas:

A) Indicação do uso do CVD;

B) Técnica adequada de inserção do CVD;

C) Técnica adequada para manutenção do CVD;

D) Descontinuação ou retirada do CVD;

E) Estratégias de tipos de cateterismo (intermitente, etc) ou tipo de cateter vesical.

RESPONSABILIDADES

- Profissionais de Saúde das Unidades que prestam cuidados à pacientes em uso de CVD pela aplicação das medidas para prevenção de ITU.

- SCIH: vigilância epidemiológica; educação e treinamento equipe assistencial, monitoramento da adesão as medidas de prevenção de ITU e discussão dos casos de infecção relacionada a assistência à saúde (IRAS).

-Especialista em cuidados com CVD: monitoramento dos padrões da prática, educação e treinamento equipe assistencial, discussão de casos.

CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO:

- RDC nº36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

- RDC Nº 7, de 24 DE FEVEREIRO DE 2010.

- RDC Nº 42, DE 25 DE OUTUBRO DE 2010

- Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998.

REGISTROS DE QUALIDADE

Vigilância epidemiológica por meio da investigação diagnóstica com a finalidade de identificar a incidência de ITU-CVD em toda a instituição, que é realizada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, seguindo as recomendações de critérios diagnósticos Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Centers for Diseases Control and Prevention (CDC).

Os indicadores de resultados são verificados mensalmente e caracterizados por:

- Densidade de incidência de ITU- CVD calculada por: (nº de ITU-CVD/CVD-dia) x1000.
- Taxa de utilização calculada por:(nº CVD-dia/Paciente-diaX100)

Os registros são armazenados em banco do Serviço de Controle de Infecção por tempo indeterminado.

INDICADORES DE DESEMPENHO

O indicador de processo é verificado mensalmente e caracterizado por: Taxa de adesão aos cuidados com pacientes em uso de CVD (Número de itens conforme/ Número de itens avaliados) x100.

Instrumento para avaliar adesão as medidas de prevenção de ITU:

Imagem 1 - Ficha de acompanhamento do Pacote de medidas de Prevenção de ITU

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2017. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-5

- Munasinghe RL,Yazdani H,Siddique M, Hafeez W. Appropriateness of use of indwelling urinary catheters in patients admitted to the medical service. Infect Control Hosp Epidemiol. 2001;22(10):647-9.

- Gould C, Umscheid C, Argwal R, Kuntz G, Pegues D. Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31(4):319-26.

- Lo E, Nicolle L, Coffin S, Gould C, Maragakis L, Meddings J, Pegues D et al. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. 2014; 35: 464-79

- Rebmann T, Greene LR. Preventing catheter-associated urinary tract infections: An executive summary of the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc, Elimination Guide. Am J Infect Control. 2010; 38: 644-6.

Diretrizes para a prevenção da infecção da corrente sangüínea relacionada ao uso de cateter venoso central

INTRODUÇÃO

Essa Política estabelece as diretrizes para prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao uso de cateter venoso central (CVC).

A Infecção da Corrente Sanguínea (ICS) é uma das principais topografias da Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, e está associada a desfechos importantes e desfavoráveis, tanto para o paciente quanto para os serviços de saúde. Este tipo de infecção possui altas taxas de mortalidade e alto custo para os serviços de saúde.

Portanto, devido a magnitude e impacto das ICSs, prevenir este tipo de infecção se tornou uma das prioridades para a melhoria contínua, com foco na segurança do paciente.

A ICS é uma das principais complicações infecciosas entre os pacientes submetidos à terapia intravenosa, especialmente, CVC. Aproximadamente 90% das ICSs ocorrem devido ao uso de CVC.

Nos Estados Unidos da América (EUA), a mortalidade atribuível a ICS é bastante elevada, ultrapassando 10%, e podendo chegar a 25% naqueles pacientes de maior risco. No Brasil, a mortalidade é ainda mais elevada, podendo chegar a até 40%. Uma possível explicação para essa diferença, está na própria etiologia da infecção. As infecções no Brasil, hoje, são causadas principalmente por agentes Gram negativos e enterobactérias, que estão particularmente associadas à resistência microbiana e dificuldade para tratamento.

Em relação ao custo, uma infecção pode custar até 39.000 dólares nos EUA e entre 7.906 a 89.866 dólares no Brasil.

A característica invasiva do CVC, que rompe a barreira mecânica da pele favorece a penetração de bactérias e fungos diretamente na corrente sanguínea, representando o principal fator de risco para o desenvolvimento da ICS.

OBJETIVO

Abordar os principais fatores de risco associados à aquisição da ICS associada a CVC.

Descrever as diretrizes para prevenção da ICS associada ao uso de CVC.

Descrever os indicadores de processos e de resultado.

DEFINIÇÕES

I Vias de entrada para o microrganismo:

A entrada do microrganismo da corrente sanguínea pode ocorrer por 4 vias distintas:

1. Via extraluminal: ocorre a entrada do microrganismo pela face externa do cateter, através do trato percutâneo (espaço entre o cateter e a pele/tecido subcutâneo), colonizando a ponta do cateter. Esta é a via mais comum para cateteres de curta permanência não tunelizados, inseridos a menos de 10 dias.

2. Via intraluminal: ocorre a entrada do microrganismo através do lúmen do cateter. A contaminação ocorre durante a manipulação do hub do CVC ou de qualquer ponto do sistema de infusão, durante a manipulação do acesso vascular (coleta de sangue, administração de medicamentos, troca de equipos, etc).

3. Via disseminação hematogênica: disseminação microbiana hematogênica de outra fonte de infecção (modo mais raro de contaminação).

4. Por contaminação de produtos de infusão: infusão de soluções contaminadas, devido à adoção de práticas inadequadas de preparo e de falhas em se seguir recomendações preconizadas de injeção segura

II Fontes de Contaminação do CVC

As principais fontes de contaminação dos CVC são a pele do paciente (para cateteres inseridos há menos de 10 dias) e a conexão/canhão do cateter (para cateteres inseridos há mais de10 dias), que podem se contaminar com a microbiota do paciente ou com as mãos da equipe de saúde que manipula o dispositivo. Para cateteres de curta permanência, não-tunelizado, sem cuff, a pele é a principal fonte de infecção. Já para os cateteres de longa permanência, como os tunelizados, com cuff, semi-implantados, a conexão do cateter, canhão e o lúmen são a principal via de entrada de microrganismos.

Outro aspecto que tem desafiado os pesquisadores é a formação de biofilme nesses dispositivos. Os microrganismos se aderem, multiplicam-se neste dispositivo, formando uma comunidade estruturada, fechada e protegida numa matriz, onde se cooperam mutuamente para se protegerem de um ambiente hostil, composto por leucócitos polimorfonucleares (neutrófilos) e antimicrobianos. Os microrganismos comumente isolados de biofilmes de CVC são: Staphylococcus epidermidis, S. aureus, Candida albicans, P. aeruginosa, K. pneumoniae e Enterococcus faecalis.

III Tipos de ICS

CVC elegível: CVC inserido há mais de 2 dias de calendário (a partir do dia 3) até o dia seguinte de sua retirada. Observação: considerar o dia de passagem do CVC o dia 1.

ICS primária: Infecção da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente, em pacientes que possuam CVC elegível e que não possuam outro foco infeccioso.
ICS secundária: É uma infecção que se apresenta em outro sítio (pneumonia, trato urinário, pele e tec. subcutâneo) e tem uma hemocultura positiva pelo mesmo agente.
ICS associada: É um termo usado apenas para fins de vigilância, para identificar a ICSP que ocorre na população de risco (pacientes com CVC).
ICS relacionada: É um termo usado para identificar ICS e tem uma definição clínica rigorosa, utilizado para determinar o diagnóstico, tratamento e possível epidemiologia da ICS em pacientes com CVC. É definida pelos resultados de laboratório que identificam o CVC como a fonte da ICS. Para definição de ICS relacionada é necessário um dos seguintes critérios laboratoriais: a) isolamento do mesmo microrganismo (bactéria ou fungo) em hemoculturas e na ponta do cateter vascular; b) hemoculturas coletadas simultaneamente através do cateter e por punção periférica, com detecção mais precoce do crescimento de microrganismos (≥2h) na amostra coletada pelo cateter.
Em suma, a ICS relacionada à CVC é o resultado de uma série complexa de eventos: contaminação do cateter, aderência de microrganismos à superfície interna e externa do cateter, colonização e disseminação microbiana na corrente sanguínea. Os antimicrobianos podem eliminar os microrganismos livres na corrente sanguínea - liberados do biofilme, mas, falham em erradicar os que estão embebidos no biofilme. Portanto, entender a patogênese é fundamental para adotar as melhores práticas, objetivando a segurança do paciente quanto à prevenção das infecções da corrente sanguínea.
IV Fatores de Risco
Os fatores de risco para ICS podem ser intrínsecos ou extrínsecos.

Fatores de risco intrínsecos: são aqueles que não podem ser modificados, mas podem ser controlados, como: idade do paciente, sendo que pacientes recém-nascidos, principalmente aqueles com muito baixo peso apresentam maior risco do que pacientes pediátricos e adultos; Doenças de base, como déficit imunológico, doenças vasculares e gastrointestinais; E gênero do paciente, sendo que mulheres apresentam maior risco de desenvolverem ICS.
Fatores de risco extrínsecos: são aqueles aos quais o paciente é exposto dentro do ambiente de assistência à saúde, podendo estar relacionados ao procedimento de inserção ou durante a manipulação dos CVCs. Todos os fatores de risco extrínsecos são modificáveis e podem ser evitados. São eles: Hospitalização prolongada; Duração prolongada do CVC; Múltiplos CVC ou

múltiplos lúmens; Nutrição parenteral pelo CVC; Maior Colonização no sítio de inserção; Acesso em femoral ou jugular interna; Cuidados inadequados; Número de enfermeiros reduzido.

A ocorrência das ICS depende do tipo de cateter (curta ou longa permanência), sítio de inserção, tipo de material e tempo de utilização. Os cateteres de longa permanência semi ou totalmente implantados cirurgicamente, têm menor risco infeccioso devido à barreira formada pelo túnel subcutâneo e cuff do cateter. A maioria das infecções está associada a cateteres inseridos por punção percutânea, não tunelizados, em pacientes críticos para monitoramento hemodinâmico e terapia infusional de manejo complexo

A densidade microbiana no sítio de inserção é o maior fator de risco para ocorrência de ICS. Assim, os cateteres inseridos na veia jugular interna e femoral têm maior risco infeccioso quando comparado à inserção em veia subclávia. Os cateteres inseridos na veia femoral também têm sido associados a um maior risco de trombose venosa profunda do que os inseridos na jugular ou subclávia.

Quanto maior o tempo de permanência de CVC maior o risco de aquisição de infecção devido a uma maior manipulação do acesso vascular e sistema de infusão. Os cateteres feitos de polietileno e cloreto de polivinil (PVC) têm sido associados a complicações infecciosas por propiciarem maior aderência de microrganismos e formação de biofilmes que os de Teflon®, poliuretano e silicone - menores riscos infecciosos.

V Diretrizes

Essas diretrizes foram definidas com base em evidências científicas, tendo como fonte as seguintes recomendações: Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), American College of Chest Physicians (ACCP), Society of Critical Care Medicine (SCCM), Surgical Infection Society, Infusion Nurses Society (INS), Infectious Diseases Society of America (IDSA), Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC), Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), American Thoracic Society (ATS), American Society of Critical Care Anesthesiologists (ASCCA), Oncology Nursing Society (ONS), American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), Society of Interventional Radiology (SIR), American Academy of Pediatrics (APP), Pediatric Infectious Diseases Society (PIDS), Associação de Estudos e Prevenção de Infecção Hospitalar (APECIH). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Além disso, atendemos aos regulamentos/legislações do governo federal, estadual e municipal, assim como organizações de acreditação em qualidade - Joint Commission International e ISO.

Práticas de Prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea

1. Cuidados Antes da Inserção de Cateteres

1.1 Educação e treinamento dos profissionais de saúde:

- Realizar treinamento admissional e anualmente, sobre as medidas de prevenção de ICS, para os profissionais de saúde. Em algumas situações, podem ser realizados treinamentos adicionais, conforme necessidade (Ex. unidades com aumento de ICS associada a CVC).
- Somente pessoas com treinamento adequado e que demonstrem competência para a inserção e manutenção de cateter, estão aptos para realizar os cuidados com os cateteres. Os novos profissionais contratados, da equipe de enfermagem devem ser validados e certificados nas práticas de prevenção de ICS, com a seguinte abordagem: higiene das mãos antes da manipulação de cateteres, desinfecção dos conectores antes, durante a após o acesso dos cateteres e realização de flush, aplicando pressão positiva e turbilhonamento.

1.2 Seleção de cateteres e sítios de inserção

- Avaliar os riscos e benefícios da instalação dos CVCs e da escolha do local de inserção.
- Evitar o uso de acesso venoso central em veia femoral em adultos obesos.
- Para minimizar o risco de infecção, utilizar a veia subclávia para os acessos não tunelizados, ao invés do acesso jugular ou femoral.
- Evitar o sítio de inserção da subclávia em pacientes submetidos à hemodiálise, para evitar o risco de estenose.
- Utilizar fístula ou enxerto em pacientes submetidos a hemodiálise, ao invés de CVC.
- Utilizar ultrassom como guia no momento da passagem do acesso central, evitando complicações mecânicas e reduzindo o número de tentativas. Autorizar o uso do Ultrassom somente para os profissionais treinados.
- Optar por cateteres centrais com o mínimo de lumens ou "ports" para o manejo do paciente.
- Remover acessos centrais que não estejam mais em uso para terapia. Avaliar diariamente a necessidade da retirada dos CVC. Nas unidades de pacientes graves, esta abordagem deve ocorrer durante as discussões e visitas multidisciplinares. Para as demais unidades realizar a discussão durante a passagem de plantão e safety huddle local.
- Para os cateteres de curta permanência, ficar atento a sinalização sobre a informação de dias de permanência do cateter.

I

1.3 Indicações para uso de CVC

- Pacientes sem condições de acesso periférico;
- Monitorização hemodinâmica;
- Administração rápida de drogas, expansores volêmicos e hemoderivados;

- Acesso para terapia dialítica;
- Administração de soluções que não podem ser administradas por via periférica;
- Plano infusional maior que 21 dias.
- Não trocar rotineiramente os cateteres venosos centrais, PICC, cateteres de hemodiálise ou cateteres arteriais pulmonares.
- Revisar diariamente a necessidade do CVC, removendo-o prontamente se não houver mais indicação clínica.

2. Cuidados Durante a Inserção de Cateteres

- Aplicar as medidas do bundle de inserção de CVC como medida de prevenção de ICS.
- Realizar higiene de mãos antes de inserir CVC, com PVP-I ou clorexidina degermante ou produto alcoólico.
- Utilizar Barreira máxima estéril para inserção de CVC e para troca de CVC com fio guia:

- Gorro cobrindo todo cabelo;
- Máscara cobrindo boca e nariz;
- Avental e luvas estéreis;
- Campos cirúrgicos estéreis grandes cobrindo o corpo e cabeça do paciente.

- Realizar o preparo da pele antes da inserção do CVC, com clorexidina alcoólica > 0,5%:

- Para crianças menores de 2 meses de idade, realizar a antissepsia da pele com clorexidina alcoólica 0,5%.
- Para pacientes maiores de 2 meses de idade, realizar a antissepsia da pele com clorexidina alcoólica 2%.
- Para inserção de cateteres centrais de inserção periférica (PICC), realizar a antissepsia da pele com Chloraprep 2%. Realizar a antissepsia do local com ChloraPrep®, realizando movimento de fricção (vai e vem), durante 30 segundos no local da inserção do cateter.
- Para inserção de outros CVCs: realizar a antissepsia da pele com Clorexidina alcoólica 2% em almotolia e gazes estéreis.
- Caso exista contra-indicação para o uso de clorexidina, utilizar álcool 70%, tintura de iodo ou iodo povidine.

- Aguardar o antisséptico secar completamente, antes da inserção do CVC.
- Aplicar o checklist de verificação das práticas de inserção segura de CVC, disponível no prontuário eletrônico. Este formulário deve ser preenchido durante o procedimento e serve como barreira contra a quebra da técnica asséptica. Para o preenchimento do checklist de inserção, os itens deverão ser considerados realizados quando forem cumpridos pelo profissional que inseriu o CVC e quando o insertador precisou ser lembrado ou orientado sobre o item.

- Manter a técnica asséptica durante todas as etapas de inserção e manipulação de CVC.
- Utilizar dispositivos de fixação de cateter sem sutura para reduzir o risco de infecção.
- Não usar rotineiramente o fio guia para troca de cateteres não tunelizados para prevenção de infecção, assim como não utilizar esta técnica no caso de suspeita de infecção do cateter. Apenas usar a troca com fio guia no caso de mal funcionamento do cateter não tunelizado, tendo descartada a hipótese de infecção.
- Documentar o processo de inserção no prontuário eletrônico.
- Registrar a presença do cateter no campo dinâmico do prontuário eletrônico, para contagem automática de dias de cateter. No momento da retirada do CVC, este campo dinâmico deverá ser acessado novamente, para que a contagem de dias de permanência do cateter seja interrompida.
- Educar e orientar pacientes, familiares e cuidadores quanto aos cuidados necessários durante o uso do CVC.
- Encorajar o paciente a reportar qualquer sinal ou sintoma relacionado ao sítio de inserção do cateter.

3. Cuidados Após a Inserção de Cateteres

3.1 Higiene das mãos

- Realizar higiene das mãos com produto alcoólico ou água e sabonete, quando as mãos estiverem visivelmente sujas.
- Aplicar os 5 momentos de higiene das mãos para prevenção de ICS.
- A higiene das mãos deve ser realizada imediatamente antes da manipulação de cateteres;
- O uso de luvas, mesmo que estéreis não substitui a higiene das mãos.
- É fundamental garantir a presença do produto alcoólico no ponto de assistência (Ex. beira leito, no suporte de soro).
- Orientar paciente e familiares sobre a obrigatoriedade da higiene das mãos dos profissionais de saúde, antes da manipulação do CVC.

3.2 Manutenção de Técnica Asséptica e Redução de Colonização

- Realizar a desinfecção da bancada, bandeja e carro de apoio, antes e após a manipulação ou manutenção dos cateteres.
- Realizar a desinfecção dos conectores com swab de álcool à 70% antes, entre e após todos os acessos.
- Realizar flush com soro fisiológico antes, entre e após administração de medicamentos e soluções, com pressão positiva e turbilhonamento.
- Não submergir o sítio de inserção ou o cateter na água (proteger no momento do banho).

- Utilizar dispositivos impregnados com álcool à 70% para desinfecção do hub do cateter, no momento da troca do conector de CVC.
- Para a troca dos conectores de CVCs, realizar as etapas de desinfecção:
- Realizar a desinfecção da conexão entre o cateter e o conector com swab de álcool a 70%;
- Retirar o conector antigo;
- Realizar a desinfecção do Hub do cateter com o com dispositivo impregnado com álcool a 70%;
- Instalar novo conector e realizar a desinfecção com novo swab de álcool à 70%.
- Observação: na ausência do dispositivo impregnado com álcool 70% e no setor de hemodiálise utilizar gazes estéreis e clorexidina 2% para a troca dos conectores.
- Realizar banho com clorexidina em pacientes internados em UTI e semi-intensiva adulto. Para pacientes encaminhados ao chuveiro, utilizar almotolia de clorexidina degermante a 2%. Para pacientes acamados, utilizar toalhas impregnadas com clorexidina a 2%. Observação: na ausência das toalhas impregnadas utilizar almotolia de clorexidina degermante a 2% barra o banho no leito de pacientes graves.
- Utilizar tampas protetoras, impregnadas com álcool à 70%, em cada uma das vias de CVCs.
- Utilizar as tampas protetoras entre infusões intermitentes, minimizando as oportunidades de contaminação;
- Devem ser acopladas em todos os conectores, apenas em CVC;
- Não podem ser reutilizadas;
- Após retirar a tampa é obrigatório realizar desinfecção por 10 segundos com swab de álcool 70% em todos os acessos.
- Utilizar CVCs impregnados com antimicrobiano ou antisséptico, conforme indicação do tipo de CVC.
- Utilizar curativos impregnados com clorexidina ou com polihexametileno biguanida (PHMB).
- Realizar lock de antimicrobiano nos CVCs. Escolher um produto com propriedades antimicrobianas que não pertença à classe de antibióticos/antifúngicos como a taurolidina. A taurolidina deve ser utilizada diariamente para cateteres com infusão intermitente e deverá permanecer por 2h, até o próximo acesso ao CVC. Observação: na ausência de taurolidina, utilizar heparina para realizar o selo do CVC.

3.3 Curativos

- Realizar antissepsia do local de inserção do CVC com clorexidina alcoólica.

- Para pacientes maiores de 2 meses de idade, utilizar Chloraprep 2%. Realizar a antissepsia do local com ChloraPrep®, realizando movimento de fricção (vai e vem) durante 30 segundos no local da inserção do cateter.
- Para crianças menores de 2 meses de idade, utilizar clorexidina alcoólica 0,5% e gazes estéreis.

- Usar curativos estéreis, semi-permeáveis, transparentes ou gazes estéreis no sítio de inserção.
- Curativos com película transparente devem ser trocados a cada 7 dias.
- Curativos com gaze devem ser trocados a cada 2 dias.
- Trocar o curativo sempre que estiver solto, sujo ou úmido.
- Na presença de drenagem ou secreção no óstio do cateter, optar pelo curativo com gaze estéril.
- Identificar o curativo com a data de sua realização e ficar atento quanto a sua validade.

3.4 Troca do sistema de infusão

- O Sistema de infusão é composto por:

- Conectores;
- Torneirinha;
- Equipos;
- Reguladores de gotejamento.

- Periodicidade de troca Sistema de infusão:

- Sedação - a cada 96h.
- Sedação com Propofol – a cada 24h, devido a características da solução.
- Medicações em bag - a cada 96h.
- Medicações em bomba de seringa infusão - a cada 96h.
- Medicações em boulos - a cada 96h.
- Medicações em bureta intermitente (desconectada do CVC) – a cada 24h.
- Medicações em bureta contínua (a bureta não é desconectada do CVC) – a cada 96h
- NPT – a cada 24h.
- Bolsa de sangue e hemocomponentes: sistema próprio trocado a cada bolsa e troca do conector apenas se sujeira visível ou a cada 96h.

- Situações Especiais:

- Em caso de infiltração, flebite (química ou mecânica) ou extravasamento, sem suspeita de infecção é necessário trocar o acesso, mas o sistema de infusão pode permanecer o mesmo, desde que fique protegido com a tampa Luer. Quando ocorrer a troca de um dispositivo venoso por outro, sem a suspeita de infecção da corrente sanguínea, o sistema não precisa ser trocado. Entretanto, caso haja a suspeita de infecção, trocar todo o sistema.

4. Vigilância Epidemiológica das ICS e Coleta de denominadores

- Realizar vigilância epidemiológica por meio da investigação diagnóstica de ICS com a finalidade de identificar a incidência de ICS em toda a instituição, que é realizada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, seguindo as recomendações de critérios diagnósticos Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Centers for Diseases Control and Prevention (CDC).
- Reportar as taxas de ICS mensalmente.
- A vigilância epidemiológica das ICS é realizada mensalmente pelos enfermeiros epidemiologistas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. É realizada a vigilância epidemiológica eletrônica dos casos de infecção, por meio de sistema de prontuário eletrônico, com a identificação de sinais e sintomas suspeitos de ICS.
- Para obtenção dos indicadores mensais de ICS, são realizados os seguintes cálculos:

- Cálculo da densidade de incidência de ICS
  Numerador: nº absoluto de ICS em um mês.
  Denominador: nº de CVC-dia.
- Cálculo da taxa de utilização de CVC;
  Numerador: nº de CVC-dia.
  Denominador: nº de paciente-dia.

5. Pacote de medidas de Prevenção

- Implementar pacotes de medidas para melhorar a prática baseada em evidências, durante inserção e manipulação de CVC.
- Realização mensal de auditorias de manutenção e manipulação de cateteres, como objetivo de verificar a adesão as práticas de prevenção de ICS.
- Realização de feedback imediato dos profissionais, no momento da auditoria de manipulação do CVC.
- Os dados de adesão aos bundles de manutenção e manipulação de cateteres são reportados por meio de um painel de controle, em tempo real.

6. Infraestrutura para Prevenção de ICS

- Possuir um programa de prevenção de ICS completo e bem estabelecido.
- Destinar recursos para educação e treinamento dos profissionais de saúde.
- Estabelecer parceria com o laboratório de microbiologia para o processamento adequado de amostras e divulgação dos resultados.
- Garantir sistemas informatizados para a coleta dos denominadores, cateter venoso central-dia e paciente-dia.
-Garantir a presença do produto alcoólico a beira leito, para realização da higiene das mãos antes da manipulação de cateteres.

7. Programas de Melhoria Contínua

- Aplicar ferramentas da qualidade para condução de ações de prevenção de ICS.
- Realizar parcerias entre as equipes do SCIH, terapia infusional, qualidade e ensino corporativo para condução de ações de melhoria contínua.
- Realizar reuniões periódicas para o follow-up dos projetos de melhoria para redução de ICS.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Indicado para todos os profissionais que estão envolvidos em todo e qualquer tipo de manuseio dos variados tipos de cateteres venosos centrais.

RESPONSABILIDADES

O SCIH é responsável pela atualização deste documento. Todos os profissionais são responsáveis pelas melhores práticas de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, indicados nesta política.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

- Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (PNPCIRAS) para o período 2016-2020.
- RDC 42, de 25 de outubro de 2010.
- Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Os indicadores de resultados são verificados mensalmente e caracterizados por:

- Densidade de Incidência de Infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central.

(nº de ICS em um mês/ nº de CVC-dia) x 1000

- Taxa de utilização de CVC

(nº de CVC-dia/ nº de paciente-dia)

Os indicadores de processo são verificados mensalmente e caracterizados por:

- Conformidade ao pacote de medidas de manipulação cateter venoso central.

(nº itens da auditoria de manipulação conformes /total de itens observados) X100

- Conformidade ao pacote de medidas de manutenção de cateter venoso central.

(nº itens da auditoria de manutenção conformes /total de itens observados) X100

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mermel LA. Prevention of intravascular catheter-related infections. Ann Intern Med. 2000;132(5):391-402

2. O'Grady, NP; Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard OS, Maki DG, Masur H, McCormick R, Mermel LA, Pearson ML, Raad II, Randolph A, Weinstein R. Guideline for the prevention of intravascular catheter-related infections. The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee - Center for Disease Control and Prevention. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2002;23(12):759-69.

3. Crnich JC; Maki DG. Intravascular device infections. In: APIC Text of Infection Control and Epidemiology. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. 2005; p:24 -1-26.

4. Donlan RM. Biofilms and device-associated infections. Emerg Infect Dis 7(2), 2001; 7(2): 177-81.

5. Edwards JR, Peterson KD, Andrus LM, Tolson JS, Goulding JS, Dudeck MA, Mincey RB, Pollock DA, Horan TC. National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, data summary for 2006, issued June 2007. Am j Infect Control 2007;35:290-301.

6. Vonberg RP, Behnke M, Geffers C, Sohr D, Ruden H, Dettenkofer M, Gastmeier P. Device-associated infection rates for non-intensive care unit patients. Infect Control Hosp Epidemiol 2006;27: 357-61

7. Alexander M (ed) Infusion Nursing Standards of Practice. Journal of Intravenous Nursing. INS. Supplement, Jan/Feb 2006, vol.29 n. 1S

8. http://www.ihi.org/IHI/Programs/Campaign/ acessado agosto/07

9. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR 2002; 51:1-45.

10. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger P, Garland J, Heard SO, Lipsett PA, Masur H, Mermel LA, Pearson ML, Raad II, Randolph AG, Rupp ME, Saint S. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. Clin Infect Dis. 2011; 52(9): 162 - 193.

11. Marschall J, Mermel LA, Fakih M, Hadaway L, Kallen A, O' Grady NP, et al. Strategies to Prevent Central Line–Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014; 35: 753-71.

12. ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2017. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%AAncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373

DIRETRIZES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

OBJETIVO

Indicado para todos os profissionais que estão envolvidos, direta ou indiretamente, na assistência ao paciente submetido a procedimento cirúrgico e, portanto na prevenção e controle de infecção de sítio cirúrgico.

APLICABILIDADE

Indicado para todos os profissionais que estão envolvidos, direta ou indiretamente, na assistência ao paciente submetido a procedimento cirúrgico e, portanto na prevenção e controle de infecção de sítio cirúrgico.

INTRODUÇÃO

Infecções de sítio cirúrgico (ISC) representam a terceira topografia de infecção mais frequente (160 a 300.000 ISC por ano nos EUA), correspondendo a 20% de todas as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). AS ISC são aquelas que ocorrem como complicação de uma cirurgia, comprometendo a incisão, tecidos, órgãos ou cavidade manipulada, podendo ser diagnosticada de 30 a 90 dias após a realização do procedimento, ou até um ano, dependendo do tipo de cirurgia.

Os pacientes com ISC têm 1,6 vezes mais chance de serem admitidos em unidades de terapia intensiva, 5,5 vezes maior risco de readmissão hospitalar, risco 2 a 11 vezes maior para óbito (sendo a mortalidade atribuída de 4 a 5%), aumento do tempo de internação da ordem de 7 a 11 dias. O custo relacionado à ISC varia entre 3,5 a 10 bilhões de dólares por ano nos EUA.

As ISC são classificadas de acordo com a profundidade da lesão em: incisional superficial (acomete pele e tecido celular subcutâneo), incisional profunda (acomete fáscia e músculo) e órgão/espaço (acomete órgãos e locais em profundidade inferior à camada muscular, por exemplo, cavidades).

Em 1964, foi elaborada pelo National Academy of Sciences/National Research Council uma classificação para as feridas cirúrgicas quanto ao potencial de contaminação:

a) Cirurgia Limpa: procedimento cirúrgico realizado em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso ou inflamatório local, sem manipulação de trato respiratório, gastrintestinal ou genito-urinário, procedimento eletivo não traumático, sem qualquer falha na técnica asséptica e sem drenos de sistema aberto. Exemplos: herniorrafia, safenectomia, próteses articulares, cirurgia cardíaca, etc;

b) Cirurgia potencialmente contaminada: procedimento cirúrgico realizado em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação,

manipulação de trato respiratório, gastrintestinal ou genito-urinário sob condições controladas, sem contaminação significativa. Exemplos: gastrectomia, transplantes de fígado, prostatectomia, etc;

c) Cirurgia contaminada: procedimento cirúrgico em sítios com manipulação de órgãos ou cavidades com grande colonização bacteriana, presença de inflamação com ausência de secreção purulenta ou trauma recente (penetrante com menos de 4 horas) e feridas abertas cronicamente. Exemplo: colecistectomia em colecistite aguda; amigdalectomia, colectomia, etc;

d) Cirurgia infectada: existência no sítio cirúrgico de secreção purulenta, tecidos desvitalizados, perfuração de vísceras ou trauma penetrante há mais de 4 horas, procedimento com contaminação fecal. Exemplos: enterectomia secundária a ruptura de víscera, apendicectomia supurada.

As cirurgias potencialmente contaminadas, contaminadas e infectadas apresentam taxas de infecção mais elevadas do que cirurgias limpas. No entanto, existem outros fatores de risco que podem modificar estes resultados.

As fontes de microrganismos relacionados com as ISC são a própria microbiota do paciente, a equipe cirúrgica, os materiais, equipamentos e o ambiente.

A principal fonte é a inoculação direta da microbiota do próprio paciente, principalmente da pele e do sítio manipulado. Os cocos Gram-positivos (por exemplo: Staphylococcus coagulase negativa e Staphylococcus aureus) são relativamente mais isolados em cirurgias limpas e as bactérias gram-negativas e anaeróbias são mais comuns após procedimentos contaminados ou potencialmente contaminados, sendo a etiologia polimicrobiana freqüente.

Os fatores de risco para ISC são: imunossupressão e doença pré-existente como diabetes mellitus, obesidade, desnutrição, uso de corticosteróides, tabagismo, infecções a distância do sítio cirúrgico, estado de portador nasal de Staphylococcus aureus, maior tempo de internação pré-operatória, retirada de pelos com bisturi ou lâminas, manutenção inadequada da hemostasia, hipotermia, presença de tecidos desvitalizados, presença de espaço morto, presença de drenos, tempo de cirurgia prolongado, equipamentos e materiais cirúrgicos com problemas no processo de esterilização. Fatores como raça, idade ou sexo não parecem estar associados à ISC.

DIRETRIZ

As medidas de prevenção e de controle de ISC são descritas por várias associações, entidades de classe, pesquisadores e instituições. Estas medidas foram definidas com base em evidências científicas, tendo como fonte as seguintes recomendações: Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) do CDC, Surgical Infection Society, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC), Society for Healthcare Epidemiology

of America (SHEA), Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (APECIH), por exemplo.

As melhores práticas para Prevenir Infecção de Sítio Cirúrgico

As recomendações do CDC são bastante conhecidas pelos profissionais, porém, como foram publicadas em 1999, merecem revisão atualizada. Estas recomendações são categorizadas conforme o nível de evidências científicas disponíveis, racional teórico, aplicabilidade e impacto econômico:

- Categoria IA: fortemente recomendada - apoiada em estudos experimentais, clínicos ou observacionais bem desenhados.
- Categoria IB: fortemente recomendada - embasadas por certos estudos experimentais, clínicos ou observacionais bem desenhados e forte embasamento racional teórico.
- Categoria IC: requerido por padrões, regras e leis.
- Categoria II: Medidas sugeridas - apoiadas em estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos ou baseadas em forte racionalidade teórica.
- Nenhuma recomendação ou assunto não resolvido: não há evidência suficiente ou falta consenso quanto eficácia/efetividade.

Em 2014, o SHEA publicou recomendações para prevenção de ICS cujo nível de evidência é baseado no GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation) da Canadian Task Force on Preventive Health Care:

I – Alto nível de evidência

II – Moderado nível de evidência

III – Baixo nível de evidência (incluindo opinião de experts)

Medidas de prevenção recomendadas Força de evidência (CDC) Outras referências

1. Pré-operatório (Paciente)

Reduzir o tempo de internação pré-operatória ao menor possível (suficiente para o preparo pré-operatório) II

Controlar glicemia em pacientes diabéticos e evitar hiperglicemia peri-operatória IB I – para cirurgias cardíacas e II – para cirurgias não cardíacas: Recomenda-se controlar o nível de glicose no sangue (<180mg/dl) no pré-operatório, no intra-operatório e no pós-operatório (18 a 24 horas após o término da anestesia), aplicando as medidas terapêuticas a qualquer momento (SHEA 2008 e 2014 / IHI 2012).

I – para pacientes previamente diabéticos, recomenda-se HbA1C < 7% antes da cirurgia (SHEA 2014)

Tratar infecções em sítios remotos antes da realização de procedimentos eletivos IA II (SHEA 2014)

Evitar tabagismo (30 dias antes da cirurgia, preferencialmente) IB I (SHEA 2014)

Se possível, evitar o uso de medicamentos imunossupressores antes da cirurgia - III (SHEA 2014)

Transfusão sangüínea desnecessária deve ser evitada IB II (SHEA 2014)

Melhorar estado nutricional do paciente, assim como suspender corticosteróides Assunto não resolvido

Uso de mupirocina para descontaminação nasal de portadores de Staphylococcus aureus resistentes a oxacilina (MRSA) + banho com CHG Assunto não resolvido II (SHEA 2014)

A pesquisa de portadores nasais deve ser considerada em grupos cirúrgicos específicos, principalmente para pacientes ortopédicos e em procedimentos cardio-torácicos, sendo MRSA um dos principais agentes causadores de ISC.

Proceder à investigação em tempo suficiente para que pacientes positivos possam ser descolonizados com mupirocina nasal 12/12h por 5 dias e banho com CHG 1x/dia no mínimo 3 a 5 dias (APIC 2010/ IHI 2012)

Realização de tricotomia somente se necessário e imediatamente antes do ato cirúrgico com tricotomizador IA II (SHEA 2014)

Banho pré-operatório com solução antisséptica pelo menos na noite anterior a cirurgia IB

Recomenda-se banho pré-operatório com solução de clorexidine degermante a 2% aplicando do pescoço para baixo, nos 3 dias que antecedem o procedimento. Esta medida visa reduzir a colonização da pele e o risco de ISC. Recomenda-se também o banho com CHG o mais próximo possível do procedimento cirúrgico. Para tanto podem ser utilizadas toalhas impregnadas com CHG que facilitam o procedimento de banho pré-operatório e não necessitam de enxague. (APIC 2010/ IHI 2012/ AORN 2011)

2. Pré-operatório (Equipe Cirúrgica)

Limpar sob as unhas antes de iniciar a degermação das mãos II

Degermação cirúrgica das mãos e antebraços (até o cotovelo) com solução antisséptica, (5 minutos na primeira degermação e 2 minutos nas demais) IB

Manter as mãos elevadas e afastadas do corpo, de maneira que a água escorra das mãos para o cotovelo. Secar as mãos com toalhas estéreis e colocar aventais e luvas estéreis IB

Manter unhas curtas e não artificiais IB

Não utilizar joias ou acessórios nas mãos e braços no ato cirúrgico II A Norma Regulamentadora (NR32) proíbe o uso de adornos (anéis, brincos, pulseiras, colares, alianças e relógios) pelos trabalhadores. (NR32 / AORN 2011)

Encorajar a equipe cirúrgica de notificar doenças transmissíveis e lesões de pele para seus supervisores e saúde ocupacional IB

Não afastar profissionais da saúde quando colonizados por S.aureus (nariz, mãos ou outro sítio) ou Streptococcus do grupo A, a menos que este esteja associado epidemiologicamente a disseminação destes microrganismos IB

Utilizar o Check-list da OMS para assegurar as melhores práticas - I (SHEA 2014)

Treinamento da equipe cirúrgica sobre as medidas de prevenção de ISC - III (SHEA 2014)

3. Intra-operatório (Ambiente)

Ventilação com pressão positiva na sala cirúrgica em relação ao corredor e áreas adjacentes; Manter a porta da sala fechada; manutenção de no mínimo 15 trocas de ar / hora (sendo 3 delas com ar fresco), uso de filtro HEPA IB III (SHEA 2014)

Não utilizar radiação ultra-violeta na sala operatória para prevenção de ISC IB

Limitar o número de pessoas na sala cirúrgica II III (SHEA 2014)

Sujeira e contaminação com sangue e fluidos corporais nas superfícies e equipamentos durante a cirurgia devem ser desinfetados antes da próxima cirurgia IB

Não há indicação de técnica de limpeza diferenciada após cirurgias contaminadas ou infectadas IB Limpeza/ desinfecção concorrente entre procedimentos valorizando as superfícies mais tocadas. Limpeza/desinfecção terminal ao final de procedimentos em pacientes em precaução de contato (AORN 2011)

Limpeza terminal mecânica do piso na ultima cirurgia do dia. II

Pesquisa ambiental de agentes etiológicos somente em situações de investigação (surtos) IB

4. Intra-operatório

Administrar profilaxia antimicrobiana somente quando indicado e em tempo necessário para atingir níveis séricos e teciduais adequados no momento da incisão cirúrgica.

Manter níveis terapêuticos durante a cirurgia e até poucas horas depois que incisão for fechada na sala operatória. IA I (SHEA 2014)

Quando recomendado o uso de fluoroquinolonas e glicopeptídeos como esquema profilático, iniciar entre 1 e 2 horas antes da incisão.

No restante dos antimicrobianos, iniciar rigorosamente dentro da primeira hora. Quanto à duração da profilaxia, na maioria dos procedimentos recomenda-se 24 horas, com algumas exceções como, por exemplo, cirúrgica cardíaca (até 48 horas).

Os esquemas de profilaxia cirúrgica estão disponíveis no link do Manual Farmacêutico 2013/2014: http://www.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/Home.aspx

Para procedimentos colo-retais, associado ao esquema profilático parenteral, recomenda-se preparação intestinal mecânica (enemas e laxantes) com antimicrobianos por via oral. Assunto não resolvido I (SHEA 2014)

Como esquema antimicrobiano oral, recomenda-se sulfato de neomicina 1g + eritromicina 1g no dia anterior à cirurgia 13:00 / 14:00 / 23:00 horas e uma dose antes da cirurgia ou sulfato de neomicina 2g + metronidazol 2g no dia anterior da cirurgia 19:00 / 23:00 e uma dose antes da cirurgia.

Para cesárea, administrar profilaxia antimicrobiana antes do início da cirurgia IA

Não administrar rotineiramente Vancomicina como profilaxia antimicrobiana IB II (SHEA 2014)

O uso de vancomicina é recomendado como alternativa em alguns casos de alergia a beta-lactâmicos, pacientes previamente colonizados com MRSA, hospitalização recente (últimos três meses), pacientes em regime de hemodiálise e provenientes de instituições de longa permanência.

Manter oxigenação adequada no intra e pós-operatório de cirurgias colo-retais Assunto não resolvido I (SHEA 2014)

Manter FiO2 80% no intra-operatório e até 2 a 6 horas após o término da cirurgia.

Manter normotermia (temperatura superior a 35,5ºC) no intra e pós-operatório de cirurgias colo-retais Assunto não resolvido I (SHEA 2014)

Realizar degermação da área peri-incisional removendo contaminação e sujidade antes do preparo da pele. IB Não há antagonismo entre CHG e PVPI por incompatibilidade química e ambos os compostos mantém atividade antisséptica quando aplicados na mesma área.

Utilizar solução antisséptica apropriada no preparo da pele do paciente – clorexidine ou PVPI IB I (SHEA 2014)

A antissepsia da pele deve ser realizada com solução antisséptica em combinação com produto alcoólico (CHG ou PVPI).

CHG não deve ser utilizado para mucosa ocular e otológica.

Não há antagonismo entre CHG e PVPI por incompatibilidade química e ambos os compostos mantém atividade antisséptica quando aplicados na mesma área

Aplicação do agente antisséptico com movimentos concêntricos do centro para a periferia, englobando toda a área de abordagem amplamente (inclusive o local da colocação de drenos) II

Esterilização de todo o instrumental cirúrgico. Não utilizar a esterilização flash como rotina ou alternativa para a redução do tempo IB II (SHEA 2014)

Controle e registros do processamento de todo o material, incluindo as etapas de limpeza, preparo e esterilização (APECIH 2009/ RDC15)

Utilizar máscara cirúrgica cobrindo completamente boca e nariz ao entrar em sala cirúrgica em procedimento ou onde materiais estéreis estejam expostos. Utilizar a máscara durante toda a cirurgia.

Utilizar gorros ou toucas cobrindo totalmente os cabelos. IB

Trocar roupas privativas quando visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica IB

Barreira máxima no ato cirúrgico (avental, luva estéril, gorro, máscara cirúrgica, óculos, campos cirúrgicos). IB No caso de colocação de próteses ortopédicas, há indicação de duas luvas estéreis, pois reduz significantemente as perfurações e proporciona uma efetiva barreira. (APIC2010)

Manter adequada hemostasia, minimizar a presença de tecido desvitalizado e corpo estranho, erradicar espaço morto. Utilizar drenos caso necessário, com sistema fechado removendo-o o mais rápido possível IB

Não utilizar sutura impregnada com antisséptico - II (SHEA 2014)

Não utilizar rotineiramente filmes adesivos impregnados com antissépticos como estratégia de prevenção de ISC - I (SHEA 2014)

3. Pós-operatório

Proteger a ferida operatória com cobertura estéril por 24 a 48 horas;

Higienizar as mãos antes e após o manuseio da ferida (produto alcoólico ou água e sabão);

Utilizar técnica asséptica para a execução do curativo:

luvas estéreis e produtos estéreis no contato com as feridas. IB I (SHEA 2014)

Uso de curativo impermeável plástico para cirurgia gastrintestinal e de vias biliares.

II (SHEA 2014)

Recomenda-se a lavagem da ferida operatória com produto antisséptico (por exemplo, PVPI)

Educar paciente e família quanto a cuidados com a ferida operatória, sintomas de infecção e procurar serviço médico na presença de sintomas II III (SHEA 2014)

Vigilância das ISC e feed-back dos relatórios para equipe cirúrgica IB II (SHEA 2014)

Estratégias de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC): exemplos de órgãos internacionais

1. Institute of Healthcare Improvement (IHI)

Criado em 1991, o IHI é uma organização independente sem fins lucrativos, que baseia as suas ações e iniciativas na possibilidade da melhoria da assistência em saúde ao redor do mundo.

Com base nessa filosofia e nos números assustadores sobre mortalidade publicados pelo Institute of Medicine em 1999, foi lançada, em 2004, uma campanha denominada "Salvar 100 Mil Vidas", que buscava diminuir o número de mortes decorrentes de falhas na assistência nos hospitais norte americanos. Tal iniciativa contou com o apoio de entidades de grande importância no cenário da saúde dos Estados Unidos, como: Agency for Healthcare Research and Quality, CDC, Joint Comission International (JCI), American College of Cardiology, entre muitos outros.

Em 18 meses, os 3.100 hospitais que participaram de forma voluntária da campanha conseguiram evitar 122 mil mortes. O sucesso dessa iniciativa nos Estados Unidos motivou o IHI a ampliar suas metas, e, em 2006, uma nova campanha foi lançada, com base na alarmante estimativa de que 15 milhões de eventos adversos com pacientes ocorrem por ano no país. Foi lançada, então, a campanha "Protegendo 5 Milhões de Vidas de Danos", cujo objetivo é diminuir um terço dos eventos adversos causados em hospitalizações, protegendo os pacientes de 5 milhões de eventos ocasionados pela assistência em saúde ao longo de dois anos. É a maior iniciativa para melhoria da indústria da saúde na história recente, e que vem se espalhando pelo mundo, inclusive no Brasil.

Tanto a campanha inicial quanto a campanha das "5 Milhões de Vidas" são baseadas em grupos ou pacotes de intervenções ("bundles", na definição do IHI) bem estruturados em evidências científicas de excelente custo–benefício. Cada um deles foca em uma situação de grande importância no meio hospitalar e com impacto na saúde pública. Os pacotes de intervenção têm indicadores para monitoração dos resultados e metas a serem atingidas. Além disso, são todos baseados em um conjunto de medidas que, quando realizadas em consonância, têm mais impacto no prognóstico do paciente do que quando realizadas separadamente. No total são 12 intervenções, as seis que já tinham sido estabelecidas na campanha das "100 Mil Vidas" e outras seis novas criadas para a campanha das "5 Milhões de Vidas". O impacto final das medidas pode ser mensurado pela queda da mortalidade hospitalar (número de óbitos/número de altas).

No pacote de medidas de prevenção de ISC sugerido pelo IHI constam: uso racional de antibioticoprofilaxia, tricotomia adequada, controle glicêmico no pós-operatório para pacientes de cirurgia cardíaca, manutenção de normotermia em pós-operatório de cirurgia colorretal.
- Uso racional de antibioticoprofilaxia: envolver anestesistas, farmacêuticos e enfermeiros; a utilização do antibiótico deve ser compulsória para as cirurgias indicadas; introduzir este item no checklist de controle do CC (timeout).
- Tricotomia adequada: garantir padronização adequada de materiais aparadores elétricos (tricotomizador); utilizar cartazes e sinalizações; educar o paciente; remover navalhas ou barbeadores do hospital.
- Controle glicêmico: implementar um protocolo para controle da glicemia de todos os pacientes cirúrgicos; checar regularmente o nível de glicose no sangue em pacientes com hiperglicemia e, dependendo do resultado, fazer o tratamento; definir responsabilidades quanto ao controle da glicose.
- Normotermia: utilizar cobertores elétricos no pré-operatório, durante a cirurgia e na recuperação pós-anestésica; utilizar fluídos endovenosos aquecidos; utilizar mantas sob os pacientes nas mesas cirúrgicas; utilizar toucas e meias desde o pré-operatório; controlar o ar condicionado das salas, a fim de evitar o resfriamento excessivo da SO.
A implantação confiável destes componentes pode reduzir drasticamente a incidência de ISC, resultando, em muitos casos, na eliminação, quase completa, das infecções evitáveis em sítio cirúrgico.

A aplicação do pacote de medidas depende de um trabalho integrado que envolve vários profissionais, como: equipe de cirurgiões, equipe de anestesistas, equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico (CC) e do Centro de Material e Esterilização (CME), integrantes do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), engenharia clínica, etc.

O IHI sugere a formação de um time multiprofissional estruturado com o apoio da alta liderança da instituição, que deve prover recursos adequados e incentivar a aplicação da estratégia6,20. Os objetivos do time devem ser claros e mensuráveis para que novas propostas sejam implantadas caso necessário.

Recomendam-se seis indicadores de processo/desempenho para a prevenção de ISC:
1. Porcentagem de pacientes que receberam antibioticoprofilaxia no tempo correto;
2. Porcentagem de pacientes com antibioticoprofilaxia adequadamente suspensa;

3. Porcentagem de pacientes com antibioticoprofilaxia adequada para o procedimento;
4. Porcentagem de pacientes com tricotomia adequada;
5. Porcentagem de cirurgias cardíacas de grande porte com controle glicêmico no pós-operatório;
6. Porcentagem de cirurgias colorretais com normotermia na Recuperação Pós-Anestésica (RPA).

Recomenda-se um indicador de resultado para a prevenção de ISC: taxa de infecção de ferida em cirurgia limpa.

2. Cirurgia Segura – Organização Mundial da Saúde (OMS)

Em 2007, a OMS e a Universidade de Harvard criaram o programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" e assumiram a liderança no estabelecimento de normas globais e padronizações para políticas públicas e práticas de segurança do paciente. Em 2008, a assistência cirúrgica segura foi escolhida pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente, criada em 2004, como o "Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente".

O programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" visa a melhoria da segurança e a redução do número de mortes e complicações cirúrgicas de quatro maneiras: prevenção de ISC, anestesia segura, equipes eficientes, mensuração de complicações ocorridas após assistência cirúrgica.

Dez objetivos essenciais foram definidos a serem alcançados por todas as equipes. Foi criada uma lista de verificação ou checklist padronizado em que estes 10 itens são abordados de forma direta ou indireta. A ideia é que as equipes se lembrem do que realmente é importante e cobrem, uma das outras, a execução das melhores práticas.

O objetivo número 6 diz respeito à prevenção de ISC: "a equipe usará, de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico".

Para estas questões, existem vários itens de checagem propostos no checklist: preparo da pele do paciente no pré-operatório; tricotomia adequada; equipamentos necessários disponíveis em SO e se passaram por manutenção preventiva; antibioticoprofilático administrado até uma hora antes da incisão cirúrgica e, caso necessário, repetido no intraoperatório; esterilização de instrumental controlada; número de pessoas na SO, entre outras medidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13: 606-608.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999; 20(4):250-78.
- Greene LR. Guide to the elimination of orthopedic surgery surgical site infections: an executive summary of the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology elimination guide. Am J Infect Control. Am J Infect Control. 2012;40(4):384-6.
- Kao LS, Meeks D, Moyer VA, Lally KP. Peri-operative glycaemic control regimens for preventing surgical site infections in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3):CD006806.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360(5):491-9.
- Humphreys H. Preventing surgical site infection. Where now? J Hosp Infect. 2009; 73: 316-322.
- Coates T, Bax R, Coates A. Nasal decolonization of Staphylococcus aureus with mupirocin: strengths, weaknesses and future prospects. J Antimicrob Chemother. 2009;64(1):9-15.
- Güenaga KF, Matos D, Wille-Jørgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 9:CD001544.
- Alexander JW, Solomkin JS, Edwards MJ. Updated recommendations for control of surgical site infections. Ann Surg. 2011;253(6):1082-93.
- The Society for Hospital Epidemiology of America; The Association for Practioners in Infection Control; The Centers for Disease Control; The Surgical Infection Society. Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13: 599-605.
- Anderson MJ, Horn ME, Ying-Chi Lin BS, Parks J, Peterson ML. Efficacy of concurrent application of chlorhexidine gluconate and povidone iodine against six nosocomial pathogens. Am J Infect Cont. 2010;38(10): 826-831.
- Grinbaum RS, Destra AS et cols. Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico. 3ªedição revisada e ampliada. APECIH. 2009.
- Darouiche R, Wall M, Itani K, et al. Chlorhexidine-alcohol versus povidone-iodine for surgical-site antisepsis. N Engl J Med. 2010; 362 (1):18-26.

- IHI. How-to Guide: Prevent Surgical Site Infection for Hip and Knee Arthroplasty. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. (Available at http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventSurgicalSiteInfection.aspx)
- ANVISA. RESOLUÇÃO - RDC No 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. DOU Nº 54, de 19 de março de 2012 - Seção 1 - pag. 43, 44, 45 e 46.
- Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde e Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. SÍTIO CIRÚRGICO: Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde. ANVISA; março 2009.
- ANVISA. PORTARIA N.° 485, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). DOU de 16/11/05 – Seção 1.
- Boszczowski I, Miranda LN e Levin AS. Um compêndio de estratégias para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em hospitais de cuidados agudos Suplemento. Tradução autorizada SHEA 2008. Publicada APECIH 2011.
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Perioperative standards and recommended practices. Denver: AORN; 2011.
- World Health Organization (WHO). Guidelines for safe surgery 2009. Safe Surgery Saves Lives. [cited 2013 Sep 9]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). How-to guide: prevent surgical site infections. [cited 2013 Sep 9]. Available from: http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventSurgicalSiteInfection.aspx

- Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Ministério da Saúde (MS) / Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2009. [acessado 2013 Set1]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/213372004745811b8d55dd3fbc4c6735/Manual_seguranca_do_paciente.pdf?MOD=AJPERES
- World Health Organization (WHO). Patients for patient safety. [cited 2013 Sep 9]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/
- Perdiz LB, Parreira F. Prevenção e controle de infecção de sítio cirúrgico. In: Prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Coleção 156 perguntas e respostas. São Paulo: Sarvier; 2012. p.123-53.

- Silva CV, Kawagoe JY, Cardoso MFS. Prevenção de infecção de sítio cirúrgico. In: Malagutti W, Bonfim IM. Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico. São Paulo: Martinari; 2008. p.197-225. Capítulo 11.
- Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (APECIH). Boszczowski I, Miranda LN, Levin AS. Um compêndio de estratégias para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em hospitais de cuidados agudos. Suplemento. Tradução autorizada SHEA 2008. São Paulo: APECIH; 2011.
- Anderson DJ, Podgorny K, Berríos-Torres SI, et al. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014; 35(6): 605-27.

Diretrizes sobre Tratamento de Infecções Fúngicas

OBJETIVO

Esta diretriz tem como objetivo apresentar as opções de tratamento de infecções fúngicas.

APLICABILIDADE

Aplicável na vigência de infecções fúngicas.

INTRODUÇÃO

As infecções por espécies de Candida no ambiente hospitalar são complicações geralmente documentadas após período prolongado de exposição a diversos fatores de risco, particularmente, uso de antibióticos de amplo espectro, corticoterapia, cateter vascular em posição central, cirurgias de grande porte, quimioterapia, diálise, alimentação parenteral, entre outros.

A candidemia é a apresentação clínica das infecções por Candida spp, associada a maior mortalidade, sendo que a terapia antifungica adequada e precoce eleva a sobrevida destes pacientes.

A exposição aos azólicos, em especial ao fluconazol, no tratamento empírico ou profilático, parece ter um papel fundamental no desenvolvimento da resistência aos antifúngicos. O aumento desta resistência, especialmente nas espécies de Candida, tem associação com o uso inapropriado dos antifungicos, a infecções persistentes, aumento da mortalidade e dos custos hospitalares.

O conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes que desenvolvem candidemia deve ser de domínio dos diferentes profissionais de saúde para que as diretrizes de tratamento sejam adequadas a realidade de cada hospital.

O arsenal terapêutico atual

Obs: A flucitosina só deve ser utilizada em terapia combinada no tratamento de neurocriptococose
Obs: A dose usual da anfotercina B lipossomal é 3 mg/kg/ dia, doses maiores podem levar a toxicidade, nesses casos, avaliar caso a caso

DIRETRIZ
Tabela 1. Abordagem do paciente com candidemia documentada ou suposta

Características clínicas 1ª escolha Alternativas
Paciente estável ou não hemodinamicamente
Anidulafungina 200g (dose de ataque), seguido de 100mg/d ou
Micafungina 100mg/d ou
Caspofungina 70mg (dose de ataque),seguidos de 50mg/d IV 1x/dia. Na presença de insuficiência hepática moderada, a dose recomendada é 35mg/d (na insuficiência hepática grave, não há dados para uso) Anfotericina B lipossomal 3 a 5 mg/kg/d IV 1x/d ou
Voriconazol 400mg ou 6mg/kg* como dose de ataque seguidos de 200mg ou 3mg/kg IV 2x/d

Paciente neutropênico Anidulafungina 200g (dose de ataque), seguido de 100mg/d ou
Micafungina 100mg/d ou
Caspofungina 70mg (dose de ataque),seguidos de 50mg/d IV 1x/dia. Na presença de insuficiência hepática moderada, a dose recomendada é 35mg/d (na insuficiência hepática grave, não há dados para uso)

Anfotericina B lipossomalou anfotericina complexo lipídico 3 a 5 mg/kg/d IV 1x/d ou
Voriconazol 400mg ou 6mg/kg como dose de ataque (preferência VO na ausência de sintomas gastrintestinais), seguidos de 200mg ou 3mg/kg 2x/d IV 2x/dem situações onde é desejável a cobertura para fungos filamentosos
Obs: Nos pacientes cujo antifungigrama seja sensível a fluconazol fazer o descalonamento

Duração do tratamento da candidemia
Na ausência de complicações à distância, tais como abscessos, osteomielite, o tratamento deve ser mantido até 2 semanas após a documentação da ausência de candidemia (isto é, a partir da data da última hemocultura negativa) e resolução dos sintomas. Em pacientes hematológicos

que persistem com neutropenia a duração do tratamento pode ser prolongada até recuperação da neutropenia.

A remoção do cateter venoso central é recomendada para pacientes críticos não neutropênicos, que apresentam sepse grave, assim como nos casos de candidemia de escape em pacientes recebendo mais de 3 dias de antifúngico sistêmico com atividade sobre o agente isolado em culturas.

Candidúria assintomática (somente nos casos de neutropenia, recém-nascidos de baixo peso e pacientes com manipulação urológica)

Fluconazol 200 a 400mg/d (3 – 6 mg/kg/d), se susceptível. Anfotericina B deoxicolato 0,3 – 0,6mg/kg/d. a) Neutropenia: 2 semanas

b) Recém-nascido de baixo-peso: 3 semanas

c) Procedimento urológicos: negativar urocultura antes do procedimento e mantê-lo até 5 dias após a manipulação

Cistite Fluconazol 200mg/d (3mg/kg/d), se susceptível No caso de suspeita ou confirmação de resistência aos azólicos: anfotericina B deoxicolato 0,3 – 0,6mg/kg/d 2 semanas

Pielonefrite Fluconazol 200 a 400mg/d (3 - 6 mg/kg/d) No caso de suspeita ou confirmação de resistência aos azólicos: anfotericina B deoxicolato0,3 a0,6mg/kg/d com ou sem flucitosina 25mg/kg 4x/d VO 2 a 4 semanas

Bola fúngica em bexiga (intervenção cirúrgica em não neonatos é recomendada para o tratamento)

Fluconazol200 a 400mg/d (3 – 6 mg/kg/d) No caso de suspeita ou confirmação de resistência aos azólicos: anfotericina B deoxicolato 0,3 – 0,6mg/kg/d com ou sem flucitosina 25mg/kg 4x/d VO Até negativação da urina ou ausência de sintomas

1. Casos refratários de candidúria, intolerância ou resistência ao fluconazol, recomenda-se elevação da dose de anfotericina B deoxicolato para 1mg/kg/d ou associação com irrigação vesical: anfotericina B deoxicolato 50mg/dia durante 48 horas a 72 horas em infusão contínua pela sonda vesical. A experiência clínica com candidúria e equinocandinas ou voriconazol é bastante restrita, sendo que dados farmacológicos sugerem que a concentração urinária de ambos os antifúngicos seja reduzida.

V - Candidíase disseminada crônica

Características clínicas 1ª escolha Alternativas

Paciente estável hemodinamicamente; doença refratária

Anidulafungina 200mg/d (dose de ataque), seguido de 100mg/d ou Micafungina 100mg/d ou

Caspofungina 70mg (dose de ataque),seguidos de 50mg/d IV 1x/dia. Na presença de insuficiência hepática moderada, a dose recomendada é 35mg/d (na insuficiência hepática grave, não há dados para uso). Anfotericina B deoxicolato 0,5 – 0,7mg/kg/d

Paciente grave, com instabilidade hemodinâmica Anfotericina B lipossomal 3 – 5mg/kg/d ou Anfotericina B deoxicolato 0,5 – 0,7mg/kg/d. Anidulafungina 200mg/d (dose de ataque), seguido de 100mg/d ouMicafungina 100mg/d ou Caspofungina 70mg (dose de ataque),seguidos de 50mg/d IV 1x/dia. Na presença de insuficiência hepática moderada, a dose recomendada é 35mg/d (na insuficiência hepática grave, não há dados para uso) ou Anfotericina B deoxicolato 0,5 – 0,7mg/kg/d

Duração do tratamento para candidíase disseminada crônica: Ataque durante 2 semanas, seguidos de fluconazol 400mg /d (6mg/kg/d) até a resolução das lesões ou calcificação (geralmente, 3 a 6 meses de terapia).

VI - Infecção por Candida spp osteoarticular (sempre associado ao desbridamento cirúrgico)

Características clínicas 1ª escolha Alternativas Duração

Osteomielite Fluconazol 400mg/d (6mg/kg/d) ou anfotericina B lipossomal 3 – 5 mg/kg/d

Anidulafungina 200mg/d (dose de ataque), seguido de 100mg/d ou Caspofungina 70mg (dose de ataque),seguidos de 50mg/d IV 1x/dia. Na presença de insuficiência hepática moderada, a dose recomendada é 35mg/d (na insuficiência hepática grave, não há dados para uso) ou Anfotericina B deoxicolato 0,5 – 1,0mg/kg/d 2 semanas de ataque (IV), seguido de fluconazol 400mg/d durante 6 a 12 meses

Artrite séptica e infecção associada à prótese (no caso de prótese, recomenda-se a retirada do dispositivo) Fluconazol 400mg/d (6mg/kg/d) ou anfotericina B lipossomal 3 – 5 mg/kg/d

Anidulafungina 200mg/d (dose de ataque), seguido de 100mg/d ou Caspofungina 70mg (dose de ataque),seguidos de 50mg/d IV 1x/dia. Na presença de insuficiência hepática moderada, a dose recomendada é 35mg/d (na insuficiência hepática grave, não há dados para uso) ou Anfotericina B deoxicolato 0,5 – 1,0mg/kg/d 2 semanas de ataque (IV), seguido de fluconazol 400mg/d durante 6 semanas

VII - Infecção por Candidaspp em Sistema Nervoso Central (SNC) / Endoftalmite por Candida spp

Características clínicas 1ª escolha Alternativas Duração

Infecção por Candidaspp em SNC Anfotericina B lipossomal 3 – 5 mg/kg/d com ou sem flucitosina 25mg/kg 4x/d, seguido de fluconazol 400 – 800mg/d (6 a 12mg/kg/d) no caso do agente isolado for susceptível ao fluconazol.

- Algumas semanas e dependerá da resposta clínica, radiológica e liquórica (discutir com infectologista)

Endoftalmite por Candidaspp

Voriconazol 6mg/kg 2x/d no primeiro dia, seguido de 3 – 4 mg/kg 2x/d ou Fluconazol 400 – 800mg/d (6 a 12 mg/kg/d) -

- 4 a 6 semanas e estabilização ou resolução do exame oftalmológico

Endoftalmite por Candidaspp(falha ou intolerância no tratamento com fluconazol ou voriconazol)

Anfotericina B lipossomal 3 – 5 mg/kg/d com ou sem flucitosina 25mg/kg 4x/d Anidulafungina 200mg/d (dose de ataque), seguido de 100mg/d ou

Micafungina 100mg/d ou Caspofungina 70mg (dose de ataque),seguidos de 50mg/d IV 1x/dia. Na presença de insuficiência hepática moderada, a dose recomendada é 35mg/d (na insuficiência hepática grave, não há dados para uso)

VIII - Endocardite, pericardite, miocardite, tromboflebite

Características clínicas 1ª escolha Alternativas Duração

Endocardite de valva nativa / prostética / miocardite Anfotericina B liposomal 3 – 5 mg/kg/d com ou sem flucitosina 25mg/kg 4x/d, seguido de fluconazol 400 – 800mg/d (6 a 12mg/kg/d) no caso do agente isolado for susceptível ao fluconazol. Anidulafungina 200mg/d ou Caspofungina 100mg/d ou Micafungina 100mg/d, seguido de fluconazol 400 – 800mg/d (6 a 12mg/kg/d) no caso do agente isolado for susceptível ao fluconazol. Após a troca de valva, manter o tratamento durante 6 semanas. No caso de abscesso perivalvular e outras complicações, manter o tratamento até a resolução do quadro

Pericardite (recomendação para pericardiotomia)

Anfotericina B liposomal 3 – 5 mg/kg/d, seguido de fluconazol 400 – 800mg/d (6 a 12mg/kg/d) no caso do agente isolado for susceptível ao fluconazol. Anidulafungina 200mg/d ou Caspofungina 100mg/d ou Micafungina 100mg/d, seguido de fluconazol 400 – 800mg/d (6 a 12mg/kg/d) no caso do agente isolado for susceptível ao fluconazol. Alguns meses até a resolução do quadro inflamatório do peritônio

Tromboflebite supurativa (recomendado a remoção do cateter, incisão, drenagem ou ressecção da veia, se possível) Anfotericina B liposomal 3 – 5 mg/kg/d Anfotericina B deoxicolato 0,6 – 1,0 mg/kg/d ou fluconazol 400 – 800mg/d (6 a 12mg/kg/d) ou Anidulafungina 200mg/d ou

Caspofungina 100mg/d ou Micafungina 100mg/d, seguido de fluconazol 400 – 800mg/d (6 a 12mg/kg/d) no caso do agente isolado for susceptível ao fluconazol. Até 2 semanas após a última hemocultura negativa para Candidaspp, mantendo até a resolução do trombo
Marcapasso ou desfibrilador cardíaco implantável com infecção por Candidaspp(recomenda-se fortemente a remoção do dispositivo) Anfotericina B liposomal 3 – 5 mg/kg/d com ou sem flucitosina 25mg/kg 4x/d Anidulafungina 200mg/d ou Caspofungina 100mg/d ou Micafungina 100mg/d, seguido de fluconazol 400 – 800mg/d (6 a 12mg/kg/d) no caso do agente isolado for susceptível ao fluconazol. Infecção é localizada no gerador ou "pocket": manter até 4 semanas após a remoção do dispositivo. Infecção localizada no marca-passo ou desfibrilador cardíaco: 6 semanas de terapia após a substituição da valva cardíaca ou por mais tempo caso haja abscesso perivalvular ou outras complicações até a resolução clínica

IX - Crescimento de Candida spp em secreção respiratória

Não se recomenda o tratamento com anti-fúngico quando o crescimento de Candidas spp em amostras de secreções respiratórias. O tratamento está indicado apenas nos casos com confirmação histopatológica, sendo recomendado o uso de equinocandinas ou fluconazol ou formulações de anfotericina B.

X - Candidíase mucocutânea não genital

Características clínicas 1ª escolha Alternativas Duração
Candidíase de orofaringe (casos leves – tratamento tópico)
Nistatina suspensão 100.000 U/ml 4 a 6 ml 4x/d ou Nistatina pastilha (cada pastilha 200.000 UI) 1 ou 2 pastilhas 4x/d - 7 a 14 dias
Candidíase de orofaringe (casos moderados a severos)

Fluconazol 100 – 200mg/d (3mg/kg/d) - 7 a 14 dias
Candidíase de orofaringe (casos refratários ao fluconazol) Itraconazol 200mg 2x/d ou Posaconazol suspensão 400mg 2x/d durante 3 dias e, após isso, 400mg/d Na falha com itraconazol ou posaconazol, voriconazol 200mg 2x/d ou Micafungina 150mg/d ou Anidulafungina 200mg (dose de ataque), seguidos de 100mg/d ou Caspofungina 70mg (dose de ataque),seguidos de 50mg/d IV 1x/dia. Na presença de insuficiência hepática moderada, a dose recomendada é 35mg/d (na insuficiência hepática grave, não há dados para uso) ou Anfotericina

B deoxicolato 0,3mg – 0,5mg/kg/d 7 – 14 dias, podendo checar a 30 dias ou até melhora clínica

2. Candidíase esofágica Fluconazol VO 200 – 400mg/d (3 – 6mg/kg/d). Se intolerância VO, tentar fluconazol 400mg/d IV Itraconazol 200mg 2x/d ou voriconazol 200mg 2x/d ou posaconazol 200mg VO no primeiro dia, seguido de 100mg VO 1x/d ou Micafungina 150mg/d ou Anidulafungina 200mg (dose de ataque), seguidos de 100mg/d ou Caspofungina 70mg (dose de ataque),seguidos de 50mg/d IV 1x/dia. Na presença de insuficiência hepática moderada, a dose recomendada é 35mg/d (na insuficiência hepática grave, não há dados para uso) ou Anfotericina B deoxicolato 0,3 – 0,5mg/kg/d. Nos casos refratários, posaconazol 400mg 2x/d durante 3 dias, seguido de 400mg/d por 25 dias. 14 a 21 dias

XIII - Outros fungos

Aspergilose

Os agentes mais importantes são A.fumigatus, A. flavus, A. terreus, A. Níger e A. nidulans. Qualquer órgão pode ser acometido sendo o mais comum o pulmão. A incidência é maior em pacientes imunossuprimidos, cuja mortalidade pode chegar até 90%.

O tratamento pode ser categorizado:

1- empírico: em pacientes com neutropenia e febre prolongada em uso de antibioticoterapia de largo espectro.

2- preemptivo: quando há evidencia do fungo sem o desenvolvimento da doença sugerido por presença de condensação ou imagem nodular ao Rx de tórax e/ou cavitação na tomografia de tórax, galactomanana, β-D-glucan ou PCR positivo para aspergilose

3- definitivo: quando há isolamento do fungo em biopsia ou cultura

Tratamento

Voriconazol é a principal na dose de 6 mg/kg duas vezes ao dia no primeiro dia e após 4 mg/kg dia duas vezes ao dia, guiando-se pelo nível sérico de voriconazol, que deve ser solicitado após uma semana da introdução da terapêutica. Anfotericina lipossomal na dose de 3-5 mg/kg/dia ou complexo lipídico de 5 mg/kg dia.Caspofungina, posaconazol e itraconazol são considerados como segunda linha de tratmento.O tempo de tratamento é definido com a resolução do quadro clinico e radiológico.

Nos pacientes que não respondem ao tratamento inicial ou grave a terapia combinada está indicada. A associação pode ser voriconazol, equinocandinas, anfotericina lipossomal ou posaconazol.
Em 15% dos pacientes hematológicos há associação com as espécies de mucorales, como há dificuldade no seu diagnóstico, o infiltrado pulmonar progressivo em vigência de tratamento para aspergilose, deve-se a associar a anfotericina B lipossomal 3-5 mg/kg/dia .
Posaconazol pode ser utilizado como profilaxia na prevenção de aspergilose invasiva em pacientes com leucemia ou submetido a transplantes de células hematopoiéticas.

Fusariose

Acomete principalmente a população imunossuprimida, na maioria das vezes é disseminada com altas taxas de mortalidade (40-50%). O sítio mais comum de infecção é a pele ou os seios paranasais.

Tratamento

Baseia-se no uso da anfotericina lipossomal na dose de 3- 5 mg/kg dia,em pacientes graves ou refratários a associação de voriconazol ou posaconazol esta indicada.

Mucormicose

Introdução

Rhizopus ou Mucor são os principais fungos os fatores de risco para desenvolvimento da doença são diabetes, uso crônico de corticóide, pacientes hematológicos, transplante de órgãos sólidos, tratamento com deferoxamina e trauma. Rinoorbitalcerebral e pulmonar são os principais sítios de acometimento. A mortalidade nos quadros rino-orbito-cerebral e pulmonar são respectivamente 62% e 82%.

Tratamento

Contra indica-se o tratamento empírico devendo o agente ser isolado em cultura ou sugerido pelo laudo anatomo-patológico. O tratamento baseia-se em desbridamento cirúrgico quando possível associado à formulação lipídica de anfotericima 3- 5 mg/kg dia, em pacientes com

comprometimento de sistema nervoso central a dose preconizada de anfotericina lipossomal é de 10 mg/kg/ dia. Em pacientes graves ou refratários ao tratamento inicial pode-se associar o posaconazol 400 mg a cada 12 horas ou caspofungina na dose de ataque de 70 mg seguido de 50 mg uma vez ao dia. Nos pacientes que estabilizarem o tratamento seqüencial com posaconazol e de 200 mg quatro vezes ao dia ou 400 mg duas vez ao dia.
O tempo de tratamento baseia-se na resolução do quadro clinico e das imagens radiográficas.

Scedosporiose

O fator de risco relacionado a esse agente são imunossupressão grave ou profilaxia antifúngica prévia. As duas espécies mais relevantes são Scedosporium apiospermum e Scedosporium prolificans. O tratamento de escolha é o uso de voriconazol ou posaconazol, em pacientes com doença refratária a associação com anfotericina lipossomal na dose de 3- 5 mg/kg dia.

Fungos demáceos

São fungos com melanina em sua parede geralmente causam sinusite, pneumonia, infecção do sistema nervoso central (SNC), fungemia ou infecção disseminada. Geralmente, tem predileção para SNC. Os principais agentes são Alternaria spp, Bipolaris spp, Ochroconis gallopava, Cladophialophora (Xylohypha or Cladosporium) bantiana, Exophiala (Wangiella) dermatitidis e Exserohilum rostratum. O tratamento consiste na exérese da lesão e uso de voriconazol. Anfotericina B lipossomal e posaconazol são usados como drogas alternativas.

Trichosporon sp

Infecção rara em pacientes com neutropenia grave e prolongada que pode levar fungemia, funguria, lesões cutâneas, lesões pulmonares e corioretinite. O tratamento de escolha é fluconazol ou voriconazol.

Dose Recomendada de drogas antifúngicas para tratamento de infecção fúngica invasiva

Droga	Dose
Anfotericina B Lipossomal	3-5 mg/kg dia

Azólicos

Fluconazol 400 mg- 800mg/dia via oral ou endovenoso

Voriconazol 6 mg/kg EV de 12/12h no primeiro dia e após 4 mg/kg EV ou oral uma vez ao dia. Ajustar terapêutica com nível sérico semamal

Posaconazol 200 mg via oral de 6/6 h dose de ataque e 400mg de 12/12h via oral na alta hospitalar. Ajustar terapêutica com nível sérico semanal

Equinocandinas (EV)

Caspofungina 70 mg dose de ataque e após 50 mg dia

Anidulafungina 200 mg dose de ataque e após 100 mg dia

Micafungina 100 mg dia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bassetti M, Mikulska M, Viscoli C. Bench-to-bedside review: Therapeutic management of invasive candidiasis in the intensive care unit. CritCare. 2010; 11:211-55.

Camargo TZS, Marra AR, Silva CV, Cardoso MFS, Martino MDV, Camargo LFA. Secular trends of candidemia in a tertiary care hospital. Am J Infect Control. 2010;38:516-551.

Carneiro HA, Coleman JJ, Restrepo A, Mylonakis E. Fusarium Infection in Lung Transplant Patients: Report of 6 Cases and Review of the Literature. Medicine (Baltimore). 2011; 90: 69 – 80.

Chandrasekar P. Management of invasive fungal infections: a role for polyenes. J AntimicrobChemother. 2011; 66: 157 – 65.

Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, et al. Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Disease Society of America. Clin Infect Dis. 2011; 52: 56 -93.

Maschmeyer G, Calandra T, Singh N, et al. Invasive mould infections: a multi-disciplinary update. Med Mycol. 2009; 17: 571 – 583.

Nucci M, Anaissie E. Fusarium infections in immunocompromised patients. ClinMicrobiol. 2007; 20: 695-701.

Nucci M, Queiroz-Telles F, Tobón AM, et al. Epidemiology of opportunistic fungal infections in Latin America. Clin Infect Dis. 2010;51: 561-570.

3. OSTROSKY-ZEICHNER L, KULLBERG BJ, BOW EJ, ET AL. EARLY TREATMENT OF CANDIDEMIA IN ADULTS: A REVIEW. MED MYCOL. 2011; 19: 113 – 120.

4. PAGANO L, VALENTINI CG, CAIRA M, ET AL. ZYGOMYCOSIS: CURRENT APPROACHES TO MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HAEMATOLOGICAL MALIGNANCIES. BR J HAEMATOL. 2009; 116: 597 – 606.

Pakys AL, MacDougall C, Oinonem M, et al. Adult antibacterial use in U.S. academic health centers: 2002 to 2006. Arch Intern Med. 2008; 168: 2251 – 2260.

Pappas PG, Kauffman CA, Andes D, et al.Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious DiseasesSociety of America. Clin Infect Dis. 2016; 15:62(4):e1-e50.

Perfect JR, Dismukes WE, Dromer F, et al. Clinical Practice for the Management of Cryptococcal Disease: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010; 50: 291-322.

Vogtlander NPJ, van Kasteren MEE, Natsch S, et al. Improving the process of antibiotic therapy in daily practice: Interventions to optimize timing, dosage adjustment to renal function, and switch therapy. Arch Intern Med. 2001; 161: 1206 – 1212.

Walsh TJ, Anaissie EJ, Denning DW, et al. Treatment of Aspergillosis: Clinical Practice Guidelines of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2008; 16:327-60.

Wheat LJ, Freifeld AG, Kleiman MB, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Patients with Histoplasmosis: 2007 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2007; 15: 807-25.

Colombo AL, Guimarães T, Camargo LFA, et al. Brazilian guidelines for the management of candidiasis – ajoint meeting report of three medical societies: SociedadeBrasileira de Infectologia, SociedadePaulista de Infectologiaand SociedadeBrasileira de Medicina Tropical. Braz J Infect Dis. 2013; 17(3):283-312.

Long B, Koyfman A. Mucormycosis: what emergency physicians need to know?Journal of Em Med 2015;33:1823-1825.

Matthaiou DK, Christodoulopoulou T, Dimopoulos.G. . How to treat fungal infections in ICU patients. BMC Infect Dis.2015;205.

Spellberg B, Walsh TJ, Kontoyiannis DP, et al.Recent Advances in the Management of Mucormycosis:From Bench to Bedside.Clin Infect Dis. 2009;48:1743-1751.

Leroux S, Ullmann AJ. Management and diagnostic guidelines for fungal diseases in infectious diseases and clinical microbiology: critical appraisal. ClinMicrobiol Infect 2013; 19: 1115-1121.

Skiada A, Lanternier F, Groll AH, et al. Diagnosis and treatment of mucormycosis in patients with hematological malignancies: guidelines from the 3rd European Conference on Infections in Leukemia (ECIL 3). Haematologic.2013; 98 (4):492-504.

Tacke D, Koehler P, Markiefka B, etal.Our 2014 approach to mucormycosis Mycoses.2014; 57:519–524.

Walsh TJ, Gamaletsou MN. Treatment of fungal disease in the setting of neutropenia. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2013;2013:423-7

TE-5

REMESSA DE documentos de CAIXA, EXTRA-CAIXA E CONTABILIDADE PARA MICROFILMAGEM DIBAN/DPSAG - Depto. de Processos e Suporte às Agências

Isolamentos e precauções em doenças transmissíveis

1. DEFINIÇÃO

Precauções Padrão e Precauções Específicas constituem a base das melhores práticas de prevenção das infecções e devem ser adotadas em todas as situações de risco de transmissão de microrganismos para os profissionais de saúde, paciente, visitantes e ambiente.

2. OBJETIVOS

Impedir ou minimizar a transmissão de microrganismos no ambiente assistencial sejam eles agentes de infecções adquiridas na comunidade ou no ambiente assistencial.

3. INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

Todos os profissionais devem adotar as medidas de Precauções Padrão e Precauções Específicas.

4. RESPONSÁVEIS

Todos os profissionais devem adotar as medidas de Precauções Padrão e Precauções Específicas.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Precauções Padrão

São medidas que devem ser aplicadas por todos os profissionais, no atendimento a todos os pacientes (independente da suspeita ou não de infecção) sempre que houver risco de exposição à matéria orgânica (sangue, fluídos corporais, secreções, excreções, pele não íntegra e mucosas), assim como na manipulação de equipamentos/artigos contaminados com os mesmos.

As práticas das precauções padrão incluem:

1. Realizar higiene das mãos;

2. Selecionar e utilizar adequadamente os equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, avental, máscara cirúrgica e óculos de proteção);

3. Realizar higiene respiratória e tosse com etiqueta;
4. Acomodar paciente;
5. Realizar processamento adequado de materiais, equipamentos, roupas e utensílios alimentares;
6. Manter o ambiente limpo;
7. Manter boas práticas na aplicação de injetáveis;
8. Manter boas práticas nas punções lombares;
9. Prover segurança aos profissionais da saúde prevenindo acidentes com perfurocortantes e/ou materiais biológicos.

Precauções Específicas (contato, gotículas e aérea)

As precauções específicas são um conjunto de medidas que visa prevenir a transmissão de microrganismos para a equipe de saúde, paciente, visitantes e ambiente. Estas medidas são baseadas e classificadas de acordo com a forma de transmissão dos microrganismos em: Precauções durante o Contato, Precauções por Gotículas e Precauções para aerossóis. Podem ser combinadas caso a doença apresente mais de uma forma de transmissão, e para todas as situações as Precauções Específicas sempre devem ser associadas às Precauções Padrão.

Devem ser instituídas para pacientes com suspeita de colonização ou confirmação documentada de infecção por microrganismos de alta importância epidemiológica.

Os microrganismos de alta importância epidemiológica apresentam uma ou mais das seguintes características:

- Alta contagiosidade/alta transmissibilidade. Exemplo: vírus Varicela zoster;
- Propensos a causar surtos. Exemplo: vírus Influenza, Rotavírus;
- Associados a doenças graves com alta morbimortalidade. Exemplo: Clostridium difficile;
- Tratados com pouca opção de antibióticos. Exemplo: todas as bactérias multirresistentes.

Precauções durante o Contato

As precauções durante o contato são indicadas para pacientes com suspeita ou diagnóstico de colonização ou infecção por microrganismos de alta importância epidemiológica e transmitidos pelo contato direto ou indireto.

Contato direto

Há contato físico entre a fonte e o hospedeiro com transferência do microrganismo da fonte diretamente ao hospedeiro.

Contato indireto

A transmissão do microrganismo ocorre por meio de um objeto/ equipamento/superfície ambiental contaminado ou pessoa (mãos contaminadas).

Precauções por Gotículas

As Precauções por Gotículas são medidas adotadas para pacientes com doença transmissível por partículas maiores que 5 micra geradas pela tosse, espirro e durante a fala. Essas gotículas (> 5 micra) podem se depositar a uma curta distância (1 a 1,5 m) na conjuntiva, mucosa oral ou nasal dos profissionais, pacientes, visitantes e no meio ambiente.

Precauções Aéreas

As Precauções Aéreas são indicadas para pacientes com suspeita ou diagnóstico de infecção transmitida por via aérea (através de núcleos gotículas da tosse, espirro ou fala), cujas partículas (< 5 micra) contendo o agente infeccioso podem ficar suspensas no ar por longos períodos ou ressecadas no ambiente.

A instituição das medidas de precauções específicas:

Todo paciente com sinais e sintomas clínicos e/ou risco epidemiológico e/ou suspeita de qualquer doença infectocontagiosa deve ser avaliado quanto à necessidade de Precauções Específicas.

A necessidade de instituir qualquer tipo de Precaução Específica pode ser identificada por profissionais assistenciais (enfermeiro e/ou médico) com o apoio do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, nos ramais 72164, 76550 (no horário comercial) ou celular 96943-2857 (no período noturno, finais de semana e feriados).

A manutenção das medidas:

Todos os profissionais que entrarem em contato com o paciente devem seguir as recomendações específicas de cada tipo de precaução. Devem estar atentos a sinalização da porta do quarto e do prontuário que tem por objetivo alertar a equipe multiprofissional envolvida na assistência ao paciente quanto aos cuidados e utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) adequado.

Suspensão das medidas:

As diferentes Precauções Específicas possuem indicações de suspensão individualizadas, descritas nos respectivos procedimentos na documentação institucional.

6. MATERIAL

- EPIs;
- Materiais individuais: termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, bandeja de medicação, jarros, bacias, etc;
- Aro com saco de hamper, de uso exclusivo do paciente, dentro do quarto;
- Produto para higiene das mãos;
- Produto para limpeza/desinfecção de superfícies - padronizado na instituição;
- Panos descartáveis de limpeza;
- Placa e adesivo;
- Sacos plásticos para proteção de utensílios.

7. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

Pacientes, familiares e visitantes devem ser orientados da importância da utilização das Precauções Específicas:

- Informar sobre a indicação e manutenção das Precauções Específicas;
- Orientar que o paciente só poderá sair do quarto para realizar cirurgia/exames;
- Orientar quanto à necessidade de restringir as visitas;
- Reforçar a importância da higiene das mãos antes e depois de contato com paciente e seu ambiente pelo acompanhante e equipe multiprofissional;
- Informar que a equipe multiprofissional utilizará EPIs ao entrar no quarto.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Médico e enfermeiros

☐ Rotina:

☐ Avaliar o paciente segundo quadro clínico, epidemiológico e status imunológico. Suspeitar ou diagnosticar uma doença infectocontagiosa ou colonização por microrganismos de alta importância epidemiológica.

☐ Solicitar exames confirmatórios, se necessário, e institui a Precaução Específica (de acordo com a suspeita diagnóstica), anotar em prontuário e comunicar esta informação para as demais equipes envolvidas no cuidado direto ou indireto ao paciente.

☐ Providenciar os EPIs necessários para o cuidado do paciente, e, se necessário, solicita sua transferência para ambiente com pressão negativa caso seja indicado Precaução Aerossóis.

☐ Realizar notificação no caso de doenças de notificação compulsória seguindo manual específico e entrar em contato com SCIH se qualquer dúvida. Ramais 72164, 76550 (no horário comercial) ou celular 96943-2857 (no período noturno, finais de semana e feriados). Todo ficha deve ser encaminhada para o SCIH após notificação.

☐ Orientar o paciente, sua família ou acompanhantes a respeito das Precauções que devem ser adotadas. Suspender as Precauções Específicas, quando não mais necessárias.

Serviço de Controle de Infecção

☐ ☐Avaliar a necessidade da Precaução Específica e reorienta a equipe, se necessário

☐ A lista de doenças e os tipos de Precaução aplicadas estão descritas em tabela anexa a este documento (Anexo 1)

Centralizar e encaminhar as notificações compulsórias.

☐ ☐Realizar o procedimento de Notificação Compulsória, quando não realizado pela equipe assistente.

☐ Quando solicitado, avaliar a necessidade das precauções específicas.

Outras equipes

☐ Seguir a orientação das equipes do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e da enfermagem quanto às medidas necessárias para o atendimento do pacientes.

9. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Pacientes com quadro clínico inespecífico ou em período de incubação de doença infectocontagiosa.
- Falha na comunicação sobre hipótese diagnóstica.
- Falta ou qualidade inadequada do EPI.
- Falha na instituição das medidas de Precauções Específicas.
- Falha na notificação compulsória
- Orientação para pacientes e familiares

10. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

11. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional e anual

12. REGISTRO

A instituição, a manutenção e a suspensão das Precauções Específicas devem ser registradas em prontuário

13. INDICADORES DE QUALIDADE

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CDC. Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.

TE-5

REMESSA DE documentos de CAIXA, EXTRA-CAIXA E CONTABILIDADE PARA MICROFILMAGEM

DIBAN/DPSAG - Depto. de Processos e Suporte às Agências

Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares no HMVSC

16. DEFINIÇÃO

É um processo ativo, sistemático e contínuo de busca, coleta, análise, interpretação e disseminação de informações concernentes à ocorrência de infecções hospitalares.

17. OBJETIVOS

Determinar a ocorrência das infecções hospitalares, com o objetivo de planejar, implementar e avaliar medidas de prevenção e controle de IH, além de efetuar a investigação epidemiológica de possíveis surtos.

18. INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

A avaliação dos pacientes na Vigilância Epidemiológica é realizada:

- Para todos os pacientes internados em setores críticos (UTI adulto geral e transplante e UTI pediátrica)
- Nas unidades de Clinica Médico-Cirúrgica (CMC), Pediatria e Maternidade são acompanhados pacientes que tenham resultado de culturas positivas (infecção da corrente sanguínea associada a CVC, infecção do trato urinário associada à sonda vesical de demora e infecção de sítio cirúrgico);
- Nos ambulatórios onde são acompanhados os pacientes pós-cirúrgico que apresentam sinais de infecção de ferida operatória sinalizados por impresso próprio preenchido pela enfermeira do setor.

19. RESPONSÁVEIS

Agentes

Auxiliar administrativo

Enfermeiro

Médicos e Enfermeiro

Descrição

1. Atualização administrativa:

- Extrai diariamente os resultados de exames microbiológicos de todas as unidades (sempre levando em consideração a data do último pedido), imprime e os encaminha para enfermeira epidemiologista, médicos do SCIH e equipe de infectologia clínica para avaliação.
- Alimenta planilha dos pacientes que devem manter isolamento e confirma com os setores a conformidade dos mesmos.
- Retira dados do Excel para a elaboração de relatório de infecção hospitalar.

2. Atividades:

- Realiza visitas as unidades periodicamente com a seguinte frequência: Unidades de terapia intensiva 3x/semana, CMC 2x/semana, pediatria 2 x/semana. Nas visitas são discutidos dados como: aspecto dos cateteres, evolução clínica dos pacientes e suas possíveis infecções e execuções de cirurgias.

- Realiza a avaliação das culturas positivas a partir dos relatórios de microbiologia e investiga os casos pelo sistema Cerner, ou pelas informações colhidas com a equipe assistencial dos setores, resultados dos exames e condições do paciente.
- Preencher a ficha de IH (ver anexo) caso se suspeite ou confirme da existência da infecção, levando-se em conta os critérios da ANVISA, COVISA e do CDC-2017 para a confirmação do diagnóstico.
- Analise dos prontuários digitalizados nos casos que são duvidosos para infecção.
- Recebe dados do paciente-dia das unidades, número de pacientes, número de cirurgias e classificação das cirurgias para elaboração dos indicadores de infecção hospitalar.
- Recebe mensalmente das unidades os dados de dispositivos invasivos /dia por cada setor.
- Realiza a tabulação dos dados das fichas vigilância e realiza sua análise quanto ao número de pacientes internados no período, número de pacientes-dia nas unidades, procedimentos de risco-dia, número de infecções, topografia destas infecções, agentes etiológicos envolvidos, antibiogramas destes agentes por categoria de peso.
- Analisa os dados em Excel para a elaboração de relatório de infecção hospitalar.
- Apresenta o relatório para os médicos do controle de Infecção para que possam ser realizadas novas discussões e análises dos dados.
- Encaminha mensalmente os indicadores de infecção por e-mail para o Setor de Qualidade e Segurança que os mantém atualizados na intranet/internet.
- Encaminha dados de infecções e consumo de produto alcoólico para a prefeitura mensalmente e sempre que solicitado.

4. Apresentação e discussão de relatórios:

- Elabora o relatório, fazendo gráficos e tabelas com os dados mensais.
- Analisam os indicadores produzidos;
- Discute os casos com as equipes e Coordenadores das áreas e propõe ações de melhorias sempre que necessário.
- Apresentam os dados produzidos mensalmente para os diretores e gerentes na reunião do SCIH das unidades do Morumbi, HMSVC e Hospital do M Boi Mirim.
- Reuniões mensais do CCHI com a participação de todos os seus integrantes e convidados.
- Disponibilizam os dados e relatórios às equipes interessadas.
- Apresentam e discutem os dados de infecções em TOS em reuniões específicas com as equipes cirúrgicas.

20. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Manter os dados de Vigilância Epidemiológica atualizada direcionando as estratégias de educação continuada, trabalhos científicos, vigilância de processo e detectar problemas e/ou responder questionamentos legais ou das diversas equipes.

21. MATERIAL

- Ficha de notificação de Infecção Relacionada à assistência a Saúde

22. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

Não se aplica.

23. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Não se aplica

24. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Aumento incomum dos indicadores de infecção ou determinado agente etiológico, fazendo com que haja um esforço conjunto dos serviços para a solução dos problemas.

25. PADRÃO DE PRÁTICA

Manter os dados de Vigilância Epidemiológica atualizada direcionando as estratégias de educação continuada, trabalhos científicos, vigilância de processo e detectar problemas e/ou responder questionamentos legais ou das diversas equipes.

26. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica

27. REGISTRO

Todas as informações são arquivadas no SCIH.

TE-5

REMESSA DE documentos de CAIXA, EXTRA-CAIXA E CONTABILIDADE PARA MICROFILMAGEM

DIBAN/DPSAG - Depto. de Processos e Suporte às Agências

Triagem no Pronto Socorro

1. DEFINIÇÃO

A Classificação de risco é uma ferramenta de manejo clínico de risco que atua nos serviços de urgência e emergência, para direcionar cada paciente conforme a necessidade clinica, a ferramenta tenta assegurar a atenção médica de acordo com o tempo de resposta.

A Classificação de risco é uma atividade exclusiva do enfermeiro(a) e o protocolo utilizado de triagem é a metodologia Manchester (validar a ferramenta a ser utilizada).

2. OBJETIVOS

A classificação de risco tem como objetivo tentar fornecer ao profissional um diagnótisco, uma exclusão diagnostico ou uma prioridade clinica e ao paciente assegurar o atendimento adequado conforme sua necessidade clinica, queixa ou gravidade.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros Treinados

Enfermeiro Sênior

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Na entrada da unidade, o paciente é questionado pelo Técnico do Fluxo, quanto à sua queixa e sintomas. Dessa forma o paciente é direcionado para os fluxos internos:

- Paciente respiratório;
- Paciente não respiratório;
- Paciente indicado sala de emergência;

Após essa pré triagem paciente retira senha no totem, realiza cadastro e espera ser chamado para a classificação de risco. O SLA determinado para classificação de risco é de 20 minutos da entrada do paciente na unidade.

Durante a triagem o enfermeiro questiona quanto aos sintomas e queixa do paciente e verifica os sinais vitais (SSVV) conforme o protocolo estabelecido do manchester. Os sinais e sintomas que fazem discriminação entre as prioridades clinicas, são chamados de discriminadores e estão apresentado em forma de fluxograma para cada condição apresentada. Os discriminadores que indicam níveis de prioridades mais altos são as primeiros a serem procurados; a ausência de discriminador pertinente vai alocar a grande parte dos pacientes classificados como não urgentes.

O Manchester possui 53 fluxogramas do problema e cada um dele possui o seu discriminador de cada cor de gravidade. O Fluxograma e o discriminador precisam estar descritos na folha da classificação de risco (ANEXO 1), dessa forma é possível o acompanhamento e auditoria da classificação.

As cores utilizadas na classificação de risco são:

Vermelho: Emergência;

Laranja: Muito Urgente

Amarelo: Urgente;

Verde: Pouco Urgente;

Azul: Não Urgente

Após a definição do risco, o paciente é encaminhado para o atendimento adequado conforme fluxograma abaixo:

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

6. PADRÃO DE PRÁTICA

Realizado auditoria conforme solicitado pelo GBCR, pelo enfermeiro sênior treinado e validado, no mínimo 5 triagens de cada enfermeiro triador, necessário o enfermeiro ficar acima de 80% da conformidade;

7. REGISTRO

Registro da classificação de risco realizado em folha padrão de classificação;

8. INDICADORES DE QUALIDADE

1 – Tempo Porta x Triagem;

2 – Conformidade da Classificação de Risco;

9. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Treinamento realizado uma única vez pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR);
Se na auditoria, for verificado algum enfermeiro que fique abaixo de 80% da conformidade é indicado realizar retreinamento pelo GBCR;
Na unidade realizado treinamento semestral ou anual, conforme demanda;

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sistema De Manchester De Classificação De Risco. Kevin Mackway-Jones; Janet Marsden; Jill Windle. Versão Brasilieira De Welfane Cordeiro Júnior; Maria Do Carmo Paixão Rausch – 2ª Ed. Belo Horizonte: Folium, 2017.

Política de Medicamentos de Alta Vigilância

INTRODUÇÃO

Esta política estabelece os critérios para auxiliar a instituição a direcionar o desenvolvimento de ações que reduzam o risco de ocorrência de erros de medicação com os medicamentos considerados de Alta Vigilância.

Os medicamentos potencialmente perigosos, também conhecidos como medicamentos de alta vigilância, são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos ao paciente em decorrência de uma falha no processo de utilização. Os erros associados a esses medicamentos podem não ocorrer em maior frequência, contudo, suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar danos permanentes ou a morte. O Institute for Safe

Medication Practices (ISMP) baseado nas notificações dos erros de medicação, revisão da literatura e consulta a especialistas, criou uma lista de medicamentos considerados de alta vigilância ou high-alert, (disponível em http/www.ismp.org ou http/www.ismp-brasil.org). Todos os profissionais envolvidos nos processos de produção e utilização de medicamentos potencialmente perigosos devem conhecer os riscos associados ao seu uso e implementar barreiras especiais para prevenir a ocorrência de erros. Essas ações envolvem a disponibilização de informações relacionadas aos medicamentos, restrição do acesso, utilização de rótulos e etiquetas diferenciadas nos medicamentos, alertas durante a prescrição médica eletrônica, padronização das solicitações, armazenamento, distribuição, preparo, administração e dupla checagem durante a administração.

OBJETIVOS

Definir os medicamentos que serão considerados de Alta Vigilância na Instituição.

Sistematizar a abordagem dos medicamentos de Alta Vigilância no sistema de administração de medicamento da instituição.

Demonstrar as barreiras existentes no sistema de administração dos medicamentos considerados de Alta Vigilância, com o objetivo de minimizar a ocorrência de erros.

Definir as medidas que evidenciarão a efetividade das barreiras criadas.

Definições

Medicamentos de Alta Vigilância (MAVi), são medicamentos que possuem um risco maior de causar dano significante ao paciente, quando utilizados de forma errada. Não significa que existe maior ou menor probabilidade do erro acontecer, mas se este acontecer, a consequência ao paciente é claramente mais grave.

De acordo com a Joint Commission, medicamentos de Alta Vigilância são aqueles que possuem um grande potencial de causar erros de medicação e/ou eventos sentinela, que tem um alto risco para abuso, erro ou outros eventos adversos.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

São considerados medicamentos de alta vigilância:

- Opióides (todos)
- Anticoagulantes (todos)
- Insulinas (todas)
- Eletrólitos de alta concentração (Cloreto de Potássio 19,1% 10mL; Cloreto de Sódio 20% 10mL; Sulfato de Magnésio 50% 10mL; Fosfato de Potássio 2mEq/ml 10mL e Glycophos 20mL)
- Antineoplásicos (todos)

A relação completa com os nomes comerciais e princípio ativos para consulta pode ser acessada no manual farmacêutico.

BARREIRAS PADRONIZADAS PARA REDUÇÃO DE ERROS COM MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

SELEÇÃO E AQUISIÇÃO:

É padronizado e adquirido o menor número de apresentações desses medicamentos para atender às indicações clínicas.

Insulina: Quando prescrita e adquirida insulina não padronizada ou quando se tratar de medicamento próprio do paciente, o farmacêutico deve enviar um e-mail para o grupo "Programa de Diabetes", informando o nome do paciente, prontuário, local de internação, tipo, dose e horário de administração da insulina. As insulinas não padronizadas adquiridas devem ser conferidas pelo farmacêutico antes da dispensação. No HIAE esta conferência deve ser realizada no Central de Atenção à Prescrição (CAP). Nas unidades externas deverá ser conferida na unidade de trabalho do farmacêutico.

ARMAZENAMENTO:

O armazenamento dos medicamentos de alta vigilância prevê ações que garantem a correta rotulagem, alocação, distanciamento, considerações necessárias para estocagem de medicamentos com nome ou sons parecidos, medicamentos com mesma apresentação e dosagens/concentrações diferentes e medicamentos com embalagens semelhantes.

Os locais de estoque dos medicamentos de alta vigilância são identificados com os dizeres: ATENÇÃO: MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA (MAVi) e possuem acesso restrito.
Eletrólitos de Alta Concentração: são dispensados pela Farmácia, manipulados (diluídos), exceto em situações específicas previstas no item 3 dessa política – MAPEAMENTO DO ESTOQUE DOS ELETRÓLITOS DE ALTA CONCENTRAÇÃO, sendo dispensados imediatamente antes da administração, não ficando dessa forma, armazenados nas alas de internação.

Heparina Endovenosa: para a manipulação das primeiras doses estará disponível nas Farmácias Satélites ou no respectivo Pyxis® da unidade de internação e será liberada após verificação da prescrição médica pelo farmacêutico.

Morfina 10mg/mL: as ampolas de morfina de 10mg/ml ap 1mL são armazenadas na Farmácia Central, Farmácia Dose Unitária (Produção), Farmácia Oncologia e Farmácias dos Centros Cirúrgicos. Nas Unidades de Internação, estão disponíveis nos Pyxis® da Oncologia e do Ambulatório de Oncologia (para uso subcutâneo). Nos carros de emergência estão disponíveis 2 ampolas de Morfina de 2mg (1mg/mL ap 2mL).
Antineoplásicos (todas as vias) : são dispensados pela Farmácia manipulados (diluídos), quando aplicável, e prontos para uso com etiqueta laranja com os dizeres MAVi observar precauções de segurança para manuseio e administração.

PRESCRIÇÃO: as prescrições médicas eletrônicas dos medicamentos de alta vigilância contêm a sigla MAVi após a descrição do item e são verificadas pelo farmacêutico antes da dispensação, no processo de atenção à prescrição médica.

1.4. PREPARO E DISPENSAÇÃO:
Preparo e dispensação mediante leitura do código de barras que confere as informações da prescrição e do medicamento (nome do medicamento, validade, lote, apresentação, dose e paciente), após o processo de atenção à prescrição médica e verificação realizada pelo farmacêutico.

A Farmácia disponibiliza soluções já diluídas (prontas), para administração, conforme prescrição médica, dos seguintes medicamentos de alta vigilância:
Eletrólitos de alta concentração
Heparina Endovenosa, exceto primeiras dose e correção do bolus.
Morfina em doses superiores a 6mg/mL
Antineoplasicos injetáveis e via sonda ou gastrostomia.

Heparina endovenosa: somente enfermeiro(a) terá autorização/acesso para obtenção de heparina endovenosa nas Farmácias Satélites.
Insulina: a manipulação de solução de insulina endovenosa para infusão contínua nas unidades permitidas é feita pela enfermagem com dupla checagem da prescrição e manipulação. Antes

da dispensação de insulinas não padronizadas o farmacêutico da Central de Atenção à Prescrição (CAP) confere a insulina com a prescrição médica para garantir a correta dispensação e identifica com a etiqueta padronizada com o alerta MAVi.

Opióides: para a dispensação de Opióides nas Farmácias Satélites é necessária a apresentação de impresso próprio para medicamentos controlados pela equipe de enfermagem.

1.5. ADMINISTRAÇÃO:

Execução da administração segura de medicamentos, como medida preventiva de erros, verificando: identificação do paciente, medicamento, horário, frequência, dose e via de administração com a prescrição médica.
A administração de insulina, heparina endovenosa, eletrólitos de alta concentração (quando não preparados pela Farmácia), antineoplásicos e metadona injetável seguem processos que envolvem a obrigatoriedade de dupla checagem . Os antineoplásicos possuem, obrigatoriamente, processo de tripla checagem realizado pelos profissionais médico, farmacêutico e enfermeiro antes do preparo do medicamento.

Insulina:
A administração endovenosa contínua de insulina é restrita às unidades de terapia intensiva.
É permitido o uso de insulina endovenosa contínuo como solução polarizante nas unidades não intensivas, com até 10 UI de insulina regular.
A administração endovenosa em dose única de insulina nas unidades de terapia não intensiva é restrita à dose de 0,1UI a cada quilograma de peso.

1.6. MONITORAMENTO:

O monitoramento dos pacientes que recebem anticoagulantes se dá através de:
Acompanhamento de exames laboratoriais e da instituição de ações e acompanhamento dos sinais e sintomas previstos nos protocolos institucionais.
Discussão diária entre o farmacêutico clínico e o enfermeiro, verificando os itens descritos abaixo:
Indicação da heparina endovenosa;

TTPA e o tempo de infusão;
Contagem de plaquetas e solicitação do exame;
Se o item está ligado a um diluente na prescrição médica (para heparina endovenosa).
O monitoramento dos pacientes que recebem insulina se dá através do acompanhamento dos resultados de glicemia capilar realizados conforme Protocolo institucional Diagnóstico e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia e procedimento de Verificação de Glicemia Capilar.

Importante: O laboratório Clínico através da Rotina do Pânico comunica alterações no TTPA, RNI e Glicemia. Esta rotina prevê resultados que podem traduzir alterações clínicas que demandem a atuação do médico.

Para pacientes que não estão no Protocolo de Heparina é indicada a realização de exames de acordo com a tabela abaixo:

Indicação da frequência dos exames laboratoriais de acordo com o resultado - para pacientes que não estão no Protocolo de Heparina
Acima de 200.000/mm3 de sangue (exame a cada 3 dias)
Entre 70.000/mm3 de sangue até 200.000/mm3 de sangue (exame a cada 2 dias)
Abaixo de 70.000/mm3 de sangue (exame todos os dias)
Abaixo de 50.000/mm3 de sangue - a administração de heparina endovenosa está contra indicada

1.7. EDUCAÇÃO:

A educação do staff para a administração de Medicamentos de Alta Vigilância é realizada de acordo com política institucional Conhecimentos requeridos para Atuação da Equipe de Enfermagem. O paciente deve ser inserido no processo de administração de medicamentos, sendo informado da medicação a ser administrada bem como os efeitos esperados. Além disso, o paciente tem direito de ter acesso à prescrição médica.

2. IDENTIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

Os locais de estoque dos medicamentos de alta vigilância devem estar identificados com os dizeres: ATENÇÃO MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA (MAVi) e os medicamentos identificados individualmente, conforme descrito na tabela abaixo:

CLASSE TERAPÊUTICA IDENTIFICAÇÃO
Eletrólitos de Alta Concentração Etiqueta de cor vermelha com a descrição:
MAVi ATENÇÃO: DILUIR
Anticoagulantes Injetáveis Etiqueta de cor vermelha com a descrição:
MAVi ATENÇÃO: ANTICOAGULANTE
Anticoagulantes Orais Unitarizados e embalados em papel celofane vermelho com a descrição: MAVi
Insulinas Etiqueta de cor vermelha com a descrição: MAVi
Opióides Injetáveis Etiqueta de cor vermelha com a descrição: MAVi
Opióides orais
Unitarizado e embalado em papel celofane vermelho com a descrição: MAVi
Medicamentos Antineoplásicos Injetáveis Frasco com etiqueta de cor vermelha com a descrição: MAVi
Após diluição recebe etiqueta de cor laranja com os dizeres : MAVi: observar precauções de segurança para manuseio e administração.
Medicamentos Antineoplásicos Orais Dispensados por doses individualizadas em recipientes de cor laranja e com etiqueta de cor laranja com os dizeres : MAVi: observar precauções de segurança para manuseio e administração.

3. MAPEAMENTO DO ESTOQUE DOS ELETRÓLITOS DE ALTA CONCENTRAÇÃO

Os eletrólitos de alta concentração não estão disponíveis nas unidades de internação, a não ser diluídos, exceto nas situações abaixo:

LOCAL ELETRÓLITO JUSTIFICATIVA
Farmácia Central Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20%, Sulfato de Magnésio 50%, Glicerofosfato de sódio (Glycophos®) e Fosfato de Potássio 2mEq Atendimento das Unidades de Estoque
Farmácia Produção Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20%, Sulfato de Magnésio 50%, Glicerofosfato de sódio (Glycophos®) e Fosfato de Potássio 2mEq/mL Manipular as soluções conforme prescrição médica e preparo das soluções padronizadas de eletrólitos

Farmácia Satélites dos Centros Cirúrgicos

Cloreto de Potássio 19,1% e Cloreto de Sódio 20% Emergências cardiológicas

Farmácia Satélite da UTI Adulto

Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20% e Fosfato de Potássio 2mEq/mL

PCR, hipertensão Intracraniana e para acréscimo na solução ácida de banho de hemodiálise.

Farmácias Satélites da Unidade de Pronto Socorro Cloreto de Potássio 19,1% e Cloreto de Sódio 20 Dispensação em emergências

RESPONSABILIDADES

As equipes assistenciais e de apoio da farmácia, enfermagem e médico são responsáveis pelo cumprimento dessa política.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Portaria nº 2.095/ 2013 Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos)

Indicadores de Qualidade e desempenho

Análise mensal dos erros de medicação envolvendo medicamentos de alta vigilância.

Auditoria Semestral – Adesão aos indicadores das metas internacionais – Meta 3.

Referências Bibliográficas

Lista de medicamentos considerados High-alert disponível em www.ismp.org ou www.ismpbrasil.org.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

INTRODUÇÃO

A Controladoria tem como objetivo servir os gestores do Hospital com informações claras e concisas, onde permitam análises e tomadas de decisões operacionais, táticas e estratégicas. Controlar e otimizar os resultados econômicos da empresa visando garantir sua continuidade, por meio da integração dos esforços das diversas áreas, além de um forte controle de custos e fluxo de caixa.

Correlação com Legislação e Regulamentação Governamental

- LEI 11.638/2007 - Estende às sociedades de grande porte disposições relativas à elaboração e divulgação de demonstrações financeiras.

- LEI n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 - Dispõe sobre o CEBAS.

Orçamento

Critérios

As premissas e o cronograma para elaboração do orçamento são previamente definidos pela Controladoria, Gerência Administrativa e Diretoria, sua periodicidade é anual e como referência, são utilizados os exercícios anteriores e a respectiva memória de cálculo obtida.

São utilizados os seguintes indexadores econômicos: Inflação oficial do ano anterior IPCA (Podendo ser utilizado o IGP-M de acordo com determinações contratuais) e Dissídios de Categorias trabalhistas. Será utilizado como auxílio:

• Relatório por centro de custos com histórico de gastos do ano anterior ou dos últimos doze meses.

• Quadro atual de colaboradores, histórico de movimentação no ano e vagas abertas.

• Quadro de horas médicas.

• Histórico das informações de produção (atendimento, paciente dia, volume de exames, quantidade de partos e cirurgias).

• Planilha de controle de contratos de serviços terceiros.

• Relação das datas de reajuste como dissídio, renovação de contratos e taxas públicas.

Divulgação

A divulgação das informações do orçamento como as premissas, objetivos, informações históricas e cronogramas e versões serão realizadas em reunião com o Comitê Executivo do hospital (COMEX), apresentada pela Controladoria.

Orçamento Operacional e Não Operacional

Os responsáveis devem elaborar o orçamento conforme as premissas adotadas pela direção e seguindo os critérios da Gestão Matricial de Resultados (GMR). A devolutiva será feita através dos Pacotes de Contas, onde cada gestor responsável deverá enviar em material padronizado no formato de Demonstrativo de Resultado de Exercício (DRE).

A consolidação dos orçamentos por Pacote de Contas e Centro de Custos formará o orçamento consolidado do exercício.

Aprovação

O orçamento será validado com as Diretorias, após aprovação será disponibilizado ao Núcleo Técnico da Secretaria Estadual da Saúde para aprovação, posteriormente deve ser impresso e assinado pelo Diretor Geral e arquivado pela Controladoria.

O orçamento consolidado aprovado será apresentado aos gestores das áreas e publicado no aditivo contratual vigente.

Ajustes

Qualquer ajuste após a aprovação e divulgação do orçamento, somente poderá ser efetuado mediante apresentação de justificativas e aprovação da diretoria. Os ajustes devem estar documentados com as devidas aprovações.

Acompanhamento do Orçamento/Gestão de Custos

O orçamento terá o acompanhamento quinzenal da Controladoria e das Coordenações de cada setor, sendo estas as responsáveis pela elaboração das justificativas de desvios acima ou abaixo da meta orçamentária do período em análise. Esse acompanhamento será realizado na reunião de Gerenciamento Matricial de Resultados, com o objetivo de traçar planos de ações consistentes para recuperação dos desvios.

Ações corretivas identificadas serão comunicadas a todos os envolvidos no processo.

Contas a Pagar

Somente serão efetuados pagamentos com a documentação completa e sem rasuras, e com as documentações devidamente aprovadas. A documentação deve seguir os seguintes critérios:

Compra de produto:

• Pedido de compra aprovado pelas alçadas definidas pela instituição;
• Espelho da NF contendo os dados corretos (número da nf/data de emissão/fornecedor/produtos, quantidade, valores e vencimento);
• NF original com assinatura do responsável pelo recebimento do produto comprado;
• Para compra de produtos "não-padrão", deve conter o carimbo da validação do controle orçamentário.

Prestação de serviço sem contrato:

- NF original com assinatura do responsável pela contratação do serviço, indicando o aceite do trabalho prestado;
- Formulário de serviços aprovado pelas alçadas definidas pela instituição. O formulário deve conter os seguintes dados: fornecedor, vencimento, número do documento, valor total da nota/recibo e centro de custos;
- Liberação da área fiscal juntamente com as guias dos impostos (área fiscal).

Prestação de serviço com contrato:

- NF original com assinatura do responsável pela contratação dos serviços, indicando o aceite do trabalho prestado;
- Assinatura e carimbo da área de Gestão dos Contratos. O formulário deve conter os seguintes dados: fornecedor, vencimento, número do documento, valor total da nota / recibo / centro de custo;
- A nota fiscal de Serviços deverá ser entregue dentro do mês de emissão (competência), caso a emissão das nf's seja do mês anterior à entrega, ela será recusada pelo departamento fiscal;
- Liberação da área fiscal juntamente com as guias de impostos.

Outras documentações para pagamento:

- Fatura original de consumo com assinatura e carimbo do responsável pelo acompanhamento, e rateio por centro de custo, caso aplicável;
- RPA carimbado assinado pela área de Recursos Humanos e aprovada pelas alçadas definidas pela instituição.

Responsabilidades:

- Financeiro: Garantir a qualidade das informações financeiras, controle de pagamento, recebimentos e geração de informações para a gestão do hospital e para Secretaria Estadual de Saúde.
- Tecnologia da informação: Garantir o funcionamento do sistema.
- Suprimentos/Contratos/Almoxarifado: Efetuar os lançamentos das notas fiscais no sistema e encaminhar toda a documentação para o departamento financeiro.
- Recursos Humanos: Informar os valores a pagar referente a Folha de Pagamento e seus devidos impostos, assim com os devidos lançamentos no sistema.

Recebimento de notas fiscais de compras e de serviços

- Documentação devidamente aprovada pela alçada competente em conformidade com a característica da contratação;
- Conferência física do documento (No caso de notas fiscais de serviços, deve constar o protocolo de liberação da análise fiscal);
- Conferência cadastral no sistema – módulo financeiro;
- Arquivo de notas fiscais de pagamento organizadas por vencimento.

Prazos para entrega da documentação ao financeiro

- A nota fiscal deverá ser entregue ao financeiro com no mínimo 15 dias que antecede ao vencimento.

Adiantamentos

- Para adiantamentos, é necessário à autorização formal da gerência. O formulário de serviços ou pedido de compra deve informar que o pagamento refere-se a um adiantamento. O solicitante da compra/serviço será responsável pela apresentação do documento em até 03 dias corridos.

Realização de pagamentos

- Verificação de dados bancários informados pelo fornecedor;
- Leitura do código de barras dos boletos físicos;
- Emissão de relatório para pagamentos, divididos em: ted/doc/boleto;
- Organização e envio de documentos para aprovação de pagamentos, conforme alçada competente;
- Geração de arquivo eletrônico para pagamento, com as devidas aprovações;
- Envio do arquivo eletrônico do banco através da plataforma Nexxera;
- Retorno do arquivo eletrônico pelo banco, confirmando as liquidações de pagamento.

Conciliação bancária

- Comparativo entre as movimentações existentes na Conta Corrente e as existentes no controle financeiro de pagamentos;
- Lançamento de tarifas bancárias para pagamento com base nas informações de extrato bancário.

Relatórios

- Fluxo de caixa;
- Extrato e saldo bancário;
- Relatório analítico com a composição dos pagamentos;
- Relatório sintético com a composição do fundo fixo.

Webssaas

Registro diário das entradas das notas fiscais para pagamento, classificado conforme naturezas de gasto padronizadas no sistema webssaas (Relação de tipo de despesas 7.03):

- Conciliação de pagamentos informados conforme extrato bancário;
- Geração da prestação de contas.

Prestação de contas

Relatório encaminhado para Secretaria de Saúde informando toda a movimentação financeira no período necessário conforme edital em conformidade com a movimentação bancária.

Fundo fixo

Controla as movimentações do caixa destinado para pequenas compras e serviços de urgência. O dinheiro é liberado no financeiro, através do vale-reembolso. O Fundo Fixo da Tesouraria é de R$ 4.000,00. Este valor é destinado para compras e serviços de urgência. Para que este valor seja adiantado ao colaborador, é necessário o preenchimento e assinatura do Formulário "Vale – Reembolso de Despesas", onde este se compromete a prestar contas do valor adiantado em 72h.

A Prestação de contas inclui a entrega da NF ou recibo em nome do Hospital ou do cupom fiscal juntamente com o formulário "Relatório de Despesas" assinado pelo colaborador solicitante e pela respectiva Gerência.

No último dia do mês o caixa deve ser fechado, prestando contas de todo valor reembolsado e repondo novamente a quantia de R$ 4.000,00. Esta reposição pode ocorrer durante o mês, se houver necessidade.

Para reembolso de combustível e vale transporte, não existe necessidade NF, recibo ou cupom fiscal, porém, no formulário "Relatório de Despesas" deve especificar a origem e o destino do percurso, bem como a quilometragem rodada, se aplicável.

Gestão de Custos e fluxo de caixa projetado

Gestão de Custos

O controle de custo será realizado quinzenalmente, utilizando a metodologia da Gestão Matricial de Resultados (GMR), onde serão avaliados os desvios por pacote de conta contábeis e centro de custos, essa metodologia define responsáveis pelas contas contábeis, sendo estes os gestores matriciais, os quais tem como atribuição controlar e questionar os gestores de centros de custos, sobre os desvios nas contas e centros de custo. Essa metodologia tem como objetivo controlar os gastos, respeitando o orçamento aprovado e definir um plano de ação de recuperação de custos. O motivo dos desvios e o plano de ação serão apresentados nas reuniões quinzenais do GMR e serão validados pelos gerentes e diretor da unidade, contendo o descritivo da ação e prazo de execução.

Fluxo de Caixa Projetado

A controladoria financeira sempre realizará o Fluxo de caixa projetado de curto prazo (45 dias), com intuito de demonstrar a Secretaria Estadual de Saúde, o momento exato onde os recursos podem vir a ser consumidos, realizando uma gestão eficiente e transparente dos recursos.

O Fluxo de caixa será compartilhado semanalmente com a Secretaria Estadual de Saúde.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS - ORIENTAÇÕES GERAIS

1. DEFINIÇÃO

A administração de medicamentos é um processo que compreende as seguintes etapas: gerenciamento, seleção, aquisição, armazenamento, prescrição, verificação do farmacêutico, dispensação, preparo, administração, monitoramento e descarte apropriado dos resíduos gerados.

2. OBJETIVOS

Padronizar o processo de administração de medicamentos na instituição;
Garantir a segurança no processo de administração de medicamentos.

3. INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

Indicado para todas as áreas que administram medicamentos no hospital, independente da via.

4. RESPONSÁVEIS

Equipes médica, de enfermagem e farmácia conforme explicitado na descrição de cargos.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Ser enfermeiro e/ou técnico de enfermagem e estar apto a realizar o procedimento.

6. MATERIAL

Prescrição médica, medicamentos e materiais necessários para o processo de administração.

7. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

A. No que se refere à administração de medicamentos, os passos descritos a seguir são fundamentais para prática segura (nove certos):

1) MEDICAMENTO CERTO: o nome do medicamento prescrito deve corresponder ao nome descrito na identificação da embalagem. Caso haja divergência, interromper o processo e acionar o enfermeiro responsável ou farmacêutico.

2) PACIENTE CERTO: checar os dois identificadores na pulseira de identificação do paciente (nome completo e número do prontuário) e realizar a leitura do código de barras da pulseira via prontuário eletrônico.

3) DOSE CERTA: dose prescrita.

4) VIA CERTA: via prescrita.

5) HORÁRIO CERTO: administrar dentro do horário previsto, com tempo de infusão correto e na frequência prescrita.

6) ORIENTAÇÃO AO PACIENTE: o paciente e/ou familiar deve ser orientado quanto á medicação que será administrada, suas possíveis reações e efeitos esperados.

7) DIREITO A RECUSAR O MEDICAMENTO: o paciente tem o direito de recusar a medicação. Antes de preparar qualquer medicamento, certifique-se de que o mesmo será aceito pelo paciente. Em casos de recusa, o médico deve ser comunicado.

8) REGISTRO CERTO: a finalização correta do processo de administração de medicamento em prontuário eletrônico evidencia a checagem do medicamento.

9) CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO: possíveis reações adversas, alergias e os cuidados relacionados ao período de infusão do medicamento.

B. Avaliação da prescrição médica:

1) Nas unidades de internação a dupla conferência da prescrição médica deverá ser feita obrigatoriamente por um auxiliar de enfermagem/técnico de enfermagem e um enfermeiro no início de cada plantão utilizando a prescrição vigente para o plantão. A dupla conferência da prescrição médica NÃO poderá ser realizada entre dois técnicos, entre dois estagiários ou entre um técnico de enfermagem e um estagiário de enfermagem.

2) O técnico de enfermagem deverá fazer a leitura em voz alta da prescrição médica do dia vigente acompanhado pelo enfermeiro.

3) A leitura da prescrição médica deve ser da esquerda para a direita e é preciso constar:

- nome completo e número do prontuário; alergias; medicamento prescrito; dose prescrita; via prescrita; frequência prescrita. Verbalizar os medicamentos de uso alternado, não padronizados e/ou medicamentos próprios.

4) No final do plantão o enfermeiro deve conferir na prescrição médica:

- se todos os medicamentos do seu plantão estão checados e com identificação do profissional assistencial.
- se todos os medicamentos não administrados foram justificados e reaprazados quando necessário.

Sobre o aprazamento / reaprazamento

O aprazamento de medicamentos é automático a partir da geração da prescrição médica, porém caso os horários não estejam adequados, ou seja, necessário realizar alguma mudança pontual o enfermeiro fica responsável em adequar os horários de acordo com a necessidade através do reaprazamento.

C. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS APÓS A CONFIRMAÇÃO COM O ENFERMEIRO

O enfermeiro é responsável pelo gerenciamento da administração de medicamentos que necessitam de avaliação do estado clínico do paciente associado a sinais vitais e resultados de exames. Quando houver dúvidas o enfermeiro deverá consultar o médico responsável e/ou farmacêutico.

D. PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO NO REGIME "SE NECESSÁRIO (S/N)"

Consiste na medicação que deverá ser feita ao paciente se for necessário. O enfermeiro deverá ter prudência ao determinar a necessidade da administração, não havendo necessidade de solicitar autorização ao médico para administrá-la. O medicamento prescrito no regime "se necessário" deverá conter a frequência de administração e a indicação da necessidade.

E. PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO NO REGIME "A CRITÉRIO MÉDICO (ACM)"

Consiste na medicação que antes de ser administrada, exige que o enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem responsável pelo paciente consulte o médico titular ou o médico plantonista, ou seja, não há a administração sem a confirmação médica.

A prescrição médica eletrônica é indispensável no momento do preparo e da administração dos medicamentos e deve ser sempre levada até o quarto do paciente no momento da administração do medicamento. O profissional que administra a medicação deve ter suficiente conhecimento sobre a mesma.

F. SOBRE A DUPLA CHECAGEM

Indicado para orientar os profissionais quanto às regras que devem ser seguidas para a garantia do melhor processo na dupla checagem de medicamentos. O procedimento de dupla checagem deve ser realizado por enfermeiro x enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem x enfermeiro.

O profissional envolvido no processo de dupla checagem deve solicitar ao profissional responsável pelo preparo que mostre o frasco da medicação preparada, acompanhe o profissional até o leito do paciente, cheque a identificação do paciente, a dose, a via que está sendo administrado o medicamento e para as instalações em bomba de infusão contínua (BIC), deverá ser checado o volume de infusão do medicamento.

O registro da dupla checagem deverá ser feito na prescrição médica eletrônica sempre que houver prescrição de insulinas, heparina EV e eletrólitos de alta concentração.

JEJUM

Em casos de jejum para procedimento invasivo, devem-se respeitar os intervalos adequados de acordo com o protocolo de jejum pré-anestésico:

Prematuros	Leite materno-2h Líquido com resíduo - 3h	
0- 6 meses	Leite materno-3h Líquido com resíduo - 4h	Líquido sem resíduo- 3h
7-36 meses	Leite materno-4h Líquido com resíduo e Sólidos - 6h	Líquido sem resíduo - 3h
> 36 meses-Adultos	Líquido com resíduos e Sólidos-8h	Líquido sem resíduo - 3h

Líquido com resíduo: leite de vaca, leite em pó, leite de soja, suco com grumos. Líquido sem resíduo: chá, água, refrigerante, gatorade, suco coado, contraste, gelatina.

Manitol: jejum de 4h.

Pacientes recebendo dieta por sonda naso-entérica deverão ser considerados como tendo recebido uma dieta sólida (8 horas de jejum).
Para paciente sob intubação orotraqueal ou traqueostomia com cânula plástica (com balonete INSUFLADO), não é necessário jejum.
Exceções: 1- quando houver programação de troca de cânulas de intubação e traqueostomia;
Exceções: 2 – quando o preparo para cirurgia/procedimento depender de jejum (ex.: cirurgias abdominais).
O não cumprimento do tempo adequado de jejum pode gerar complicações pulmonares graves.
Se dúvidas em relação à administração de medicamentos em caso de jejum a informação deve ser compartilhada com a equipe médica responsável pelo caso.

C. Formas de dispensação de medicamentos:

1. Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária

- No sistema de distribuição por dose unitária o medicamento é dispensado na dose certa, para o paciente certo na hora certa, por períodos de 06h.
- Nesse sistema de distribuição, os medicamentos injetáveis são dispensados e precisam ser reconstituídos pela equipe de enfermagem, identificados com o nome do medicamento, dose, horário de administração e com o nome do paciente, leito e prontuário.

Nesse sistema de distribuição os medicamentos controlados e os medicamentos de alta vigilância não são enviados, devendo ser retirados na farmácia satélite após solicitação de dose extra.

2. Medicamentos trazidos de casa pelo paciente

O farmacêutico efetua a avaliação técnica dos medicamentos trazidos pelo paciente e preenche formulário específico que permite a administração destes medicamentos no HMVSC.

3. Recebimento da medicação

Horário de recebimento dos medicamentos da dose unitária na unidade:

Entrega:	**Intervalo de medicação atendida**
06:00h	Das 07h ás 13h
12:00h	Das 13h às 19h
18:00h	Das 19h às 01h
24:00	Das 01h às 07h

Caso não venha o medicamento entregue pela Dose Unitária, a equipe de enfermagem deverá solicitar dose extra em prontuário eletrônico, sinalizando com "Não saiu no mapa / não subiu da farmácia" e após retirar a medicação da farmácia satélite.

Caso ocorra erro de diluição, extravio ou quebra de medicação, a equipe de enfermagem deverá solicitar dose extra em prontuário eletrônico, sinalizando com o motivo da nova solicitação.

No caso de transferências de pacientes entre as alas/andares, a equipe de enfermagem deve enviar os medicamentos junto com o paciente, pois a farmácia por segurança não pode liberar novamente medicamento sinalizados como "entregue na dose unitária" sem que seja feita solicitação de dose extra por extravio.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Procedimento	**Segurança**	**Proteção**
1.Higienizar as mãos (dentro do quarto).	Reduzir o risco de infecção.	**Paciente e Colaborador**
2.Entrar no leito do paciente com a prescrição médica e os medicamentos	Reduzir o risco de erro de medicação e garantir a prática segura no processo de administração.	**Paciente**
3.Conferir o nome completo do paciente através da pulseira do	Reduzir o risco de erro de medicação.	**Paciente**

paciente confirmando com a prescrição médica		
4.Orientar o paciente sobre o medicamento a ser administrado (nome do medicamento, dose e via).	Educação do paciente e família.	**Paciente e/ou Acompanhante**
5.Orientar o paciente sobre a indicação do medicamento.	Educação do paciente e família.	**Paciente e/ou Acompanhante**
6.Orientar o paciente sobre possíveis reações adversas.	Educação do paciente e família.	**Paciente e/ou Acompanhante**
7.Conferir a validade da medicação		
8.Realizar a higiene das mãos	Reduzir o risco de infecção.	**Paciente e Colaborador**
9. Realizar o preparo e administração da medicação e a administração.	Reduzir o risco de erro no processo de administração de medicamentos.	**Paciente**
10.Preparar a medicação que será administrada.	Garantir a prática segura no processo de preparo e administração.	**Paciente**
11.Higienizar as mãos.	Reduzir o risco de infecção.	**Paciente e Colaborador**
12.Calçar a luva de procedimentos	Prevenir incidentes biológicos.	**Colaborador**
13.Administrar o medicamento com a técnica correta.	Garantir a prática segura no processo de administração.	**Paciente**
14.Retirar a luva de procedimentos (descartar em lixo infectante).	Prevenir incidente biológico e geração de resíduos infectantes.	**Meio Ambiente**
15.Higienizar as mãos.	Reduzir o risco de infecção.	**Paciente e Colaborador**
16.Checar a prescrição médica com um traço e rubrica na hora a ser administrada	Garantir a prática segura.	**Paciente**

17.Realizar a desinfecção da bancada, bandeja e carro de apoio com álcool 70%.	Reduzir o risco de infecção.	**Paciente**
18. Higienizar as mãos ao sair do quarto.	Reduzir o risco de infecção.	**Paciente e Colaborador.**

Durante o processo de preparo e administração do medicamento é necessário:
1. Manter-se concentrado na tarefa e evitar interrupções;
2. Manter a área de preparo de medicação limpa, seca e organizada e a cada preparo de medicação e sempre que necessário, a superfície onde será preparada a medicação deverá ser desinfetada;
3. Aplicar os nove certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, dose certa, hora certa, orientação ao paciente, direito de recusa, registro certo e cuidados na administração);
4. Conferir as medicações com a prescrição médica sem tirá-las do invólucro da farmácia;
5. Informar ao paciente/família sobre a medicação que será administrada antes de violar o invólucro, pois o paciente pode recusar a medicação;
6. Identificar medicação com etiqueta padronizada no hospital: nome do paciente, medicamento, via, dose e hora. Preparar as medicações que serão administradas via sonda enteral macerando-as quando indicado e aspirando-as no oral-pack que deve estar previamente identificado;
7. Descartar a dose excedente de solução decimal previamente a administração da medicação (dose exata) a beira do leito; no caso de medicações controladas deve haver registro do descarte de volume excedente com presença de uma testemunha e registro no impresso descarte de medicamentos controlados, disponível nas unidades.
8. Utilizar, obrigatoriamente, a prescrição médica durante a administração dos medicamentos.
9. Explicar ao paciente e família quanto aos medicamentos que serão administrados no que diz respeito os efeitos esperados e possíveis reações.

9. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Não conferir a medicação com a prescrição médica;
Não checar a presença de alergia;
Administrar o medicamento sem realizar a leitura da pulseira e do medicamento via leitor de código de barras
Não realizar os nove certos da administração de medicamentos;
Desconhecer a medicação que será administrada;
Descartar incorretamente os resíduos gerados;

Preparar a medicação antes de informar ao paciente o que ele irá receber, correndo o risco dele recusar a medicação;
Não atentar-se aos medicamentos com sons e grafias semelhantes;
Não considerar os alertas emitidos pelo sistema;
Não observar as barreiras de segurança padronizadas para os medicamentos de alta vigilância.

10. PADRÃO DE PRÁTICA

Administrar a medicação de forma padronizada, utilizando os recursos que a instituição oferece, promovendo segurança na administração de medicamentos.

11. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Treinamento admissional;
Anual.

12. REGISTRO

O registro deve ser realizado no prontuário eletrônico, utilizando-se a barra de ferramentas – "administração de medicamentos", com a leitura do código de barras da pulseira de identificação do paciente e do medicamento. Mediante a sequência dos 9 (nove) certos, finalizar o procedimento no ícone "assinar".

13. INDICADORES DE QUALIDADE

% erro de medicação.
% de conformidade na realização da dupla checagem.

14. ANEXOS

NA

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Phillps DL. Administração de Medicação Intravenosa. In: Manual de Terapia Intravenosa. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001. p. 301-325.
2. Potter PA, Perry AG. Administração de medicamentos In: Potter PA, Perry AG Grande Tratado de Enfermagem Prática-Clínica e Prática Hospitalar. 3º edição. São Paulo;1998. p. 499-559.
3. Lewi, DS, Morgulis NFR, Berbare MHAO (eds.). Manual Farmacêutico. 9ª. ed. São Paulo, Hospital Albert Einstein, 2005.
4. Looking Collectively at Risk. Pathways for Medication Safety. Strategies for Leadership. Section 2.3 Use of the Ten Key Elements to assess risk [Internet] Horsham: Institute for Safe

Medication Practices; c2002 [cited 2011 Nov 29]. Available from: http://www.ismp.org/contact.asp.

5. Looking Collectively at Risk. Pathways for Medication Safety. Strategies for Leadership. Section 2.3 Evaluation tool for nurses [Internet] Horsham: Institute for Safe Medication Practices; c2002 [cited 2011 Nov 29]. Available from: http://www.ismp.org/contact.asp.

6. Liu Y, Elliott M. Nine right. Br J Nurs. 2010 Mar; 11-24;19(5):300-5.

7. Nurses' Six Rights for Safe Medication Administration [Internet] Massachusetts: Massachusetts Nurse Association; c2011 [cited 2011 Nov 29]. Available from:http://www.massnurses.org/nursing-resources/nursing-practice/articles/six-rights.

8. 8 rights of medication administration [Internet] Ambler: Nursing Center - Lippincott Williams & Wilkins; c2011 [cited 2011 Nov 29].Available from: http://www.nursingcenter.com/Blog/post/2011/05/27/8-rights-of-medication-administration.aspx

9. Reducing Medication Errors Associated with At-risk Behaviors by Healthcare Professionals [Internet]. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention; c2007 [cited 2011 Nov 29]. Available from: http://www.nccmerp.org/council/council2007-06-08.html.

10. Phillps DL. Administração de Medicação Intravenosa. In: Manual de Terapia Intravenosa. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001. p. 301-325.

11. Potter PA, Perry AG. Administração de medicamentos In: Potter PA, Perry AG Grande Tratado de Enfermagem Prática-Clínica e Prática hospitalar. 3º edição. São Paulo;1998. p. 499-559.

12. Kusahara DM, Chanes DC. Segurança na medicação. In: Pedreira MLG, Harada MJCS. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul, São Paulo:Yendis; 2009. p. 119-138.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CIRURGIA SEGURA

INTRODUÇÃO

A realização segura de cirurgias e procedimentos invasivos é uma prioridade institucional para a SBIBAE. Para tal fim, são estabelecidos processos que garantam a sua precisão e segurança, envolvendo cuidados específicos em todas as etapas e em todas as áreas do hospital onde esta política se aplica, dentro ou fora do Centro Cirúrgico. Essa política estabelece os critérios para realização de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro.

OBJETIVO

1. Atender às recomendações do "Protocolo de Cirurgia Segura" da Organização Mundial da Saúde (OMS);
2. Atender às recomendações do "Protocolo Universal para prevenção de cirurgias e procedimentos invasivos em local de intervenção errado, procedimento errado, no paciente errado" da Joint Commission International (JCI);
3. Atender às Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

DEFINIÇÕES

Os procedimentos cirúrgicos e invasivos são aqueles que envolvem incisão ou punção, sutura, debridamento de tecidos, drenagem de substâncias orgânicas, ou ainda biópsia de tecidos, vísceras ou órgãos, em regime de internação hospitalar ou ainda em regime ambulatorial.
Incluem também os procedimentos endovasculares, aqueles realizados através de acessopercutâneo utilizando uma via endovascular, com ou sem inserção de próteses e, procedimentos endoscópicos que também participam do rol de procedimentos cirúrgicos correspondendo àqueles que utilizam a via endoscópica, invadindo cavidades orgânicas ou vísceras através de sua mucosa.

Área para Aplicação do Checklist de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro

<u>Centro Cirúrgico</u>

- Centro Cirúrgico

<u>Medicina Diagnóstica e Ambulatorial</u>

- Cardiologia | Neurofisiologia Clínica
- Endoscopia
- Imagem
- Laboratório

<u>Unidades de Internação</u>

- Departamento de Pacientes Graves (DPG)

• Clínica Médica Cirúrgica (CMC)

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Identificação do local de intervenção - Marcação do sítio cirúrgico

A identificação do local de intervenção ou marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) é uma atividade de inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou do procedimento invasivo. O médico executor do procedimento só poderá delegar o ato da marcação do sítio cirúrgico para outro profissional médico de sua confiança e ciente de que não existe a transferência de responsabilidade sobre este ato.

Todo paciente submetido a procedimento cirúrgico e invasivo que implique em lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ter o local de intervenção demarcado pelo cirurgião, médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado.

Nos procedimentos realizados na região da coluna vertebral, a marcação deverá ocorrer por região (cervical, torácica, lombar e sacral).

Para crianças com idade acima de 30 dias de vida (exceto prematuros), a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) deverá ser realizada, exceto nos casos de recusa por parte dos pais ou situação de constrangimento da criança. Nestes casos, é necessário indicar órgão e lateralidade no consentimento cirúrgico e demais documentos e notificar verbalmente a equipe envolvida no procedimento antecipadamente.

Todo paciente submetido a cirurgias em face (olhos, orelha, boca, bochecha, entre outras) deverão ter a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) sinalizada através da colocação de uma pulseira de identificação de cor VERDE LIMÃO no membro superior no lado a ser operado, contendo a informação da lateralidade (exemplo: olho direito, orelha esquerda, entre outros).

Todo paciente submetido a procedimentos de imobilização de membros com aplicação de aparelho gessado, fixadores, atadura, tala imobilizadora, entre outros deverão ter marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) realizado. A identificação da marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) deverá ser feita antes do encaminhamento do paciente para o local do procedimento com marcador padronizado na instituição, utilizando a caneta dermatológica e com a sinalização recomendada.

Nos casos de preparo de pele (exemplo: tricotomia, degermação) estes devem ser realizados após a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade).

A marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) recomendada é um círculo ou dois círculos circunscritos simulando um alvo. Outros tipos de marcação são aceitáveis desde que toda a equipe entenda claramente o local de intervenção.

Para cirurgias que requerem marcação especial (cirurgia plástica, varizes, entre outras), estas serão válidas como marcação da lateralidade.

Na admissão do paciente no local do procedimento, o enfermeiro ou técnico de enfermagem que recebe o paciente deverá conferir a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) juntamente com o consentimento cirúrgico. Nos casos de emergência, onde a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) não é obrigatória, o médico responsável deverá registrar o local de intervenção no prontuário eletrônico. O paciente não deverá será encaminhado para realizar o procedimento sem a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade), exceto em casos de emergência.

Exceções: Casos em que a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) não é necessária incluem:

• Cirurgias e procedimentos em órgãos únicos
• Cirurgias e procedimentos de emergência
• Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido, incluindo: cateterização cardíaca, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, laparotomia exploradora
• Procedimentos endovasculares com ou sem local de intervenção conhecido
• Suturas e cuidados com ferimentos nas UPAs (Unidades de Pronto Atendimento)
• Crianças prematuras - indicar órgão e lateralidade no consentimento cirúrgico
• Recusa do paciente - registrar em prontuário a recusa do paciente e certificar-se que o lado correto consta no consentimento cirúrgico e demais documentos necessários para cirurgia ou procedimento invasivo

Etapas e Aplicação do Checklist de Cirurgia Segura

O processo inclui práticas internacionais de segurança e engloba a realização do Checklist de Cirurgia Segura que contempla as seguintes etapas:

• Check in ou Sign in: no momento da admissão do paciente no local de realização do procedimento
• Time Out antes da indução anestésica: ocorre na presença da equipe de enfermagem, cirurgião principal e/ou assistente e anestesiologista
• Time Out antes da incisão cirúrgica: ocorre na presença do cirurgião principal e /ou assistente, anestesiologistas, instrumentador cirúrgico, equipe de enfermagem e todos outros profissionais envolvidos na assistência cirúrgica antes que ocorra a incisão da pele do paciente
• Check Out ou Sign out: ocorre antes do término do procedimento, juntamente com toda a equipe envolvida na assistência cirúrgica antes do término da cirurgia.

Ao final da realização do Checklist de Cirurgia, o profissional de enfermagem que o conduziu deve registrar data e horário no campo respectivo do prontuário do paciente.

Etapas e Aplicação do Checklist de Procedimento Seguro

O processo de Checklist de Procedimento Seguro que contempla as seguintes etapas:

• Check in ou Sign in: Ocorre no momento da chegada de toda a equipe responsável pelo procedimento invasivo a ser realizado no paciente, e deverá ser realizada a beira leito na presença de todos os envolvidos

• Time Out antes da indução anestésica: ocorre na presença da equipe de enfermagem, equipe responsável pelo procedimento e/ou assistente e anestesiologista*

• Time Out antes do procedimento invasivo: Ocorre na presença da equipe de enfermagem, cirurgião/médico responsável pelo procedimento e/ou assistente e anestesiologista (se aplicável), e deverá ser conduzido em voz alta checando todos os itens relativos à segurança do paciente

• Check Out ou Sign out: Deverá ocorrer antes do término do procedimento, juntamente a equipe envolvida na assistência antes do término do procedimento invasivo

*A etapa Time Out antes da indução ocorre apenas quando há indução anestésica.

A realização do Checklist de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro é obrigatória para procedimentos cirúrgicos ou invasivo, exceto em situações de emergência. Caracteriza-se por procedimentos de emergência situações que necessitam de uma ação médica imediata. Serão consideradas situações de emergência tudo aquilo que implica em um risco iminente de morte, que deve ser diagnosticado e tratado nos primeiros momentos após sua constatação.

O processo de realização do Checklist de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro conta com o engajamento de toda a equipe envolvida na assistência cirúrgica e tem como 'líder' a equipe de enfermagem, que é responsável por conduzir esta ferramenta atuando como barreira adicional às possíveis falhas neste processo.

Procedimentos para aplicação do Checklist de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro

Cardiologia / Neurofisiologia Clínica

• Ecocardiograma Transesofágico
• Ecocardiograma Transesofágico com Endoscopia
• Endoscopia Digestiva Alta
• Colangiopancreatografia
• Colonoscopia
• Sigmoidoscopia
• Gastrostomia
• Ecoendoscopia
• Enteroscopia
• Broncoscopia
• Laringoscopia

Imagem

• Tomografia: exames com anestesia, artrotomografia

• Ultrassonografia: exames com anestesia, procedimentos de mama guiados por US, histerossonografia

• Raios X: exames com anestesia, histerossalpingografia, uretrocistografia, dacriocistografia, fistulografia, sialografia.

Centro Médico Ambulatorial (CMA)

• Pequenas Cirurgias
• Imobilização com Gesso Circular
• Infiltrações
• Cistoscopia
• Coleta de Líquor

DPG

• Passagem de PICC (Cateter Venoso de Inserção Periférica)
• Passagem de Cateter Venoso Central (apenas UTI)
• Biópsia Hepática (apenas UTI)
• Biópsia Renal (apenas UTI)
• Broncoscopia e biópsia pulmonar (apenas UTI)
• Paracentese (apenas UTI)
• Passagem de Balão Intra-Aórtico (BIA) - (apenas UTI)
• Passagem ou troca de Cateter Venoso Central de Curta Permanência (Arrow ® e Shilley®)
• Passagem de marcapasso temporário/percutâneo (apenas UTI)
• Realização de Flebotomia (dissecção venosa) - (apenas UTI)
• Ecotransesofágico (apenas UTI)
• Implante cateter tenckoff (apenas UTI)
• Infiltrações que implique em lateralidade
• Coleta de líquor
• Passagem de PIC
• Mielograma
• Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia e biópsia TGI (apenas UTI)

Clínica Médica Cirúrgica

• Coleta de Líquor
• Infiltração que implique em lateralidade
• Passagem de PICC (Cateter Venoso de Inserção Periférica)
• Mielograma
• Passagem de Cateter Venoso Central

As áreas da SBIBAE onde a realização do Checklist de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro NÃO É OBRIGATÓRIA antes de procedimentos invasivos incluem:

• Procedimentos invasivos de enfermagem, com exceção da passagem de PICC
• Transfusão de Sangue e Hemocomponentes
• Procedimentos realizados na imagem com uso de contraste oral e endovenoso
• Procedimentos e cirurgias de emergência, incluindo suturas e cuidados com ferimentos nas UPAs

O Checklist de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro, assim como a ausência dele, deverão ser registrados em prontuário, pelo enfermeiro ou qualquer profissional que participe deste processo.

Registros em Prontuário: A informação referente ao sítio cirúrgico (lateralidade) deverá estar registrada nos seguintes formulários do prontuário:

• Anamnese/ Exame Físico
• Relatório de Cirurgia
• Consentimento Cirúrgico
• Consentimento Anestésico
• Ficha de Avaliação Pré Anestésica

As informações relativas ao Checklist de Cirurgia Segura deverão ser registradas no formulário "Registro Intra operatório".

As informações relativas ao Checklist de Procedimento Seguro deverão ser registradas no formulário "Checklist de Procedimento Seguro".

Nos casos de emergência, o registro deverá ser feito em evolução de enfermagem ou documentação intraoperatória, não sendo obrigatório o preenchimento do Checklist de Cirurgia Segura e de Procedimento Seguro.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Pacientes submetidos a cirurgia ou procedimento que necessitam de Checklist de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro, exceto em caso de emergência.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Adesão ao Time Out "Perfeito"

Adesão à conclusão do Check In Antes da Indução Anestésica

Adesão ao Time Out Antes da Incisão Cirúrgica

Adesão ao Check Out "Perfeito"

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Manual Hospitalar JCI 7ª ed.

• Brussa D, et al. Safe surgery for all: Early lessons from implementing a national government-driven surgical plan in Ethiopia. World J Surg. 2017 Dec;41(12):3038–3045. https://doi.org/10.1007/s00268-017-4271-5.

• Carbral RA, et al. Use of a surgical safety checklist to improve team communication. AORN J. 2016 Sep;104(3):206–216. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.06.019.

• Jain D, Sharma R, Reddy S. WHO Safe Surgery Checklist: Barriers to universal acceptance. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2018 Jan–Mar;34(1):7–10.

• Ragusa PS, et al. Effectiveness of surgical safety checklists in improving patient safety. Orthopedics. 2016 Mar–Apr;39(2):e307–e310. https://doi.org/10.3928/01477447- 20160301-02.

• World Health Organization. Surgical Safety Checklist. (Updated: Jan 1, 2009.) Accessed Jan 3, 2020.https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng_Checklist.pdf?sequence=2

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Rotina de Checkist de Cirurgia Segura – Centro Cirúrgico

1. DEFINIÇÃO

O *Checklist* de Cirurgia Segura foi implantado com o objetivo não mais de ser um princípio teórico, mas como prática obrigatória nos procedimentos invasivos elegíveis para favorecer melhores desfechos.

2. OBJETIVOS

Garantir a segurança do paciente durante a realização de procedimentos cirúrgicos / invasivos.

3. indicação e contra-Indicação

Indicação: O protocolo deverá ser aplicado a todos os pacientes (adultos ou pediátricos) admitidos no Centro Cirúrgico que impliquem na realização dos procedimentos invasivos elegíveis.

Contraindicação: Procedimentos invasivos em situações de emergência.

4. RESPONSÁVEIS

Equipe assistencial envolvida na realização do procedimento invasivo.

5. Requisitos mínimos para o procedimento

Esse processo conta com o engajamento de toda a equipe envolvida na assistência ao paciente e tem como 'líder' a equipe de enfermagem, que é responsável por conduzir o *Checklist*, atuando como barreira adicional às possíveis falhas que envolvam a assistência cirúrgica.

6. Material

Preenchimento do *Checklist* de Cirurgia Segura impresso que deve ficar acondicionado no prontuário do paciente.

7. Orientação Pré e Pós Procedimento

Não se aplica.

8. Descrição do Procedimento

A equipe de enfermagem irá conduzir o *Checklist* para Cirurgia Segura em voz alta presença da equipe participante do procedimento (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Equipe Médica, entre outros) antes do início do procedimento.

O *Checklist* para Cirurgia Segura nos ambulatórios é dividido em 4 etapas:

Momento 1: *Check in* ou *Sign in*

Momento 2: *Time Out* I antes da indução anestésica

Momento 3: *Time Out* II antes da incisão cirúrgica

Momento 4: *Time Out* III antes do término da cirurgia

Momento 1- *Checkin* ou *Sign In*

A equipe de enfermagem que recebe o paciente na entrada do Centro Cirúrgico realiza as seguintes etapas:

Início do *check in* conferindo os seguintes itens:

- Checagem dois identificadores do paciente (nome completo e nº de prontuário)
- Avaliação inicial de enfermagem
- Anamnese/ exame físico
- Questionário de informações pré anestésicas preenchidas pelo paciente
- Avaliação pré anestésica
- Consentimento anestésico
- Consentimento cirúrgico com lateralidade/sítio (quando aplicável)
- Sítio demarcado (quando aplicável)
- Conferência do paciente / agendamento

Caso seja encontrada alguma não conformidade, o paciente não poderá ser encaminhado à sala de cirurgia, devendo permanecer na recuperação anestésica até que as não conformidades sejam regularizadas.

Na Sala de Cirurgia

Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem conduzirá os seguintes momentos após entrada em sala cirúrgica:

Momento 2: *Time Out* I antes da Indução Anestésica

A equipe de enfermagem preenche todos os itens da lousa da sala de cirurgia, conforme descrição abaixo:

- Nome do paciente
- Prontuário
- Procedimento
- Lateralidade
- Alergia
- Antibiótico (realizado às / próxima dose às)
- Cirurgião
- Assistente
- Anestesista
- Instrumentador

- Técnico de Enfermagem
- Enfermeiro
- Equipamentos checados por
- Representante
- Nome e contato do acompanhante
- Ramais
- Observação

O *Time Out* antes da indução anestésica corre na presença da equipe de enfermagem, cirurgião principal e/ou assistente e anestesiologista, e deverá ser conduzido em voz alta checando todos os itens relativos à segurança anestésica.

Os itens checados no *Time Out* antes da indução anestésica são:

- Checado dois identificadores (nome completo e prontuário na pulseira do paciente)
- Consentimentos anestésico/cirúrgico
- Sítio demarcado (quando aplicável).
- Exames em sala (quando aplicável).
- Alergia
- Profilaxia de TEV (paciente >18 anos)
- Monitor/oxímetro funcionando
- Verificação Anestésica (ventilador/KT5/Laringo/Aspirador/Seringas)
- Via aérea difícil
- ATB profilático/terapêutico
- Materiais/equipamentos essenciais disponíveis em sala, incluindo implantes de dispositivos médicos, quando aplicável
- Perda sanguínea que necessite de reserva de sangue
- Reserva disponível de hemocomponente (quando aplicável).

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

Momento 3: *Time Out* II antes da Incisão Cirúrgica

O *Time Out* antes da incisão cirúrgica corre ocorre na presença do cirurgião principal e/ou assistente, anestesiologistas, instrumentador cirúrgico, equipe de enfermagem e todos outros profissionais envolvidos na assistência cirúrgica antes que ocorra a incisão da pele do paciente.

Os itens checados no *Time Out* antes da incisão cirúrgica são:

- Confirmação com o cirurgião do nome completo do paciente, procedimento, lateralidade e sítio cirúrgico
- Identificação dos profissionais em sala

- Tempo previsto da cirurgia/momentos críticos
- Confirmação de que os materiais/equipamentos essenciais estão disponíveis em sala
- Antibiótico realizado
- Reserva de sangue disponível (quando aplicável)
- Previsão de peças/material para estudo

✓ Conferência dos integradores (esterilização)

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

Momento 4: *Time Out* III Antes do Término da Cirurgia

Ocorre antes do término do procedimento, juntamente com toda a equipe envolvida na assistência cirúrgica antes do término:

- Procedimentos realizados
- Contagem de Instrumentais
- Contagem de Agulhas
- Contagem de Compressas
- Contagem de Gazes
- Todas as peças para análise entregues / etiqueta das peças lida em voz alta, incluindo o nome do paciente
- Confirmar se houve falta ou falha de materiais e equipamentos
- Confirmar se há algum cuidado ou necessidade especial para o paciente no pós operatório

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

9. Pontos Críticos / Riscos

Não realização do *checklist* de procedimento seguro.

10. Padrão de Prática

Recomendações nacionais e internacionais referente ao assunto.

11. Periodicidade de Treinamento

Não se aplica.

12. Registro

Cerner Millenium.

13. Indicadores de Qualidade

Taxa de adesão ao Time Out Perfeito:

Fórmula de cálculo: Número de oportunidades em conformidade / número de oportunidades auditadas x 100.

14. Anexos

Não se aplica.

15. Referências Bibliográficas

Organização Mundial da Saúde. - Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angelica Duran – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211 p.: il. ISBN 978-85-87943-97-2

Manual Joint Commission International.

Ronsmans C, et al. Maternal mortality: who, where, and why. Lancet, 2006, 368:1189-200.

Weiser T, et al. An estimation of the global volume of surgery. Lancet

Population Reference Bureau. 2006 world population data sheet. 2006. http://www.prb.org/pdf06/06WorldDataSheet.pdf (acessado em 12 de abril de 2007).

Kwaan MR, et al. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. Archives of Surgery, 2006, 141:353-8.

Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? Archives of Surgery, 2006, 141:931-9.

Joint Commission. Sentinel event statistics-December 31, 2006. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics (acessado em 5 de maio de 2007).

Joint Commission. Sentinel events alert-5th December 2001. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/sentineleventalert/sea_24.htm (acessado em 3 de maio de 2007).

Cowell HR. Wrong-site surgery. Journal of Bone and Joint Surgery (American), 1998, 80:463.

OMS/ANVISA checklist

16. Documentos relacionados

POLÍTICA DE SEGURANÇA EM CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS - IDENTIFICAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (LATERALIDADE), CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA E PROCEDIMENTO SEGURO.

ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS, URGÊNCIAS, INTERCORRÊNCIAS E AVALIAÇÕES MÉDICAS DOS PACIENTES - CÓDIGO AMARELO

INTRODUÇÃO

O Hospital dispõe de médicos plantonistas e equipe de enfermagem, 24 horas por dia, autorizados a prestar assistência a pacientes em situações de emergência/ urgência, internados ou ambulatoriais em suas dependências físicas.

OBJETIVO

Assegurar que qualquer paciente admitido e ou utilizando as dependências físicas do hospital, seja devidamente identificado e tratado na vigência de emergências, urgências, intercorrências e necessidade de avaliações médicas, mesmo na ausência de seu médico titular, sem a anuência prévia do mesmo.

O Código Amarelo visa adotar as melhores práticas propostas na literatura e recomendadas pela Campanha Internacional Cem mil vidas (100K lives) com os seguintes objetivos:

1. Diminuição da mortalidade intra-hospitalar,
2. Redução do nº de PCR e maior sobrevida desses pacientes,
3. Favorecer a Segurança do Paciente, do Médico e da Instituição.

DEFINIÇÕES

O Código Amarelo consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais no paciente adulto, previamente estabelecidos, que permitirá ao enfermeiro, acionar o médico da CMC ou UTI, agilizando o atendimento.

Este atendimento deve ocorrer em **até 5 minutos** a partir do acionamento pelo enfermeiro. Ou seja, o enfermeiro aciona o "***Código Amarelo***" **no ramal XXXX** e o médico tem até 5 minutos para chegar ao local da ocorrência.

Em caso de falha no sistema de ramais, acionar o código pelo celular de contingência (**XX)-XXXXXX**

Na ocorrência de Parada Cardiorrespiratória (PCR) em pacientes adultos, essa política não é aplicável, devendo ser seguida a "Política de Atendimento a Parada Cardiorrespiratória" pelo Código Azul.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

MUDANÇAS AGUDAS NO ESTADO GERAL DO PACIENTE:

Comprometimento respiratório:

- Diminuição aguda da Saturação de O2 para < 90%
- Mudança da Frequência Respiratória para < 8 rpm ou > 28 rpm

Comprometimento circulatório:

- Diminuição da pressão arterial sistólica para <- 90 mmHg
- Aumento da pressão arterial sistólica para > 180 mmHg associado a sintomas
- Mudança da Frequência cardíaca para < 40 bpm ou > 130 bpm
-Suspeita de sepse

Comprometimento neurológico:

- Rebaixamento do nível de consciência
- Convulsão
- Sinais Focais súbitos
- Hipótese diagnóstica de AVC com menos de 12 horas de evolução
- Suspeita de AVC

Seriamente preocupado com o estado geral do paciente:

- Paciente refere "não estar bem" ou sentir "algo errado"
- Mudança de cor, umidade e diminuição da temperatura nas extremidades do paciente (extremidades pálidas, acinzentadas, úmidas ou cianóticas)
- Situação que envolva distúrbio de pensamento, sentimentos ou ações que acarrete risco significativo para o paciente ou para outros, necessitando de intervenção imediata, caracterizando emergência psiquiátrica.
- Queda com (ou potencial) de dano **moderado ou grave**. (são exemplos de queda com dano moderado ou grave: queda com TCE, perda da consciência, incapacidade de mobilidade ou mobilidade prejudicada após a queda, ou seja, situações cuja consequência da queda colocar em risco a segurança do paciente. Nesse momento, a avaliação do enfermeiro é fundamental.)

- **Observação:** nos casos de queda com dano ausente ou leve o enfermeiro comunicará o médico do paciente (titular ou assistente) sobre a ocorrência da queda; na impossibilidade deste proceder a avaliação, a enfermeira comunicará o médico plantonista da UTI, no ramal da secretaria **XXXX** sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda, conforme descrito no documento, toda a queda não assistida de ser acionado o código amarelo. *"Protocolo de prevenção de queda adulto e pediátrico"*

Critérios de Acionamento do Código Amarelo na Medicina Diagnóstica não desconsiderando a possibilidade de acionamento se pacientes atenderem critérios citados acima:

Achados diagnósticos relevantes em imagem:

- CABEÇA: Lesões focais ou difusas extensas com efeito de massa importante; Desvio importante das estruturas da linha mediana (> 1,0 cm) com risco de herniação encefálica; Apagamento difuso dos espaços liquóricos intracranianos com risco de herniações encefálicas; Hidrocefalia volumosa com riscos de herniações encefálicas; Hemorragia no tronco cerebral ou cerebelo com efeito de massa ou compressão do IV ventrículo;
Hemorragia subaracnóide extensa sem causa conhecida (suspeita de provável aneurisma roto).

- PESCOÇO: Massa ou hematoma com risco iminente de obstrução completa de vias aéreas superiores; Lesões vasculares com hematoma volumoso ou com sangramento ativo

- TÓRAX: Pneumotórax volumoso/hipertensivo; Hemotórax volumoso (com risco de instabilidade hemodinâmica) com ou sem sangramento ativo; Tromboembolismo pulmonar maciço (com risco de instabilização hemodinâmica) # Formação expansiva com risco iminente de obstrução completa de vias aéreas; Consolidação pulmonar extensa comprometendo praticamente todo parênquima pulmonar

- ABDOME: Hemorragia parenquimatosa maciça ou hemoperitônio/hemorretroperitônio volumoso (risco iminente de instabilidade hemodinâmica) com ou sem sangramento ativo; Necrose mesentérica grave com pneumoportia; Trombose mesentérica extensa

- AORTA: Dissecção aguda; Ruptura

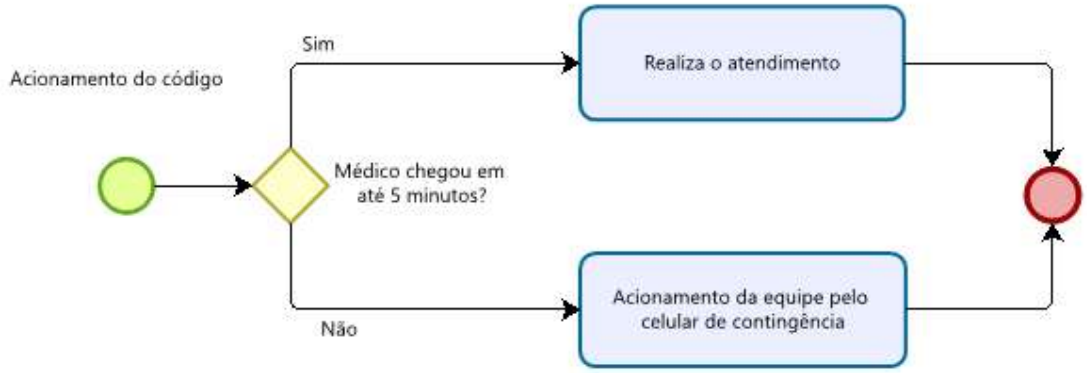
Achados diagnósticos relevantes em cardiologia:

-IAM ou SCA em progressão;
-Arritmia potencialmente fatal (TVS, FV, Torsade du point, BAVT com baixo débito);
-Dissecção aórtica tipo A complicada (derrame pericárdico ou refluxo aórtico significante, obstrução coronariana);
-Tamponamento cardíaco;
-Insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatório (ETE/sedação);
-Hipotensão persistente após reposição volêmica;
-Efeito excessivo de sedativo (sedação > moderada) não revertido com antídoto;
-FA ou outras taquiarritmias sem risco iminente durante exame (sobretudo eco de estresse) e não revertida;
-Dissecção aórtica tipo A ou B não complicada e não diagnosticada previamente;
-Endocardite infecciosa complicada ou endocardite não diagnosticada previamente;

-Situação que o examinador julgue como de internação em cliente externo

O Desempenho Esperado é que todos os pacientes admitidos ou atendidos nas dependências do HMVSC em situação de emergência, urgência e intercorrência sejam identificados, atendidos e tratados em tempo compatível com sua necessidade iminente; que as ações da equipe multiprofissional sejam devidamente documentadas em prontuário; que o resultado esteja conforme o esperado para o quadro clínico do paciente; que as intercorrências e ocorrências adversas sejam notificadas sistematicamente para que as ações de melhoria contínua sejam propostas.

Fluxo de acionamento



RESPONSABILIDADES

Agentes	Descrições das Atividades
Equipe assistencial da unidade de acionamento do código	Detecta uma ou mais das mudanças agudas no estado geral do paciente e solicita avaliação do enfermeiro. Obs: em determinadas unidades, em virtude da indisponibilidade imediata do enfermeiro, outros profissionais poderão acionar o código amarelo, mediante treinamento prévio. Exemplo: Reabilitação, MDP. Após o acionamento: - Orienta paciente e família sobre o procedimento, - Providencia o carro de emergência no quarto do paciente, - Verifica os sinais vitais e prepara o gliosímetro; - Instala o oxímetro de pulso; - Monitoriza o paciente com ECG no desfibrilador se acionamento por - motivo cardiovascular

	- Instala cateter de O2 nasal 2L/min se saturação < 90% - Tranquiliza a família
Enfermeiro do local de acionamento do código	Para acionar o código amarelo, discar o ramal **XXXX** ouvir a gravação e confirmar o acionamento digitando o número 1, ouvir a gravação até o fim. Obs. Os telefones que realizam o acionamento do código estão identificados em seus setores. Estes terminais estão mapeados e descritos na documentação Após o acionamento: - Inicia preenchimento do código amarelo adulto no prontuário eletrônico em formulário específico - Acompanha a transferência do paciente, em maca, para o setor de pacientes graves: UTI. No caso em que não houver vagas na UTI, encaminha para sala de choque de unidade de pronto atendimento. Deve obrigatoriamente estar acompanhado do médico do código amarelo;
Médico *Código Amarelo*	-Médico Intensivista -Dirige-se à área de atendimento respeitando o prazo definido no protocolo (5min.); -Avalia o paciente, faz o diagnóstico da situação, prescreve drogas e inicia procedimentos, se necessário; - Solicita e acompanha a transferência do paciente, em maca, junto ao enfermeiro, para o setor de pacientes graves: UTI. No caso em que não houver vagas na UTI, encaminha para sala de choque de unidade de pronto atendimento. -Preenche formulário do código amarelo adulto.

*** Urgências e Emergências pediátricas conforme critérios estabelecidos em documentação específica são atendidos pelo Código Amarelo Pediátrico.**

*** Urgências e Emergências a transeuntes conforme critérios estabelecidos em documentação específica são atendidos pelo Código Laranja.**

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Não se aplica.

Indicadores de Qualidade e desempenho

- Taxa de atendimento com início de atendimento em até 5 minutos;
- Taxa de transferência de pacientes para a UTI, após o atendimento do Código Amarelo

*Dados de acompanhamento:

- Número de acionamentos mês
- Desfechos de atendimento
- Causas prováveis
- Local de acionamento
- Índice de acionamentos por motivo único do critério "enfermeiro seriamente preocupado".

Anexos

Não se Aplica

REGISTROS

Em anotação e evolução de enfermagem. Em evolução e prescrição médica. O registro do **Código Amarelo Adulto** se faz, também, em formulário próprio disponível, o preenchimento deverá ser iniciado pela equipe local e finalizado pelo médico. O formulário possui duas vias, sendo que a via amarela deve ficar no prontuário do paciente e a branca deve ser encaminhada para o setor de Prática Assistencial.

Referências Bibliográficas

- Vandegrift MA, Granata R, Totten VY, Kellett J, Sebat F. Review of 20 Years of Continuous Quality Improvement of a Rapid Response System, at Four Institutions, to Identify Key Process Responsible for Its Success. Crit Care Explor. 2021;3(8):e0448. Published 2021 Aug 10. doi:10.1097/CCE.0000000000000448
- Higashino M, Hiraoka E, Kudo Y, et al. Role of a rapid response system and code status discussion as determinants of prognosis for critical inpatients: An observational study in a Japanese urban hospital. Medicine (Baltimore). 2021;100(32):e26856. doi:10.1097/MD.0000000000026856
- Lyons PG, Edelson DP, Churpek MM. Rapid response systems. Resuscitation. 2018;128:191-197. doi:10.1016/j.resuscitation.2018.05.013
- Moreira AAS, Ramos RO, Ligório ABS, Junqueira KD, Corrêa KS. Rapid response team: what factors interfere with your performance?. Invest Educ Enferm. 2018;36(2):10.17533/udea.iee.v36n2e05. doi:10.17533/udea.iee.v36n2e05

- Maharaj R, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2015;19(1):254. Published 2015 Jun 12. doi:10.1186/s13054-015-0973-y
- British Columbia Ministry of Health Services. Standardized hospital color codes of British Columbia. Disponível em https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/keeping-bc-healthy-safe/health-emergency-response/standardized-hospital-colour-codes.pdf; 2011 acessado em 02/02/2018
- Waldo, D. Standardization of emergency code calls in Oregon. Disponível em: https://www.oahhs.org/assets/documents/files/emergency-code-calls.pdf; 2009 acessado em 02/02/2018
- Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.
- Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais – 7ª Edição

Documentos relacionados

Não se Aplica.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

ATENDIMENTO CÓDIGO LARANJA

INTRODUÇÃO

O hospital dispõe de médicos plantonistas e equipe de enfermagem 24 horas por dia, autorizados a prestar assistência a transeuntes em situações de emergência/urgência em todas as faixas etárias.

Os atendimentos de urgência/emergência de pacientes internados, ou que estejam aguardando passar por atendimento, nos consultórios ou Setor de Imagem são realizados pelos Códigos Amarelo e Azul.

Será considerado Código Laranja quando a ocorrência for para atender a vítima no local da ocorrência nas dependências do hospital. Casos em que a vítima estiver em condições de ser encaminhada a Unidade de primeiro atendimento ou rede conveniada para atendimento, não serão considerados como Código Laranja.

Atendimentos em via pública devem seguir a política/fluxo de atendimento especifica para essas ocorrências.

OBJETIVO

Assegurar atendimento de urgência/emergência a qualquer transeunte utilizando as dependências físicas no hospital

O Código Laranja visa adotar as melhores práticas propostas na literatura e recomendadas pela Campanha Internacional Cem Mil Vidas (100K lives) com os seguintes objetivos:

1. Diminuição da mortalidade intra-hospitalar e locais adjacentes;
2. Redução do nº de PCR e maior sobrevida dos transeuntes;
3. Favorecer a Segurança do Paciente, do Médico, da Equipe de Enfermagem e da Instituição;

DEFINIÇÕES

Conforme critérios de acionamento previamente definidos abaixo:

Definição dos critérios
Perda de consciência
Convulsão
Confusão mental
Trauma grave
Insuficiência respiratória
Anafilaxia
Seriamente preocupado

Definição de transeunte

Transeuntes, são pessoas que estão circulando dentro do hospital sejam acompanhantes, visitantes, colaboradores ou pacientes em trânsito.

Agentes Casos

Profissional da unidade 1. Avalia a necessidade de acionamento e aguarda no local a chegada da equipe.

2. Aciona código laranja discando Ramal (XXXX), neste momento, comunica o local de atendimento e o caso situacional.

Enfermeiro do PS No ramal (XXX)o enfermeiro recebe a localização da vítima (andar e bloco).

1. Dirige-se até o local onde prestará atendimento com a mochila de atendimento independente da gravidade da vítima.
2. Enfermeiro realiza a triagem e se necessário aciona os demais membros envolvidos no processo, tais como bombeiro, médico e fisioterapia.
3. Após avaliar a vítima se necessário a presença do médico entra em contato com ele no ramal (XXX)e solicita ajuda.
4. Acompanhada transferência do paciente para UPA ou UTI em meio de transporte pertinente (maca ou cadeira de rodas).
5. Após o processo realiza abertura da ficha de atendimento e seu preenchimento.
6. O médico que será acionado é o médico emergencista pelo ramal (XXX)
7. Se necessário apoio da equipe do bombeiro acionar no ramal (XXX)

Caso seja necessário para o atendimento: prancha rígida e colar cervical: o bombeiro deverá obrigatoriamente ser acionado.

Atenção: Se o acionamento ocorrer para crianças (até 16 anos incompletos) o médico que deverá ser acionado é o pediatra no (XXXX), da UPA.

Médico Emergencista

1. Realiza o atendimento e o preenchimento da ficha de atendimento.
2. Direciona o atendimento conforme fluxograma abaixo (figura 1)

ATENÇÃO:

Em caso de falha no acionamento do ramal, o grupo deve ser comunicado via plano de contingência:

* Ligar direto no celular de contingência do enfermeiro (XX)-XXXXXXX) e avisar que se trata de um CODIGO LARANJA, informando localização (andar e bloco).

REGISTRO: APÓS O ATENDIMENO DO CÓDIGO LARANJA ANOTAR EM IMPRESSO PRÓPRIO. O PREENCHIMENTO DEVERÁ SER INICIADO PELO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO E SE NECESSÁRIO FINALIZADO PELO MÉDICO.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Transeuntes: pessoas que estão circulando dentro da instituição, estacionamento na entrada principal e pátio interno sejam acompanhantes, visitantes, colaboradores ou pacientes em trânsito.

Composição da mochila:

☐ Glicosimetro
☐ Glistam
☐ Aparelho de PA manual
☐ Oximetro portátil
☐ Luva
☐ Gaze
☐ Swab alcoolico
☐ Lanceta para verificação de glicemia
☐ Colares cervicais (todos os tamanhos)
☐ Ambu e máscara adulto e pediátrico

Se necessário: Prancha rígida e colar cervical, o bombeiro deverá ser acionado no ramal XXXX.

RESPONSABILIDADES

- Pelo atendimento: Enfermeiro e se necessário, bombeiros, fisioterapia e médico emergencista.
- A conferência da mochila de atendimento: será realizada, após os atendimentos pela equipe de enfermagem responsável do código.
- Os formulários de conferência serão arquivados pelo grupo de gestão dos códigos, bem como seu gerenciamento e indicador.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Manual Brasileiro de Acreditação – ONA

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

☐ Número de acionamentos/atendimentos de código laranja

☐ Taxa de pacientes que necessitaram de internação/observação após o atendimento do código laranja.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Institute for healthcare improvement, 100.000 lives campaign and 5 million lives campaign.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

INTRODUÇÃO

A identificação precisa do paciente é considerada uma das Metas Internacionais de Segurança, sendo essencial para que o cuidado ou tratamento prescrito seja sempre direcionado ao paciente correto. O hospital adota diretrizes para garantir a prática segura, considerando também as situações especiais, exceções e monitoramento dos riscos com foco na prevenção de ocorrência de eventos adversos.

OBJETIVO

Esta política tem como objetivo nortear a prática segura para identificação correta do paciente, em todas as unidades e situações em que o processo se aplica, de acordo com as seguintes diretrizes:

- Identificar o paciente por meio do uso de dois identificadores, padronizados institucionalmente.
- Garantir a identificação correta do paciente, antes de serem submetidos a procedimentos diagnósticos, tratamentos e qualquer outro procedimento relacionado ao seu plano de cuidados.
- Assegurar a identificação correta dos recursos e elementos relacionados à terapêutica do paciente.
- Garantir a precisão da identificação e a segurança do paciente, incluindo-se as situações especiais e exceções.

DEFINIÇÕES

O hospital garante a padronização e sistematização da forma, conteúdo e método de checagem da identificação dos pacientes, que ocorre por meio do uso de pulseira de identificação e/ou etiqueta contendo os DOIS IDENTIFICADORES padronizados na instituição: NOME COMPLETO e NÚMERO DE PRONTUÁRIO, exceto em situações especiais.

A DATA DE NASCIMENTO e IDADE também podem ser utilizadas como itens adicionais de checagem mediante necessidade.

NÃO É PERMITIDO o uso do número do quarto ou da localização do paciente como identificadores do paciente.

Os profissionais que assistem o paciente devem sempre conferir os dois identificadores padronizados, por modo visual ou eletrônico, garantindo a participação do paciente e/ou responsável no processo.

A verificação dos identificadores do paciente deve acontecer obrigatoriamente antes de:

- Admitir o paciente na Unidade;
- Realizar exames e/ou coleta de amostras para exames;
- Digitar e liberar laudos de exames;
- Realizar procedimentos cirúrgicos e anestésicos (considerar os identificadores específicos nos transplantes):
- Realizar procedimentos e tratamentos em geral (invasivos e não-invasivos);
- Administrar medicamentos por qualquer via;
- Instalar sangue ou hemoderivados;
- Servir dietas restritas, específicas ou leite materno armazenado no caso de neonatos hospitalizados.

ATENÇÃO! Não é permitido aos profissionais do hospital realizar qualquer procedimento ou tratamento em paciente sem pulseira de identificação. Nestes casos o processo deve ser interrompido até que se regularize a identificação do paciente.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

1. INDICAÇÂO

Essa política se aplica a todos os pacientes internados, externos e ambulatoriais.

2. CONTRA INDICAÇÃO/EXCEÇÃO

Alguns pacientes encontram-se em condições clínicas ou emocionais desfavoráveis, que impedem o uso da pulseira de identificação nos membros superiores ou inferiores.
Dentre os pacientes passíveis de serem mantidos SEM PULSEIRA de identificação estão:

- Pacientes com ausência total de membros;
- Pacientes muito fragilizados, com facilidade para lesão cutânea;
- Pacientes em anasarca;
- Pacientes queimados;
- RN prematuro extremo;
- Crianças muito fragilizadas física ou emocionalmente;
- Paciente demenciado.

OBS. 1 - Nestes casos é permitida a manutenção da pulseira de identificação ou etiqueta afixada na roupa, cabeceira do leito, berço ou incubadora. A vigilância e checagem constante dos identificadores no leito devem ser redobradas em função do alto risco de trocar tais pacientes de leito.

OBS. 2 - Nas Unidades de Primeiro Atendimento o paciente admitido em situação de Emergência/Urgência e que ainda não foi cadastrado e, portanto, não dispõe de pulseira, é identificado por meio do NOME COMPLETO e IDADE, referidos por ele ou pelo socorrente. A documentação deste paciente deve permanecer próxima a ele evitando erro até que a identificação padrão seja emitida.

3. SITUAÇÕES ESPECIAIS

3.1 Laboratório - Os TRÊS IDENTIFICADORES padronizados nos laboratórios são: NOME COMPLETO, NÚMERO DE PRONTUÁRIO e NÚMERO DE LABORATÓRIO.

3.2 Consultórios – O paciente que passar apenas em consulta médica não utilizará pulseira de identificação. Caberá ao Núcleo Assistencial dos Consultórios a colocação da pulseira de identificação caso seja solicitada a realização de procedimentos ou cuidados específicos.

Uma vez confirmado a legitimidade dos dados, o paciente é direcionado para o atendimento.

4. PROCESSO DE IDENTIFICAÇÂO

As pulseiras e/ou etiquetas de identificação são confeccionadas e colocadas nos locais de atendimento e admissão onde é realizado o cadastro do paciente.

Os locais de atendimento e admissão de pacientes incluem:

- Recepção principal;
- Ambulatórios;
- Medicina Diagnóstica;
- Banco de Sangue;
- Unidade de Primeiro Socorro;
- Consultórios;
- Ala de internação

Das atividades dos locais de atendimento e admissão do paciente:

- Cadastrar os pacientes mediante apresentação de documento de identificação com foto e dados legíveis.

ATENÇÃO! Mediante impossibilidade de apresentação de documento no momento da admissão, solicitar aos familiares a regularização (apresentação do documento) em até 24 horas.

- Imprimir a etiqueta de identificação, certificando-se da legibilidade dos dados impressos;
- Colar a etiqueta na pulseira de identificação padrão do hospital;
- Solicitar para o paciente e/ou familiares que faça a conferência dos dados impressos;
- Instalar a pulseira no membro superior do paciente, podendo o paciente optar pelo lado de sua maior conveniência (direito ou esquerdo, quando aplicável).

ATENÇÃO! Quando o paciente ou seu responsável recusar a instalação da pulseira no momento da admissão:

- A unidade de destino deve ser contatada e receber a informação antecipadamente;
- A pulseira deve ser encaminhada para a enfermagem, anexada aos documentos de admissão;
- A enfermagem deverá checar novamente o documento de identificação, dados da pulseira e do cadastro antes de instalar a pulseira no paciente.
- No caso de criança admitida para procedimento cirúrgico que recusa o uso da pulseira, deve-se colocar a etiqueta de identificação na roupa, e obrigatoriamente, a pulseira de identificação deve ser encaminhada junto ao prontuário. Os pais sempre deverão acompanhar a criança na transferência para o Centro Cirúrgico e participar do processo de checagem com o enfermeiro, sendo colocada a pulseira após a sedação.

A equipe de enfermagem (nas unidades de internação) e a equipe das demais disciplinas assistenciais (nas áreas ambulatoriais):

- Podem indicar a instalação da pulseira de identificação do paciente nos membros inferiores, mediante a impossibilidade de instalação nos membros superiores.
- São responsáveis por garantir a manutenção, integridade e legibilidade da pulseira e/ou etiqueta de identificação dos pacientes durante todo o período de permanência na instituição.

A substituição das pulseiras do paciente é realizada obrigatoriamente por dois profissionais, garantindo a dupla checagem, devendo-se registrar em prontuário tal procedimento. No caso de menores, realizar preferencialmente, na presença dos pais.

Para retirada de laudos e exames, além do nome completo, considerar como identificação outros documentos que contenham foto: RG, RNE (Registro Nacional de Estrangeiro) e Passaporte.

ATENÇÃO! A checagem dos dois identificadores padronizados (nome completo e número do prontuário) implica em ter em mãos um documento do prontuário ou etiqueta que contenham tais dados para a verificação.

4.1 PROCESSO DE IDENTIFICAÇÂO DE RECURSOS RELACIONADOS À TERAPÊUTICA DO PACIENTE

O hospital garante em sua prática que todos os recursos relacionados à terapêutica do paciente sejam rotulados com o nome completo e número do prontuário que podem incluir: coleta de amostras de sangue e anatomos patológicos, identificação de dietas, inclusive de recém-nascidos, identificação de dietas enterais, leite materno armazenado etc.

O PROCESSO EDUCACIONAL do paciente/família inclui a abordagem sobre:

- A importância da identificação do paciente;
- A importância da utilização da pulseira de identificação ou etiqueta durante todo o período de permanência na instituição;
- A importância da prática de checagem dos dois identificadores pelos profissionais antes de qualquer procedimento ou tratamento;
- A importância da identificação de todos recursos relacionados a terapêutica do paciente.
- O registro das orientações em prontuário eletrônico.

OBS. 1: Clientes externos da Reabilitação em tratamento sequencial devem apresentar um documento de identificação no primeiro cadastro e para confirmação deste para os próximos tratamentos pode ser mantida a imagem digitalizada no prontuário do sistema informatizado.

OBS. 2: Os pacientes infantis podem ser identificados com a pulseira laranja pediátrica (com desenho) no momento da internação.

OBS. 3: É sugerido retirar as pulseiras dos clientes externos ao final de todos os procedimentos realizados.

MODELOS DE PULSEIRAS

Cor das Pulseiras Perfil de Paciente
Amarela Pacientes Externos
Branca Pacientes Internados
Laranja Risco de Queda (Em unidades pediátricas, esta pulseira laranja pode conter desenhos infantis)
Azul Paciente em risco ou com episódios de hipoglicemia durante a internação
Roxa Pacientes com restrição de membro como presença de fístula arteriovenosa, pressão arterial invasiva, trombose, mastectomia com esvaziamento ganglionar, membro com prejuízo

da mobilidade e/ou sensibilidade e uso de cateter central de inserção periférica (PICC), que impossibilitam procedimentos tais como: punção venosa, coleta de exames laboratoriais e mensuração de pressão arterial.

Verde Pacientes submetidos a cirurgia de face deverão ter a identificação do sítio cirúrgico sinalizada através do uso da pulseira verde no membro superior do lado a ser operado, contendo a informação da lateralidade.

Vermelho Pacientes ≥ 18 anos internados que apresentam risco para sangramento de acordo com os

critérios previamente estabelecidos no Protocolo Gerenciado de Risco para Sangramento.

RESPONSABILIDADES

Todos os profissionais assistenciais e não assistenciais.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Os seguintes indicadores são adotados para monitoramento desta Meta Internacional de Segurança do Paciente:

- Índice de conformidade na identificação do paciente (é verificado o uso da pulseira, sua legibilidade e a confirmação dos dois identificadores padronizados antes da realização de procedimentos).
- Taxa de eventos adversos relacionados à falha no processo de identificação do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. Incluindo Padrões para Hospitais – Centro médicos Acadêmicos. 7ª ed. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. CBA, 2021.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

INTRODUÇÃO

Esta política estabelece os critérios para auxiliar a instituição a direcionar o desenvolvimento de ações que reduzam o risco de ocorrência de erros de medicação com os medicamentos considerados de Alta Vigilância.

O *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) baseado nos resultados das notificações dos eventos de erros de medicação reportados ao USP-ISMP Medication Errors Reporting Program, revisão da literatura e consulta a especialistas, criou uma lista de medicamentos considerados *high-alert*, (disponível em http://www.ismp.org ou http://www.ismp-brasil.org).

Todos os profissionais envolvidos nos processos de produção e utilização de medicamentos potencialmente perigosos devem conhecer os riscos associados ao seu uso e implementar barreiras especiais para prevenir a ocorrência de erros. Essas ações envolvem a disponibilização de informações relacionadas aos medicamentos, restrição do acesso, utilização de rótulos e etiquetas diferenciadas nos medicamentos, alertas durante a prescrição médica eletrônica, padronização das solicitações, armazenamento, distribuição, preparo, administração e dupla checagem durante a administração.

OBJETIVOS

- Definir os medicamentos que serão considerados de Alta Vigilância na Instituição.
- Sistematizar a abordagem dos medicamentos de Alta Vigilância no sistema de administração de medicamento da Instituição.
- Demonstrar as barreiras existentes no sistema de administração dos medicamentos considerados de Alta Vigilância, com o objetivo de minimizar a ocorrência de erros.
- Definir as medidas que evidenciarão a efetividade das barreiras criadas.
-

DEFINIÇÕES

Os medicamentos de alta vigilância são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos ao paciente em decorrência de uma falha no processo de utilização. Os erros associados a esses medicamentos podem não ocorrer em maior frequência, contudo, suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar danos permanentes ou a morte.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

São considerados medicamentos de alta vigilância :

- Analgésicos Opióides (todos)
- Anticoagulantes (todos)
- Insulinas (todas)

- Eletrólitos de alta concentração (Cloreto de Potássio 19,1% 10mL; Cloreto de Sódio 20% 10mL; Sulfato de Magnésio 50% 10mL; Fosfato de Potássio 2mEq/ml 10mL e Glicerofosfato de Sódio 20mL)
- Antineoplásicos (todos)

A relação completa com os nomes comerciais e princípios ativos para consulta pode ser acessada no manual farmacêutico.

1. BARREIRAS PADRONIZADAS PARA REDUÇÃO DE ERROS COM MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

1.1. SELEÇÃO E AQUISIÇÃO:

- É padronizado e adquirido o menor número de apresentações desses medicamentos para atender às indicações clínicas.

1.2. ARMAZENAMENTO:

- O armazenamento dos medicamentos de alta vigilância prevê ações que garantem a correta rotulagem, alocação, distanciamento, considerações necessárias para estocagem de medicamentos com nome ou sons parecidos, medicamentos com mesma apresentação e dosagens/concentrações diferentes e medicamentos com embalagens semelhantes.

✓ Os locais de estoque dos medicamentos de alta vigilância são identificados com os dizeres: **ATENÇÃO: MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA (MAVi)** e possuem acesso restrito.

✓ **Eletrólitos de Alta Concentração**: são dispensados pela Farmácia Satélite com diluentes conforme prescrição médica em uma embalagem plástica separada das demais medicações e com uma etiqueta **ATENÇÃO MEDICAMENTO ALTA VIGILÂNCIA DILUIR**, sendo dispensados imediatamente antes da administração, não ficando dessa forma, armazenados nas alas de internação.

✓ **Morfina 10mg/mL:** as ampolas de morfina de 10mg/ml ap 1mL são dispensadas nas farmácias satélites das Unidades de Internação apenas quando prescritas em soluções para administração contínua. Para administração direta, são dispensadas apenas as apresentações de 0,2mg/mL e 2mg/2mL.

✓ **Antineoplásicos (todas as vias)**: são dispensados pela Farmácia manipulados (diluídos), quando aplicável, e prontos para uso com etiqueta laranja com os dizeres MAVi observar precauções de segurança para manuseio e administração.

1.3. PRESCRIÇÃO: as prescrições médicas eletrônicas dos medicamentos de alta vigilância contêm a sigla MAVi após a descrição do item e são verificadas pelo farmacêutico antes da dispensação, no processo de atenção à prescrição médica.

- Existem protocolos institucionais que orientam a prescrição de heparina, insulina, eletrólitos de alta concentração e quimioterápicos:

- ✓ Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Cardiovasculares ("Não Neurológicos")
- ✓ Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Neurológicos
- ✓ Diagnóstico e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia nos internados
- ✓ Diretrizes para a correção de distúrbios eletrolíticos (adulto, pediátrico e neonatal)
- ✓ Diretriz para prescrição de medicamentos especiais

1.4. PREPARO E DISPENSAÇÃO:

- Preparo e dispensação mediante leitura do código de barras que confere as informações da prescrição e do medicamento (nome do medicamento, validade, lote, apresentação, dose e paciente), após o processo de atenção à prescrição médica e verificação realizada pelo farmacêutico.
- **Insulina:** a manipulação de solução de insulina endovenosa para infusão contínua nas unidades permitidas é feita pela enfermagem com dupla checagem da prescrição e manipulação. Antes da dispensação de insulinas não padronizadas o farmacêutico da Central de Atenção à Prescrição (CAP) confere a insulina com a prescrição médica para garantir a correta dispensação e identifica com a etiqueta padronizada com o alerta **MAVi.**
- **Soros com Eletrólitos de Alta Concentração**: são disponibilizadas soluções padronizadas para prescrição. A relação das soluções padronizadas com eletrólitos disponíveis no HMAP se encontra no Manual Farmacêutico,(intranet da SBIBAE ou físico).

1.5. ADMINISTRAÇÃO:

- Execução da administração segura de medicamentos, como medida preventiva de erros, verificando: identificação do paciente, medicamento, horário, frequência, dose e via de administração com a prescrição médica.
- A administração de insulina, heparina endovenosa e eletrólitos de alta concentração, antineoplásicos e metadona injetável seguem processos que envolvem a obrigatoriedade de dupla checagem. Os antineoplásicos possuem, obrigatoriamente, processo de tripla checagem realizado pelos profissionais médico, farmacêutico e enfermeiro antes do preparo do medicamento.
- **Insulina:**
  - ✓ A administração endovenosa contínua de insulina é restrita às unidades de terapia intensiva.
  - ✓ É permitido o uso de insulina endovenosa contínuo como solução polarizante nas unidades não intensivas, com até 10 UI de insulina regular.
  - ✓ A administração endovenosa em dose única de insulina nas unidades de terapia não intensiva é restrita à dose de 0,1UI a cada quilograma de peso.

1.6. MONITORAMENTO:

- O monitoramento dos pacientes que recebem anticoagulantes se dá através de:

- ✓ Acompanhamento de exames laboratoriais e da instituição de ações e acompanhamento dos sinais e sintomas previstos nos protocolos institucionais.
- ✓ Discussão entre o farmacêutico clínico e o enfermeiro, verificando os itens descritos abaixo:
    - Indicação da heparina endovenosa;
    - TTPA e o tempo de infusão;
    - Contagem de plaquetas e solicitação do exame;
    - Se o item está ligado a um diluente na prescrição médica (para heparina endovenosa).
- O monitoramento dos pacientes que recebem insulina se dá através do acompanhamento dos resultados de glicemia capilar realizados conforme Protocolo institucional Diagnóstico e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia e procedimento de Verificação de Glicemia Capilar.

Importante: O laboratório Clínico através da Rotina do Pânico comunica alterações no TTPA, RNI e Glicemia. Esta rotina prevê resultados que podem traduzir alterações clínicas que demandem a atuação do médico.

- Para pacientes que não estão no Protocolo de Heparina é indicada a realização de exames de acordo com a tabela abaixo:

Indicação da frequência dos exames laboratoriais de acordo com o resultado - para pacientes que não estão no Protocolo de Heparina
▪ Acima de 200.000/mm3 de sangue (exame a cada 3 dias) ▪ Entre 70.000/mm3 de sangue até 200.000/mm3 de sangue (exame a cada 2 dias) ▪ Abaixo de 70.000/mm3 de sangue (exame todos os dias) ▪ Abaixo de 50.000/mm3 de sangue - a administração de heparina endovenosa está contra indicada

1.7. EDUCAÇÃO:

A educação do staff para a administração de Medicamentos de Alta Vigilância é realizada de acordo com política institucional **Conhecimentos requeridos para Atuação da Equipe de Enfermagem**. O paciente deve ser inserido no processo de administração de medicamentos, sendo informado da medicação a ser administrada bem como os efeitos esperados. Além disso, o paciente tem direito de ter acesso à prescrição médica.

2. IDENTIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

Os locais de estoque dos medicamentos de alta vigilância devem estar identificados com os dizeres: **ATENÇÃO MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA (MAVi**) e os medicamentos identificados individualmente, conforme descrito na tabela abaixo:

CLASSE TERAPÊUTICA	**IDENTIFICAÇÃO**

Eletrólitos de Alta Concentração	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi ATENÇÃO: DILUIR**
Anticoagulantes Injetáveis	Etiqueta com a descrição: **MAVi ATENÇÃO: ANTICOAGULANTE**
Anticoagulantes Orais	Unitarizado e embalado em papel celofane vermelho com a descrição: **MAVi**
Insulinas	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi**
Opióides Injetáveis	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi**
Opióides Orais	Unitarizado e embalado em papel celofane vermelho com a descrição: **MAVi**
Antineoplásicos Injetáveis	Frasco com etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi** Após diluição recebe etiqueta de cor laranja com os dizeres**: MAVi**: observar precauções de segurança para manuseio e administração**.**
Antineoplásicos Orais	Frasco com etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi** Após diluição recebe etiqueta de cor laranja com os dizeres**: MAVi**: observar precauções de segurança para manuseio e administração**.**

RESPONSABILIDADES

As equipes assistenciais e de apoio da farmácia, enfermagem e médico são responsáveis pelo cumprimento desta política.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Portaria nº 2.095/ 2013 Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos)

Indicadores de Qualidade e desempenho

Não se aplica

Anexos

Não se aplica

Referências Bibliográficas

Lista de medicamentos considerados High-alert disponível em www.ismp.org ou www.ismpbrasil.org.

Documentos relacionados

Manual Farmacêutico

PASSAGEM DE PLANTÃO NA TRANSIÇÃO DO PACIENTE DURANTE O PROCESSO ASSISTENCIAL

INTRODUÇÃO

Essa Política estabelece os critérios e requisitos para a passagem de plantão na transição do paciente durante o processo assistencial entre Profissionais, Setores/Áreas e Serviços de Saúde.

OBJETIVOS

• Garantir a sistematização e organização das informações fundamentais e críticas, a serem transmitidas na transição do paciente durante o processo assistencial, através da metodologia padronizada I-PASS.

• Garantir a comunicação efetiva sobre as condições e plano de cuidado do paciente para a continuidade da assistência e segurança do paciente.

• Garantir o registro em formulário e método padronizado para um processo consistente e completo da passagem de plantão.

• Identificar oportunidades de melhoria contínua na passagem de plantão, por meio, do monitoramento e análise dos eventos adversos notificados no SINAPSE relacionados a comunicação ineficaz, bem como, a adesão ao processo institucional estabelecido por meio da Auditoria das Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

DEFINIÇÕES

A passagem de plantão é um processo de compartilhamento de informação sobre o paciente, entre profissionais, Setores/Áreas e Serviços de Saúde.

A passagem de plantão pode ser realizada de forma verbal, escrita e/ou eletrônica, devendo-se otimizar o tempo e evitar interrupções. Na escrita ou registro da passagem de plantão, é importante que seja descrita sem rasuras.

A comunicação efetiva sobre as condições do paciente está diretamente relacionada às informações relevantes, precisas e claras com conteúdo crítico padronizado para os diferentes grupos profissionais e/ou
unidades de atuação.

As não conformidades nos processos e fluxos de passagem de plantão são mapeados, os eventos adversos relacionados são monitorados e as melhorias são implementadas pelo Time de Qualidade e Segurança do Paciente.

A SBIBAE adotou a técnica de comunicação I-PASS (Ilness severity – Gravidade da doença, Patient summary – Sumário do paciente, Action list – Ações pendentes, Situation awareness and

contingency planning – Situação preocupante e Synthesis by receiver – Síntese do receptor) para padronizar o método de passagem de plantão.

Sempre que o profissional julgar necessário, poderão ser utilizados dados no Prontuário do Paciente para complementar a Passagem de Plantão.

CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA

A política aplica-se a pacientes que estejam em:

Transição Interna

• de um profissional de uma disciplina para um profissional da mesma disciplina (ex: médico para
médico);

• de um profissional de uma disciplina para um profissional de outra disciplina (ex: médico para enfermeiro);

• de um turno de trabalho para outro turno de trabalho;

• de uma unidade/área/serviço para outra unidade/área/serviço;

Transição Externa

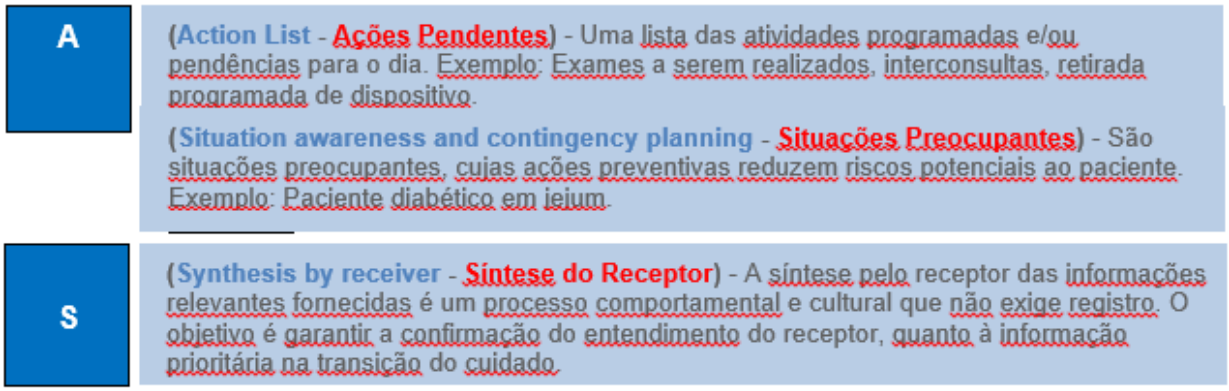
• do hospital para outras Instituições de Saúde;

METODOLOGIA DE PASSAGEM DE PLANTÃO

A metodologia de passagem de plantão I-PASS para as transições internas utiliza duas ferramentas eletrônicas diferenciadas: passagem de plantão ENTRE TURNOS e passagem de plantão ENTRE ÁREAS. A metodologia I-PASS não impossibilita a diversidade dos conteúdos fundamentais customizados de acordo com a necessidade da categoria profissional, especialidade, setor ou complexidade do paciente. O conteúdo fundamental padronizado segue as premissas abaixo descritas:

(Illness severity - Gravidade da Doença) - Estado geral do paciente classificado como: instável, estável e em observação. É possível correlacionar a Gravidade da Doença ao escore da Escala de Deterioração.

(Patient summary - Sumário do Paciente)- O resumo geral das informações relevantes do paciente como: diagnóstico, motivo da admissão, antecedentes pessoais, evolução clínica e plano de tratamento.



A Escala de Deterioração Clínica é um sistema de alerta que tem como finalidade identificar precocemente alteração dos parâmetros de sinais vitais, quanto maior a pontuação do escore, mais distante estão os parâmetros da normalidade. Sendo elas: MEWS (Modified Early Warning Scoring) - adulto, PEWS (Pediatric
Early Warning Escore) – pediátrico, OMEWS (Obstetric Modified Early Warning Scoring - obstétrico.

A comunicação efetiva na passagem de plantão pode contemplar os seguintes métodos de comunicação:

- Face a Face;
- Telefônica;
- Registro eletrônico em prontuário.

Na **transição externa**, a ferramenta utilizada é um relatório eletrônico ou formulário físico - PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE ÁREAS ou SUMÁRIO DE ALTA, que contempla as seguintes informações relacionadas: medicamentos e alergias, histórico de problemas de saúde, avaliação inicial de enfermagem, evolução médica, plano de tratamento, resultados de exames, prescrição de enfermagem, prescrição médica, diagnósticos crônicos, procedimentos realizados e históricos dos nomes dos profissionais que prestaram atendimento. Contando com a possibilidade de em até 24 horas ser contactada a instituição que recebeu o paciente para saber como foi o recebimento dele e esses dados são registrados no prontuário do paciente para garantir a continuidade do cuidado.

Na transição do **cuidado na alta do paciente**, também será utilizado formulário padronizado afim de garantir a comunicação eficáz entre paciente, acompanhante e profissionais envolvidos na assistência, de modo a sistematizar a alta hospitalar e garantir a continuidade do cuidado após a alta. Essa transição deve obedecer os critérios existentes no formulário de Sumário de

Alta - Anexo 4, que deverá ser preenchido pelo enfermeiro (ou todas categorias que terão a resposnsabilidade de preenche-lo) e entregue ao paciente e/ou acompanhante.

Além do preenchimento da ferramenta acima descrita o profissional deverá se atentar aos seguintes pontos:

• Prescrições médicas para uso domiciliar, incluindo seus aprazamentos conforme orientação do médico assistente (as mesmas devem ser impressas e dispensadas ao paciente/familiar);

• Entregar materiais e exames ao paciente/acompanhante, se houver;

• Entregue o documento referente o Sumário de Alta que contempla o resumo da internação, carimbado e assinado pelo médico assistente e enfermeiro juntamente com as orientações de cuidados pós-alta, que deverão ser impressas e entregues e assinadas pelo paciente/acompanhante;

• Orientar o paciente/acompanhante quanto aos retornos programados para revisões, exames ou consultas de rotina.

Na momento da comunicação com o paciente e/ou acompanhante é utilizado o método do *Teach Back*, para garantir uma correta compreensão das informações dispensadas, principalmente sobre exames pendentes e solicitados, medicamentos prescritos e reconhecimento de emergências domiciliares.

Observação 3: No Hospital será utilizado o instrumento de formulário eletrônico ou físico de Sumário de Alta.

RESPONSABILIDADES

Médicos e enfermagem, são responsáveis por operacionalizar a metodologia padronizada de passagem de plantão, enquanto a liderança assistencial deve garantir a aplicação da política de modo adequado e consistente.

NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Não se aplica.

GERENCIADO

Não se aplica.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Não se aplica.

REGISTRO DE QUALIDADE

O preenchimento adequados de todos as ferramentas e formulários para uso no processo.

INDICADOR DE DESEMPENHO

O indicador da meta 2 corresponde ao Índice de Conformidade na Passagem de Plantão em que é verificado semestralmente por meio da Auditoria de Metas Internacionais de Segurança do Paciente, o conteúdo padronizado e o instrumento utilizado na passagem de plantão entre turnos e entre áreas.

Além de ser monitorado o número de notificações relacionadas a eventos adversos por falha de comunicações nas transições, os quais são classificados quanto a sua gravidade e propostas melhorias.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Alta Hospitalar de Paciente.
- Educação do Paciente.

referÊncias bibliográficas

1. WHO Collaborating Centre International Steering Committee, 11–12 June 2006 meeting. Communication during patient handover. Patient Safety Solutions. volume 1, solution 3 | May 2007

2. Policy and Procedure Manual. Boston Medical Center. Patient Handoff Standardization. 2016 September.

3. CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. Incluindo Padrões para Hospitais – Centro médicos Acadêmicos. 7ª ed. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de
Saúde. CBA, 2021.

ANEXOS

Anexo 1: Formulário IPASS - Passagem Entre Áreas Enfermagem - Geral

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

ALBERT EINSTEIN

HMAP

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente:_____

Prontuário:_____ Nº de Atendimento:_____

Data de Nascimento:_____

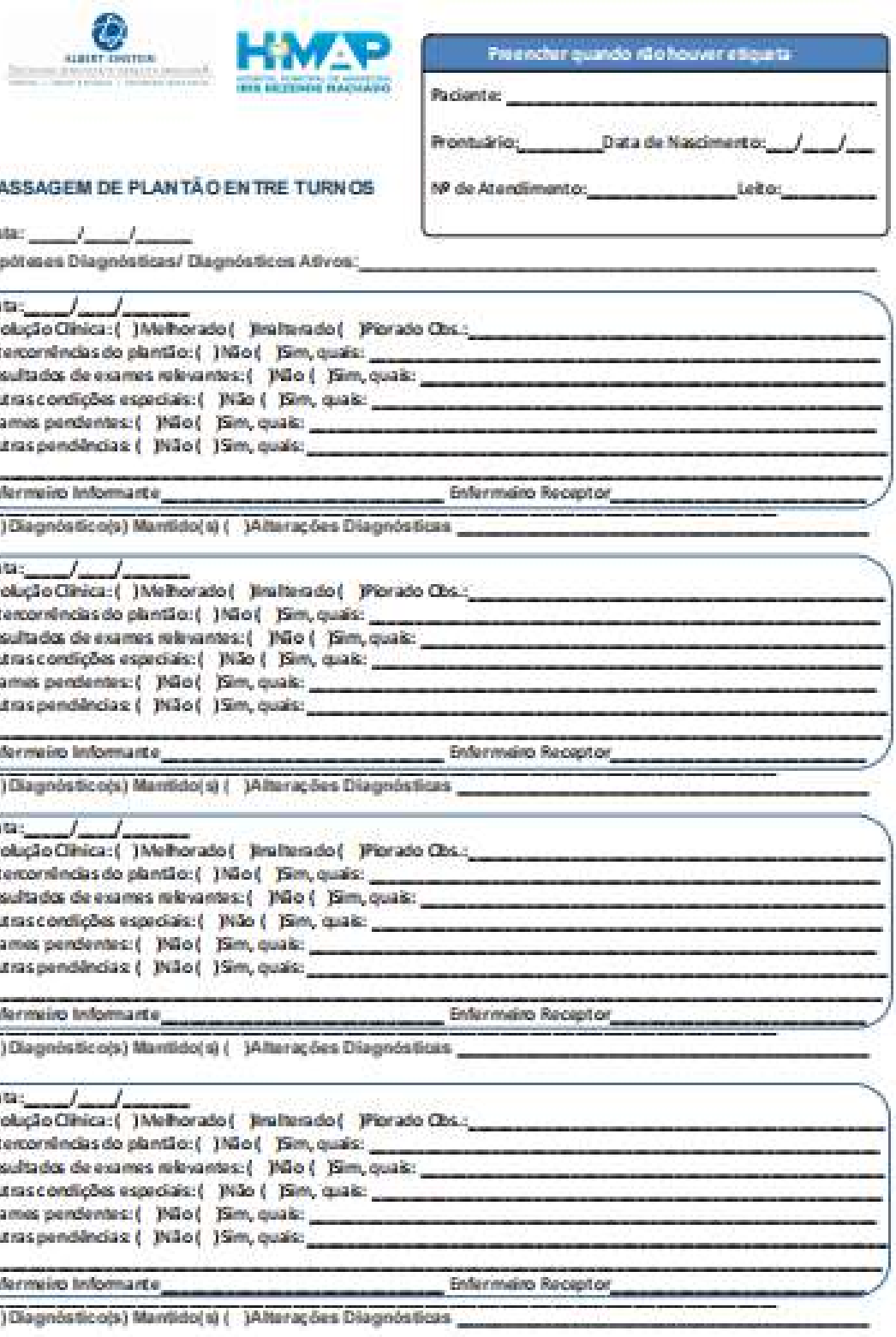
IPASS
Passagem Entre Áreas

Enfermeiro/Unidade: Transmissor:_____
Enfermeiro/Unidade: Receptor: _____

I: Gravidade da Doença (Estado Geral do Paciente)	( )Estável ( )Instável ( )Observar
P: Resumo do Paciente	Motivo da Internação:_____ Dispositivo: ( )NA ( )CVC ( )PICC ( )AVP ( )SNE/SNG ( )SVD ( )Bomba de Infusão ( )Outros Aporte de O2: ( ) Ar Ambiente ( )Cateter Nasal ( )Venturi ( )Outros Precaução: ( )NA ( )Contato ( )Gotícula ( )Aérea Encaminhar para: ( )Leito ( )USG ( )RX ( )Ressonância ( )Tomografia Meio de Transporte: ( )Maca ( )Cama ( )Cadeira de Rodas ( )Berço ( )Outros Procedimento:_____ Tipo de Anestesia:_____ Curativo/Dreno:_____ Dieta:_____ Resultados de Pânico:_____
A: Ações Pendentes	Descreva aqui as ações pendentes para o paciente: _____ _____
S: Situações preocupantes (Riscos Evidenciados)	( )Não ( )Sim. Qual?_____
S: Resumo do Receptor	Atenção: Confirme se o receptor da passagem plantão entendeu o mais importante _____ _____
INTERCORRÊNCIAS	( )Não ( )Sim. Qual?_____

Nome do Profissional:_____ Nº inscrição/Conselho:_____
Assinatura:_____ Data___/___/___ Hora:_____

Anexo 2: Formulário IPASS - Passagem de Plantão Entre Turnos - Enfermagem



Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Prontuário:_____Data de Nascimento:__/__/__

Nº de Atendimento:_____Leito:_____

PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE TURNOS

Data: _____/_____/_____

Hipóteses Diagnósticas/ Diagnósticos Ativos: _____

_____

Data:_____/___/_____

Evolução Clínica: ( )Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado Obs.:_____

Intercorrências do plantão: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Resultados de exames relevantes: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Outras condições especiais: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Exames pendentes: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Outras pendências: ( )Não ( )Sim, quais: _____

_____

Enfermeiro Informante_____ Enfermeiro Receptor_____

( )Diagnóstico(s) Mantido(s) ( )Alterações Diagnósticas _____

Data:_____/___/_____

Evolução Clínica: ( )Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado Obs.:_____

Intercorrências do plantão: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Resultados de exames relevantes: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Outras condições especiais: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Exames pendentes: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Outras pendências: ( )Não ( )Sim, quais: _____

_____

Enfermeiro Informante_____ Enfermeiro Receptor_____

( )Diagnóstico(s) Mantido(s) ( )Alterações Diagnósticas _____

Data:_____/___/_____

Evolução Clínica: ( )Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado Obs.:_____

Intercorrências do plantão: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Resultados de exames relevantes: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Outras condições especiais: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Exames pendentes: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Outras pendências: ( )Não ( )Sim, quais: _____

_____

Enfermeiro Informante_____ Enfermeiro Receptor_____

( )Diagnóstico(s) Mantido(s) ( )Alterações Diagnósticas _____

Data:_____/___/_____

Evolução Clínica: ( )Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado Obs.:_____

Intercorrências do plantão: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Resultados de exames relevantes: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Outras condições especiais: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Exames pendentes: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Outras pendências: ( )Não ( )Sim, quais: _____

_____

Enfermeiro Informante_____ Enfermeiro Receptor_____

( )Diagnóstico(s) Mantido(s) ( )Alterações Diagnósticas _____

Anexo 3: Formulário IPASS - Passagem Entre Áreas Enfermagem - Centro Cirúrgico para UTI

Preencher quando não houver etiqueta
Paciente: _____
Prontuário: _____ Data de Nascimento: __/__/____
Nº de Atendimento: _____

IPASS

TRANSFERÊNCIA ENTRE ÁREAS

CENTRO CIRÚRGICO PARA UTI

Enfermeiro/Unidade Transmissor: _____

Enfermeiro/Unidade Receptor:

I: Gravidade da Doença(Estado Geral do Paciente)	( )Estável ( )Instável ( )Observar
P: Resumo do Paciente	**Procedimento realizado:** **Anestesia:** **Situação preocupante:** ( )Sim ( )Não **Glicemia:** ( )Sim ( )Não **Transfusão:** ( )Sim ( )Não **CH PFC Plaquetas Crio Volume Transfundido** _____ **Volume recebido:** _____ **Diurese:** _____ **Dispositivo:** ( )AVP (sítio/tempo)_____ ( )PICC (sítio/tempo)_____ ( )CVC (sítio/tempo)_____ ( )PAM (sítio/tempo)_____ ( )SNE (sítio/tempo)_____ ( )Dreno (sítio/tempo)_____ ( )Cateter Peridural (sítio/tempo)_____ ( )SVD (sítio/tempo)_____ ( )Outros (sítio/tempo)_____ **Curativo** (tipo/localização/aspecto)_____ **Neurológico:** ( )acordado ( )sonolento ( )sedação contínua(drogas/dose_____) **Dor** (sítio/escore)_____ **Conduta** _____ **Rebaixamento do nível de consciência:** ( )Sim ( )Não **Sangramento do Sítio Cirúrgico:** _____ **Total de perda sanguínea** _____ **Instabilidade Hemodinâmica:** ( )Sim ( )Não **Insuficiência Respiratória:** Qual:_____ **Respiratório:** ( )ar ambiente ( )O2 Tipo/litros:_____ ( )IOT/VM-pressão/FIO2:_____ ( )Traqueostomia **SSVV: Ritmo:** _____ **FC:** _____ **PA:** _____ **SpO2:** _____ **Temperatura:** _____
A: Ações Pendentes	**Exames programados:** **Orientações para POI:**
S: Situações preocupantes (Riscos Evidenciados)	Choque: ( )sim ( )Não Relacionado com: _____ Volume: _____ Droga Vasoativa: _____ ( )DVA 1 (tipo/dose/x): _____ Volume suficiente para 02 horas de infusão? ( )Sim, qual volume? _____ ( )DVA 2 (tipo/dose/x): _____ Volume suficiente para 02 horas de infusão? ( )Sim, qual volume? _____ Parada cardiorrespiratória ( )Sim-ritmo/tempo: _____ ( )Não Nome do Médico Anestesista: Intercorrências: ( )Não ( )Sim - Qual? _____ Nome do Médico Anestesista:
S: Resumo do Receptor	Atenção: Confirme se o receptor da passagem plantão entendeu o mais importante _____

Nome do Profissional: _____ **Nº Inscrição/Conselho:** _____

Assinatura: _____ **Data** ____/____/____ **Hora:** _____

Anexo 4: Formulário Sumário de Alta

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Prontuário: _____

Data de Nascimento: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Motivo da Admissão: _____

Diagnóstico de Alta: _____

Outros Diagnósticos: ( ) Hipertensão Arterial ( ) Nenhum ( ) Diabetes Mellitus ( ) Doença Renal

( ) Pneumopatia _____ Cardiopatia _____

( ) Alergia _____ Outros _____

_____

Resumo da Internação

Achados clínicos /Cirúrgicos Significativos: _____

_____

_____

Evolução Clínica/Cirúrgica: _____

_____

Tratamento: _____

_____

Entrega ao paciente a lista de medicamentos administrado e exames realizado durante a internação

Procedimentos Cirúrgicos ( ) Nenhum
Cirurgia Realizada: _____
Tipo de Anestesia: _____ Data: ____/____/____
Cirurgia Realizada: _____
Tipo de Anestesia: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos não Cirúrgicos (Exames Invasivos, com Sedação ou com Anestesia)
Procedimento: _____
Tipo de Anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
Procedimento: _____
Tipo de Anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

Condições de Alta

( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito ( ) _____

Destino: ( ) Residência ( ) Atendimento Auxiliar ( ) Transferência local _____

Médico/Dentista-Nome Assinatura: _____

CRM/CRO: _____ Data: ____/____/____

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

HMAP

CONTINUIDADE DO TRATAMENTO
E ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

Receituário Médico: ( ) Sim ( ) Não

Medicamento	Dose	Via	Frequência	Período

Retorno: ( ) Sim ( ) Não Agendar em _____ dias no ambulatório. Seguir o fluxo de agendamento seguido pela Enfermagem.

Dia Especial	( ) Sim ( ) Não Qual? _____
Restrição para Atividade Física	( ) Sim ( ) Não Qual? _____ por _____ dias.
Uso de Equipamentos Especiais	( ) Sim ( ) Não Qual? _____
Necessidade de Reabilitação	( ) Sim ( ) Não Qual? _____
Curativos	( ) Sim ( ) Não ( ) Dvita Malhar
	Trocar curativo: ( ) Residência ( ) UPA/Hospital ( ) _____
	Procurar o HMAP em caso de sangramento e secreção.

Dor: Na presença de dor seguir a prescrição médica. Ao persistir a sintoma intensa, procurar o HMAP.

ORIENTAÇÕES: Você poderá receber ligações do HMAP para saber seu estado de saúde. Sempre que retornar ao HMAP, apresentar este documento. Em caso de emergência, dirige-se ao HMAP imediatamente.

( ) Confirmo que todas as orientações relacionadas ao Sumário de Alta e de Continuidade do Cuidado Pós Alta, foram repassadas para o paciente.

Enfermeiro(a): _____ COREN: _____

Declaro que recebi _____/_____/_____ as _____ : _____ hs, as explicações sobre essas orientações e tive oportunidade de fazer perguntas, sendo respondidas satisfatoriamente.

Nome Paciente/ Responsável: _____

Assinatura Paciente / Responsável: _____

Entregar para o paciente a 1ª via (original) e manter a 2ª no prontuário

Anexo 5: IPASS - Entre Turnos - Médicos Geral

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

HMAP
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA
IRIS REZENDE MACHADO

IPASS

PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE TURNOS

Preencher quando não houver etiqueta
Paciente: _____
Prontuário:_____Data de Nascimento:___/___/___
Nº de Atendimento:_____Leito:_____

Data: _____/_____/_____

Hipóteses Diagnósticas/ Diagnósticos Ativos:_____
_____

Data:_____/____/_____
Evolução Clínica: ( )Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado Obs.:_____
Intercorrências do plantão: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Resultados de exames relevantes: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Outras condições especiais: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Exames pendentes: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Outras pendências: ( )Não ( )Sim, quais: _____
_____
Médico Informante_____ Médico Receptor_____

( )Diagnóstico(s) Mantido(s) ( )Alterações Diagnósticas _____

Data:_____/____/_____
Evolução Clínica: ( )Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado Obs.:_____
Intercorrências do plantão: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Resultados de exames relevantes: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Outras condições especiais: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Exames pendentes: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Outras pendências: ( )Não ( )Sim, quais: _____
_____
Médico Informante_____ Médico Receptor_____

( )Diagnóstico(s) Mantido(s) ( )Alterações Diagnósticas _____

Data:_____/____/_____
Evolução Clínica: ( )Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado Obs.:_____
Intercorrências do plantão: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Resultados de exames relevantes: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Outras condições especiais: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Exames pendentes: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Outras pendências: ( )Não ( )Sim, quais: _____
_____
Médicos Informante_____ Médicos Receptor_____

( )Diagnóstico(s) Mantido(s) ( )Alterações Diagnósticas _____

Data:_____/____/_____
Evolução Clínica: ( )Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado Obs.:_____
Intercorrências do plantão: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Resultados de exames relevantes: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Outras condições especiais: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Exames pendentes: ( )Não ( )Sim, quais: _____
Outras pendências: ( )Não ( )Sim, quais: _____
_____
Médico Informante_____ Médico Receptor_____
( )Diagnóstico(s) Mantido(s) ( )Alterações Diagnósticas _____

HMAP-FORM000

Anexo 6: IPASS - Entre Áreas - Médicos UTI

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

HMAP
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA
IRIS REZENDE MACHADO

Preencher quando não houver etiqueta
Paciente: _____
Prontuário:_____Data de Nascimento:__/___/___
Nº de Atendimento:_____

IPASS

TRANSFERÊNCIA ENTRE ÁREAS MÉDICOS

PACIENTES UTI

Médico/Unidade: Transmissor:_____

Médico/Unidade: Receptor: _____

I: Gravidade da Doença (Estado Geral do Paciente)	( )Estável ( )Instável ( )Observar
P: Resumo do Paciente	**SSVV: FC:**_____ **FR:**_____ **PA:**_____ **SpO2:**_____ **Temperatura:**_____**HGT:**_____ Motivo da Internação:_____ Dispositivo: ( )N/A ( )CVC ( )PICC ( )AVP ( )SNE/SNG ( )SVD ( )Bomba de Infusão ( )Outros Aporte de O2: ( ) Ar Ambiente ( )Cateter Nasal ( )Venturi ( )Outros Precaução: ( )N/A ( )Contato ( )Goticula ( )Aérea Encaminhar para: ( )Leito ( )USG ( )RX ( )Ressonância ( )Tomografia Meio de Transporte: ( )Maca ( )Cama ( )Cadeira de Rodas ( )Berço ( )Outros Procedimento:_____ Tipo de Anestesia: _____ Curativo/Dreno:_____ Dieta: _____ Resultados de Pânico:_____ SWIFT (Stability and Workload Index for Transfer) Local de origem: _____ Score:_____ E.C.Glasgow:_____ Score:_____ Tempo de internação (dias):_____Score:_____ Última PaO2/FiO2:_____Score:_____ Última PaCO2:_____ Score:_____ Conclusão:_____
A: Ações Pendentes	Descreva aqui as ações pendentes para o paciente: _____
S: Situações preocupantes (Riscos Evidenciados)	( )Não ( )Sim. Qual?_____
S: Resumo do Receptor	Atenção: Confirme se o receptor da passagem plantão entendeu o mais importante _____
INTERCORRÊNCIAS	( )Não ( )Sim. Qual?_____

Nome do Profissional:_____ **Nº inscrição/Conselho:**_____

Assinatura:_____ **Data**___/___/___ **Hora:** _____

HMAP-FORM003

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

Introdução

A doença cardiovascular no Brasil é responsável por cerca de 1/3 de todas as mortes registradas segundo dados do DATASUS.

A dor torácica aguda é um sintoma bastante comuns no Pronto Socorro e pode decorrer de situações clínicas de menor complexidade, como: dores musculares, costrocondrite, que melhoram com sintomáticos e não causam maiores complicações e preocupações; ou pode decorrer de situações clínicas mais complexas, com maior grau de gravidade e cuidado, como: na Síndrome Coronária Aguda (SCA), Dissecção Aguda de Aorta, Pneumotórax, Tromboembolismo Pulmonar, Ruptura de Esôfago.

É de fundamental importância o pronto reconhecimento da dor torácica, e de suas características, e realização do exame físico adequado e utilização correta dos exames complementares (por exemplo: troponina) para identificar os quadros sugestivos de isquemia miocárdica aguda, definindo atendimento prioritário para estes pacientes, pois a utilização de terapias que o beneficiarão depende criticamente do tempo.

Estima-se que cinco a oito milhões de pessoas com dor no peito ou outros sintomas sugestivos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sejam atendidos anualmente nas salas de emergência no país, representando cerca de 5 a 10% de todos os atendimentos de emergência.

Vale ressaltar que os principais fatores de risco para SCA são: Hipertensão Arterial (HAS), Diabetes (DM), Tabagismo, Dislipidemia (DLP), História Familiar Positiva Precoce (Mulher < 65 anos; Homem < 55 anos), Idade Avançada (> 60 anos).

A SCA envolve um largo espectro de condições clínicas desde a isquemia silenciosa, passando pela angina aos esforços, angina instável até o infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento do segmento ST.

A sincronia do atendimento garantida pelo trabalho em equipe desde os momentos iniciais da admissão dos pacientes é o ponto crucial para a excelência no atendimento.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda que todo paciente com dor torácica, visto na sala de emergência, deva ser submetido imediatamente a um Eletrocardiograma (ECG), o qual deverá ser prontamente interpretado em até 10 minutos da chegada do paciente ao hospital. Em caso de SCA com supradesnivelamento de segmento ST, a trombólise deve ocorrer em até 30 minutos da chegada do paciente ao hospital.

Este documento está dividido em:

Dor Torácica

Síndrome Coronariana Aguda sem Supra de ST / Angina Instável

Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST

Objetivo - População Alvo

- Revelar características da doença, para identificação dos casos e escolha do melhor tratamento ao paciente.
- Estabelecer o fluxo de atendimento a pacientes com queixas de dor torácica aguda ou de seus equivalentes.
- Estabelecer diretrizes para o atendimento inicial de pacientes adultos (18 anos ou mais) com quadro clínico sugestivo de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), visando:
  - ✓ Priorizar o atendimento a pacientes com queixas de dor torácica ou outros sintomas compatíveis com síndromes coronarianas agudas (SCA).
  - ✓ Agilizar o ECG inicial em sala de emergência dos casos com sintomas de IAM.
  - ✓ Identificar um subgrupo de pacientes com manifestações atípicas, mas com perfil de risco cardiovascular.
  - ✓ Identificar os pacientes com IAMST e triagem para o tratamento de reperfusão precoce.
  - ✓ Reduzir a morbidade e mortalidade dos pacientes.
- Reconhecer causas potencialmente fatais de dor torácica que requerem atenção imediata

DEFINIÇÕES

1. **Dor Torácica**

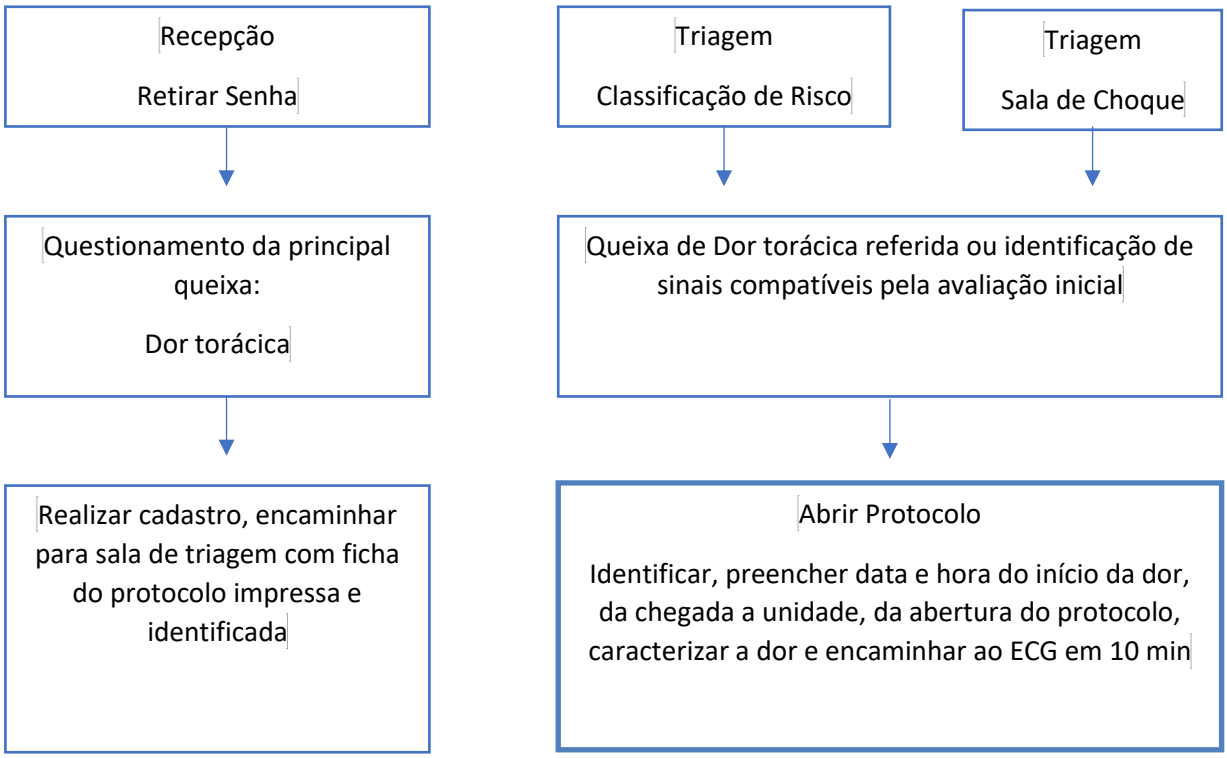
Sintoma caracterizado pelo desenvolvimento agudo ou subagudo de dor na topografia do tórax, podendo acometer também, associado ou não, outras regiões correlatas (MMSS, abdome superior, dorso, pescoço e mandíbula) e sintomas equivalentes (dispneia, sudorese fria, náuseas, vômitos, sincopes, pré-sincopes, lipotimias). Não é obrigatória para o diagnóstico de IAM.

Principais diagnósticos diferenciais:

Pericardite, dissecção de aorta, prolapso de válvula mitral, estenose aórtica, miocardiopatia hipertrófica, embolia pulmonar, pneumotórax espontâneo, refluxo e espasmo esofágico e úlcera péptica, costocondrites e dor psicogênica.

Em pacientes com dor torácica súbita, descrita como "rasgada", de forte intensidade geralmente iniciando-se no tórax anterior e com irradiação para dorso deve ser avaliada a hipótese de dissecção aguda de aorta.

1.2 Fluxo de Abertura da Ficha do Protocolo



Identificação pela Recepção do Pronto Socorro – Balcão de Informação

Caso o paciente queixar-se de dor em região torácica no momento da abertura de ficha, deverá ser encaminhado imediatamente para avaliação do enfermeiro na triagem, juntamente com a ficha de Dor Torácica impressa, com o preenchimento da identificação do paciente (nome completo e data de nascimento).

Para um atendimento ágil é necessário um cadastro breve para que a enfermagem tenha acesso ao prontuário e após o período emergencial o cadastro ser complementado.

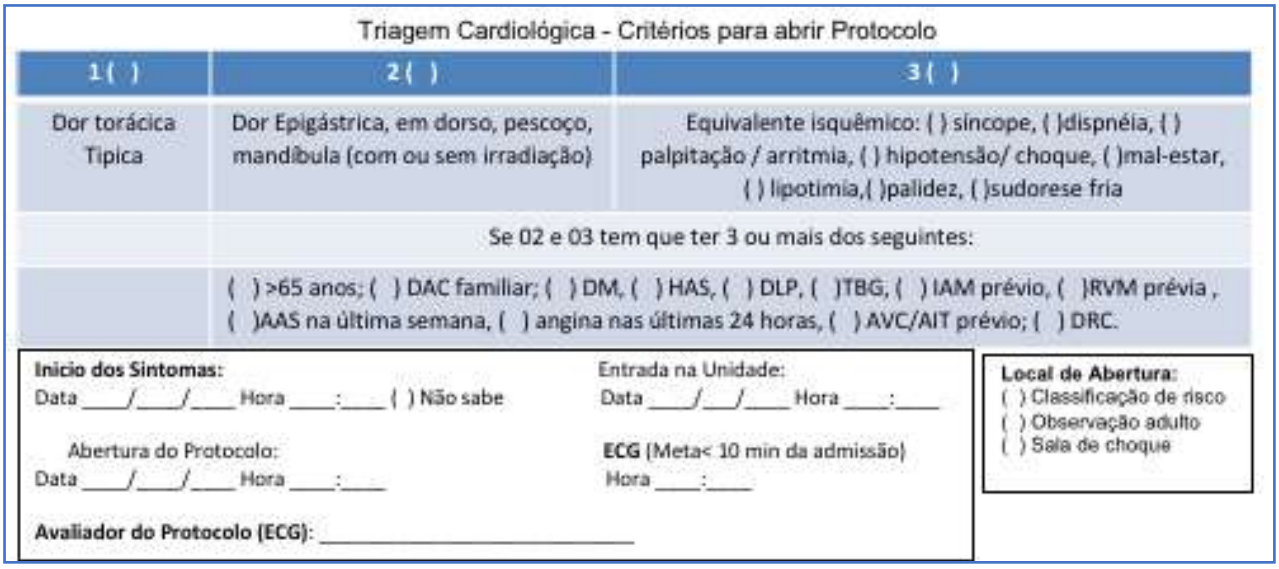
1.5 Triagem Cardiológica - Enfermagem

O paciente encaminhado a triagem já com o protocolo impresso, deverá passar pela triagem cardiológica da enfermagem. Se apenas no momento da triagem o paciente queixar-se de dor torácica ou o enfermeiro notar sinais compatíveis com SCA, deverá abrir a ficha do protocolo e preencher o campo nome completo do paciente e data de nascimento.

Nesse momento, a enfermagem deve registrar a data e hora da abertura do início dos sintomas, da entrada na unidade, da abertura do protocolo.

Em seguida deve-se caracterizar a dor por meio da realização de uma breve história clínica e investigação de fatores de risco para DAC.

Após, deve-se encaminhar o paciente para realização do ECG em até 10 minutos, e avaliação médica segundo o fluxo de atendimento de dor torácica.



Triagem Cardiológica - Critérios para abrir Protocolo

1( )	2( )	3( )
Dor torácica Tipica	Dor Epigástrica, em dorso, pescoço, mandíbula (com ou sem irradiação)	Equivalente isquêmico: ( ) síncope, ( )dispnéia, ( ) palpitação / arritmia, ( ) hipotensão/ choque, ( )mal-estar, ( ) lipotimia,( )palidez, ( )sudorese fria
	Se 02 e 03 tem que ter 3 ou mais dos seguintes:	
	( ) >65 anos; ( ) DAC familiar; ( ) DM, ( ) HAS, ( ) DLP, ( )TBG, ( ) IAM prévio, ( )RVM prévia , ( )AAS na última semana, ( ) angina nas últimas 24 horas, ( ) AVC/AIT prévio; ( ) DRC.	

Início dos Sintomas:
Data ____/____/____ Hora ____:____ ( ) Não sabe

Entrada na Unidade:
Data ____/____/____ Hora ____:____

Abertura do Protocolo:
Data ____/____/____ Hora ____:____

ECG (Meta< 10 min da admissão)
Hora ____:____

Avaliador do Protocolo (ECG): _____

Local de Abertura:
( ) Classificação de risco
( ) Observação adulto
( ) Sala de choque

1.6 Avaliação na Sala de Choque / Emergência

O médico nesse momento deve checar o ECG e com uma breve avaliação classificar o tipo de dor torácica.

1.6.1 Classificação da Dor:

- **Tipo A (definitivamente anginosa):** As características dão certeza do diagnóstico de SCA independentemente dos resultados de exames complementares. Dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroesternal, que pode ter irradiação para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispneia.
- **Tipo B (provavelmente anginosa):** As características fazem a SCA a principal hipótese, porém é necessária a complementação por exames.
- **Tipo C (Provavelmente não anginosa):** As características não fazem a SCA a principal hipótese, porém precisa de exames complementares para a exclusão.
- **Tipo D (definitivamente não anginosa):** As características não incluem a SCA como hipótese diagnóstica.

Equivalentes isquêmicos (idosos, mulheres e diabéticos): dispneia isoladamente, náusea e/ou vômitos, palpitações, síncope, ou mesmo, parada cardíaca.

Se caracterizada como Dor tipo D, deve-se encerrar o protocolo e registrar data e hora.

Se caracterizada como Dor tipo A, B ou C deve-se prosseguir com o protocolo.

1.6. Eletrocardiograma

Exame que registra oscilações elétricas que resultam da atividade do músculo cardíaco.

Os pacientes com dor típica realizarão o ECG na sala de emergência para definição de indicação de trombolise. Independentemente da ocorrência de supradesnivelamento do segmento ST, confirmando-se a tipicidade da dor, o paciente deverá permanecer em atendimento no setor de emergência.

Para os pacientes classificados como dor atípica e fatores de risco para DAC, a enfermeira da triagem deverá realizar o ECG de 12 derivações na sala de ECG. Encaminhar o exame juntamente com a Ficha do Protocolo para avaliação do médico do Choque que deverá avaliá-lo em até 10 minutos em relação à entrada. A avaliação médica precoce é realizada para verificar elevação de Supra ST ou sinais de isquemia franca, o que caracterizaria atendimento emergencial.

O eletrocardiograma deve ser identificado com a Etiqueta de identificação do paciente, data, hora, carimbo e assinatura do profissional que realizou o exame e Laudo Estruturado. Após avaliação médica é necessário também que o médico carimbe e assine no exame, confirmando a visualização e a conduta sobre aquele exame.

Achados no ECG:

ECG Francamente Isquêmico:

- ✓ Elevação de ST ≥ 1 mm (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ BRE sabidamente novo
- ✓ Infradesnivelamento de ST ≥ 0,5 mm (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ Inversão de onda T ≥ 2 mm de forma simétrica (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ Padrão "plus-minus" ST ≥ 1 mm em parede anterior
- ✓ FV e Taquicardia Ventricular

ECG Possivelmente Isquêmico:

- ✓ Elevação de ST entre 0,5 mm e 0,9 mm (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ Inversão de onda T entre 1 mm e 1,9 mm de forma simétrica (em ≥ 2 derivações contíguas)

Observação:

Atentar que em crianças e mulheres é comum ter inversão de onda T de V1 a V3, de forma **assimétrica.**

Sempre que o ECG apresentar **Supra de segmento ST em parede inferior**, deve-se fazer as fazer **derivações direitas precordiais (V3R, V4R, V5R e V6R)**, para afastar o diagnóstico de **IAM do Ventrículo Direito.**

Sempre que o ECG apresentar **Infra de segmento ST em parede inferior**, deve-se fazer as **derivações posteriores (V7-V9**), para afastar a possibilidade de IAM dorsal.
Caso ECG apresente características francamente isquêmicas, mesmo que a dor seja caracterizada como atípica, o paciente deverá ser internado no choque para monitorização e atendimento emergencial.

Se o ECG apresentar características possivelmente isquêmicas e/ou sem alterações isquêmicas, mas tiver algum fator de risco para DAC e dor atípica, deverá ser classificado como laranja, devendo ficar na sala de observação para realização troponina, ECG seriados e reavaliação.

Caso o paciente apresente característica atípica, mas sem fator de risco e ECG sem alterações isquêmicas, este deverá aguardar fluxo normal de atendimento, porém deve ser arquivada a ficha de dor torácica na ficha de atendimento para que seja documentada a abertura do protocolo e fechado devido não elegibilidade.

A depender da localização da alteração do ECG, pode-se identificar a provável parede miocárdica e artéria coronária acometida.

Derivação alterada	Parede ventricular afetada	Provável(is) artéria(s) comprometida(s)
V1-V4	Anterior	Descendente anterior
V1-V6, D1, aVL	Anterior extenso	Descendente anterior
D2, D3 e aVF	Inferior	Coronária direita ou Circunflexa
V7 e V8 (ou infra de ST em parede anterior – imagem em espelho)	Posterior	Circunflexa ou coronária direita
V3R e V4R	Ventrículo direito	Coronária direita
D1 e aVL	Lateral alto	Circunflexa

1.6.2 Marcadores de Necrose Miocárdica:

Coletar na admissão e 3 horas depois. Se positivo, coletar com 6, 12 e 24 horas, e diariamente. Pacientes com forte suspeita, mas com duas amostras negativas, colher nova amostra as 6 horas.

Troponina:

É o marcador de necrose miocárdica (MNM) de escolha para o diagnóstico de injúria miocárdica. Começa a se elevar em 40-60 min após a oclusão arterial, pico 18-24 horas e permanece por até 7-14 dias na circulação.
Coleta inicial para diagnóstico: admissão e 3h.
Falso-positivos: insuficiência cardíaca, fibrilação atrial com resposta ventricular rápida, miocardite, cardiotoxicidade por quimioterapia, miopericardites, sepse, insuficiência renal crônica, embolia pulmonar.
Útil para detectar reinfarto

Observação: Como a troponina utilizada é ultrassensível, não é necessário a coleta de CPK, CK-MB.

1.6.3 Abordagem Inicial da Dor Torácica

Equipe de Enfermagem: Medidas Gerais

- ✓ Controle de SSVV a cada 3 horas;
- ✓ Aferir PA em ambos os membros superiores e inferiores
- ✓ Palpar pulsos em ambos os membros superiores e inferiores
- ✓ Oxigênio se Sat.O2 < 90%;
- ✓ Realizar ECG (0 - 3ª hora, ou conforme prescrição médica).
- ✓ Coleta de exames laboratoriais (0 - 3ª hora);
- ✓ Administrar medicações conforme prescrição médica;

Equipe Médica: Medidas Gerais

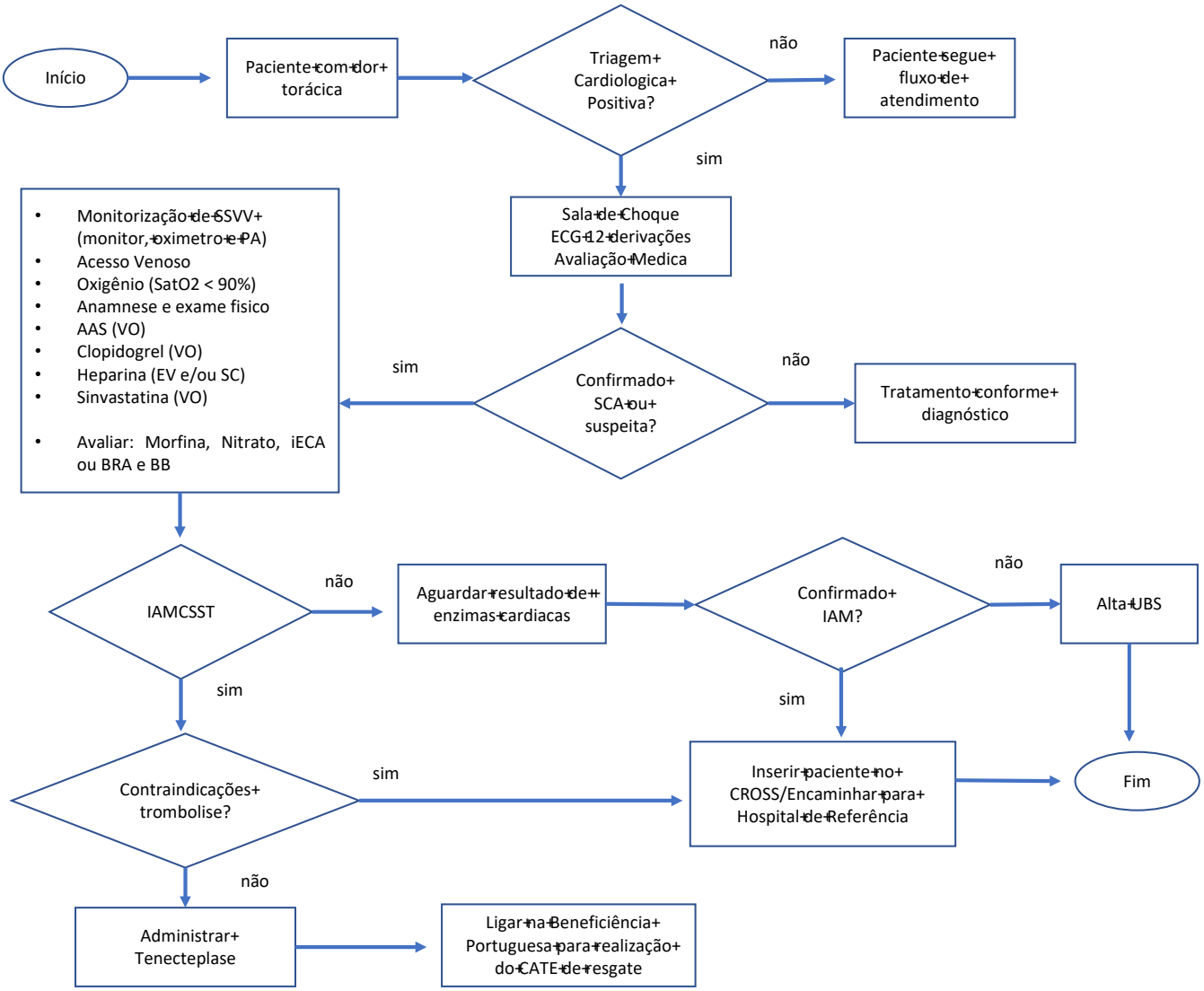
- ✓ Solicitar ECG (0 - 3ª hora);
- ✓ Solicitar Troponina ultrassensível (0 - 3ª hora) nos casos de suspeita de SCA;
- ✓ Solicitar Rx de tórax (principalmente se suspeita de dissecção de aorta e outros diagnósticos diferenciais de dor torácica)
- ✓ Checar resultado de exames (troponina, ECG e RX de tórax);
- ✓ Checar pulsos em ambos os membros superiores e inferiores;
- ✓ Checar níveis de PA em membros superiores e inferiores;
- ✓ Estratificação de Risco para SCA.

1.6.4 Estratificação de Risco:

O score Heart foi desenvolvido com características clínicas escolhidas por plausibilidade biológica e que seriam fáceis de lembrar, com o objetivo de identificar os casos de maior risco para SCA. Revelou-se como um ótimo instrumento para estratificação de risco inicial. Além de das características clássicas da angina, podemos utilizar o Heart Score para auxílio a tomada de decisão clínica.

Pontuação para Heart Score para Dor Torácica		
Fator	**Característica**	**Pontos**
História	Altamente suspeita de SCA	2
	Moderadamente suspeita de SCA	1
	Baixa Suspeita de SCA	0
ECG	Depressão Semento ST	2
	Alteração de repolarização inespecífica	1
	Normal	0
Idade	≥ 65 anos	2
	45 a 65 anos	1
	< 45 anos	0
Fatores de Risco	≥ 3 fatores de risco ou história de aterosclerose	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	nenhum fator de risco	0
Troponina	≥ 2 vezes o limite da normalidade	2
	1 - 2 vezes o limite da normalidade	1
	≤ ao limite da normalidade	0
Baixo: 0 a 3	**Médio: 4 a 6**	**Alto: 7 a 10**

1.7 Fluxo do Protocolo



2. Síndrome Coronariana Aguda (SCA)

Enfermidade caracterizada por aparecimento de manifestações clínicas e laboratoriais provocadas por isquemia miocárdica aguda, sendo classificada em duas formas:

Com Supra de ST: Isquemia miocárdica aguda ocasionada por oclusão total da artéria, apresentando supradesnivelamento do segmento ST no ECG, ocasionando o IAM, e necessitando de trombólise emergencial. Sempre evolui com aumento de troponina, por tanto, não é necessário esperar esse exame para o diagnóstico. O ECG é o exame mais importante nesse cenário, e por isso deve ser realizado em 10 minutos.

Sem Supra de ST: Isquemia miocárdica aguda ocasionada por oclusão parcial da artéria, não apresentando supradesnivelamento do segmento ST no ECG, sem indicação de trombólise. Pode apresentar-se de duas formas:

- Infarto agudo do miocárdio (IAM) é definido como um evento clínico causado por isquemia miocárdica, no qual existe evidência de injúria ou necrose miocárdica, ou seja, sempre há aumento dos biomarcadores cardíacos (troponina).
- Angina instável é considerada quando pacientes apresentam sintomas isquêmicos sugestivos de uma SCA, sem elevação dos biomarcadores de necrose miocárdica, na presença ou não de alterações eletrocardiográficas indicativas de isquemia. A mesma deve ser classificada conforme sintomas, circunstância e intensidade de tratamento, utilizando a Classificação de Braunwald, a seguir:

CLASSIFICAÇÃO DE BRAUNWALD PARA ANGINA INSTÁVEL
1 – Gravidade dos Sintomas
Classe I – Angina de início recente (menos de 2 meses), frequente ou grande intensidade (3 ou mais vezes ao dia), acelerada (evolutivamente mais frequente ou desencadeada por esforços progressivamente menores)
Classe II – Angina de repouso subaguda (1 ou mais episódios em repouso nos últimos 30 dias, o último episódio ocorrido há mais de 48 horas)
Classe III- Angina de repouso aguda (um ou mais episódios em repouso nas últimas 48 horas).
2- Circunstâncias das Manifestações Clínicas
Classe A – Angina instável secundária (anemia, febre, hipotensão, hipertensão não controlada, emoções não rotineiras, estenose aórtica, arritmias, tireotoxicoses, hipoxemia, etc).
Classe B – Angina instável primário
Classe C- Angina pós-infarto do miocárdio (mais de 24 horas e menos de 2 semanas)
3 – Intensidade do tratamento
Classe 1 – Sem tratamento ou tratamento mínimo
Classe 2 – Terapia antianginosa usual
Classe 3 – Terapia Máxima

Pacientes com suspeita de SCA (com ou sem Supra de ST) que apresente algum fator de risco para DAC deverão realizar Troponina + ECG seriada (no momento de entrada e na 3ª hora da internação). Caso o paciente esteja internado na medicação e houver alteração da primeira troponina, deverá ser encaminhado a sala de CHOQUE para nova coleta no setor e monitorização.

ATENÇÃO:

- Idosos, diabéticos e mulheres tem maior chance de apresentar dor atípica
- Dor atual (mesmo que atípica) semelhante a episódio anginoso prévio: maior chance de nova SCA

OBSERVAÇÃO: Desde o advento da troponina ultrassensível, não está mais indicado seriar, com CKMB e CPK ((nível de evidência III).

2.1 Abordagem Inicial da SCA | Cuidados na Sala de Emergência

Para os casos confirmados de SCA

Equipe de Enfermagem: Medidas Gerais

- ✓ Monitorização cardíaca contínua | PA não invasiva | Oximetria;
- ✓ Oxigênio se Sat. < 90% ou sinais de insuficiência respiratória, ou qualquer risco de hipoxemia;
- ✓ Administração das medicações iniciais para SCA, conforme prescrição médica;
- ✓ Obtenção de 2 Acessos venosos periféricos calibrosos (jelco 18, se possível) – pacientes submetidos a trombólise
- ✓ Coleta de exames laboratoriais.

OBS: Os tubos deverão conter etiqueta do paciente e descrever no pedido qual setor realizou a coleta.

Equipe Médica: Medidas Gerais

- ✓ Orientar repouso absoluto
- ✓ Definir rapidamente os casos com SUPRA e necessidade de Trombólise
- ✓ Prescrever Ataque de AAS, Clopidogrel, Anticoagulação e Estatina
- ✓ Avaliar possibilidade de já iniciar betabloqueador e iECA ou BRA
    - ✓ Solicitação de exames laboratoriais: Hemograma completo, Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina, Tempo de Protrombina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Troponina
- ✓ Estratificação de Risco para SCA

2.2 Pacote de Medicações de SCA

A SCA é tratável, se diagnosticada rapidamente. O tratamento pode incluir medicamentos, como anticoagulantes ou betabloqueadores.

A aspirina (AAS) inibe a agregação plaquetária. Há uma redução de 30% nos eventos vasculares de pacientes com infarto agudo não fatal com uso de AAS. Os efeitos colaterais mais frequentes estão relacionados ao trato gastrointestinal, os quais podem ser reduzidos através do uso de protetores gástricos (omeprazol ou ranitidina). Deve-se administrar aspirina a todos os pacientes, exceto se alergia, o mais precocemente possível, na chegada ao hospital, em dose de ataque nos pacientes com SCA (160 a 325mg). Manter o seu uso contínua e indefinidamente (100mg/dia).

O Clopidogrel é um anti-agregante plaquetário, que atua com maior rapidez quando usado em dose de ataque. Se confirmada Síndrome Coronariana Aguda, deve ser realizado em dose de ataque (a depender da idade do paciente, da presença de supra no ECG, e da estratégia utilizada de reperfusão) e mantido em dose de manutenção diária, por um ano após a SCA, independente do tratamento de reperfusão utilizado. Pode também ser utilizado como substituto à aspirina nos casos de reação de hipersensibilidade.

Os Nitratos são vasodilatadores e ajudam no alívio da dor, recomenda-se o uso nas primeiras 24/48h de evolução da SCASST, na presença de dor torácica recorrente, ICC ou hipertensão. Na fase aguda de SCA com supra de ST são utilizados como coadjuvante a trombólise quando não há evidência de reperfusão com o objetivo de redução da área de infarto e melhora funcional de área lesada. Porém não devem ser utilizados na suspeita de infarto de Ventrículo Direito, pois podem causar instabilidade clínica e agravamento do infarto. Assim, a suspeita de infarto de parede inferior (acometimento de derivações aVF, DII e DIII), independente do acometimento de derivações direitas (V3R e V4R) os nitratos devem ser evitados. Portanto, são contra-indicados na presença de: hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg ou queda > 30 mmHg da PA basal), uso de inibidor da fosfodiasterase (por exemplo, sildenafil) nas últimas 24h (48h se tadalafila), infarto do ventrículo direito e IAM de parede inferior.

O uso de ß bloqueadores é baseado em evidências de redução de mortalidade de 10 a 15% na era pré-trombolítica, posteriormente confirmados na era pós trombolíticos com redução de mortalidade em até 40%. Está indicada a sua introdução precocemente após IAM independente de trombólise concomitante. Principalmente quando há isquemia recorrente e ocorrência de taquiarritmias.

De acordo com os Anticoagulantes, nos pacientes de alto risco deve ser utilizada a heparina de baixo peso molecular (HBPM), como enoxaparina, ou a heparina não fracionada (HNF). Uma vez optado por um tipo de heparina, esta deve ser mantida durante toda a duração do tratamento,

se possível, visando reduzir o risco de sangramento. A mudança de um tipo para outro, aumento o sangramento desses pacientes.

Os **IECA ou BRA** reduzem a mortalidade em pacientes com IAM com disfunção ventricular esquerda sistólica sintomáticos ou assintomáticos e em pacientes com doença arterial coronária sem disfunção ventricular. Portanto, devemos introduzir IECA em pacientes com disfunção ventricular esquerda assintomática (FE < 40%) ou sintomática, diabetes mellitus ou hipertensão arterial.

As **Estatinas** estão indicadas para os indivíduos portadores de angina instável de alto risco e IAM independente do nível de colesterol, por reduzir mortalidade nesses pacientes. Lembrando que o alvo de LDL-c a ser atingido nesses pacientes é mais rigoroso, devendo ser menor que 50mg/dL, segundo a nova Diretriz da Sociedade Brasileira.

OBSERVAÇÃO: Paciente usuário de cocaína com Dor Torácica Aguda, devem ser inicialmente conduzidos com Diazepam e Bloqueador de Canal de Cálcio por maior probabilidade de ser relacionado a Vasoespasmo coronariano. Caso não melhore, pensar em aterosclerose como causa da Dor.

PACOTE MEDICAÇÕES DE SCA	
Oxigênio	Apenas se Sat O2 < 90%
Nitratos	Para alívio imediato – Dinitrato de Isossorbida 5mg V.O (repetir até 3 doses de 15/15 min)
	Para manutenção – Mononitrato de Isossorbida 20 a 40mg de 12/12h ou às 8h, 14h e 20h (3x/dia) V. O
	Endovenoso – Nitroglicerina 50mg diluída em SG 5% 250ml – iniciar em 3 ml/h em BIC e aumentando de 3 3m 3 ml/h
Morfina	2 a 8mg Endovenoso, se dor intensa ou Edema Agudo de Pulmão
Ácido Acetilsalicílico	Dose de ataque – 300mg V.O. (nos pacientes em uso prévio e correto da medicação, não é necessário ataque) Dose de manutenção – 100mg/dia V. O
Clopidogrel	Dose de ataque – 300mg V.O. (se paciente maior 75 anos e necessidade de trombólise, fazer 75mg V.O.) Dose de manutenção – 75mg/dia V. O
Anticoagulantes	Enoxaparina: < 75 anos: 30mg EV e bolus seguidas 1mg/kg subcutâneo (SC) a cada 12/12 hs

	³ 75 anos: não fazer dose de ataque EV, manter dose de 0,75mg/kg 12/12hs Se ClCr < 30ml/min, dose 1 mg/kg 24/24 hs, independente da idade
	HNF: Dose de ataque de 60 UI/Kg/IV em bolus (máximo 4000 U) e dose de manutenção 12U/Kg/h EV em BIC (máximo de 1000 U/h) (deve se ajustar dose com valores de TPPa entre 50 e 70 segundos)
Betabloqueadores	Se FE preservada - Atenolol 25 mg a 50mg 12/12h ou 24/24hs V.O. Se FE reduzida – Carvedilol 3,125mg a 25mg 12/12hs V.O. Progressão de dose conforme frequência cardíaca e tolerância
Estatinas	Sinvastatina 40mg V.O. à noite inicialmente Após ajustar para alvo de LDL-c inferir a 50mg/dL
iECA ou BRA	Enalapril 5mg a 20mg 12/12hs VO Losartana 25mg a 50mg 12/12hs VO (para os intolerantes ao iECA) Progressão de dose conforme pressão arterial e tolerância

2.3 Estratificação de Risco na SCA

A estratificação do risco para os pacientes com SCA SST é fundamental para definição das etapas seguintes de manejo clínico, identificando aqueles que necessitam de investigação invasiva com cateterismo cardíaco. Assim todo paciente com SCA SST, após manejo inicial, deve ter seu risco calculado utilizando o Escore TIMI e GRACE.

Para os pacientes com SCA SST com risco alto e intermediário deve ser solicitado leito emergência/observação no CROSS e cateterismo cardíaco para realização idealmente em 24 a 48 horas. Já os de baixo risco, poderá avaliar o caso e optar por estratégia não invasiva e conservadora.

2.3.1 Escore de Risco TIMI (AI e IAMSSST):

A cada uma das sete variáveis dicotômicas preditoras independentes de desfechos em pacientes com angina instável e IAM sem supra de ST é atribuível o valor de 1 em caso de presente e zero em caso de ausente, variando o escore de 0 até 7 (sendo 7 o maior risco).

1.	**Idade ≥ 65 anos**	**1 ponto**
2.	**Presença de ao menos 03 fatores de risco para DAC**	1 ponto
3.	**Estenose coronariana prévia ≥ 50%**	1 ponto
4.	**Presença de desvio do segmento ST no ECG da admissão**	1 ponto

5.	**Ao menos dois episódios anginosos nas 24 horas prévias**	1 ponto
6.	**Biomarcadores cardíacos de necrose miocárdica séricos elevados**	1 ponto
7.	**Uso de Aspirina nos últimos 7 dias**	1 ponto
0-2 pontos: Baixo Risco 3,4 pontos: Risco Intermediário 5-7 pontos : Alto Risco		

2.3.2 Escore de Risco Grace:

O Score de Risco de Grace deve ser realizado para estratificação de risco de SCA com ou sem Supra ST, sendo utilizado para determinar a conduta e o momento da indicação de CATE, além da avaliação da probabilidade de óbito intra Hospitalar.

Killip	Pontos	PAS (mmHg)	Pontos	FC (bpm)	Pontos	Idade (anos)	Pontos	Creatinina (mg/dl)	Pon
I	**0**	< 80	**58**	≤ 50	**0**	≤ 30	**0**	0 - 0,39	**1**
II	**20**	80 - 99	**53**	50 - 69	**3**	30 - 39	**8**	0,40 - 0,79	**4**
III	**39**	100 - 119	**43**	70 - 89	**9**	40 - 49	**25**	0,80 - 1,19	**7**
IV	**59**	120 - 139	**34**	90 - 109	**15**	50 - 59	**41**	1,20 - 1,59	**10**
		140 -159	**24**	110 - 149	**24**	60 - 69	**58**	1,60 - 1,99	**13**
		160 - 199	**10**	150 - 199	**38**	70 - 79	**75**	2,00 - 3,99	**21**
		≥ 200	**0**	≥ 200	**46**	80 - 89	**91**	> 4,00	**28**
						≥ 90	**100**		

Fatores de Risco	Pontos
PCR na Admissão	**39**
Desnivelamento do Seguimento ST	**28**
Enzimas Cardíacas Alteradas	**14**

Categoria	Pontos
Baixo	≤ 108
Intermediário	109 - 140
Alto	> 140

2.3.3 Classificação de Killip:

Classificação baseada em dados clínicos que permite estudar a gravidade da insuficiência ventricular nos pacientes com IAM é bastante usada na avaliação da mortalidade em geral.

Killip I	**sem dispneia, terceira bulha ou estertoração pulmonar**
Killip II	dispneia e estertoração pulmonar nos terços inferiores do tórax
Killip III	edema agudo de pulmão
Killip IV	choque cardiogênico

Observação:
Pacientes com SCA, sem supra de ST e com os seguintes aspectos são considerados de alto risco e devem ser encaminhados para angiografia coronariana imediata, sem atrasos:
- Choque cardiogênico
- Insuficiência cardíaca ou disfunção ventricular esquerda severa
- Angina de repouso refratária (persistente ou recorrente) apesar da terapia médica ótima
- Instabilidade hemodinâmica devido a complicações mecânicas (insuficiência mitral aguda, defeito do septo ventricular)
- Arritmias ventriculares instáveis.

3. Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST

Todo paciente com SCA com Supra de ST é caracterizado como de Alto Risco necessitando de internação emergencial e monitorização por pelo menos 48 horas dentro da emergência ou UTI. A utilização do Score de Risco de Grace pode ser feita para estimar a probabilidade de óbito intra-hospitalar.
Todo paciente com SCA com Supra de ST deverá realizar CATE durante a internação.

3.1 Trombólise

3.1.1 Indicações de Trombólise

- Duração < 12 horas não responsiva a nitrato sublingual;
- Elevação do segmento ST (>1mm) em duas derivações precordiais contíguas ou duas periféricas adjacentes, Δt < 12 horas;
- BRE novo, Δt < 12 horas (sugerido usar critérios de Sgarbossa);
- Ausência de contraindicações absolutas
- Início ou piora da dor < 12 horas

3.1.2 Contraindicações Absolutas de Trombólise

Qualquer hemorragia intracraniana prévia
Conhecida lesão vascular cerebral estrutural (por exemplo, MAV)
Conhecida neoplasia maligna intracraniana (primária ou metastática) AVC isquêmico dentro de 3 meses, salvo acidente vascular cerebral isquêmico em até 3 horas
Suspeita de dissecção aórtica
Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (excluída menstruação)
Traumatismo craniano significativo ou traumatismo facial nos últimos 3 meses

3.1.3 Contraindicações Relativas de Trombólise

História da hipertensão arterial crônica, grave, mal controlada
Hipertensão arterial grave não controlada, na apresentação (PAS 180mmHg ou PAD 110mmHg)
História de AVC isquêmico prévio de 3 meses, demência, ou patologia intracraniana conhecida não abrangida nas contraindicações
Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (10 minutos) ou cirurgia de grande porte (3 semanas)
Hemorragia interna recente (dentro de 2 a 4 semanas)
Punções vasculares não compreensíveis
Para estreptoquinase/anistreplase: exposição prévia (5 dias antes) ou reação alérgica prévia a estes agentes

OBS: Recomenda-se o acionamento da Telemedicina exceto em situações que o tempo para acionamento possa comprometer o intervalo de tempo para realização da trombólise, quando o sistema estiver disponível.

3.1.4 Regime de Doses dos Fibrinolíticos – Se elegível a trombólise

Droga de escolha: Tenecteplase E.V (Metalyse®)

- Administração única em bolus EV
- Tempo de infusão: 5 a 10 segundos
- Dose ajustada pelo peso do paciente

Dose Conforme peso do paciente – Administração de Tenecteplase			
Peso	**Tenecteplase**		**Volume solução**
< 60 Kg	6000 U	30 mg	6 mL
≥ 60 a < 70 Kg	7000 U	35 mg	7 mL
≥ 70 a < 80 Kg	8000 U	40 mg	8 mL

≥ 80 a < 90 Kg	9000 U	45 mg	9 mL
≥ 90 Kg	10.000 U	50 mg	10 mL

Observações:

Deve-se utilizar acesso exclusivo (pode ser feito em acesso preexistente desde que tenha sido usado somente para a administração de NaCl 0,9%. Incompatível com solução glicosada.

A dispensação do Tenecteplase só deverá ocorrer se houver prescrição da droga.

Após o uso do Tenecteplase deve-se preencher o documento da Secretaria Municipal de Saúde (em anexo) com a justificativa do uso, anexar cópia do ECG e encaminhar à farmácia.

Recomendações e controles realizados após a trombólise

O paciente trombolisado deve permanecer em ambiente de cuidados intensivos (Sala de Emergência) por pelo menos 48 horas, monitorizado e reavaliado constantemente. Deve-se buscar controle glicêmico e pressórico rigoroso, além da detecção precoce de sinais e sintomas clínicos sugestivos de sangramentos decorrentes da trombólise.

CUIDADOS

- Controle de SSVV a cada 2 horas.
- Instituir medidas para hipertermia S/N;
- O controle pressórico deve ser mais estrito, evitando-se de toda forma PAS >185mmHg e/ou PAD >110mmHg.
- Iniciar insulina EV S/N.
- Seguir protocolo de TEV institucional (DINST.PT.0019) para prevenção de TVP.
- Manter decúbito entre 30 e 45°
- Manter paciente euvolêmico.
- Manter o paciente em jejum por 24 horas pelo risco de hemorragia e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.
- Não realizar passagem de SNE/SNG nas primeiras 24 horas após a trombólise
- Não passar sonda vesical de demora (SVD) nas primeiras 24 horas após a trombólise
- Não utilizar antiagregantes plaquetários ou anticoagulante nas primeiras 24 horas após uso de rtPA;
- Após as 24 horas do tratamento trombolítico, o tratamento de SCA segue as mesmas orientações do paciente que não recebeu trombólise, isto é, antiagregante plaquetário e anticoagulação.
- Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas.

3.3 Critérios de Reperfusão

A Reperfusão é o restabelecimento do fluxo sanguíneo. Para verificar se a trombólise foi eficaz é necessário o acompanhamento dos sinais e sintomas:

- Melhora da dor (2 pontos em uma escala de 0 a 10)
- Redução do supra de ST de pelo menos 50% em relação a derivação que tem o maior Supra no ECG anterior, após 2 horas da trombólise
- Aparecimento de R.I.V.A (Ritmo Ideoventricular Acelerado)
- Pico precoce de marcadores de necrose miocárdica
- Manutenção da estabilidade hemodinâmica

3.4 Transferência BP – Paciente com SCA Com Supra de ST

Conforme acordado com a Secretária da Saúde, todo paciente diagnosticado com SCA com Supra de ST com até 12 horas de início de sintomas será encaminhado à Beneficência Portuguesa (BP) para tratamento e conduta. O caso deverá ser discutido entre médicos (VSC e BP) via telefone (11)94478-8628 ou (11)3285-1614 o mais rápido possível. Após alinhamento é necessário encaminhamento do caso via e-mail (anselmoasalgado@hotmail.com) com documentação completa preenchida no formulário (abaixo), ECG E scaneado e inserir o caso no CROSS informando que o caso já foi discutido.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Inclusão: Pacientes com suspeita de IAMSSST, IAMCSST e angina instável.

Exclusão: pacientes que não tem sinais de dor torácica sugestivo de síndrome coronariana aguda.

RESPONSABILIDADES

Equipe médica e assistencial

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Não se aplica

Indicadores de Qualidade e desempenho

Realização do ECG em até 10 minutos após a classificação.

Realização de AAS em até 24 horas da admissão

Tempo porta-agulha de até 30 minutos.

Letalidade

Anexos

Anexo 1. Formulário Protocolo Síndrome Coronariana Aguda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Dor torácica Tipica	Dor Epigástrica, em dorso, pescoço, mandíbula (com ou sem irradiação)	Equivalente isquêmico: ( ) síncope, ( )dispnéia, ( ) palpitação / arritmia, ( ) hipotensão/ choque, ( )mal-estar, ( ) lipotimia,( )palidez, ( )sudorese fria
	Se 02 e 03 tem que ter 3 ou mais dos seguintes:	
	( ) >65 anos; ( ) DAC familiar; ( ) DM, ( ) HAS, ( ) DLP, ( )TBG, ( ) IAM prévio, ( )RVM prévia , ( )AAS na última semana, ( ) angina nas últimas 24 horas, ( ) AVC/AIT prévio; ( ) DRC.	

Inicio dos Sintomas:
Data ____/____/____ Hora ____:____ ( ) Não sabe

Entrada na Unidade:
Data ____/___/____ Hora ____:____

Abertura do Protocolo:
Data ____/____/____ Hora ____:____

ECG (Meta< 10 min da admissão)
Hora ____:____

Avaliador do Protocolo (ECG): _____

Local de Abertura:
( ) Classificação de risco
( ) Observação adulto
( ) Sala de choque

_____
Enfermeiro

Avaliação da Sala de Choque / Emergência

( ) Dor tipo A ( ) Dor tipo B ( ) Dor tipo C

( ) Dor tipo D

Checagem de ECG
Solicitação e Coleta de Troponina e exames subsidiários
Aferição de Pulso , Pressão Arterial em ambos os MMSS e Avaliar Sopro Cardíaco

Descartado SCA
Outras causas :

Gastrite, Pneumonia, Angina Estável, Estresse, Refluxo, Costocondrite, etc.

Encerrar Protocolo
Hora ___:____

( ) IAM com Supra ST

( ) IAM sem Supra ST
( ) Angina Instável

( ) Suspeita de Dissecção de Aorta

AAS 300 mg ( ) sim ( ) não
Hora:_____:_____
Alergia ( )

Clopidogrel 300 mg ( ) sim ( ) não
Hora:_____:_____
Alergia ( )

Heparina ( ) sim ( ) não
Qual?
Dose: _____
Hora:_____:_____

Sinvastattina 40 mg ( ) sim ( ) não
Hora:_____:_____
Alergia ( )

Solicitar Tomografia de Tórax com contraste arterial (via CROSS)

Enzimas Cardíacas Seriadas
0, 3, 6 e 12 horas
1º coleta: Hora:____:___
Valor:_____
2º coleta: Hora:____:___
Valor:_____
3º coleta: Hora:____:___
Valor:_____
4º coleta: Hora:____:___
Valor:_____

Trombólise
(< 30 min da admissão)
Tenecteplase _____ mg Peso:_____kg
Hora:_____ ( ) Não realizado
Pq?_____
Critério de Reperfusão: ( ) sim ( ) não
Acionado Protocolo BP: ( ) sim ( ) não

Inclusão do Paciente no CROSS

Desfecho: Data ____/____/____ Hora: ____:____
( ) Alta com encaminhamento
( ) Transferência para Hospital Local: _____
( ) Óbito

Medico Responsável:_____ Data_____/_____/_____ Hora: _____:_____

Protocolo de Síndrome Coronariana Agu

24h ATENDIMENTO

GRACE SCORE	
Categoria	Pontos
Baixo	≤ 108
Intermediário	109 - 140
Alto	> 140
TOTAL do Paciente =	

CLASSIFICAÇÃO KILLIP	
Killip I	Sem dispneia, B3, ou estertoração
Killip II	Dispneia, B3, e estertoração
Killip III	Edema Agudo de Pulmão
Killip IV	Choque Cardiogênico
TOTAL do paciente =	

TIMI RISK	
Idade ≥ 65 anos	1 ponto
Presença de ao menos 03 fatores de risco para DAC	1 ponto
Estenose coronariana prévia ≥ 50%	1 ponto
Presença de desvio do segmento ST no ECG da admissão	1 ponto
Ao menos dois episódios anginosos nas 24 horas prévias	1 ponto
Biomarcadores cardíacos de necrose miocárdica séricos elevados	1 ponto
Uso de Aspirina nos últimos 7 dias	1 ponto
0-2 pontos: Baixo / 3,4 pontos: Intermediário / 5-7 pontos : Alto	
TOTAL do Paciente =	

Terapia Adjuvante
Morfina solução decimal
O2 se Sat < 90%
Beta bloqueador
IECA ou BRA
Nitrato : Não fazer se infarto de VD

Exames Subsidiários
RX tórax
Hemograma
Creatinina / Uréia
Na / K
TP / TTPA

Dose Conforme peso do paciente – Administração de Tenecteplase

Peso	Tenecteplase		Volume solução
< 60 Kg	6000 U	30 mg	6 mL
≥ 60 a < 70 Kg	7000 U	35 mg	7 mL
≥ 70 a < 80 Kg	8000 U	40 mg	8 mL
≥ 80 a < 90 Kg	9000 U	45 mg	9 mL
≥ 90 Kg	10.000 U	50 mg	10 mL

Anticoagulação:

1) HNF: 60UI/kg, EV, bolus (máx. 4000UI)
12UI/Kg/h (máx. 1000UI/h)
(controle com TPPA 50-70 seg)

2) Enoxaparina:
< 75 anos: 30mg EV bolus
1mg/Kg SC de 12/12h
≥75 anos: sem bolus
0,75 mg/kg de 12/12h
Se ClCr < 30 : 1mg/kg de 24/24h

Terapia Fibrinolítica – Contraindicações absolutas:

Qualquer hemorragia intracraniana prévia
Conhecida lesão vascular cerebral estrutural (por exemplo, MAV)
Conhecida neoplasia maligna intracraniana (primária ou metastática) AVC isquêmico dentro de 3 meses, salvo acidente vascular cerebral isquêmico em até 3 horas
Suspeita de dissecção aórtica
Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (excluída menstruação)
Traumatismo craniano significativo ou traumatismo facial nos últimos 3 meses

Terapia Fibrinolítica – Contraindicações relativas:

História da hipertensão arterial crônica, grave, mal controlada
Hipertensão arterial grave não controlada, na apresentação (PAS 180mmHg ou PAD 110mmHg)
História de AVC isquêmico prévio de 3 meses, demência, ou patologia intracraniana conhecida não abrangida nas contraindicações
Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (10 minutos) ou cirurgia de grande porte (3 semanas)
Hemorragia interna recente (dentro de 2 a 4 semanas)
Punções vasculares não compreensíveis
Para estreptoquinase/anistreplase: exposição prévia (5 dias antes) ou reação alérgica prévia a estes agentes

Referências Bibliográficas

1. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013;101(2):52-65.
2. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2009;93(6 supl.2):e179-e264.
3. Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timerman A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arq Bras Cardiol. 2002;79 (supl II):1.
4. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST - Sociedade Brasileira de Cardiologia – Volume 105, nº2, suplemento 1, Agosto 2015.
5. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) Arq. Bras. Cardiol. 2007;89(4): e 89-e131.
6. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2017) – Atualização 2013/2014
7. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência - Sociedade Brasileira de Cardiologia - Arq Bras Cardiol - volume 79, (suplemento II), 2002.
8. 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary. Circulation. 2014; 130:2354-2394.
9. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology.
10. ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction—Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol 2007 50 : 652-726
11. ACC/AHA/ASE 2003 Guideline Update for the Clinical Application of Echocardiography A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on

Practice Guidelines (ACC/AHA/ASE Committee to Update the 1997 Guidelinesfor theClinical Application of Echocardiography). J. Am. Coll. Cardiol., Sep 2003; 42 : 954 - 970

12. Borja Ibanez Stefan James Stefan Agewall Manuel J AntunesChiara Bucciarelli-Ducci Héctor Bueno Alida L P Caforio Filippo CreaJohn A Goudevenos Sigrun Halvorsen.
13. European Heart Journal, Volume 39, Issue 2, 7 January 2018, Pages 119–177,https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393Published: 26 August 2017 https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/2/119/4095042
14. Nicolau JC, Timerman A, Piegas LS, Marin-Neto JA, Rassi A. Jr. Guidelines for Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction of the Brazilian Society of Cardiology (II Edition, 2007). Arq Bras Cardiol 2007; 89 (4): e89-e131.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

INTRODUÇÃO

Lesão por pressão (LP) é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

OBJETIVOs

Principais

- Descrever as melhores práticas assistenciais para prevenção de lesão por pressão;
- Padronizar os processos assistenciais da equipe multiprofissional para a manutenção da integridade da pele e suas funções.

Secundários

- Estabelecer processos assistenciais que auxiliem a equipe multiprofissional na identificação precoce das alterações da integridade da pele;
- Prevenir o desenvolvimento de LP e outras alterações da pele;
- Direcionar a escolha das medidas preventivas de forma individualizada;
- Diminuir a morbidade e mortalidade hospitalar por LP;
- Evitar infecções e complicações secundárias as alterações da pele;
- Divulgar recomendações internacionais sobre prevenção das lesões por pressão, baseadas em evidências científicas.

APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão:

- Todos os pacientes internados, para tratamento clínico ou cirúrgico;
- Pacientes admitidos no hospital.

Critérios de Exclusão

- NA

AVALIAÇÃO DE RISCO E FATORES DE RISCO

Recomendações

Realizar uma avaliação estruturada do risco com a maior brevidade possível, no período máximo de oito horas após a admissão, para identificar os indivíduos em risco de desenvolver LP. Utilizar uma abordagem estruturada para a avaliação do risco, que seja refinada pelo juízo crítico e suportada pelo conhecimento dos principais fatores de risco.

Escalas de Avaliação de Risco

Pacientes maiores que 5 anos:

Desenvolvida nos Estados Unidos, a escala de **Braden** é a mais amplamente utilizada e sua validade foi verificada. A escala é composta por seis fatores: sensorial função, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, força de cisalhamento e atrito. A pontuação varia de 6 a 23. O ponto de corte 16, sendo desejável elevar o ponto de corte para 18 ao avaliar pacientes idosos. O risco é inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos menor é a classificação de risco para desenvolver LP.

Pacientes menores que 5 anos:

A partir de uma adaptação da Escala de Braden, Quigley e Curley, desenvolveram a **Escala de Braden Q** para avaliar o risco de LP na população pediátrica. A Escala de Braden Q inclui a seis subescalas originais da Braden (mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, e nutrição), e acrescenta a avaliação da perfusão tecidual / oxigenação.

Pacientes neonatal:

A escala **Braden QD** foi criada em 2018 e é uma versão revisada e simplificada da Braden Q para abordar algumas limitações. A escala Braden QD aborda o risco de LP relacionada a dispositivos médicos bem como o risco de imobilidade em pacientes pré-termos. Com uma pontuação de corte de 13 a escala Braden QD apresentou uma sensibilidade de 86% e uma especificidade de 59%. A escala Braden Qd possui 7 subescalas: mobilidade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição, avaliação da perfusão tecidual / oxigenação e **acrescenta a avaliação de dispositivos médicos**.

Aplicação na Prática: ***Todo paciente*** deverá ser avaliado para o risco de desenvolver LP sistematicamente na **admissão com prazo máximo em até 8 horas** desta. Além disso a reavaliação de risco deverá ser realizada a cada 48h ou antes se houver mudança do quadro clínico do paciente.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

- **PS:** Todos os pacientes admitidos na observação do PS deverão ser avaliados para risco de LP.

Registro: A avaliação da pele deve ser registrada na Anotação de Enfermagem ou Evolução de Enfermagem todas as vezes em que for realizada.

AVALIAÇÃO DA PELE

Aplicação na Prática

- Avaliar a pele de forma contínua, com base no contexto clínico e no grau de risco do indivíduo (risco baixo, moderado, alto e muito alto);
- Documentar no prontuário os resultados de todas as avaliações da pele;
- Se necessário aumentar a frequência das avaliações da pele em resposta a qualquer deterioração do estado geral;
- Avaliar a pele com especial atenção às áreas cutâneas sobrejacentes às proeminências ósseas, incluindo occipital, cotovelos, sacro, os ísquios, os trocânteres e os calcâneos;
- Aproveitar cada reposicionamento do paciente para reavaliar a pele;
- Diferenciar a causa e o grau de eritema da pele se é branqueável ou não branqueável;
- Incluir os seguintes fatores em todas as avaliações da pele: temperatura da pele, edema, alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante. Atenção à avaliação de peles escuras;
- Avaliar a presença de dor;
- Inspecionar a pele sob e ao redor dos dispositivos a cada mudança de decúbito para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante. Uma descrição mais detalhada será abordada mais adiante no item Dispositivos Médicos;
- Alterações no volume dos fluidos ou estados hipoproteícos podem resultar em edemas localizados ou generalizados e fazer com que um determinado dispositivo médico que foi inicialmente encaixado de forma adequada exerça pressões externas na pele que provoquem o desenvolvimento das lesões por pressão. Em pacientes com a pele vulnerável a alterações de fluidos e/ou com sinais de edema localizado/generalizado, a avaliação da pele nos locais de interface com dispositivos médicos deve ser avaliada a cada 2/2h ou mais vezes se necessário.

FREQUÊNCIA DE AVALIAÇÃO DA PELE

Aplicação na Prática

O intervalo para a inspeção e registro das condições da pele, deverá ser realizado de acordo com o risco para desenvolvimento de LP:

- Baixo risco: 1 vez ao dia
- Moderado risco: 2 vezes ao dia
- Alto risco e risco muito alto: 3 vezes ao dia

PS: O intervalo para a inspeção e registro das condições da pele, deverá ser realizado de acordo com o risco para desenvolvimento de LP:

- Baixo risco: 1 vez dia
- Moderado risco: 2 vezes dia
- Alto risco e risco muito alto: 3 vezes dia

Registro: a avaliação da pele deve ser registrada na Evolução de Enfermagem e no impresso de Avaliação de Risco Multiprofissional, todas as vezes que for realizada. As lesões por pressão identificadas deverão ser notificadas em sistema informatizado SINAPSE, avaliadas pelo enfermeiro do GAEFE ou estomaterapeuta, que prescreverá a melhor conduta. Também deverão ser inseridas no plano terapêutico do paciente com metas estabelecidas para a recuperação da lesão, juntamente com o preenchimento do plano educacional.

PREVENÇÃO DE LP:

Higienização e Hidratação da pele

- Manter a pele limpa e seca;
- Limpar a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. Utilizar água morna e um produto de limpeza com pH equilibrado. Caso o paciente apresente evacuações líquidas, prescrever a higienização com Cavilon® Limpador de pele sem enxágue.
- Hidratar a pele seca e áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia. Sugestão de hidratante corporal: Primoderme®. Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas pois pode provocar lesão tecidual e/ou reação inflamatória. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares

Manejo da umidade

- Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência para prevenção de Dermatite Associada à Incontinência (DAI) de acordo com suas características;
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão;
- A decisão pelo uso de fraldas ou absorventes é do enfermeiro, com base na aplicação da escala de Braden e Braden Q – itens Umidade, Atividade e Mobilidade. Na instituição,

estão disponíveis as fraldas: Molicare com capacidade para 2.350ml e ABENA - que comporta até 4 litros;
- Desencorajar o uso de fralda quando não há indicação formal de controle da umidade;
- Atenção a outras fontes de umidade, como, extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potenciais irritantes para a pele;
- Oferecer uma comadre ou papagaio em conjunto com os horários de mudança de decúbito.

Registro: as ações para controle da umidade devem estar registradas no impresso de Anotação/Evolução de Enfermagem e Prescrição de Enfermagem.

Manejo da Temperatura
- Ao selecionar uma superfície de apoio, considerar fatores como a capacidade de controlar a umidade e a temperatura;
- Não aplicar dispositivos de aquecimento (por exemplo, sacos de água quente, almofadas térmicas, sistemas integrados de aquecimento das superfícies de apoio) diretamente sobre a pele ou sobre lesões por pressão.O calor aumenta a taxa metabólica, induz a transpiração e diminui a tolerância do tecido à pressão;
- Manter o paciente em normotermia;

Registro: a temperatura do paciente deve ser registrada na visualização interativa/balanço hídrico /controles de sinais vitais.

Manejo da Dor
- Avaliar a dor localizada como parte integrante de cada avaliação da pele.
- A dor pode, comumente, fazer parte da experiência do paciente e quando não é devidamente aliviada tem efeitos físicos e psicológicos negativos. No contexto da prevenção de LP a dor pode ser uma das causas da imobilidade do paciente no leito. O paciente deve ser questionado/avaliado com a escala adequada para suas condições clínicas e um tratamento para dor deve ser estabelecido.

Registro: deve ser feito no quadro de manejo da dor conforme descrição na política de Gerenciamento da Dor.

DISPOSITIVOS MÉDICOS

Existem muitos estudos focados na prevenção de LP utilizando as camas especializadas, colchões, almofadas e reposicionamento. Isto porque a maioria das LP ocorre sobre proeminências ósseas. No entanto, são poucas as evidências na literatura que abordam

especificamente lesões por pressão relacionadas com a utilização de dispositivos médicos, e esta tem se mostrado cada vez mais prevalentes. Assim, é importante sensibilizar a equipe multiprofissional sobre a importância de se sistematizar rotinas quanto aos cuidados com os dispositivos para prevenção de LP.

As LP relacionadas a dispositivos médicos podem ocorrer devido:

- Mau posicionamento do dispositivo;
- Fixação inadequada;
- Escolha errada do dispositivo;
- Falha no monitoramento da pele onde está localizado o dispositivo;
- Ausência coberturas protetoras da pele sob os pontos de pressão, quando aplicável;
- Falta de rodízio no posicionamento dos dispositivos médicos.

Recomendações:

- Considerar adultos e crianças com dispositivos médicos como estando em risco de desenvolver LP, **independente da pontuação das escalas de avaliação de risco**, ou seja, se o paciente for classificado como sem risco pelos critérios das escalas e estiver com dispositivos médicos em contato com a pele será considerado como risco havendo necessidade de implantar medidas de prevenção relacionadas a este fator especificamente;
- Considerar a utilização de uma cobertura de proteção para prevenir lesões por pressão relacionadas com dispositivos médicos;
- Analisar e selecionar os dispositivos médicos disponíveis na instituição de acordo com a sua capacidade para induzir o mínimo grau de dano provocado por forças de pressão e/ou cisalhamento;
- Inspecionar a pele em contato com o dispositivo diariamente pelo menos DUAS VEZES POR DIA para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante;
- Em pacientes com a pele vulnerável a alterações de fluidos e/ou com sinais de edema localizado/generalizado, a avaliação da pele nos locais de interface com dispositivos médicos deve ser mais frequente (MAIS DE DUAS VEZES POR DIA);
- No departamento de Pacientes Graves a inspeção da pele ao redor de dispositivos médicos deve ser a cada 2 horas, durante a mudança de decúbito, exceto no paciente lúcido que seja capaz de sinalizar desconforto ou dor no local, que deve ser uma vez por plantão.

Aplicação na Prática

- Escolha o tamanho correto do dispositivo médico;
- Mantenha a pele limpa e seca sob os dispositivos médicos.
- Mova os dispositivos diariamente para avaliar a pele;

- A frequência de avaliação do local do dispositivo deve ocorrer conforme a classificação do risco.

ATENÇÃO:

No momento da avaliação do local do dispositivo se identificada qualquer alteração na pele deve ser realizado o rodízio do local de fixação, afrouxamento ou troca da fixação para alívio da pressão local ou troca do dispositivo, além do uso de películas/coberturas protetoras;

- Amortecer e proteger a pele com coberturas/curativos em áreas de alto risco (por exemplo, ponte nasal, orelhas, asa nasal etc.) utilizando um adesivo adequado para fixação e espuma com silicone;
- Muitas vezes o um dispositivo médico selecionado inicialmente pode não servir mais para o paciente no que diz respeito ao seu tamanho, comprimento, largura ou diâmetro devido às alterações do quadro clínico do paciente como, por exemplo, surgimento de edemas ou perda de massa corpórea. Nesses casos o dispositivo deve ser substituído por outro de dimensões adequadas ao paciente;
- Se for decidido pela utilização de uma película/cobertura protetora da pele deve-se ter em conta os seguintes aspectos:
    - Capacidade de controlar a umidade e o microclima, principalmente quando utilizado com um dispositivo médico que possa estar em contato com fluídos corporais/drenagem (por exemplo, sonda de gastrostomia endoscópica percutânea);
    - Facilidade de aplicação e remoção;
    - Capacidade de avaliar regularmente a condição da pele;
    - Espessura do curativo por baixo de dispositivos de colocação muito apertada;
    - Localização anatômica do dispositivo médico e tipo/finalidade do dispositivo médico:
- Evitar colocar dispositivos em locais com risco de LP ou com LP presente;
- Atenção à presença de edema sob o(s) dispositivo(s) e potencial de ruptura da pele;
- Confirmar que os dispositivos não são colocados diretamente sob o paciente;
- Orientar a equipe sobre o uso correto dos dispositivos e prevenção de lesões na pele;
- Reposicionar o indivíduo e/ou dispositivo médico para redistribuir a pressão e diminuir as forças de cisalhamento;
- Rodiziar os dispositivos médicos, com atenção para não os deslocar;
- Atenção ao refazer a fixação dos cateteres nasais (gástricos, enterais, de oxigênio etc.) para não exercer pressão excessiva, e utilize fixações apropriadas;
- Garantir que é possível visualizar toda extensão do dispositivo;
- Registrar em prontuário as avaliações realizadas do local de dispositivos bem como e as ações para prevenção de LP relacionadas ao dispositivo.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

Ventilação Não Invasiva (VNI):

- Atenção para a necessidade de corrigir o posicionamento da interface devido a presença de eritema na pele. Caso necessário rodiziar tipos de interfaces.
- Para crianças pequenas e recém-nascidas, o reposicionamento só é feito se a criança agita, se há escape de ar excessivo ou por pelo menos uma vez por período (6 horas) durante o atendimento de fisioterapia ou caso haja necessidade;
- Na presença de lesão realizar o rodízio de interfaces, para evitar compressão na área lesada e comunicar a equipe multiprofissional, para definir o tratamento adequado com medicações tópicas;
- Utilizar película protetora nos pontos de maior pressão a depender do tipo de interface;
- Questionar sempre o paciente quanto à sensação de desconforto e reposicionar caso seja necessário;
- Não fixar excessivamente, pois pode haver um pouco de escape.
- Manter pele e cavidade oral limpa e hidratada;
- Instalar película protetora em pontos de maior pressão nos paciente dependentes de VNI (sugestão: região superior do nariz, bochechas e queixo);
- Avaliar qual melhor tipo de interface para cada paciente: nasal, facial ou total e manter a interface sem sujidade;
- Caso necessário intercalar tipos de interface de VNI;

Intubação Traqueal:

- No momento da intubação ou admissão de um paciente intubado, o enfermeiro e fisioterapeuta em conjunto com a equipe médica discutem sobre a previsão do tempo em ventilação mecânica. As condições da pele e risco de extubação acidental devem ser avaliados para a tomada de decisão sobre o tipo de fixação e cobertura de proteção da pele a ser escolhida. Vide fluxograma de fixação de tubo orotraqueal.
- Avaliar a necessidade de aplicar películas/coberturas nos pontos onde a fixação do tubo traqueal possa causar pressão, como por exemplo, região posterior da cabeça, zigomático, orelhas, lábio superior e região supralabial;
- Podem ser alternados em relação ao local de pressão na cabeça, face, cavidade oral e lábios.
- Troca diária na presença de sujidade, umidade excessiva ou fixação apertada causando pressão na pele;
- Fixação com "Tensoplast", por se tratar de um adesivo, a troca excessiva pode propiciar a lesão labial e facial. Recomendamos trocar diariamente e na presença de sujidade ou

descolamento parcial do adesivo. Usar Convacare® para remoção não traumática do adesivo. A cada troca, a pele deverá estar limpa e seca, livre de pêlos e ser aplicado o "Cavilon Spray", que forma uma película protetora e auxilia na proteção da pele.

Órteses:

- Órtese de MMSS e II: No primeiro dia, usar por 1 hora pela manhã e 1 hora à tarde, se o paciente não apresentar desconforto, piora da hipertonia, edema ou cianose no membro, agitação com risco de lesões, pontos de hiperemia na pele;
- Retirar a (s) órtese (s) e as meias e observar se há pontos de hiperemia ou algum outro sinal que não se observou antes (ex.: irritação da pele) que permaneça por mais de 20 minutos;
- Se não houver nenhuma alteração, voltar a utilizar por mais de 1 h no próximo período;
- Não utilizar a noite no período de adaptação (nos 3 primeiros dias);
- No segundo dia aumentar o uso para 2 horas por período e observar se ocorrem alterações na pele;
- No terceiro dia aumentar o uso para 4 horas e observar se ocorrem alterações na pele;
- A partir do quarto dia, pode-se utilizar a órtese durante o maior tempo possível, inclusive à noite, se não atrapalhar o sono do paciente. Sempre observar os sinais citados acima;
- Caso qualquer membro da equipe multiprofissional perceba ponto de pressão ou qualquer outra inadequação no uso ou colocação da órtese durante a internação, deve-se marcar o ponto com caneta demarcação da pele, descontinuar o uso da órtese e solicitar uma reavaliação com o técnico que confeccionou a órtese;
- Compartilhar com a equipe médica a ocorrência de pressão /ou desconforto relacionado ao uso da órtese;
- Enquanto é aguardada a reavaliação da órtese aplique película protetora na pele.

Pacientes submetidos à posição prona: Manobra de rotação do paciente da posição supina para decúbito ventral com o objetivo de melhorar a oxigenação e a acidose respiratória do paciente com síndrome do desconforto respiratório agudo.

Cuidados gerais:

- Utilize coxins para aliviar pontos de pressão;
- Reposicione o paciente em posição nadador, alterando o lado da cabeça e MMSS;
- Pequenas descompressões e mudanças de posição devem ser realizadas enquanto pronado;
- Planeje com todos os membros da equipe (6 profissionais: 2 de cada lado da cama, 1 cabeceira, 1 volante)
- Ao alternar a posição do braço e cabeça (posição nadador), avalie a integridade da pele do braço, cabeça, face e pontos de pressão de dispositivos;

- **REGISTRE** todas as medidas preventivas e avalições de pele.
- Avalie em conjunto com o plantonista a remoção temporária da extensão da pressão arterial invasiva para realizar a prona com a técnica de envelopamento;
- Em posição prona, verifique a distribuição desigual da pressão e o posicionamento dos dispositivos médicos;
- Use uma espuma de silicone embaixo dos dispositivos médicos;
- Gire ou reposicione regularmente o dispositivo;
- Ao retornar para a posição supina, realize a avaliação da pele e siga o fluxo de mobilização do paciente instável – use o posicionador de 15º para mudança de decúbito.

Cabeça:

- Utilize 2 alturas de colchão caixa de ovo com orifício no centro (alivio de pressão da orelha) OU posicionador fluidizável.
- Realize **DUPLA** fixação com cadarço, protegendo os pontos de contato do fixador com espuma;
- Aplique película líquida no rosto para proteção;
- Hidrate os lábios com vitamina E alternando com dexpantenol;
- Aplique lubrificantes oftálmicos e feche as pálpebras com fita de silicone;
- Posicione a língua dentro da boca;
- Reposicione a cabeça do paciente a cada 2h.

Tórax:

- Remova os eletrodos da face anterior do tórax. Reposicione na face posterior;
- Aplique espuma com silicone associado ao uso de placa de hidrogel na região da CLAVÍCULA, REBORDO COSTAL, CRISTA ILÍACA, JOELHOS e DORSO DOS PÉS.
- Confira conexões de todos os dispositivos (cateteres, drenos, tubos). Aplique coberturas de silicone para alívio da pressão sob os dispositivos. Acolchoe áreas peri-estomais COM ESPUMA (colchão caixa de ovo);
- Coloque fralda com os feixes para cima. Considere o uso de sonda retal em pacientes com diarreia;
- Pause a dieta durante o posicionamento do paciente;
- Faça mini descompressões no tórax, reposicionando os coxins a cada 2h.

MMII:

- Aplique placas de hidrogel e espumas de silicone na região dos joelhos. Finalize com atadura elástica de 15 cm para segurar o curativo profilático.
- Alinhe a extensão do cateter vesical de urina / dispositivo de controle fecal em direção ao pé da cama.
- Utilize coxins para posicionamento das pernas e alivio de pressão dos pés;

- Realize descompressões e reposicionamento dos membros inferiores a cada 2h;

Posição nadador:

•Cabeça lado oposto do membro elevado;

•Coxins: cabeça, clavícula, crista ilíaca, coxa e região tibial;

•Dupla fixação de IOT (cadarço);

•Alivie os pontos de pressão da fixação do tubo orotraqueal com espumas com silicone.

•Troca da fixação do cateter nasoenteral;

•Fixação da cobertura profilática com atadura;

•Fralda com os fechos para região posterior.

PACIENTES GRAVES

Instabilidade hemodinâmica

A instabilidade hemodinâmica é tipicamente caracterizada por variação da pressão sanguínea, bradicardia, taquicardia, hipotensão, hipoxemia e hipoperfusão que pode ser causada por perda sanguínea, redução da resistência vascular por sepse, diminuição do débito cardíaco e uso de dispositivo de circulação extracorpórea.

Algumas pesquisas sugerem que pacientes que não são mobilizados no leito desenvolvem alterações relacionadas ao efeito da gravidade no corpo - chamado de "equilíbrio gravitacional" por Vollman- resultando intolerância e em dificuldade do corpo para se adaptar as mudanças de posição.

Além da ocorrência de LP a imobilidade no leito oferece vários outros efeitos indesejáveis para o paciente como atelectasia, pneumonias, fraqueza muscular, hipotensão ortostática, prejuízo da função cardíaca, redução da captação de oxigênio, redução da massa de células vermelhas do sangue, doença tromboembólica, aumento da resistência à insulina, aumento da glicose sanguínea e contraturas musculares.

Em contrapartida, estudos realizados nas unidades de terapia intensiva descrevem uma variedade de benefícios com a mobilização progressiva como, por exemplo: diminuição do tempo de permanência na UTI, menos dias em ventilação mecânica, diminuição do risco de pneumonia associada a ventilação mecânica e redução do tempo de internação hospitalar.

Por todos os motivos descritos anteriormente recomenda-se a mobilização/reposicionamento do paciente no leito, inclusive dos pacientes considerados graves e instáveis hemodinamicamente, de forma lenta, cuidadosa e com constante supervisão.

Recomendações: Considerar virar o paciente de forma lenta e gradual, dando tempo suficiente para estabilizar a condição hemodinâmica e a oxigenação**.**

Serão considerados pacientes hemodinamicamente instáveis ou com potencial de instabilidade com contraindicação para mobilização no leito:

- Desenvolvimento de arritmia com risco de morte (taquicardia ventricular, taquicardia supraventricular, fibrilação ventricular);
- Paciente em ressuscitação volêmica;
- Hemorragia ativa, por exemplo, hemorragias digestivas alta e/ou baixa;
- Mudanças nos parâmetros vitais sem retorno a linha de base em até 10 minutos após a mobilização/reposicionamento. O mais importante aspecto da avaliação da resposta do paciente a mobilização no leito inclui a compreensão do que seria o seu estado basal de acordo com o diagnóstico do paciente;
- Presença de fraturas instáveis;

Os pacientes identificados como hemodinamicamente instáveis com contraindicação de mobilização/reposicionamento no leito devem ser reavaliados quanto esta condição **a cada 8 horas** com objetivo de iniciar a mudança de decúbito a cada duas horas conforme indicado no protocolo. Esta reavaliação deve ser feita da seguinte forma:

- Realize "mini" mudanças de decúbito, utilizando coxins à 15°;
- Mantenha os calcâneos elevados com posicionadores;
- Quando for mobilizar o paciente faça-o LENTAMENTE! Durante mudança de roupa de cama, higiene, reposição de coxins e travesseiros mobilize o paciente;
- Na presença de fraturas instáveis os pacientes só poderão ser mobilizados com autorização do médico. Os dispositivos de imobilização de fraturas não devem ser retirados. Deve-se avaliar a pele ao redor da imobilização e questionar o paciente quanto ao conforto no local (quando aplicável);

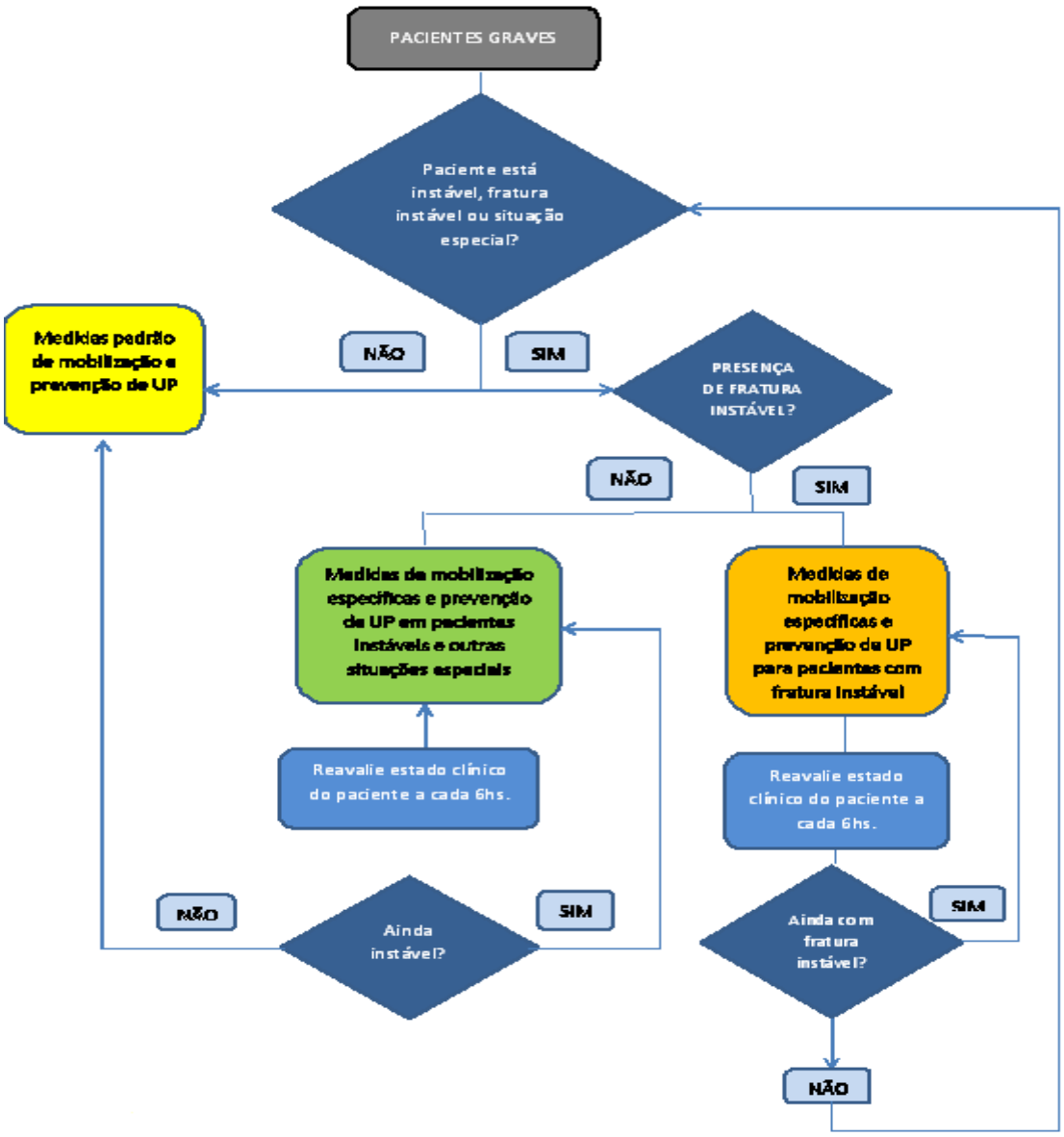
Quanto mais cedo o paciente for mobilizado no leito menos chance apresentará de desenvolver intolerância ao reposicionamento. A mobilização deve ser feita lentamente, pois uma resposta ortostática "negativa" pode ocorrer quando a equipe move rapidamente o paciente. Passos para mobilização segura do paciente instável:

- Vire o paciente LENTAMENTE!
- Vire o paciente até 10° a 15° e aguarde por 15 segundos;
- Observe as respostas do paciente e dos sinais vitais no monitor;
- **Para mudança de decúbito,** continue virando o paciente até a alcançar 30° lateralizado e aguarde 15 segundos;
- **Para realizar procedimentos,** vire o paciente até 45° e aguarde 15 segundos, terminados os procedimentos volte o paciente LENTAMENTE para 30° lateralizado;
- Providencie os apoios para manter o decúbito;

ATENÇÃO: Uma mudança inicial dos parâmetros vitais é esperada e não deve ser motivo para interromper a mobilização do paciente grave.

Pacientes intolerantes até as "minis" mudanças de decúbito (aqueles que não retornam os sinais vitais a linha basal após 10 minutos de lateralização mesmo após intervenção direcionada para a clínica) **deverão ter cabeça, membros superiores e inferiores reposicionados a cada 2 horas até serem novamente avaliados após 8h.** REGISTRE cada tentativa, avaliação e discussão com a equipe médica repetindo o processo a cada 8h.

FLUXOGRAMA PARA MOBILIZAÇÃO E PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NO PACIENTE GRAVE



Estratégias para prevenir LP no paciente hemodinamicamente instável que não pode ser totalmente mobilizado:

- **Colchão de superfície especializada:** indicado para os pacientes clinicamente instáveis ou cuja integridade da pele começou a deteriorar-se em um curto período (2 horas) na mesma posição. Se esta situação está prevista para permanecer inalterado ou deteriorar-se ainda mais no futuro próximo, ou seja, 12 horas;
- **Mobilização progressiva:** realizar a mobilização progressiva lenta e gradual, iniciando com 15° até 30° inicialmente. Pacientes que não toleram a mobilização a 15 °, devem ser reavaliados a cada 2 h**;**
- **Movimentação passiva:** consiste na movimentação das articulações dos membros superiores e inferiores em várias direções sem causar contração muscular. Esse procedimento é realizado pelo fisioterapeuta 2 vezes por dia (manhã e tarde).

REPOSICIONAMENTO

Recomendações:

- Estabelecer planos de reposicionamento onde constem a frequência e a duração da alternância do posicionamento;
- Reposicionar todos os indivíduos que estejam em risco de desenvolver ou que já tenham desenvolvido LP, a menos que contraindicado;
- Ter em conta a condição clínica do indivíduo e a superfície de apoio de redistribuição da pressão em uso no momento de decidir se o reposicionamento deve ser implementado como estratégia de prevenção;
- Não posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia. O rubor indica que a pele ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.

ATENAÇÃO: nenhuma superfície de apoio permite o alívio total da pressão.

Frequência do Reposicionamento

- Os pacientes identificados com risco para o desenvolvimento de LP deverão ser reposicionados a cada 2h; (TODOS PACIENTES INDEPENDENTE DO RISCO);
- Justificar em prontuário quando houver restrição à mudança de decúbito;

Aplicação na Prática

No Leito

- Utilizar uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente para o lado direito, para o lado dorsal e para o lado esquerdo) ou para a posição de pronação se o indivíduo assim o tolerar e a condição clínica o permitir.
- Incentivar os indivíduos capazes de se reposicionar a dormirem deitados de lado entre 30° a40° ou na horizontal se tal não for contraindicado;

- Evitar posturas deitadas que aumentem a pressão, tais como estar deitado de lado a 90° ou estar semi reclinado;
- No caso de um indivíduo em repouso no leito, limitar a elevação da cabeceira da cama a 30° salvo contraindicação devido à condição clínica ou a aspectos digestivos e relacionados com a alimentação. Se for necessário ficar sentado na cama, evitar elevar a cabeceira e evitar posições incorretas que centrem a pressão e o cisalhamento ao nível do sacro e do cóccix;
- Na posição de Pronação utilizar superfície de redistribuição de pressão e avaliar a região frontal do corpo a cada 2 horas, protegendo as proeminências ósseas: ombros, mamas quando mulher, crista ilíaca, joelhos e dorso do pé com hydrosorb e cobrir com placa de silicone;
- Realizar o posicionamento do paciente a cada 2 horas na posição de nadador e rodiziar o posicionamento da cabeça com a mesma frequência;
- Nas áreas onde for possível retirar a placa de silicone para avaliação da pele, realizar de 2/2h.
- Atenção especial aos dispositivos evitando tracioná-los e mantê-los longe de pressão.

Sentado

- Quando estiver sentado o paciente deve sentir-se confortável e estável na posição;
- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira acima de 30º, evitando a centralização e aumento da pressão ao nível do sacro e cóccix;
- O tempo de permanência em poltrona é de até 2h consecutivas, com uso obrigatório de superfície especializada de redistribuição de pressão, exceto para os pacientes com independência completa.
- Pacientes com LP em proeminências ósseas na região dorsal e/ou pélvica deverão permanecer sentado por até 1h, no máximo 3x/dia.
- Garantir que o paciente que não têm independência completa esteja previamente em decúbito lateral nas últimas 2h antes da transferência para a poltrona. Este cuidado garante o alívio de pressão adequado às proeminências ósseas;
- Posicione o paciente em decúbito lateral sempre que retornar a cama e estimule este cuidado nos pacientes com independência completa. Este cuidado evita a pressão sobre as mesmas proeminências ósseas;
- Se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, impedindo que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal;
- Evitar a utilização de apoios para elevação das pernas em indivíduos com comprimento inadequado dos ísquios, pois aumenta a pressão no cóccix e/ou sacro;

- Após utilizar dispositivos eletrônicos para transferência do paciente, retirar a esteira;
- Quando sentados, os pacientes sob risco de desenvolver LP devem estar posicionados sobre um dispositivo de redistribuição de pressão por no máximo 2h. Estimule o paciente sentado (sem déficit cognitivo e que seja capaz de realizar mudanças de posição) a reposicionar o corpo frequentemente para minimizar os pontos de pressão. Durante orientação, **ATENÇÃO A EXISTÊNCIA DE RISCO DE QUEDA!**

Reposicionamento do paciente com LP

- Não posicionar um indivíduo diretamente sobre uma lesão por pressão;
- Não posicionar o indivíduo sobre a(s) área(s) com suspeita de lesão profunda dos tecidos com pele intacta;
- Se o paciente já tem uma LP, considerar períodos de repouso no leito para promover a cicatrização das úlceras na região sacrococcígea e isquiática;
- Se um indivíduo com LP sobre o sacro/cóccix ou região isquial tiver de estar sentado, limitar a posição de sentado a três vezes por dia em períodos iguais ou inferiores a 60 minutos. Utilizar uma superfície adequada para o indivíduo se sentar e/ou técnicas de posicionamento para evitar ou minimizar a pressão sobre a lesão. Sugestão de superfície aliviadora de pressão em poltrona: Almofada Quadrada em Gel;
- Continuar a virar e a reposicionar o indivíduo independentemente da superfície de apoio em uso. Definir a frequência de reposicionamento com base nas características da superfície de apoio e na resposta do indivíduo;
- Evitar sentar um indivíduo com uma lesão isquiática numa postura totalmente ereta (na cadeira ou na cama);
- Modificar os horários para estar sentado e reavaliar a superfície de apoio e a postura do indivíduo se a lesão agravar ou se não melhorar;
- Não utilizar dispositivos em forma de anel ou argola.

Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

- Nunca arrastar o paciente sobre o leito. Levantar o paciente, **NÃO** o arrastar;
- Se o paciente for sobrepeso ou obeso movimentá-lo em duas pessoas;
- Utilizar dispositivos eletrônicos para transferência;
- Usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito;
- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral;
- Limitar o tempo de cabeceira elevada, e não elevar acima de 30º, pois o corpo do paciente tende a escorregar ocasionando fricção e cisalhamento;
- Sempre inspecionar o leito e verificar se foram esquecidos objetos sob o paciente;

- Para paciente sob intubação traqueal ou mantendo sondas gástricas é recomendado manter a cabeceira elevada entre 30° e 45 ° com o objetivo de reduzir o risco de Pneumonia Associada à Ventilação mecânica ou aspiração de conteúdo gástrico;
- Considerar a aplicação de curativos para prevenção de LP nos locais de proeminências ósseas (por exemplo, calcâneo ou sacro) frequentemente submetidas à fricção e cisalhamento.

Os cuidados diários para o paciente em uso da película de silicone sacral são:

- Aplicar a película na região sacral;
- Colocar a data na película;
- Retirar a película diariamente, avaliar a pele e fechar novamente;
- Registrar o aspecto da pele;
- Remover e descartar a cada 3 dias;
- Reaplicar a película de acordo com os critérios de inclusão;
- Se o paciente é incontinente não troque a película. Se a parte externa da película estiver suja basta limpá-la;
- Se devido à incontinência no prazo de 24h não for possível manter a película fixa na pele, descontinue o uso desta e aplique um creme barreira ou outra medida para manutenção da integridade da pele.

SUPERFICIES DE APOIO E REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO

As superfícies de apoio são "dispositivos especializados de redistribuição da pressão concebidos para gerir as cargas teciduais, o microclima e/ou outras funções terapêuticas (ou seja, colchões, sistema integrado na cama, substituição de colchões, colchões de sobreposição, almofadas de assento ou sobreposições de almofadas de assento)".

Selecionar uma superfície de apoio que atenda às necessidades do paciente e a necessidade de redistribuição de pressão com base nos seguintes fatores:

- Nível de imobilidade e inatividade;
- Necessidade de controle do microclima e redução do cisalhamento;
- Altura e peso do indivíduo;
- Risco de desenvolvimento de novas lesões por pressão;
- Número, gravidade e localização de lesão(ões) de pressão existente(s).

Camas e colchões

Recomendações:

- Utilizar colchões de espuma reativa e de alta especificidade em vez de colchões de espuma reativa que não sejam de alta especificidade em indivíduos avaliados como estando em risco de desenvolver lesões por pressão;

- Antes de utilizar uma superfície de apoio, verificar se esta encontra-se dentro do tempo de vida útil funcional com base no método de avaliação recomendado pelo fabricante (ou através de outros métodos de avaliação reconhecidos pela indústria);
- Sempre que não for possível um reposicionamento manual frequente, utilizar uma superfície de apoio dinâmica (colchão normal ou colchão de sobreposição) em indivíduos com alto risco de desenvolver lesões por pressão;
- Continuar a reposicionar os indivíduos colocados numa superfície de apoio de redistribuição da pressão;
- Nas unidades de internação da SBIBAE existem colchões de redistribuição de com diferentes especificidades. O enfermeiro deve direcionar o uso de acordo com o risco do paciente em desenvolver LP;

ATENÇÃO: O uso de superfícies de redistribuição de pressão não substitui a obrigatoriedade da mudança de decúbito.

Almofadas

Recomendações:

- Optar por uma cobertura de almofada flexível/respirável que assente de forma solta na parte superior da almofada e que seja capaz de se ajustar aos contornos do corpo;
- Avaliar a almofada e respectiva cobertura em termos de dissipação de calor. Escolher uma almofada e uma cobertura que permitam a circulação de ar de forma a reduzir a temperatura e a umidade na região dos glúteos;
- Utilizar uma almofada de redistribuição da pressão para indivíduos com mobilidade reduzida sentados numa cadeira.

NUTRIÇÃO

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA PREVENÇÃO DAS LP

- O enfermeiro é o profissional responsável por acionar o nutricionista quando há risco ou presença de LP e também quanto a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (<60% das necessidades nutricionais entre cinco a sete dias), a equipe discutirá a possibilidade de colocar uma sonda para dieta.
- Nutricionista e médico avaliam a necessidade de incluir suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão.

Rastreio do Estado Nutricional: Triagem nutricional de cada indivíduo em risco de desenvolver ou com presença de lesão por pressão (reforçar treinamento Avaliação de Risco da Equipe Multiprofissional – Notificação do Risco Nutricional):

- No momento da admissão;
- Em cada alteração significativa da condição clínica (ocorre a cada 48h a reavaliação);
- Quando não se verificam progressos em termos de cicatrização da LP.

Uma vez notificado Risco Nutricional: avaliação do nutricionista.

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES COM RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LP

- Considerar os pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição, que estejam acamados ou imobilizados no leito, em risco para desenvolvimento de LP.
- Avaliar e monitorar estes pacientes de acordo com o protocolo de conduta nutricional do HIAE, classificando-os em nível de assistência secundário ou terciário:
- Avaliar o peso, respectiva história de perda de peso (>5% em 30 dias ou >10% em 180 dias);
- Avaliar a capacidade do indivíduo para comer de forma independente;
- O foco da avaliação nutricional deve recair sobre a avaliação do consumo de energia, a alteração de peso, velocidade de perda de peso, e o impacto do stress psicológico ou de problemas neuropsicológicos;
- Analisar a adequação da via de alimentação (oral, enteral, parenteral ou mista);
- Adequar a dieta às características individuais não deixando de considerar o risco para LP;
- Vigiar o estado de hidratação do paciente, eventuais sinais e sintomas de desidratação nos indivíduos, incluindo alteração de peso, turgor da pele, diurese, níveis séricos de sódio elevados. Providenciar líquidos adicionais em caso de desidratação, com temperaturas elevadas, vômitos, sudorese, diarreias, feridas exsudativas.

Registro: Evolução da nutricionista o acompanhamento, evolução da LP (sobre a cicatrização). Enfermeiros e nutricionistas devem compartilhar e trocar informações.

PRESCRIÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA LP – ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q.

Ao realizar a prescrição de enfermagem, o enfermeiro deverá elaborar o plano de cuidados do paciente de acordo com os fatores de risco identificados e a classificação do risco. Os itens em negrito correspondem aos cuidados mínimos a serem adotados para a manutenção da integridade da pele e prevenção de LP a todos os pacientes identificados com risco, independentemente da classificação. Demais cuidados serão selecionados pelo enfermeiro, baseado nas necessidades do paciente e no julgamento clínico.

Modelo de Prescrição de Enfermagem para Prevenção de LP

Os itens podem ser selecionados de acordo com o risco do paciente em desenvolver LP e presença de dispositivos médicos.

- **Baixo / Moderado Risco:**
    - Estimular a mobilização no máximo a cada 2/2h OU
    - Auxiliar a mudança de decúbito a cada 2/2h;
    - Manter os calcâneos livre de pressão (com travesseiro ou posicionador de calcâneo);
    - Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
    - Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
    - Manter o paciente com a cabeceira a 30°;
    - Manter o paciente a 30° quando lateralizado à direita ou esquerda;
    - Estimular paciente a sentar em poltrona;
    - Monitorar presença de dor em proeminências ósseas e locais com dispositivos médicos;
    - Pesar paciente 1x ao dia;
    - Monitorar e comunicar aceitação alimentar;
    - Manter paciente em normotermia;
    - Rodiziar dispositivo: _____ de _____
    - Proteger local de dispositivo: _____ com _____na(s) região (s)_____
    - Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s)_____
    - Realizar troca em: _____
    - Estimular uso de papagaio/ comadre/ vaso;
    - Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
    - Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
    - Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;
    - Utilizar quadro balcânico para facilitar a mobilização do paciente;
    - Sentar o paciente três vezes por dia por 60 minutos;
    - Manter os pés apoiados no chão;
- **Alto / Muito alto Risco:**
    - Auxiliar a mudança de decúbito a cada 2/2h OU
    - Realizar a mudança de decúbito a cada 2/2h;
    - Manter os calcâneos livre de pressão (com travesseiro ou posicionador de calcâneo);
    - Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
    - Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
    - Manter o paciente com a cabeceira a 30°;
    - Manter o paciente a 30° quando lateralizado à direita ou esquerda;

- Manter os joelhos ligeiramente dobrados de 5° a 10°;
- Monitorar presença de dor em proeminências ósseas e locais com dispositivos médicos;
- Pesar paciente 1x ao dia;
- Monitorar e comunicar aceitação alimentar;
- Mover dispositivos para avaliar a pele 2/2h;
- Manter paciente em normotermia;
- Rodiziar dispositivo: _____ de _____;
- Proteger local de dispositivo: _____ Com _____na(s) região (s)_____;
- Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s)_____;
- Realizar troca de_____a cada _____;
- Intensificar troca de fraldas;
- Utilizar fralda com capacidade de _____ml;
- Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
- Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
- Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;
- Utilizar quadro balcânico para facilitar a mobilização do paciente;
- Sentar o paciente três vezes por dia por 60 minutos;
- Manter os pés apoiados no chão;

- **Pacientes instáveis**
  - Reavaliar a condição clínica a cada 6 horas;
  - Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
  - Realizar mobilização progressiva (15° a 30°) para realizar procedimentos ou iniciar lateralização do paciente;
  - Utilizar coxins de 15° - 30° para manter a lateralização do paciente;
  - Manter os calcâneos livre de pressão (com travesseiro ou posicionador de calcâneo);
  - Manter os joelhos ligeiramente dobrados de 5° a 10°;
  - Reposicionar a cabeça, braços e pernas do paciente a cada 1 hora;
  - Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
  - Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
  - Manter paciente em decúbito de 30°;
  - Pesar paciente a cada _____;
  - Mover dispositivos para avaliar a pele 2/2h;
  - Manter paciente em normotermia;
  - Rodiziar dispositivo: _____ de _____;
  - Proteger local de dispositivo: _____ com _____na(s) região (s)_____;

- Aplicar a película de silicone na região _____;
- Remover a película para avaliação da pele a cada_____;
- Substituir a película em _____dias;
- Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s) _____;
- Realizar troca de _____a cada_____;
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva com_____ na (s) região (ões): _____;
- Intensificar troca de fraldas;
- Utilizar fralda com capacidade de _____ml;
- Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
- Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
- Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;

- **Dispositivos Médicos:**
  - Avaliar a pele em contato com o dispositivo uma vez por plantão;
  - Rodiziar dispositivo: _____ de _____
  - Proteger a pele em contato com o dispositivo _____ com _____na(s) região(s) _____
  - Verificar se o tamanho do dispositivo está adequado – aplicável a pacientes sujeitos a edema/anasarca;
  - Rodiziar o local de fixação dos dispositivos:_____ (de acordo com a classificação de risco do paciente);
  - Rodiziar o local de fixação do cateter vesical;

RECUSA DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Nos casos de recusa de mudança de decúbito pelo paciente ou familiar/acompanhante, a equipe assistencial poderá acionar a equipe da psicologia através da avaliação **do risco psicológico,** pelos fatores de: **dificuldade de aderir ou falha na adesão ao tratamento/dificuldade de compreensão as orientações**, onde o psicólogo fará avaliação do paciente, reforçando a importância da mudança de decúbito.

Além do acionamento da psicologia, **o fluxo de resolução de conflitos na assistência ao paciente**, poderá ser acionado.

Mesmo diante dos fluxos acima se a recusa ainda persistir devemos entregar o **termo de recusa ao tratamento**.

gerenciado

A incidência e prevalência de lesão por pressão é monitorada através das notificações de eventos adversos e auditoria de busca ativa que inclui avaliação do prontuário e avaliação da pele do paciente por enfermeiros treinados para coleta de dados sobre LP conforme descrição do *The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI®).* Ambos os dados são tratados pelo setor de Epidemiologia, analisados e apresentados à Instituição, cujas ações de melhorias são discutidas no Comitê Multiprofissional de Prevenção e Tratamento de LP.

indicador institucional

Número de pacientes que adquiriram lesão por pressão após admissão no hospital/ Número total de pacientes na população estudada = Taxa de LP adquirida no hospital

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Resolução de Conflitos na Assistência ao Paciente
- Recusa ao tratamento

referencias bibliográficas

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). 3ª Ed. EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. Disponível em: http://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick_Reference_Guide-10Mar2019.pdf
2. Noonan C, Quigley S, Curley MAQ. Using the Braden Q Scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. The Journal of Pediatric Nursing. 2011; Capítulo 26 (6); p. 566-75.
3. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden scale. September/October 1998 - Volume 47 - Issue 5 – p. 261-269.
4. Quigley SM1, Curley MA. Skin integrity in the pediatric population: preventing and managing pressure ulcers. J Soc Pediatr Nurs. 1996; Capítulo 1(1): 7-18.

5. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; Capítulo 59(3); p. 279-84.
6. Schub T, Avital O. Pressure Ulcers: Assessment of Risk. CINAHL Nursing Guide, EBSCO Publishing. Ipswich, Massachusetts; 2015 Jun 12. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703890&site=nrc-live
7. Jaffe SE, Pravikoff D. Pressure Injuries: Prevention. CINAHL Nursing Guide, EBSCO Publishing; Quick Lesson – CEU; 2014 Nov 07. Available from: http://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=5&sid=cf20087c-7b83-45b9-8acb-dafdc0f09307%40sessionmgr111&hid=124&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T702546.
8. Protocolo de Dor
9. Dyer A. Ten Top Tips: preventing device-related pressure ulcers. Wounds International; 2015;
10. Fletcher J. Device related pressure ulcers. Wounds UK. 2012 June;
11. Cooper KL. Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. Critical Care Nurse 2013.
12. Brindle CT, Malhotra R, O'Rourke S, Currie L, Chadwik D, Falls P, Adams C, Swenson J, Tuason D, Watson S, Creehan S. Turning and Repositioning the Critically Ill Patient With Hemodynamic Instability: A Literature Review and Consensus Recommendations. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013; Capítulo 40 (3); p.254-267.
13. Vollman K. Introduction to progressive mobility. Crit Care Nurse; 2010; Capítulo 30; p. 3-5.
14. Ciasulli K, Pravikoff D. Bed Rest, Prolonged: Preventing Complications - an Overview (Nursing Practice and Skill). Cinahl Nursing Guide, EBSCO; 2015. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T706703&site=nrc-live
15. Jill Cox. Pressure Ulcer Development and Vasopressor Agents in Adult Critical Care Patients: A Literature Review. Ostomy Wound Manage; 2013. Capítulo 59(4); p.50–60. Available from: http://www.o-wm.com/article/pressure-ulcer-development-and-vasopressor-agents-adult-critical-care-patients-literature-re#sthash.HNKqr1Yo.dpuf
16. Anna E. Krupp & Jill Monfre. Pressure Ulcers in the ICU Patient: An Update on Prevention and Treatment. Curr Infect Dis Rep; 2015.

17. Nathalie Smith, Sara Richards. Skin Assessment: Performing. CINAHL Nursing Guide, EBSCO; Ipswich, Massachusetts; 2015. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703887&site=nrc-live
18. Castilho LD, Caliri MHL. Úlcera de decúbito e estado nutricional: revisão da literatura. Rev Bras Enferm; 2005. Capítulo 58(5); p. 597-601.
19. Domansky RC, Borges EL. Manual para prevenção de lesões de pele. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.
20. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
21. Why Prone? Why Now? Improving Outcomes for ARDS Patients. Crit Care Nurse, 2019. 39(5): p. 84.
22. National Pressure Injury Advisory Panel. Pressure Injury Prevention - PIP Tips for Prone Positioning, 2020.

Documentos relacionados

Intervenção nutricional na LP.

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Protocolo institucional que orienta a prática assistencial da equipe multiprofissional com relação à prevenção de lesão por pressão.

PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO PACIENTE ADULTO

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO

1. Escopo

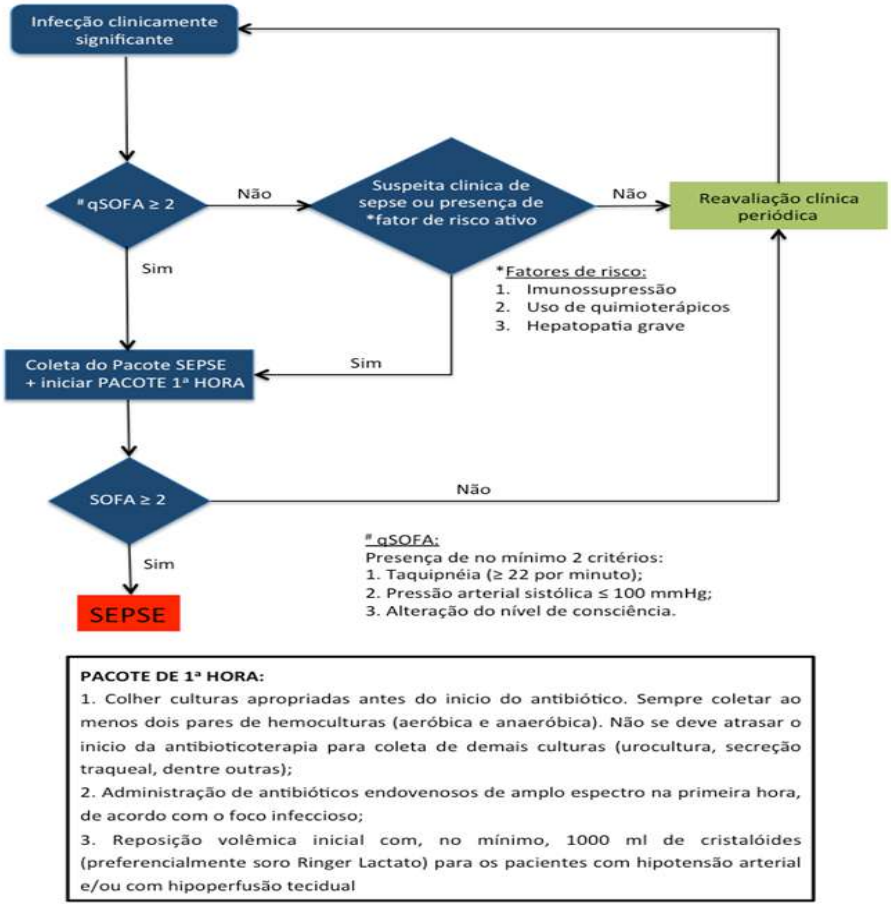
Essa diretriz é destinada a pacientes com idade acima de 18 anos, com presença de sepse suspeita ou confirmada decorrente de uma infecção clinicamente relevante, atendidos nos diversos setores envolvidos no cuidado e na experiência do paciente no hospital.

DESTAQUES E FLUXOGRAMAS

A sepse é definida pela presença de uma disfunção orgânica ameaçadora a vida, devido uma resposta desregulada do organismo à infecção;

- Todos os pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escorem **qSOFA** positivo suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos (imunossupressão, uso de quimioterápicos ou hepatopatia grave) devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do Pacote **SEPSE** e inicio do **PACOTE DE 1a HORA**;
- No **PACOTE DE 1a HORA**, deve-se garantir a coleta de lactato sérico, coleta de culturas e início de antibiótico endovenoso apropriado dentro de 1 hora. Os pacientes que apresentem hipotensão arterial ou hipoperfusão tecidual (lactato sérico maior que 36 mg/dL), devem receber expansão volêmica inicial com, 30ml/kg de cristaloides(preferencialmente soro Ringer lactato) em 1 hora em paciente, pacientes cardiopatas, insuficiência renal crônica ou já em terapia intensiva, deverá ser avaliado a necessidade de infusão de volume.
- As evidências atuais apontam para redução das taxas de mortalidade hospitalar quanto mais precocemente for realizado o início da antibioticoterapia, a coleta de culturas e do lactato sérico;
- Os pacientes que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada após a expansão volêmica inicial ou lactato inicial maior ou igual a 36 mg/dL, devem ser conduzidos dentro do **PACOTE DE 6 HORAS.**

Fluxograma de atendimento inicial dos pacientes com suspeita de sepse



3. DETERMINANTES DA DOENÇA

A sepse é uma síndrome clinica desenvolvida a partir da interação entre fatores do patógeno e do hospedeiro (como idade, sexo, comorbidades e fatores ambientais), levando a uma nova disfunção orgânica decorrente de uma resposta desregulada do organismo a infecção [1].
A disfunção orgânica induzida pela sepse também pode ser oculta, principalmente na presença de alguns fatores de risco, como uso de quimioterapia, pacientes imunossuprimidos ou com hepatopatia grave.

4. APRESENTAÇÃO CLINICA E ACHADOS FÍSICOS

Os critérios de síndrome de resposta inflamatória sistêmica não devem ser utilizados para identificar pacientes com sepse, devido sua baixa sensibilidade e especificidade [1]. Assim, para

adequada identificação dos pacientes com suspeita de sepse, deve-se atentar para a presença de sinais e sintomas que possam sugerir a presença de uma disfunção orgânica nova. Dessa forma, destaca-se a seguinte definição:

Suspeita clínica de sepse: pacientes com infecção presumida ou confirmada com sinais clínicos de disfunção orgânica nova, como hipotensão arterial, saturação de oxigênio baixa pela oximetria de pulso, dispneia com aumento da necessidade de oxigênio/suporte respiratório, alteração do nível de consciência ou oligúria [5].

Adicionalmente, a presença de alguns sinais clínicos pode auxiliar na identificação dos pacientes com infecção com maior risco de gravidade clínica. Com esse objetivo, recomenda-se utilizar o **escore quick-SOFA (qSOFA)** como ferramenta de rastreamento para identificar os pacientes que apresentam risco elevado de apresentar desfechos clínicos desfavoráveis [1]. O escore **qSOFA** é considerado positivo quando o paciente apresenta pelo menos dois dos seguintes critérios clínicos:

- Frequência respiratória maior ou igual a 22 incursões por minuto;
- Alteração do nível de consciência (escore segundo a Escala de Coma de Glasgow inferior a 15);
- Pressão arterial sistólica menor ou igual a 100mmHg.

5. DIAGNÓSTICO

Todos os pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escore **qSOFA** positivo ou suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do **PACOTE SEPSE HMAP ADULTO**.

Os exames do **PACOTE SEPSE HMAP ADULTO são**:

- Gasometria (arterial ou venoso), Lactato (arterial ou venoso), glicose, Sódio, Potássio, Cálcio Iônico;
- Hemograma Completo (incluído plaquetas);
- Uréia e Creatinina;
- Bilirrubinas totais e frações (BTF);
- RNI;
- Culturas apropriadas
- 2 pares de hemocultura

Atualmente, a sepse é definida pela presença de uma infecção associada a uma disfunção orgânica nova, que é determinada pelo aumento maior ou igual a 2 pontos do escore total do

SOFA basal do paciente (**Sequential Organ Failure Assessment**) (Tabela 1) [1].

Para o diagnóstico de choque séptico, utiliza-se como critério a presença de hipotensão arterial com necessidade de vasopressor para manter a pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e lactato sérico acima de 18 mg/dL, após ressuscitação volêmica adequada [1].

Tabela 1. **Escore SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)**

Escore SOFA	0	1	2	3	4
Respiratório					
PaO2/FiO2, mmHg	≥ 400	< 400	<300	< 200 e em VM	< 100 e em VM
Coagulação					
Plaquetas, x10^3/mm	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Hepático					
Bilirrubinas totais, mg/dL	< 1,2	1,2 - 1,9	2 - 5,9	6 - 11,9	> 12
Cardiovascular					
PAM, mmHg ou catecolaminas (mcg/Kg/min)	PAM ≥ 70	PAM < 70	Dopamina < 5 ou dobutamina (qualquer dose)	Dopamina 5,1 – 15 ou Adrenalina ≤ 0,1 ou Noradrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou Adrenalina> 0,1 Noradrenalina >0,1
Sistema nervoso central					
Escala de coma de Glasgow	15	13 - 14	10 - 12	6 - 9	< 6
Renal					
Creatinina, mg/dL	< 1,2	1,2 - 1,9	2 - 3,4	3,5 - 4,9	> 5
Débito urinário, ml/24h	-	-	-	< 500	< 200

Observações:

1. Deve-se considerar o SOFA basal do paciente como zero nos casos de disfunção orgânica prévia não conhecida, ou caso o paciente já possua exames prévios alterados no decorrer da internação.
2. Em casos de disfunção orgânica ambulatorial (por exemplo, doença renal crônica não dialítica, hepatopatia, DPOC) deve-se considerar o aumento de pelo menos 2 pontos para o diagnóstico de sepse, na presença de infecção, ou seja, se o paciente tiver alteração previa de creatinina, deverá ser zerada no momento do calculo e considerar se ele apresentar mais alguma disfução. Pacientes cardiopatas que possuem

hipotensão, deve-se seguir a mesma orientação dos paciente com disfunção orgânica laboratórial.

6. ESCORE DE GRAVIDADE E INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

6.1 Escore de gravidade

Os pacientes com suspeita de sepse com escore qSOFA positivo apresentam maior probabilidade de apresentar desfechos clínicos desfavoráveis, como maior tempo de internação na UTI e mortalidade hospitalar. O subgrupo de pacientes com sepse que evoluem com choque séptico ou hiperlactatemia também apresentam maior probabilidade de mortalidade hospitalar [1].

6.2 Indicação de internação

Atualmente, entende-se que a sepse é uma condição grave, caracterizada pela presença de ao menos uma disfunção orgânica potencialmente fatal decorrente de um quadro infeccioso, com necessidade de internação hospitalar.
Assim, para adequada alocação e fluxo de pacientes com sepse no HMAP, deve-se atentar para os critérios de admissão na unidade de internação e na UTI:

Unidade de Terapia Intensiva:

Critérios de admissão na UTI:

- Pacientes com sepse com hipotensão arterial, necessidade de vasopressor ou valores de lactato maior ou igual a 36mg/dl;
- Pacientes com sepse e disfunção respiratória com necessidade de ventilação mecânica não-invasiva ou invasiva;
- Pacientes com sepse com outras indicações de UTI contempladas na politica institucional de admissão em UTI:
- Pacientes com suspeita de infecção e presença de escore **qSOFA positivo** que se jugue apresentar alto risco de deterioração clinica;
- Pacientes com sepse que não apresentem os critérios acima para internação na UTI, porém que se julgue apresentar alto risco de deterioração clínica subsequente, conforme discussão com equipe médica titular e/ou médico do Código Amarelo.

Unidade de Internação:

Critérios de admissão na Unidade de Internação:

- Pacientes com sepse que revertem a disfunção orgânica após tratamento inicial **.**
- Paciente que a equipe médica jugar naõ apresentar risco de deterioração clinica subsequente.

7. TRATAMENTO

Nos casos de pacientes com suspeita de infecção e qSOFA positivo, o protocolo SEPSE dever ser aberto imediatamente e as medidas do PACOTE DE 1a HORA prontamente iniciadas, caso ainda não tenham sido realizadas. Esse grupo de pacientes apresenta risco elevado de desfecho clinico desfavorável, assim, toda atenção situacional da equipe multidisciplinar envolvida nos cuidados desses pacientes deve ser dispendida para identificação precoce de eventual deterioração clinica e cumprimento efetivo das recomendações presentes nos **PACOTES DE 1a e DE 6 HORAS**. Os pacientes que não apresentarem **qSOFA** positivo, porém tiverem suspeita clínica de sepse ou possuírem fatores de risco ativos, também devem ter o protocolo sepse aberto imediatamente, com o início do pacote de 1a hora.

No **PACOTE DE 1a HORA**, deve-se garantir a coleta de lactato sérico (dentro de 30 minutos), coleta de culturas e início de antibiótico endovenoso apropriado dentro de 1 hora. Os pacientes que apresentem hipotensão arterial ou hipoperfusão tecidual (lactato sérico maior que 36 mg/dL), devem receber expansão volêmica inicial com, no mínimo, 1000 ml de cristaloides em 1 hora [6], preferencialmente soro Ringer lactato. Deve-se atentar também, adicionalmente ao início da antibioticoterapia, à necessidade de procedimentos cirúrgicos para controlar o foco da infecção se indicado, como drenagem de abscessos, retirada de dispositivos invasivos, desbridamentos de feridas, dentre outros.

Os pacientes que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada após a expansão volêmica inicial ou tiverem lactato inicial maior ou igual a 36 mg/dL, devem ser conduzidos dentro do **PACOTE DE 6 HORAS [3].** Nesse pacote, após expansão volêmica inicial, deve-se reavaliar constantemente o paciente para definir nova necessidade de expansão volêmica adicional, com 500-1000 ml de cristaloides, conforme a presença de sinais de má perfusão periférica (sinais vitais, tempo de enchimento capilar > 3 segundos, extremidades frias ou presença de livedo) e/ou hipotensão arterial. **Vale lembrar que a Surviving Sepsis Campaign preconiza a expansão volêmica nas primeiras 3 horas com 30 ml/Kg de cristaloides [3]. Dessa forma, caso o paciente apresente sinais de má perfusão periférica (tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, presença de livedo ou frialdade cutânea) ou hipotensão arterial nas reavaliações clinicas seriadas, é razoável receber alíquotas**

de fluidos que totalizem uma expansão volêmica de no mínimo 30 ml/kg de cristaloides durante as 3 primeiras horas de atendimento, salvaguardado contraindicações clinicas para ressuscitação volêmica agressiva.

Caso a hipotensão arterial persista em detrimento da expansão volêmica, deve-se iniciar Noradrenalina, como vasopressor de primeira escolha, com objetivo de manter a PAM acima de 65 mmHg. Em casos de hipotensão arterial ameaçadora a vida (como PAS abaixo de 70 mmHg), pode-se considerar o início de Noradrenalina enquanto se realiza a expansão volêmica.

Não há evidências atuais que a utilização de monitorização invasiva com a presença de cateter venoso central para aferição de pressão venosa central e da saturação venosa central seja superior aos critérios clínicos (tempo de enchimento capilar > 3 segundos, extremidades frias e presença de livedo) para adequada ressuscitação hemodinâmica em pacientes com **sepse** [7]. Dessa forma, recomendam-se os critérios clínicos para reavaliações subsequentes dos pacientes com sepse.

Deve-se garantir também a coleta de nova dosagem de lactato sérico dentro do PACOTE DE 6 HORAS, nos pacientes que tenham valor de lactato elevado inicialmente. A tendência de normalização do lactato sérico em pacientes com sepse e choque séptico após a reanimação inicial é relevante, pois é associado a melhores desfechos clínicos [3].

Dessa forma, podemos resumir as recomendações dos **PACOTES DE 1a HORA e de 6 HORAS** abaixo:

8. RECOMENDAÇÕES

PACOTE 1a HORA: para pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escore qSOFA positivo ou suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos:

1. Coletar lactato sérico. Nos pacientes que não tenham indicação de coleta de gasometria arterial, a coleta deve ser realizado do sangue venoso periférico, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;
2. Coleta do tempo de protrombina, o tempo de liberação do resultado será de 60 minutos a partir da entrada no laboratório;
3. Coleta do Hemograma com plaquetas, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;

4. Perfil emergêncial Arterial, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;

5. Bilirrubina total e frações, o tempo de liberação do resultado será de 60 minutos;

6. Creatinina, o tempo de liberação do resultado será de 30 mintos a partir da entrada no laboratório;

7. Colher culturas apropriadas antes do inicio do antibiótico. Sempre coletar ao menos dois pares de hemoculturas (aeróbico e anaeróbico). Não se deve atrasar o inicio da antibioticoterapia para coleta de demais culturas (urocultura, secreção traqueal, dentre outras);

8. Administração de antibióticos de amplo espectro na primeira hora, de acordo com o foco infeccioso;

9. Reposição volêmica de, no mínimo, 1000 ml de cristaloides em 1 hora, para os pacientes com hipotensão arterial sistêmica e/ou com hipoperfusão tecidual, que não possuirem contra indicação;

A. Hipoperfusão tecidual: lactato sérico maior que 36 mg/dL;

B. Hipotensão arterial sistêmica: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial média menor que 65 mmHg.

É importante destacar que as evidências atuais apontam para redução das taxas de mortalidade hospitalar quanto mais precocemente for realizado o início da antibioticoterapia, a coleta de culturas e do lactato sérico [8].

PACOTE 6 HORAS: para pacientes com lactato sérico maior que 36 mg/dL ou que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada (PAM abaixo de 65 mmHg) após expansão volêmica inicial:

1. Reavaliar a volemia e a perfusão tecidual para definição da necessidade de nova expansão volêmica de 500-1000 ml de cristaloides:
   - Deve-se utilizar parâmetros clínicos, como sinais vitais, tempo de enchimento capilar (> 3 segundos), presença de livedo e temperatura de extremidades;
   - Pode-se também utilizar, alternativamente, parâmetros avançados de monitorização, como ecocardiografia point-of-care e ou métodos dinâmicos de avaliação de fluido-responsividade (leg raising);

2. Iniciar Noradrenalina para manter pressão arterial média acima de 65 mmHg nos pacientes que não apresentaram resposta à expansão volêmica;

3. Nova coleta de lactato sérico se a medida inicial estiver elevada. Nos pacientes que não tenham indicação de coleta de gasometria arterial, a coleta deve ser realizado do sangue venoso periférico;

9. INDICADORES DE QUALIDADE

Os protocolos gerenciados buscam, por meio da instituição de diretrizes assistenciais e da monitorização contínua de indicadores de qualidade, garantir a implementação de ações específicas baseadas na melhor evidência científica disponível.
Dessa forma, foi estabelecido indicadores de processo e de desfecho que avaliam a qualidade assistencial do atendimento aos pacientes com sepse monitorizados pelo protocolo na nossa instituição.

Indicadores de processo:

1. **Tempo médio de coleta do lactato sérico (meta 60 minutos);**
2. **Tempo médio da administração do antibiótico (meta 60 minutos);**
3. **Adesão ao Pacote de 1 hora e de 6 horas;**
4. **Acurácia dos triggers de entrada (escore qSOFA, suspeita clinica de sepse ou presença de fatores de risco) no protocolo em predizer sepse;**
5. **Mediana da quantidade de fluidos administrados no pacote de 6 horas.**
6. **Numero de resultados liberados fora do prazo por tipo de protocolo pelo laboratório**

Indicadores de desempenho:

1. **Mortalidade por sepse estratificada pela presença do escore qSOFA positivo;**

A coleta dos dados deve er realizada a seguinte forma:

- Pacientes alocados na UTI, a coleta é realizada mediante o acompanhamento do SOFA por 72hs até aprensentar SOFA ≥ 2, é realizado a conferência dos itens do pacote e registrado a evidência e armazenados em banco de dados, do qual são gerados relatórios de monitorização. Estes relatórios serão, posteriormente, divulgados para as equipes envolvidas (feedback);
- Paciente que são atendidos pelo TRR com Qsofa positivo e não possuem critérios de alocação na UTI, se SOFA ≥ 2 , inserir a informação no banco de daedos e reporte pra as euquipes envolvidas

Ações: A partir dos resultados dos indicadores são desenhadas ações conjuntas para garantir a melhoria contínua da prática clínica

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10
2. Taniguchi LU, Bierrenbach A, Toscano CM, Schettino G, Azevedo L. Sepsis-related deaths in Brazil: an analysis of the national mortality registry from 2002 to 2010. Crit Care. 2014;18:608.
3. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W et al (2017) Surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of sepsis and septic shock—2016. Int Care Med. doi:10.1007/s00134-017-4683-6
4. Machado FR, Carrara FS, Bozza FA, Lubarino J, Azevedo LC, Salomão R. Prevalência e mortalidade por sepse grave e choque séptico em unidades de terapia intensiva brasileiras. Rev Bras Terapia Intensiva.
Supl 1:S14.
5. Machado FR, de Assunção MSC, Cavalcanti AB, Japiassú AM, de Azevedo LCP, Oliveira MC. Getting a consensus: advantages and disadvantages of Sepsis 3 in the context of middle-income settings. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2016;28(4):361-365. doi:10.5935/0103-507X.20160068.
6. The ARISE Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group . Goal-directed resuscitation for patients with early septic shock . N Engl J Med 2014;371:1496-1506.
7. The PRISM Investigators. Early, goal- directed therapy for sep

tic shock — a patient-level meta-analysis. N Engl J Med 2017;376:2223-34.
8. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, et al. Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. N Engl J Med. 2017;376(23):2235–44. Epub 2017/05/23. pmid:28528569.

RESUMO

Protocolo de sepse HMAP.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS - PACIENTES EXTERNOS

INTRODUÇÃO

O presente documento descreve as ações para identificação do risco e prevenção de quedas de acordo com as características das unidades/setores que atendem pacientes externos.
Queda é definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil.

OBJETIVO

Identificar a população de risco, por meio da observação dos riscos para queda, em pacientes externos e implementar as seguintes ações:

- Promoção de segurança no ambiente;
- Planejamento de intervenções para prevenção de quedas de acordo com os fatores de risco relacionados aos recursos físicos e equipe profissional no local da assistência;
- Prevenir e reduzir a recorrência de quedas em pacientes externos;
- Reduzir o dano decorrente do evento de queda.

São considerados pacientes externos os clientes que frequentam:
Consultórios, Medicina Diagnóstica Ambulatorial, Unidades de Pronto Atendimento, Hemodinâmica e Centro de Reabilitação;

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de inclusão: pacientes externos.
Critérios de exclusão: pacientes internados.

RECOMENDAÇÕES

CUIDADOS UNIVERSAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Os Cuidados Universais para Prevenção de Quedas são medidas preventivas que incluem cuidados mínimos que deverão ser prestados aos visitantes/clientes/pacientes, que frequentam áreas comuns e/ou áreas de assistência, independente do fator de risco, que este apresente. Estas medidas devem ser seguidas por todos os profissionais que tem contato com o visitante/cliente/paciente, e não somente pela equipe assistencial. Estes cuidados estão em sua maioria relacionados ao ambiente de circulação. Os Cuidados Universais para Prevenção de Quedas estão descritos no quadro abaixo:

CUIDADOS UNIVERSAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

CUIDADOS UNIVERSAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS	Propiciar iluminação adequada;
	Retirar mobiliário que necessite de manutenção da área de circulação dos clientes;
	Orientar e/ou auxiliar no trajeto, sempre que necessário (oferecer cadeira de rodas e/ou, mensageiro para auxiliar no trajeto);
	Manter cadeira de rodas em locais fixos nas recepções e próximos às áreas de atendimento;
	Atentar-se ao paciente identificado com a pulseira laranja, orientando-o, auxiliando-o e oferecendo suporte, sempre, do momento em que o paciente é identificado na recepção até a retirada do veículo no estacionamento;
	Manter ambiente organizado;
	Manter área livre para deambulação;
	Manter o chão limpo e seco, providenciar a limpeza imediata de qualquer derramamento visualizado, seguindo política institucional;
	Orientar o paciente/acompanhante sobre o uso de corrimão e barras de proteção;
	Orientar paciente/família da disposição e funcionamento, dos móveis e equipamentos e localização de banheiros.

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS

- Idade menor ou igual a 6 anos e maior ou igual a 75 anos;
- Jejum prolongado;
- Necessidade de realizar diversas terapias/exames no mesmo dia;
- Ter dificuldade para andar ou estar em uso de muletas, bengalas ou andadores; robofoot.
- Ser portador de deficiência auditiva, visual e/ou cognitiva;
- Estar em uso de medicamentos que causem sonolência, tontura ou perda de consciência;
- Realizar exames ou procedimentos com sedação.
- Gestantes

IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM RISCO PARA QUEDAS

Na admissão do paciente, o técnico administrativo identificará o paciente com pulseira laranja, mediante os fatores de risco descritos anteriormente. Esta identificação acontece nas recepções internas de cada serviço no guichê de atendimento, no momento do cadastro e abertura de passagem do paciente. Em situações de recusa do paciente ou dúvidas a equipe de enfermagem será acionada.

Nas unidades de pronto atendimento, a identificação do risco de queda é realizada pelo enfermeiro na sala de triagem, por ser o primeiro profissional em conato o paciente, acolhendo suas queixas e avaliando-o quanto aos riscos, considerando além dos riscos descritos anteriormente dados de história e queixa que possam levar ao risco de quedas.

AÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Nas recepções

Após a identificação do paciente em risco, o assistente de atendimento colocará a pulseira laranja no paciente, entregará o folder de orientação para Prevenção de Queda (código: 308102) e orientará sua leitura.

O paciente identificado com a pulseira laranja deverá ser orientado a mantê-la em seu pulso até o momento da saída da instituição no estacionamento. A equipe de manobristas nos estacionamentos estará atenta a esta sinalização e providenciará a entrega do veículo de forma prioritária na saída da unidade de atendimento.

Após a identificação do risco de quedas, os profissionais tanto administrativos como assistenciais devem seguir as intervenções abaixo:

- Orientar o paciente/acompanhante quanto aos riscos para queda. Fornecer orientações sobre a localização e direção do local onde o paciente será atendido;
- Oferecer auxílio do mensageiro, quando necessário, para serem encaminhados aos locais de atendimento (ex: exames, consultas), em cadeira de rodas se necessário;
- Oferecer cadeira de rodas exceto para os deficientes visuais quando possuírem seus próprios dispositivos para deambular;
- Nos casos de deficiência visual, o assistente de atendimento deverá ler o folheto para o paciente que estiver desacompanhado;
- Orientar os acompanhantes de crianças sobre a necessidade de supervisão constante;
- Orientar os acompanhantes de crianças sobre os cuidados com o uso do bebê conforto; não deixar apoiado em muretas, poltronas ou cadeiras correndo o risco de cair;
- Verificar se o paciente/família/acompanhante compreendeu as orientações.

Nas áreas assistenciais junto à equipe multiprofissional

Durante o atendimento ao paciente com risco de quedas:

- Orientar o cliente e/ou familiar/responsável, sobre o risco para queda;
- Caso o paciente não tenha sido identificado como risco para queda pela equipe da Recepção, essa identificação deve ser estabelecida pela equipe de enfermagem;
- Orientar o paciente em risco a solicitar auxílio da enfermagem para deambulação e ao sair do leito;
- Orientar o cliente quanto ao risco de quedas nas poltronas de infusão. Ao sentar e se levantar a poltrona deve estar com as perneiras abaixadas e o paciente deverá solicitar auxílio para esta movimentação;
- Orientar pacientes com dispositivos de assistência como suporte de soro, bombas de infusão, sondas e drenos a solicitar auxílio para sair do leito ou poltrona de infusão;
- Durante o atendimento manter as macas travadas, verificar se o colchão está afixado, grades elevadas e campainha próxima (quando disponível na unidade);
- Orientar pacientes sob observação da enfermagem com quadro de diarreia ou urgência miccional a solicitar auxílio para encaminhamento e supervisão quando no banheiro;
- A equipe de enfermagem deverá orientar sobre os efeitos da medicação que será administrada quando houver risco aumentado para queda;
- Orientar o levantar progressivo (elevar a cabeceira a 30º e sentar-se no leito com os pés no chão por 5 minutos) antes de sair da maca/cama;
- Orientar sobre a necessidade da presença de um acompanhante enquanto permanece em observação; Pacientes com alterações cognitivas/confusão mental com agitação psicomotora devem permanecer acompanhados por familiar ou responsável em tempo integral. A impossibilidade de se manter um acompanhante em tempo integral deve ser discutida entre a equipe multiprofissional e coordenação da unidade para busca de alternativas e reforço junto aos familiares. Pacientes em agitação e confusão mental devem ser considerados como pacientes "Watchers" para o risco de queda.
- Como medida imediata pacientes em estado de agitação ou confusão mental devem permanecer em observação em leito que seja próximo ao posto de enfermagem em campo de visão de alcance da equipe assistencial.
- Orientar o responsável pela criança sobre a necessidade de supervisão constante;
- Orientar o responsável pela criança sobre cuidados com bebê conforto (quando aplicável);
- Verificar se o paciente/família/acompanhante compreendeu as orientações;
- Caso a pulseira laranja tiver sido retirada por qualquer motivo, a mesma deverá ser recolocada antes de encaminhar o paciente ao próximo destino;
- Acompanhar o cliente ao destino em cadeira de rodas ou auxiliá-lo na deambulação, quando necessário;
- Alertar secretárias e/ou médico sobre a necessidade de auxílio e disponibilidade da equipe de enfermagem durante sua mobilização/transferência e/ou trânsito no setor;

- Oferecer cadeira de rodas para os responsáveis por crianças com idade menor ou igual 3 anos, pois estas devem ser transportadas no colo do responsável;
- Registrar em prontuário eletrônico todas as orientações fornecidas aos pacientes/ familiares e acompanhantes;
- A equipe médica atuante junto aos pacientes externos nas diversas unidades deve estar atenta para a continuidade dos cuidados estabelecidos para prevenção de quedas como, por exemplo, manter as grades das macas/camas elevados ou solicitar auxílio para mobilizar o paciente, não autorizar que o paciente circule desacompanhado pelos setores ou que as crianças fiquem sem supervisão dos pais; reforçar junto ao paciente/acompanhante a importância de seguir as orientações para prevenção de quedas;
- Ao término do atendimento, encaminhar o paciente de alta ambulatorial em cadeira de rodas com mensageiro ou transporte de acordo com a avaliação do enfermeiro, considerando as condições de mobilidade e de transferência do mesmo no momento da saída;

Pacientes submetidos à sedação ou indução anestésica:
Todos os pacientes submetidos a procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos que utilizam sedação ou indução anestésica serão considerados de risco para queda, e durante sua recuperação, deverão ser seguidos os seguintes cuidados:

1. Após o procedimento com sedação o paciente deve sair de alta em cadeira e acompanhado por um profissional da instituição (assistencial, profissional do transporte ou da equipe "Posso Ajudar");
2. Ao término do procedimento e prescrição de alta do paciente, os pacientes e acompanhantes serão orientados quanto aos cuidados pós-alta, de acordo com o documento "Orientação de alta ao paciente submetido a procedimentos com Anestesia ou Sedação"
3. Além destas medidas, a alta do paciente submetido à sedação ou indução anestésica está condicionada à presença de um acompanhante maior de 18 anos. Na ausência deste, será seguida orientação do médico anestesista.

CLASSIFICAÇÃO DA QUEDA

As quedas podem ser classificadas quanto ao tipo e dano. A descrição que se segue sobre a classificação das quedas quanto ao tipo e dano é utilizada em todo o HMAP não havendo diferenças de acordo com unidades de atendimento.
Classificação das quedas quanto ao tipo:

1. Queda Extrínseca/Acidental: ocorre quando um paciente cai involuntariamente, geralmente como resultado de tropeçar ou escorregar, como resultado da falha do equipamento ou outros fatores ambientais; não é possível classificar com tendo risco de queda antes do evento ocorrer;

2. Queda Intrínseca/Imprevisíveis por causa fisiológica: não há relato de queda anterior ou identificação de risco para queda durante a avaliação do paciente, porém após a análise do evento é possível relacionar a causa com alterações fisiológicas (por exemplo, o doente desmaia de repente e isso não foi previsto por nenhum fator de risco);

3. Queda Intrínseca/Previsíveis por causa fisiológica: ocorre em pacientes classificados com risco de queda, através da utilização de uma ferramenta de avaliação de risco;

Observação: após a queda, se esta é classificada como uma queda do tipo imprevisível por causa fisiológica, dependendo da causa, esta não poderia ser prevenida. Nestes tipos de eventos o objetivo é proteger o paciente do dano, mesmo que a queda ocorra. Estratégias para proteção e consequentemente, minimizar o dano decorrente da queda, devem ser individualizadas e incluem medidas de orientações aos pacientes e família, sobre os cuidados necessários para prevenção da queda; qual a melhor maneira de movimentar-se e realizar transferências.

Classificação da queda quanto ao dano:

A gravidade do dano é um componente necessário para o cálculo do indicador de taxa de gravidade do dano em decorrência de quedas. De acordo com a National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) as definições da gravidade do dano estão classificadas em:

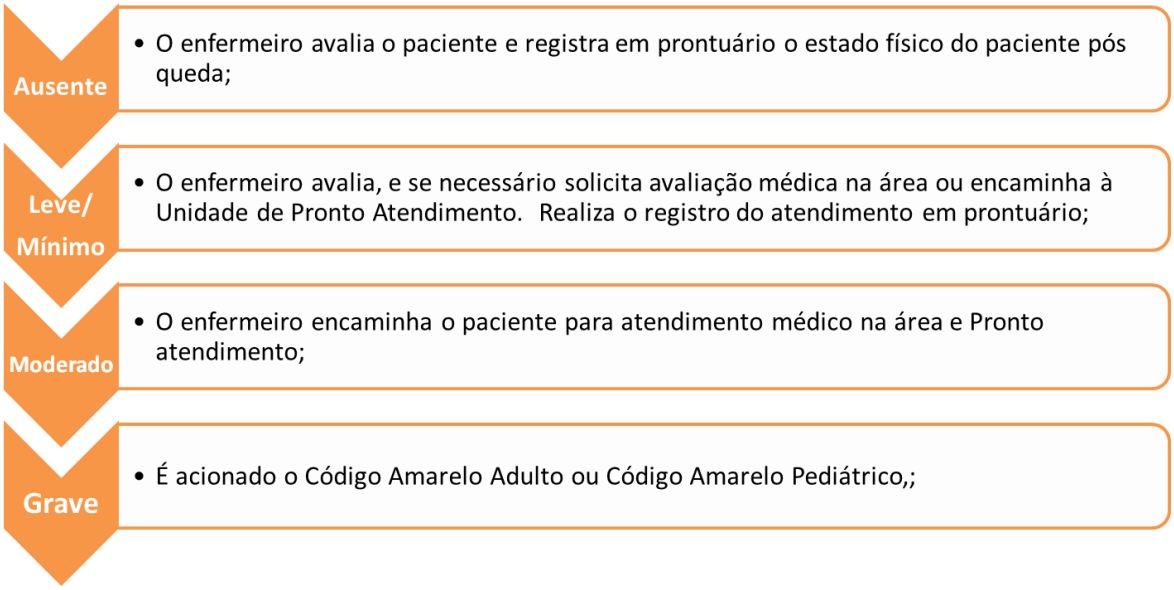
- Ausente: refere-se a uma queda que não ocasionou nenhuma lesão após avaliação pós-queda, mesmo que inclua exames adicionais.
- Leve: pode resultar em pequenos procedimentos, tais como aplicação de um curativo ou de gelo, limpeza de uma ferida, elevação do membro ou uso de medicação tópica. Dor local sem comprometido dos tecidos, hematoma, laceração e/ou escoriação, skin tears, abrasão, contusão mínima, "inchaço" local, perfuração mínima, presença de pele "avermelhada", podem ser classificados nessa categoria.
- Moderado: quando há ocorrência de danos que necessitam de intervenção do tipo sutura, aplicação de cola, steri-strip (para aproximação das bordas), fissuração ou tensão muscular / articular.
- Grave: quando há a ocorrência de danos que resultam em cirurgia, fundição, tração, consultas com especialistas em neurologia e neurocirurgia (como fratura de crânio basilar, hematoma subdural), lesão interna (como fratura de costela, pequena laceração hepática) pacientes que apresentem qualquer tipo de fratura, independentemente do tratamento instituído e pacientes com coagulopatia que necessitem de hemoderivados, em decorrência da queda.
- Morte: em consequência de danos causados pela queda.

MANEJO PÓS QUEDA

A descrição das ações abaixo aplica-se a todas as unidades de pacientes externos e são desencadeadas após a ocorrência de queda. Sendo que as ações específicas de fluxo de

atendimento de urgência/emergência após uma queda apresentam algumas particularidades e serão descritas por área no decorrer do documento.

Seguir fluxo de atendimento de emergência/urgência de acordo tipo de dano (ausente, leve, moderado ou grave).



* As unidades que não são atendidas pelos códigos seguirão fluxo específico para atendimentos de urgência.

- O enfermeiro da unidade após atendimento do paciente e realização das intervenções necessárias no momento da queda deverá proceder com o registro em prontuário eletrônico no campo Notas e prosseguir com a análise do evento com o objetivo de identificar como e porque a queda ocorreu. Esta análise auxiliará na nova avaliação dos riscos para queda do paciente e resultará em um plano de assistência interdisciplinar (se necessário) para reduzir o risco de futuras quedas. Além disso, deverão ser considerados nas intervenções os cuidados dirigidos aos pacientes classificados como alto risco para queda;
- É aconselhável, se possível, pedir que o paciente tente se lembrar da sensação no momento da queda, a fim de identificar episódios de síncope. Investigar a localização e o momento da queda, o que o paciente estava fazendo imediatamente antes da queda e os mecanismos da queda (escorregou, vertigem, tontura, perda da consciência, entre outros);

- Pode-se também obter as informações necessárias dos acompanhantes, visitantes, e/ou de quem acompanhou o episódio de queda;
- Realizar a reavaliação dos fatores de risco do paciente;
- A análise das ações pode contemplar orientações ao paciente/família, introdução de novos procedimentos e/ou rotinas, adequação de ambiente e/ou equipamento;
- Comunicação à equipe assistencial, familiares e cuidadores do evento ocorrido com o paciente, e do plano de assistência estabelecido ao paciente após a queda;
- O terapeuta responsável pelo paciente deve documentar o evento de queda em evolução multiprofissional, as circunstâncias em que a queda ocorreu, as avaliações clínicas realizadas, os danos decorrentes do evento (caso exista) e o estado clínico do paciente no momento;
- Proceder à notificação do evento via intranet no SINAPSE, mesmo que não haja dano aparente;
- Registrar como Evento de Queda ou EAG (dependendo da gravidade do dano decorrente da queda). É desejável que a notificação contemple as informações relatadas na evolução de enfermagem relacionadas ao evento, quando pertinente;
- Os eventos notificados serão investigados e analisados pelo Gerenciamento e Vigilância do Risco, com o objetivo de identificar os fatores causais e possíveis ações de melhoria. A análise dos fatores causais é uma das principais ferramentas para favorecer a aprendizagem organizacional, adequação de práticas e políticas, com foco na prevenção de quedas futuras.

MONITORAMENTO DOS EVENTOS DE QUEDA

- O monitoramento das ocorrências de quedas na instituição é feito através da notificação de eventos adversos e eventos adversos graves via Sistema de Notificação de Aprendizagem em Segurança (SINAPSE).
- Os dados gerados pela notificação dos eventos são recebidos e analisados pela equipe do Gerenciamento e Vigilância do Risco da Diretoria do IIRS.
- A evolução dos eventos de queda bem como o acompanhamento das ações para redução de quedas e da gravidade da queda são apresentados e discutidos no Comitê de Prevenção de Quedas pela equipe do Gerenciamento e Vigilância do Risco e Práticas Assistenciais do HMAP.
- Nos casos em que o paciente se recusar às intervenções para prevenção de queda, a equipe de enfermagem deve ser comunicada e essa deverá abordar o paciente explicando a importância das medidas de prevenção e na persistência da recusa anotar em prontuário eletrônico no campo Notas.

- Identificar o envelope/prontuário de documentos da passagem (quando houver) com etiqueta laranja (“Prevenção de Quedas”);

ESPECIFICIDADES DE ACORDO COM A CARACTERÍSTICA DE ALGUMAS UNIDADES AMBULATORIAIS:

Unidade de Pronto Socorro	A identificação do risco é feita na triagem pelo enfermeiro, que além dos fatores de risco, investigam queda anterior e levam em conta o quadro clínico do paciente. Quando o paciente é admitido na área de emergência proveniente de transporte por ambulância, especial atenção é dada para o risco de queda durante as transferências entre macas até a sala de atendimento, devendo a equipe assistencial agir em conjunto com a equipe que transportou o paciente para a prevenção de quedas durante riscos situacionais. Para os pacientes que permanecem em observação em atendimento de enfermagem, a equipe de enfermagem deverá registrar o risco para quedas no prontuário com o preenchimento do risco de queda:
Consultórios	Médicos do corpo clínico aberto e secretárias deverão estar envolvidos nas ações de prevenção de quedas. Poderão solicitar apoio da equipe de enfermagem para acompanhamento do paciente e transferências de cadeira de rodas para maca e posicionamento dentro do consultório. Pacientes com risco de quedas não devem permanecer sem supervisão na sala de exames dentro dos consultórios e recomenda-se a transferência da maca de exames supervisionada e com apoio do profissional. As quedas que ocorrerem dentro do consultório ou nas salas de espera deve ser imediatamente comunicado à enfermeira responsável do andar para andamento do manejo pós-queda.

Medicina Diagnóstica	Se o paciente estiver em cadeira de rodas, poderá ser mantido na posição caso não comprometa a realização do exame. Ex. Coleta de sangue no laboratório. Para crianças em maca que possam estar agitadas, permitir que o acompanhante se deite ao lado da criança na maca para acalmá-la. Pacientes que realizam exames com sedação e exames que necessitem de período de repouso e observação entre uma coleta e outra de amostra, nas unidades de laboratório, devem ser orientados quanto ao risco de quedas e o profissional assistencial deve registrar em prontuário com o preenchimento do risco de queda.
Intervenção cardiovascular	Todos os pacientes são considerados com risco de queda. A transferência do paciente da maca para a mesa angiográfica é um procedimento de risco. É preciso garantir os equipamentos de segurança: faixa de segurança e faixa restritora de MMSS antes do início da transferência. Aproximar a maca na mesa angiográfica, travar as rodas e manter a maca no mesmo nível da mesa. Garantir que outro profissional de enfermagem esteja do outro lado da mesa para posicionar o paciente. Se o paciente estiver sonolento ou apresentar déficit de mobilidade utilizar o *transfer* (pacientes acima de 6 anos). Ao término do exame, após a transferência da mesa angiográfica para a maca, destravar a maca e elevar as grades da mesa após a transferência para a Recuperação da Hemodinâmica. **Para pacientes sob sedação** um profissional assistencial e / ou o anestesista deverá permanecer ao lado do paciente até o seu despertar completo. **Pacientes pediátricos,** avaliar a necessidade dos pais permanecerem na sala de exames, bem como para pacientes RN até o início da indução anestésica. Colocar os itens de segurança: faixa abdominal e MMII envolvendo a mesa angiográfica. Para RN avaliar a adequação da faixa abdominal, podendo ser usado também o Coban®.
Ambulatório	A identificação de risco para queda com pulseira laranja deve ocorrer no momento da admissão do paciente, pelo profissional

	administrativo e/ou pelas voluntárias, ou pelo enfermeiro no momento da avaliação do paciente quando será identificado o fator de risco durante a avaliação clínica. O enfermeiro registra o risco de quedas no prontuário eletrônico no campo: **Avaliação de risco > Risco de Quedas pacientes externos e Preenche o Plano educacional > Protocolo de Quedas pacientes externos** no momento da avaliação de enfermagem. As reavaliações são mensais no ambulatório de quimioterapia e semanais no ambulatório de radioterapia, e/ou na mudança de quadro clínico do paciente. Existe um ícone de sinalização de risco de queda, inserido no sistema local após a realização da avaliação de risco pelo enfermeiro, que é visualizado por toda a equipe multiprofissional, e somente será retirado por um enfermeiro conforme as reavaliações do risco de queda.

GERENCIADO

Trata-se de um protocolo gerenciado.

INDICADOR INSTITUCIONAL

- Taxa de queda com dano (Paciente Ambulatorial)
- Nº total de queda com dano / Nº de volume paciente dia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÉFICAS

1.Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):132-6.
2.Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm. 2010 nov-dez; nov-dez; 63(6): 991 -7.
3.Correa AD et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1):67-74.
4.Diccini S, Pinho PG, Silva FO. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurológicos. Rev Lat Am Enfermagem.2008;julho-agosto;16(4).

5. Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Rev Enf Ref. 2010;v.2:163-172.

6.Pereira R. Queda em Pediatria: um desafio para a equipe multidisciplinar. Blucher Medical Proceedings. 2014 1(4): 1-6.

7.World Health Organization. Who Global Report on Falls Prevention in Older Age. 1-53, 2007. [cited 2019 Aug 13].Available from: https://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/

8.Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 7ª edição. 2021.

9.Luzia MF, Cassola TP, Suzuki LM, Dias VLM, Pinho LB, Lucena AF. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. Rev Esc Enferm USP.2018;52:e03308. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017024203308

10.Guerra HS, Sousa RA, Bernardes DC, Santana JA, Barreira LM. Prevalência de quedas em idosos na comunidade. Revista Saúde e Pesquisa. 2016; v.9(3):p.547-555.

11. Abreu DROM, Azevedo RCS, Silva AMC, Reiners AAO, Abreu HCA. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. Cien Saude Colet. 2016; 21(11):3439-46.

12. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Neira WF, Rojas Huayta VM, Robazzi MLCC. Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(6):1003-1010. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700018

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA – ADULTO

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO

- Identificar a população de risco, por meio da avaliação de risco e escalas definidas para queda, em pacientes hospitalizados adultos
- Planejar intervenções para prevenção da queda de acordo com os fatores de risco identificados para cada paciente;
- Prevenir e reduzir a ocorrência e dano decorrente de queda na população adulta.

APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão:

- Pacientes hospitalizados/internados (unidades de internação e pré-internação);
- Pacientes adultos hospitalizados/internados que irão realizar procedimentos cirúrgicos;

Critérios de Exclusão:

- Unidades ambulatoriais e medicina diagnóstica avançada;

INTRODUÇÃO

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade corporal.

Esta definição considera como queda as seguintes situações:

- Paciente escorregar de uma cadeira para o chão;
- Encontrar o paciente no chão;
- Amparar o paciente durante a queda (mesmo que não chegue ao chão).
- Manter-se apoiado sobre o mobiliário ou no chão.

Trata-se de um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e declínio da saúde.

Estudos apontam que as quedas se constituem em um dos eventos adversos mais prevalentes no ambiente hospitalar, representando cerca de 70% dos casos, com índices que variam de 1,4 a 10,7 quedas para cada 1.000 pacientes/dia, dependendo do hospital e do tipo de paciente.

Na maioria dos países, as quedas são a causa mais comum de ferimentos na infância, e representam de 25% a 52% das avaliações nos setores de emergência hospitalar.

Já na população idosa, que atualmente representa 12% da população mundial, esses eventos são responsáveis por 75% das mortes. Os idosos, bem como a população infantil com menos de 10 anos, tem taxas aproximadamente duas vezes maiores que o total da população.

RECOMENDAÇÕES
AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM PACIENTES ADULTOS

Para pacientes adultos internados foi estabelecido institucionalmente o uso da escala de queda Johns Hopkins, que classifica o risco de queda em diferentes níveis de gravidade: baixo, moderado e alto risco. Esta classificação é realizada inicialmente pela avaliação de quatro situações determinantes para a classificação do risco. São elas: paralisia completa ou imobilização completa com direcionamento automático para implementação das intervenções de baixo risco de queda; paciente com duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão; paciente apresentar uma queda durante a internação atual e presença de protocolos específicos, como por exemplo: risco de sangramento, fragilidade óssea e procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas. Para as últimas três situações específicas devem-se considerar implementações das intervenções de alto risco de queda e desconsiderar o restante da escala.

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	
( )	Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrição). Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda).
( )	Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação.
( )	Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período da internação.
( )	Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.

Caso o paciente não apresente nenhuma das situações mencionadas acima, o protocolo deve ser direcionado por meio de uma pontuação através dos seguintes fatores de risco: idade, história de queda, eliminações, uso de medicamentos de alto risco, uso de equipamentos assistenciais, mobilidade e cognição. Desta forma é possível direcionar as intervenções a partir dos riscos identificados, com o objetivo de prevenir a queda.
De acordo com avaliação clínica do enfermeiro, o risco do paciente poderá ser ajustado segundo a aplicação da escala preditiva, entretanto se faz necessário uma justificativa.
A avaliação do risco para queda deve ocorrer no momento da admissão do paciente. A reavaliação do paciente deve ocorrer a cada 48 horas, mediante mudança do estado clínico ou após episódio de queda.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM PACIENTES PEDIÁTRICO

Para pacientes pediátricos internados foi estabelecido institucionalmente o uso da escala de queda Humpty Dumpty, que classifica o risco de queda em três níveis de gravidade: sem risco, risco e alto risco. Esta classificação é composta por sete dimensões, que resultam em um score de risco, divididos em: idade, gênero, diagnóstico, comprometimento cognitivo, fatores ambientais, procedimentos cirúrgicos, sedação ou anestesia e medicamentos. Desta forma é possível direcionar as intervenções a partir dos riscos identificados, com o objetivo de prevenir a queda.

Assim como no adulto, a avaliação do risco para queda deve ocorrer no momento da admissão do paciente. A reavaliação do paciente deve ocorrer a cada 48 horas, mediante mudança do estado clínico e após episódio de queda.

PREVENÇÃO DE QUEDA - ADULTO

Para todos os pacientes internados são implementados cuidados universais para prevenção de queda com o objetivo de reduzir a ocorrência do evento, bem como o dano, sendo eles:

- Deixar a campainha, mesa auxiliar, telefone, e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente, de acordo com as condições clínicas do paciente.
- Propiciar iluminação adequada e utilizar "luz noturna".
- Manter cama baixa e travada.
- Manter as grades superiores da cama elevadas.
- Manter área livre para deambulação.
- Uso de sapatos adequados (solado de borracha, fechado e sem salto alto).

Nos pacientes com baixo e moderado risco além dos cuidados universais também pode ser implementado o Plano – Prevenção de queda adulto que consta no prontuário eletrônico e apresenta as seguintes medidas: checar o entendimento das orientações para prevenção de queda e manter pulseira laranja no paciente, (somente nos casos de moderado risco). Já no paciente com alto risco deve-se checar rondas para avaliar o conforto e segurança do paciente de 2/2 horas e auxiliar/acompanhar paciente nas movimentações, obrigatoriamente.

ATENÇÃO: Caso o paciente apresente queda durante a internação, ele deverá ter as mesmas intervenções aplicadas aos pacientes com ALTO RISCO para queda.

As intervenções de queda com foco nos fatores de risco alterados estão relacionadas a:

Fator de Risco	Intervenções
HISTÓRIA DE QUEDA	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; Avaliar nível de confiança para deambulação;
ELIMINAÇÕES	• Orientar o paciente a não se movimentar sem auxílio. • Levar o paciente ao banheiro em horários previamente definidos e oferecer fralda quando urgência intestinal/miccional.
MEDICAÇÕES	• Orientar, o paciente e/ou família/acompanhante quando em uso de medicamentos que aumentam o risco para queda. • Orientar sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas como: vertigens/tonturas/sonolência/sudorese excessiva/palidez cutânea/mal estar geral/alterações visuais/alteração dos reflexos que aumentam o risco para queda. • Solicitar a avaliação farmacêutica clínica
USO DE EQUIPAMENTOS	Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos/dispositivos, para planejamento da assistência relacionado a mobilização deste paciente.
MOBILIDADE/ EQUILÍBRIO/ COGNITIVO	• Levantar do leito acompanhado pela enfermagem; • Orientar o paciente/família para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo, sempre que for sair da cama. • Manter as duas grades superiores elevadas e inferiores esquerdas ou inferiores direito, e caso necessário optar em manter as quatro grades elevadas. • Checar a permanência de acompanhante ou familiar. • Avaliar a necessidade do uso de restrição em caso de pacientes incapazes ou que recusam as orientações. • Em caso de hipotensão postural - Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 min), antes de sair da cama. • Solicitar a avaliação do fisioterapeuta.

PREVENÇÃO DE QUEDA – PEDIÁTRICO

Para a população pediátrica internada, independente do risco de queda registrado, são implementados os cuidados universais supracitados, além dos descritos abaixo:

- Deixar a campainha e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente de acordo com o estágio de desenvolvimento e/ou condições clínicas que o paciente se encontra.
- Acompanhar a criança sempre que for ao banheiro.
- Quando em uso de bebê conforto, sempre utilizar cinto de segurança e não deixar sobre o sofá.
- Manter vigilância para evitar que as crianças durmam com os responsáveis no sofá e/ou colo.
- Permanecer com acompanhante em tempo integral, independente da faixa etária.

Nos pacientes com risco também pode ser implementado o Plano – Prevenção de queda Pediátrico que consta no prontuário eletrônico e apresenta as seguintes medidas: manter área de deambulação livre, manter uso da pulseira laranja no paciente e checar o entendimento das orientações para prevenção de queda. Para os pacientes de alto risco, devem-se considerar os seguintes cuidados: rondas para avaliar conforto e segurança do paciente, auxiliar/acompanhar pacientes nas movimentações, orientar paciente a não se movimentar sem auxílio, manter grades elevadas, usar protetores de grades lateral e quando pertinente utilizar prescrições necessárias relacionados ao uso de medicamentos anestésicos/sedação.

As intervenções de queda com foco nos fatores de risco alterados estão relacionadas a:

Fator de Risco	Intervenções
IDADE	• **≤ 36 meses** (3 anos), devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima *Exceto crianças sem mobilidade, estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação clínica da enfermeira*. • **> 36 meses**, devem ser acomodadas em cama com as 4 grades elevadas.

	• **≤ 6 meses**, devem ser transportadas no colo do responsável e esta em cadeira de rodas.
	• **> 6 meses ≤ 36 meses**:
	  ○ Maca deitado junto com o responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação.
	  ○ Cadeira de rodas no colo do responsável.
	• **> 36 meses:** em maca (deitado ou não com o responsável) ou em cadeira de rodas no colo do responsável, dependendo da avaliação clínica da enfermagem.

	• Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).
DIAGNÓSTICO	• Não levantar do leito sozinho (de acordo com a idade e condições clínicas); • Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente, registrar e orientar para a família/responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular. • Acompanhar sempre a criança na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor); • Avaliar o uso de grade e protetores; • Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar-se progressivamente
HISTÓRIA PREGRESSA/ATIVIDADE	• Não levantar do leito sozinho e ou quando história de queda pregressa com dano grave.
CIRURGIA/SEDAÇÃO/ANESTESIA	• Orientar o paciente e/ou família/responsável do risco para queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico. • Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar-se progressivamente • Sair do leito acompanhado pela enfermagem. • Se paciente em cama permanecer com as 4 grades elevadas (pré cirúrgico e POI).
MEDICAÇÕES	• Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio. • Orientar paciente e/ou família/acompanhante, quando houver mudança na prescrição, de medicamentos associados ao risco para queda. • Não levantar do leito sozinho; • Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou família/acompanhante quanto aos efeitos colaterais. • O enfermeiro pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e risco para queda.

ORIENTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE QUEDA

O objetivo da orientação ao paciente/acompanhante a respeito de quedas é garantir a adesão do mesmo em relação às medidas preventivas. Deste modo, devem ser registradas no plano educacional as seguintes informações:

- Manter o uso da pulseira laranja (moderado e alto risco de queda, além dos pacientes pediátricos de acordo com a classificação).
- Apresentar o guia/vídeo de prevenção de quedas e assinar termo de ciência.
- Manter todas as grades da cama elevadas.
- Manter a cama baixa e rodas travadas.
- Solicitar ajuda para deambulação.
- Solicitar a campainha para chamar a enfermagem
- Utilizar óculos e aparelho auditivo quando aplicável.
- Manter luzes noturnas acesas
- Utilizar calçado antiderrapante.
- Manter objetos pessoais próximos.
- Manter área de circulação livre de objetos.
- Orientar quanto precauções para alto risco de queda.
- Seguir orientações para prevenção de queda
- Fatores de risco de queda e específicos do paciente.
- Orientar paciente/família sobre a ronda
- Envolver família nas medidas preventivas de queda.

A periodicidade de orientação deve ocorrer sempre que houver alteração dos fatores de risco contemplados na avaliação do risco para queda e após episódio de queda.
A validação do entendimento do paciente/familiar deve verificar o nível de compreensão em relação aos seguintes questionamentos: Quais os motivos que levaram você a estar no protocolo para prevenção de queda? Quais cuidados devem ser tomados para evitar a queda, de acordo com o que foi orientado anteriormente? Você sabe o que significa essa pulseira laranja?
Nos casos em que o profissional de saúde identifique um comportamento resistente ou não adesão as orientações por parte do paciente, familiar ou acompanhante, o enfermeiro deverá acionar o fluxo de recusa e não adesão às medidas de prevenção de queda que contempla a solicitação da avaliação do psicólogo, o envolvimento
do médico e o termo de recusa. Se houver recusa para a assinatura deste impresso, o profissional deverá registrar suas observações em evolução. (vide anexo)

Para a **população adulta**, quando avaliados em ALTO RISCO DE QUEDA, utilizar placa de "Risco de Queda" na porta do quarto como um sinalizador para equipe multiprofissional sobre as medidas de atenção para com esse paciente durante as terapias ou visitas.

Para a **população pediátrica**, quando avaliados como RISCO DE QUEDA somado do fator dos acompanhantes não aderentes às medidas de prevenção, utilizar placa de "Risco de Queda" na porta do quarto como um sinalizador para equipe multiprofissional sobre as medidas de atenção para com esse paciente durante as terapias ou visitas.

Dispositivos utilizados para prevenção de quedas:

- Cinto pélvico (critérios de utilização na política de Restrição Mecânica do Paciente - PO.ASS.ENFE.55.10).
- Abraço seguro.
- Cinto para deambulação (dispositivo utilizado durante os atendimentos de fisioterapia).
- Meia com solado antiderrapante.
- Alarme da cama (sinalizador de saída do leito).
- No ambiente cirúrgico, o uso da **faixa de segurança** em todas as etapas cirúrgicas é a principal medida de prevenção de queda.

MANEJO PÓS-QUEDA ADULTO E PEDIÁTRICO

Nos casos de queda **presenciada por Profissional da Assistência** com **dano ausente ou leve** - o enfermeiro comunicará o médico do paciente (titular ou assistente) sobre a ocorrência da queda, na impossibilidade deste proceder à avaliação, a enfermeira comunicará o médico plantonista da UTI adulto ou UTI pediátrica sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda.

Nos casos de queda **NÃO presenciada por Profissional da Assistência** com **dano ausente ou leve** - o enfermeiro comunicará o médico plantonista da UTI adulto ou UTI pediátrica sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até **duas horas após a queda**.

Nos casos de queda com **dano moderado ou grave** o enfermeiro acionará o **Código Amarelo Adulto ou Pediátrico**, que tem 5 minutos para avaliar o paciente conforme politica estabelecida do acionamento do código amarelo.

Após atendimento do paciente e realização das intervenções necessárias, o enfermeiro deve proceder à análise do evento com o objetivo de identificar como e porque a queda ocorreu. Esta análise auxiliará na reavaliação dos riscos para queda do paciente, e resultará em um plano de assistência interdisciplinar (se necessário) para reduzir o risco de futuras quedas, além disso, deverão ser considerados nas intervenções os cuidados dirigidos aos pacientes classificados como alto risco para queda.

É aconselhável, se possível, pedir que o paciente tente se lembrar da sensação no momento da queda, a fim de identificar episódios de síncope. Investigar a localização e momento da queda, o que o paciente estava fazendo imediatamente antes da queda, os mecanismos da queda (escorregou, vertigem, tontura, perda da consciência, entre outros).

Pode-se também obter as informações necessárias dos acompanhantes, visitantes, e/ou de quem acompanhou o episódio de queda.

As ações podem contemplar orientações ao paciente/família, introdução de novos procedimentos e/ou rotinas, adequação de ambiente e/ou equipamento, introdução de outros profissionais na assistência ao paciente para minimizar o risco de queda (tais como fisioterapeuta).

Deve-se comunicar a equipe assistencial, familiares e cuidadores do evento ocorrido com o paciente, e o plano de assistência estabelecido ao paciente após a queda.

A enfermeira responsável pelo paciente deve documentar em evolução de enfermagem, as circunstâncias em que a queda ocorreu, as avaliações clínicas realizadas, os danos decorrentes do evento (caso exista) e o estado clínico do paciente no momento.

Proceder à notificação do evento via intranet, mesmo que não haja dano aparente. Registrar como Evento de Queda ou EAG (dependendo da gravidade do dano decorrente da queda). É desejável que a notificação contemple as informações relatadas na evolução de enfermagem relacionadas ao evento.

Os eventos notificados serão investigados e analisados pela Diretoria de Qualidade de Segurança com o apoio da Diretoria de Padrões e Práticas Assistenciais, com o objetivo de identificar os fatores causais e possíveis ações de melhoria necessárias. A análise dos fatores causais é uma das principais ferramentas para favorecer a aprendizagem organizacional, adequação de práticas e políticas, com consequente prevenção de quedas futuras.

CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE QUEDA

Quedas Extrínseca/Acidental: ocorre quando um paciente cai involuntariamente, geralmente como resultado de tropeçar ou escorregar, como resultado da falha do equipamento ou outros fatores ambientais; não é possível classificar com tendo risco de queda antes de o evento ocorrer;

Quedas Intrínseca/Imprevisíveis por causa fisiológica: não há relato de queda anterior ou identificação de risco para queda durante a avaliação do paciente, porém após a análise do evento é possível relacionar a causa com alterações fisiológicas.

Quedas Intrínseca/Previsíveis por causa fisiológica: ocorre em pacientes classificados com risco de queda, através da utilização de uma ferramenta de avaliação de risco.

Quedas associadas ao desenvolvimento: são quedas não acidentais, que ocorrem durante o desenvolvimento da criança, comum durante o período de aprendizagem da deambulação.

CLASSIFICAÇÃO DO DANO APÓS QUEDA

A gravidade do dano é classificada de acordo com a National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) em:

- **Ausente:** refere-se a uma queda que não ocasionou nenhuma lesão após avaliação pós-queda, mesmo que inclua exames adicionais.
- **Leve:** pode resultar em pequenos procedimentos, tais como aplicação de um curativo ou de gelo, limpeza de uma ferida, elevação do membro ou uso de medicação tópica. Dor local sem comprometido dos tecidos, hematoma, laceração e/ou escoriação, skin tears, abrasão, contusão mínima, "inchaço" local, perfuração mínima, presença de pele "avermelhada", podem ser classificados nessa categoria.
- **Moderado**: quando há ocorrência de danos que necessitam de intervenção do tipo sutura, aplicação de cola, steri-strip (para aproximação das bordas), fissuração ou tensão muscular / articular.
- **Grave:** quando há a ocorrência de danos que resultam em cirurgia, fundição, tração, consultas com especialistas em neurologia e neurocirurgia (como fratura de crânio basilar, hematoma subdural), lesão interna (como fratura de costela, pequena laceração hepática) pacientes que apresentem qualquer tipo de fratura, independentemente do tratamento instituído e pacientes com coagulopatia que necessitem de hemoderivados, em decorrência da queda.
- **Morte:** em consequência de danos causados pela queda.

MONITORAMENTO DOS EVENTOS DE QUEDA

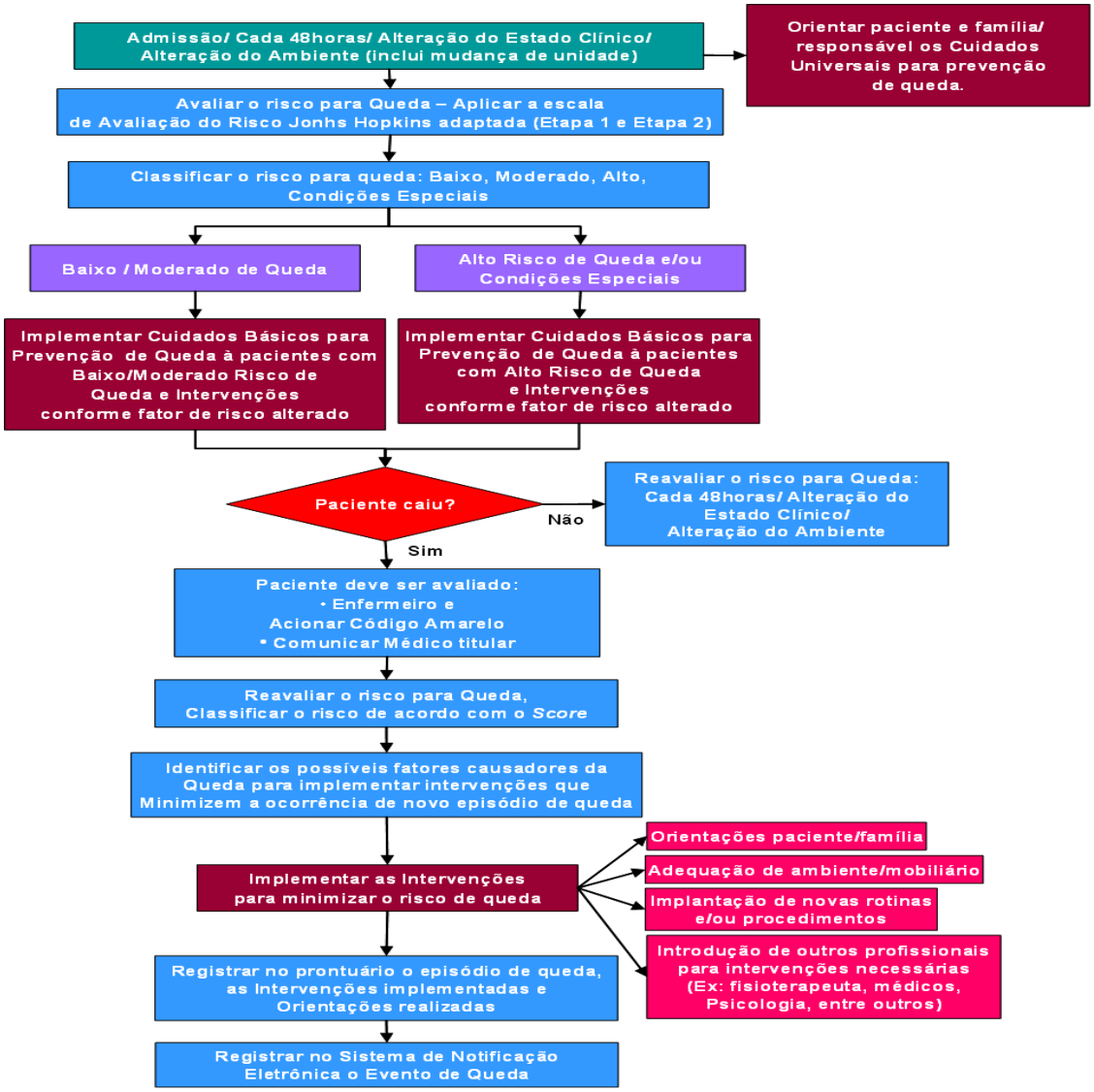
O monitoramento das ocorrências de quedas na instituição é feito através da notificação de eventos adversos e eventos adversos graves via SINAPSE.

Os dados gerados pela notificação dos eventos são coletados e analisados pela equipe do Gerenciamento e Vigilância do Risco da Diretoria de Qualidade de Segurança.

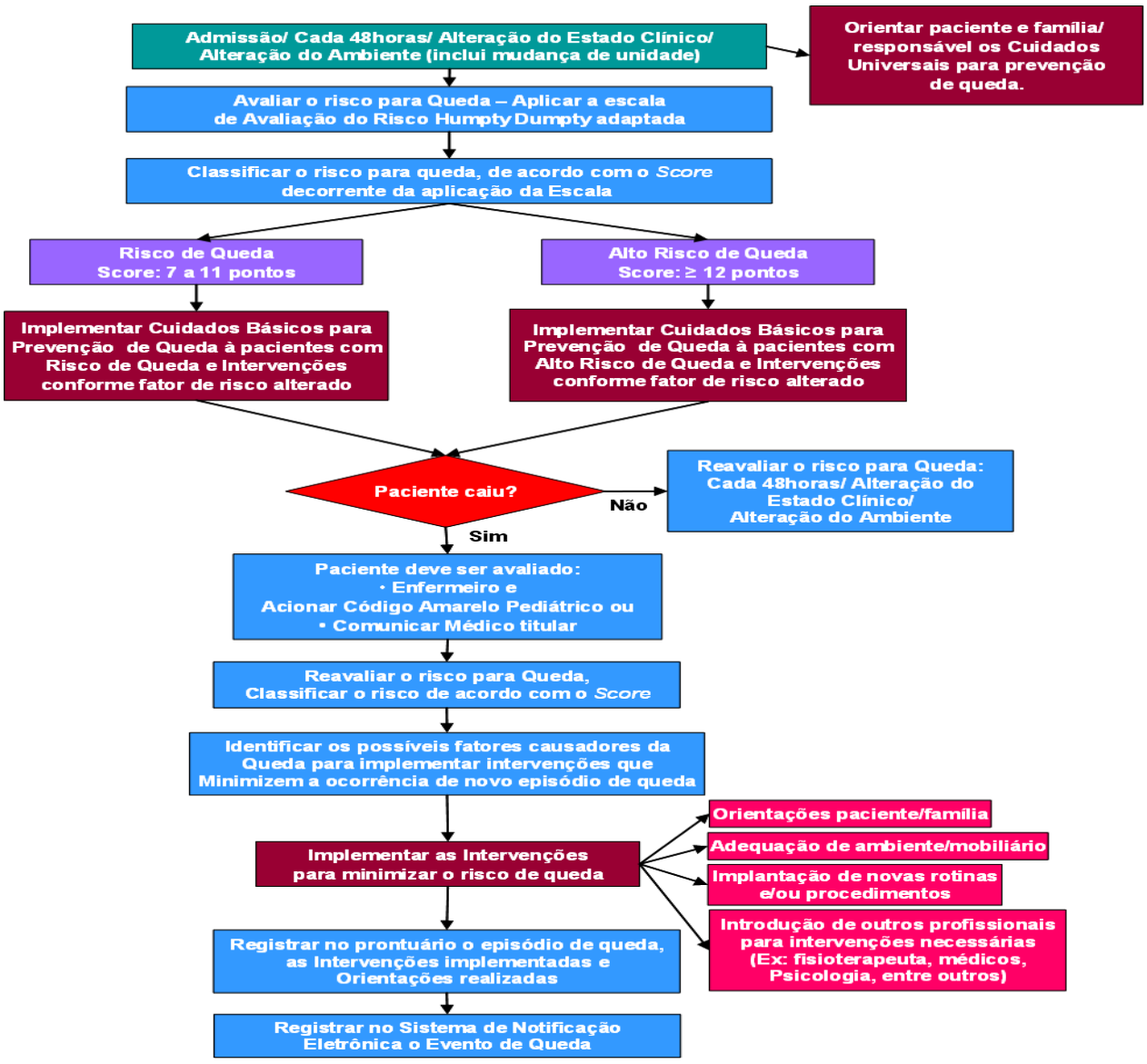
A evolução dos eventos de queda bem como o acompanhamento das ações para redução de quedas e da gravidade são apresentados e discutidos nas áreas e no Comitê de prevenção de quedas.

FLUXOS

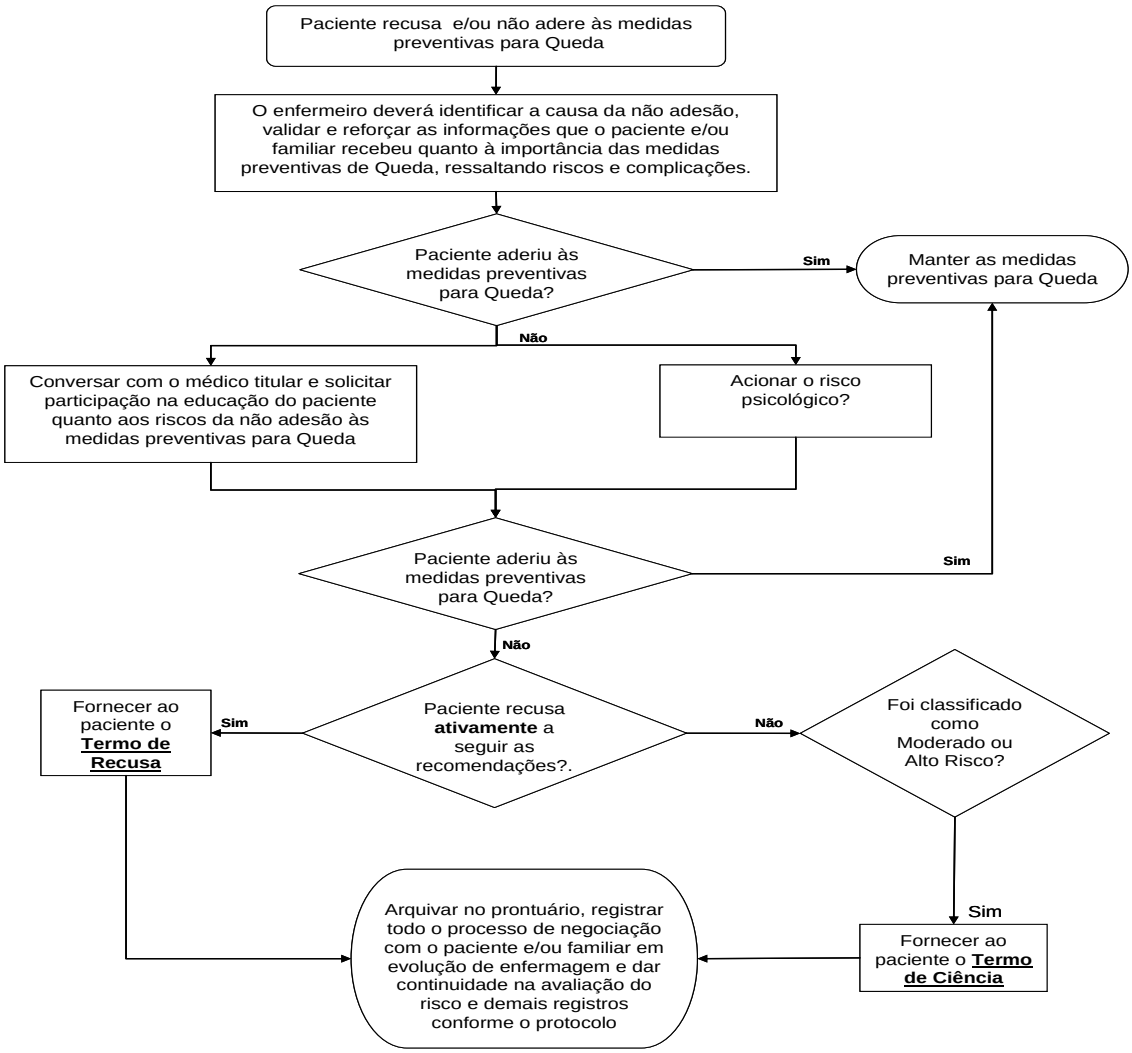
Anexo 1: Fluxograma para aplicação do Protocolo de Prevenção de Quedas Adulto (paciente hospitalizado)



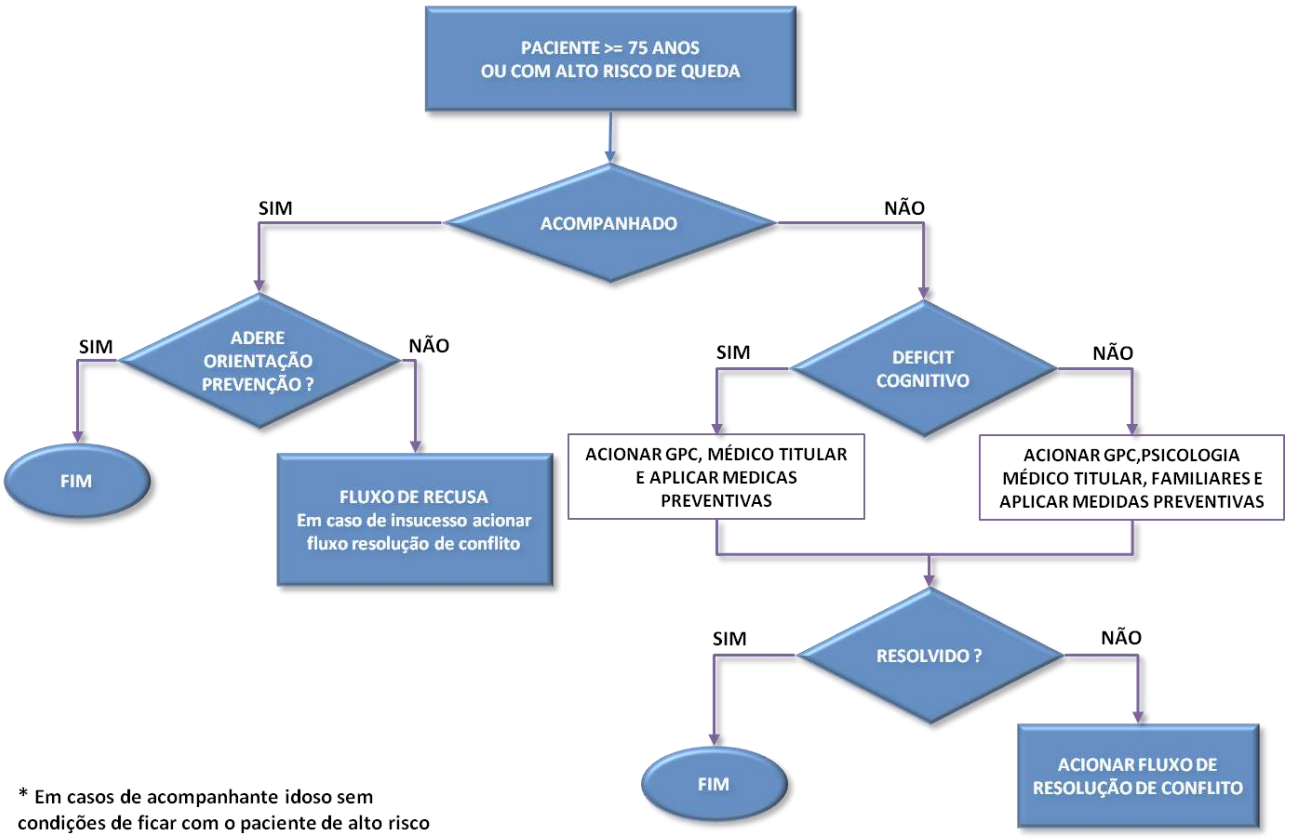
Anexo 2: Fluxograma para aplicação do Protocolo de Prevenção de Quedas Pediátrico



Anexo 3: Fluxo de Recusa e de Não Adesão às Medidas Preventivas de Queda



Anexo 4: Fluxograma de Prevenção de Queda para Pacientes sem Acompanhante



* Em casos de acompanhante idoso sem condições de ficar com o paciente de alto risco de queda acionar GPC

NIVEL DE EVIDENCIA

Não aplica.

GERENCIADO

Protocolo de Queda é gerenciado a partir da adesão as medidas preventivas avaliadas através da auditoria das Metas Internacionais, acompanhamento do desfecho das ocorrências de queda, por meio do monitoramento e análise dos eventos, cujas oportunidades de melhoria são discutidas e estabelecido planos de ação perante a causa raiz e os principais detratores junto ao Comitê de prevenção de quedas.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Os indicadores institucionais relacionados ao monitoramento do protocolo de quedas são: Taxa de queda com dano ambulatorial, Taxa de queda com dano em internado, Índice conformidade na prevenção de quedas. Total de pacientes que apresentaram quedas com dano grave notificada durante o mês vigente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cameron Ian D, Murray Geoff R, Gillespie Lesley D, Robertson M Clare, Hill Keith D, Cumming Robert G, Kerse Ngaire. Interventions for Preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12, 2010.

2. Maia VC, Viana PS, Arantes PMM, Alencar MA. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2011; 14(2):381-393.

3. Luzia MF, Victor MA, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.22 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2014

4. Hasegawa J, Kuzuya M, Iguchi A Urinary incontinence and behavioral symptoms are independent risk factors for recurrent and injurious falls, respectively, among residents in long-term care facilities. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Jan-Feb;50(1):77-81.

5. National Database of Nursing Quality Indicators. Guidelines for Data Collection on the American Nurses Association's National Quality Forum Endorsed Measures: Nursing Care Hours per Patient Day, Skill Mix, Falls, Falls with Injury. USA: American Nurse Association; [atualizada em 2010; acesso em 2010 Oct 01]. Disponível em: https://www.nursingquality.org.

6. National Patient Safety. Slips, trips and falls. UK: National Service Health. [atualizada em 2010; acesso em 2010 Oct 01]. Disponível em: http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821.

7. National Patient Safety Agency. Using Bedrails Safely and effectively. UK. [atualizada em 2009 Sept 17; acesso em 2010 Oct 05]. Disponível em: http://www.npsa.nhs.uk/nrls/alerts-and-directives/notices/bedrails/?locale=en.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

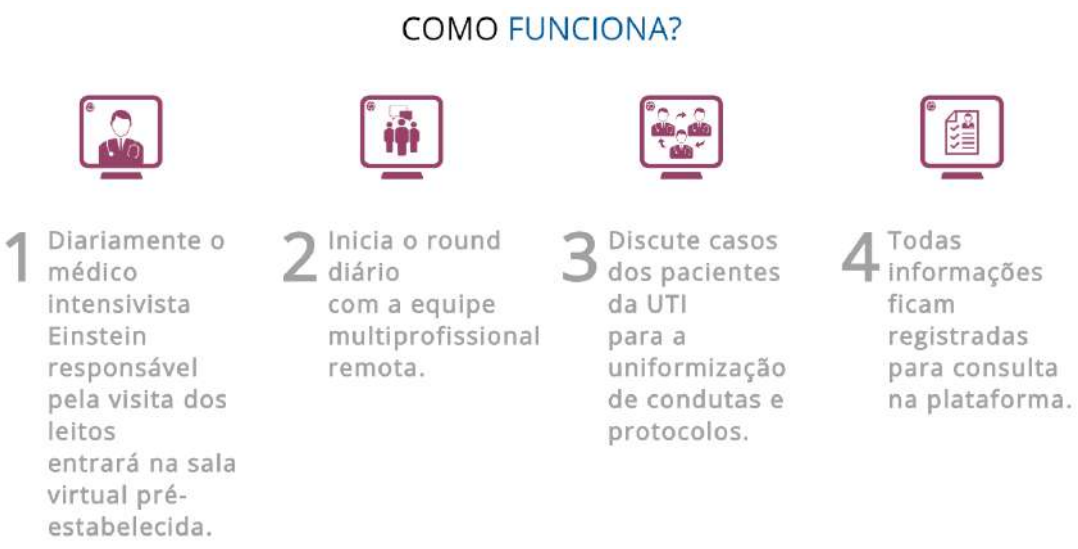
INCREMENTOS DE ATIVIDADES

TELEMEDICINA EINSTEIN

O Hospital Israelita Albert Einstein é pioneiro no desenvolvimento e uso desta modalidade no Brasil. A Telemedicina Einstein tem como objetivo levar a excelência da marca para todo o país. Para isso oferecemos produtos de atendimento on-line, com suporte 24 horas por dia, 7 dias por semana. Tudo com a mesma qualidade e segurança oferecida pelo Einstein em suas unidades físicas. Algumas possibilidades de novos serviços:

1. TELE UTI

A Visita Horizontal Diária a UTI é um dos serviços oferecidos à hospitais e clínicas de saúde pela solução Tele UTI da Telemedicina Einstein. O serviço visa sistematizar a visita multiprofissional remota e assim otimizar o atendimento dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva, garantindo as melhores práticas e o incremento de qualidade e segurança, além de difundir o modelo de visão de atendimento e boas práticas do Einstein. O alvo da atividade é recomendar as melhores práticas assistenciais do paciente grave, a partir da ótica multiprofissional, com registros de dados na plataforma de Telemedicina Einstein. O principal indicador é o número de adequações às recomendações pactuadas durante a teleconsultoria. O SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) é registrado durante a visita pelo intensivista remoto. Os seguimentos de indicadores de qualidade do departamento remoto de pacientes graves também são vistos como resultados para avaliação. Temos observado nos hospitais que prestamos estes serviços: melhora no giro do leito e do SMR (Standardized Mortality Ratio).

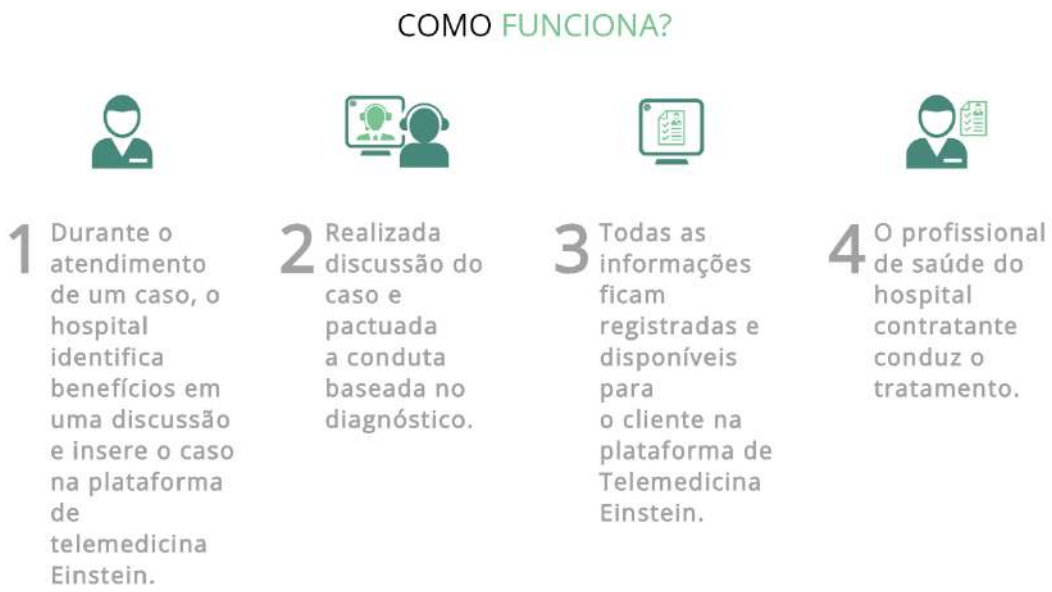


Diferenciais Einstein:

- Uniformizar condutas
- Transferência de conhecimento sobre protocolos do departamento de pacientes graves do Einstein
- Registro das recomendações pactuadas durante a visita
- Disponibilidade para acompanhamento on-line dos dashboard com os resultados
- Registro diário do Score SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

2) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

O Atendimento de Urgência e Emergência é um dos serviços oferecidos à hospitais e clínicas de saúde pela Telemedicina Einstein. Ele oferece cobertura integral para atendimentos médicos de urgência e emergência 24 horas por dia, sete dias por semana. O médico da Telemedicina Einstein, emergencista ou cardiologista, com os médicos do hospital discutem o caso do paciente afim de fazer um diagnóstico e um plano terapêutico assertivo e baseado em evidências científicas. Atualmente, nossos clientes estão situados em vários estados do país com características pública e privada.



REQUISITOS

O serviço é direcionado para instituições hospitalares, que possuam serviço de urgência e emergência. Para utilizar o serviço é necessário ter acesso à infraestrutura adequada, que será indicada pela equipe do Einstein no momento do contrato.

EQUIPE

Médicos emergencistas adulto e pediátrico e cardiologistas.

DIFERENCIAIS EINSTEIN

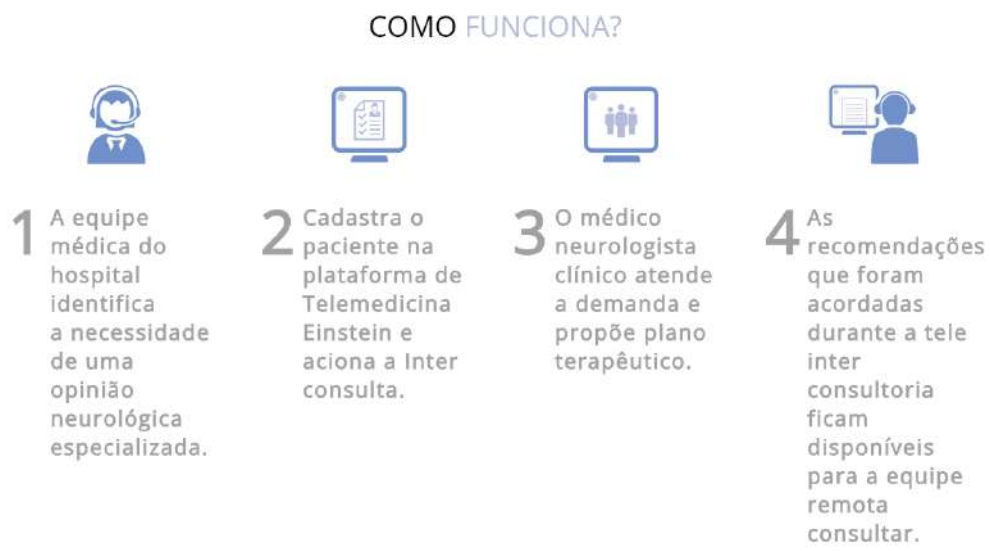
- Suporte médico a distância e em tempo real
- Transferência de conhecimento sobre protocolos Einstein
- Otimização de conduta
- Melhor resolutividade de casos
- Incremento na segurança do paciente

3) TELE NEUROLOGIA

Pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) precisam de atenção imediata e expertise neurológica, raramente oferecida em tempo integral fora dos complexos hospitalares de referência.

A teleneurologia foi inicialmente concebida visando possibilitar procedimentos como trombólises para pacientes distantes dos centros de referência, o que teve um efeito extremamente positivo nos desfechos clínicos.

Além da significativa melhoria dos casos clínicos, o serviço apresenta outros benefícios, como a redução do tempo de internação e do número de transferências dos pacientes, a identificação precoce da necessidade de intervenções cirúrgicas urgentes, além de aumentar expertise e a eficiência dos protocolos neurológicos da instituição.



REQUISITOS

O serviço é direcionado para instituições hospitalares, que possuam serviço de urgência e emergência. Para utilizar o serviço é necessário ter acesso à infraestrutura adequada, que será indicada pela equipe do Einstein no momento do contrato.

EQUIPE

Médicos neurologistas clínicos.

DIFERENCIAIS EINSTEIN

- Equipe de atendimento 24h por dia, 7 dias por semana
- Relatórios customizados de atendimentos e desfechos clínicos
- Excelência do cuidado Einstein
- Compartilhamento de protocolos médicos
- Segurança das informações compartilhadas

4) TELE UTI - TERAPIA NUTRICIONAL ESPECIALIZADA PARA PACIENTES GRAVES

A Terapia Nutricional Especializada para Pacientes Graves é um dos serviços oferecidos à hospitais e clínicas de saúde pela solução Tele UTI da Telemedicina Einstein. A desnutrição no ambiente hospitalar é um fator muito mais frequente do que se imagina, e também, muitas vezes negligenciado. Entre as principais complicações associadas à desnutrição/subnutrição no ambiente hospitalar, destacam-se: aumento no tempo de internação, piora na cicatrização de feridas, aumento do risco de complicações cirúrgicas, de infecções, de lesão por pressão, podendo ter impacto em mortalidade e também, nos custos hospitalares. O acompanhamento nutricional do paciente hospitalizado deve ser realizado através de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais especializados na área como nutricionistas, médicos, enfermeiros,

farmacêuticos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. É um serviço à distância oferecido pelo Einstein para melhoria não apenas de serviços que não dispõem de uma equipe formal de terapia nutricional (EMTN), mas para todas instituições que buscam o aprimoramento e a busca da excelência nessa área. Através de discussões de casos mais complexos, construção e discussão de indicadores ou mesmo do auxílio na estruturação de um serviço local de EMTN virtual, como por exemplo, nos casos de: progressão e desmame de nutrição enteral e parenteral; preparo paciente cirúrgico; abreviação de jejum pré-operatório; interação medicamentos x nutrientes; entre outras possibilidades.

REQUISITOS

O serviço é direcionado para instituições hospitalares. Para utilizar o serviço é necessário ter acesso à infraestrutura adequada, que será indicada pela equipe do Einstein no momento do contrato.

EQUIPE

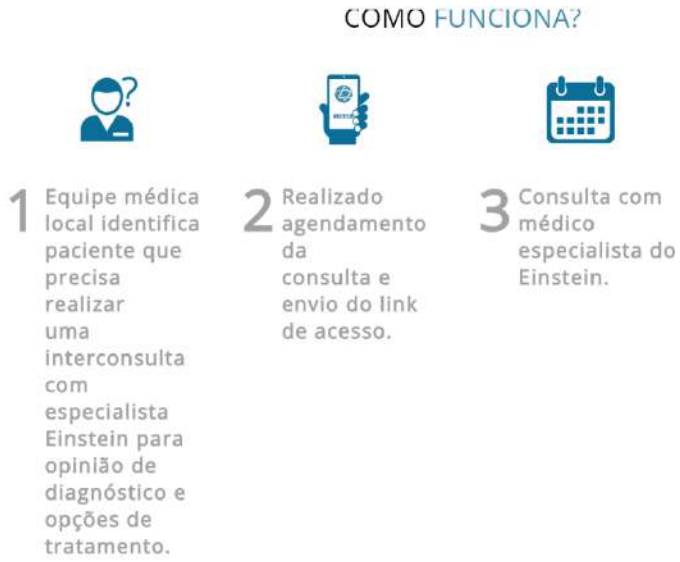
Nutrólogos e profissionais da equipe multidisciplinar de terapia nutricional Einstein.

DIFERENCIAIS EINSTEIN

- Suporte do médico nutrólogo e/ou da equipe especialista a distancia
- Segurança das informações obtidas
- Excelência do cuidado Einstein
- Controles laboratoriais
- Ajuste de formulações da terapia nutricional

5. OPINIÃO **ESPECIALIZADA**

Ter mais de uma opinião e/ou a segurança de um parecer de especialistas do Einstein é um recurso valioso quando a equipe médica do seu hospital e/ou clínica se depara com situações de saúde difíceis ou escolhas sobre as diversas opções de tratamento. A distância não é motivo para afastá-lo dos nossos profissionais. Nossa equipe poderá ajudá-lo a tomar as melhores decisões – recomendando o melhor tratamento baseado em evidência científicas e protocolos assistenciais adotados em nossa instituição.



REQUISITOS

O serviço é direcionado para instituições hospitalares. Para utilizar o serviço é necessário ter acesso à infraestrutura adequada, que será indicada pela equipe do Einstein no momento do contrato.

EQUIPE

Médicos da Telemedicina Einstein. Especialidades: Alergia e Imunologia, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Fisiatria (Medicina Física e Reabilitação), Gastroenterologia, Genética Médica, Ginecologia, Hematologia, Hepatologia, Infectologia, Mastologia, Medicina Fetal, Medicina Intensiva, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Neurologia Pediátrica, Obstetrícia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia.

DIFERENCIAIS EINSTEIN

- Prescrição eletrônica de medicamentos
- Excelência do atendimento e cuidado Einstein
- Possibilita uma opinião de clínicos e cirurgiões entre outros especialistas Einstein
- Segurança das informações compartilhadas

1
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde
O IMPACTO NOS INDICADORES DE QUALIDADE DAS HISTERECTOMIAS ABDOMINAIS COM A IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE RÁPIDA RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA EM HOSPITAL DE ENSINO
Aluna: Vanessa Alvarenga Bezerra
Nível: Mestrado
Orientador: Prof. Dr. Sérgio Podgaec
Co-orientador: Prof. Dr. Renato Moretti Marques
Nº de registro SGPP: 2898-16
Aprovado no Comitê de Ética: 65901017.7.0000.0086
ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

2
Introdução

Introdução

Histerectomia

- Cirurgia ginecológica mais realizada em todo mundo
- Indicações mais frequentes:

Aumento do volume uterino

Dor e Sangramento Uterino anormal

Hemorragia pós-parto

Leiomioma
Adenomiose

Lesões precursoras e invasoras do colo uterino, endométrio, ovário e outras neoplasias malignas pélvicas

Aarts et al., CochraneDatabase, 2015

Introdução

Histerectomia

- Datasus → Entre 2008 e 2021:

1.275.501 Histerectomias

634 óbitos decorrentes do procedimento

Taxa de mortalidade = 5/10.000

85% - total
6% - subtotal
9% - vaginal
0,4% - laparoscópica

Histerectomia abdominal > custo
Tempo médio de internação no Brasil é de três a cinco dias

AUGUSTO et al., Rev Saúde Pública, 2018
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm (accessed September 9, 2021)

Introdução

Histerectomia

- Complicações perioperatórias relacionadas aos cuidados

- Aumento das taxas de internações prolongadas:
  - Fatores culturais
  - Fatores administrativos
  - Cuidados inadequados

Kehlet & Wilmore, The American Journal of Surgery, 2002

Introdução

Tempo de internação prolongado

Kehlet & Wilmore, The American Journal of Surgery, 2002

7

Introdução

ERAS – Enhanced Recovery After Surgery

- Missão: Implementar práticas baseadas em evidências e pesquisas inovadoras para melhorar a recuperação pós operatória centrado nos cuidados clínico e cirúrgico

Cuidado Padrão	Protocolo ERAS
Cuidados com base na experiência do médico	Sistemas de cuidados bem definidos
Maior variabilidade no processo de atendimento	Intervenções e marcos padronizados
Difícil de padronização da coleta de dados	Melhor padronização da coleta de dados

Home - Eras 2015.
Kehlet, British Journal of Anaesthesia 1997

8

Introdução

ERAS – Histórico

2001
- Grupo de estudos- Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)
- Ken Fearon (Universidade de Edinburgo, Reino Unido)
- Olle Ljungqvist (Instituto Karolinska, Suécia)

2004
- Primeiro consenso para cirurgia colorretal – Conceitos do Professor Henrik Kehlet, 1997

2010
- Sociedade ERAS (ERAS® Society), sem fins lucrativos
- Registrada na Suécia

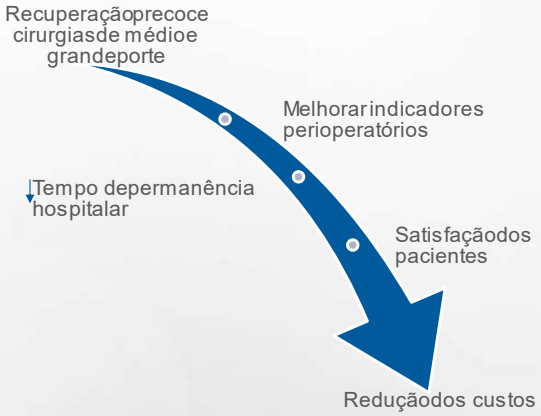
ERAS Society

Kehlet, British Journal of Anaesthesia 1997
https://erassociety.org

9

Introdução

ERAS - Objetivos



Kehlet & Wilmore, The American Journal of Surgery 2002
NELSON et al, Gynecologic Oncology, 2016

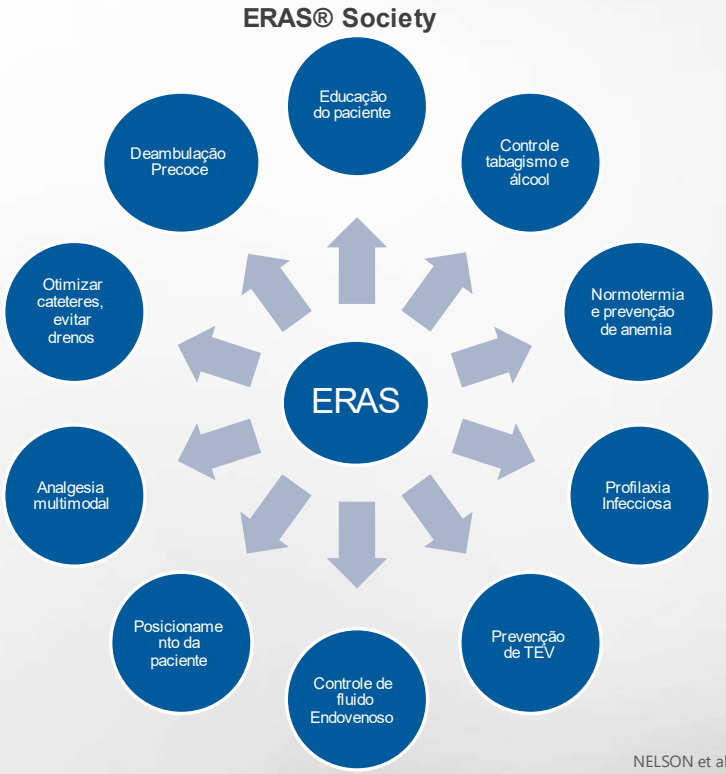
10

Introdução

ERAS – Multiprofissional

Kehlet, British Journal of Anaesthesia 1997
https://erassociety.org

Introdução



NELSON et al, Gynecologic Oncology, 2016
SILVA FILHO et al, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2018

12

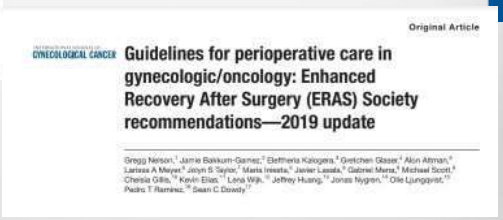
Introdução

Protocolo ERAS para ginecologia - SGO

- 2016 e revisado em 2019: Recomendações da sociedade americana de ginecologia oncológica
- Protocolo estruturado para pacientes oncológicas

Gynecologic Oncology

Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations – Part I


Original Article

GYNECOLOGICAL CANCER

Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations—2019 update

NELSON et al, Gynecologic Oncology , 2016
NELSON et al, International Journal of Gynecological Cancer, 2019

13

Introdução

Protocolo Rápida Recuperação - Brasil

- 2006: **PROJETO ACERTO (Aceleração de Recuperação Total Pós-Operatória)**
  - Professor José Eduardo Aguilar
  - Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal do Mato Grosso
- 2006 – 2011:
  - ↓volume de fluidos intravenosos, tempo de jejum e tempo de internação
  - Dificuldades na implementação das novas práticas de cuidados em enfermarias e centros cirúrgicos de hospitais públicos e privados

AGUILAR-NASCIMENTO et al., Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2009
BICUDO-SALOMÃO et al., Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2011
KUSTER et al., Taiwan J. Obstet. Gynecol., 2019

Introdução

Protocolo ERAS para cirurgia ginecológica benigna

- Wijk et al, 2014 - Protocolo ERAS para a histerectomia abdominal – redução do tempo de internação sem aumento das complicações ou reinternação
- Adaptação do protocolo para cirurgias de médio porte
- Benefícios na cirurgia minimamente invasiva
- Ferrari et al, 2020 – 84,8% de aderência aos itens do protocolo (*compliance*)

WIJK et al. Acta Obstet. Gynecol. Scand.,2014
FERRARI et al., American Journal of Obstetrics and Gynecology , 2020
SCHEIB et al., j. Minim. Ivasive Gynecol , 2019

Introdução

Embasamento fisiopatológico do ERAS

1. Orientações e preparo do paciente
2. Pré-reabilitação
3. Jejum, ingestão de carboidratose realimentação
4. Preparo de cólon
5. Fluídos e hidratação
6. Antibioticoprofilaxia / Profilaxia de Infecção
7. Profilaxia e controle da dor
8. Profilaxia e controle de náuseas e vômitos
9. Uso de cateter vesical de demora (CVD) e drenos
10. Profilaxia de tromboembolismo
11. Anestesia

NELSON et al, Gynecologic Oncology, 2016
NELSON et al, International Journal of Gynecological Cancer, 2019

Introdução

Orientações e preparo da paciente

- Orientações estruturadas
- Alinhamento das expectativas
- Previsibilidade
- diminuição da ansiedade

Pré-reabilitação

- Autonomia e funcionalidade
- Avaliação física e mental
- Classificar necessidades e riscos do paciente

Jejum, ingestão de carboidratos e realimentação

- Jejum sólidos 6-8h
- Jejum líquidos claros 4h
- Suplemento de carboidrato 2 h

Preparo de cólon

- Recomenda-se sua não utilização

NELSON et al, Gynecologic Oncology , 2016

Introdução

Fluídos e hidratação

- Fluidoterapia :
- restrita (<1,75 litros/dia)
- liberal (>2,75 litros/dia)
- balanceado (1,75 e 2,75 litros/dia)

Antibioticoprofilaxia/ Profilaxia de Infecção

- Cefalosporina primeira geração
- Metronidazol
- Banho de clorexidine

Profilaxia e controle da dor

- Analgesia multimodal (analgésicos e antiinflamatórios)
- Evitar opióides

Profilaxia e controle de náuseas e vômitos

- Padrão: antagonistas dos receptores 5-HT3 (ondansetrona)
- Profilaxia multimodal com dois antieméticos

NELSON et al, Gynecologic Oncology , 2016
VARADHAN and LOBO, Proc. Nutr. Soc., 2010
KOBAYASHI ei al, Infect. Control. Epidemiol., 2020

Introdução

Uso de cateter vesical de demora (CVD) e drenos

- Evitar inserção de drenos abdominais
- Retirada precoce do cateter vesical em 6 h

Profilaxia de tromboembolismo

- Profilaxia Mecânica e medicamentosa de acordo com o risco cirúrgico
- Deambulação precoce 8x/dia

Anestesia

- Geral
- Bloqueios regionais neuroaxiais (epidural ou espinhal) bloqueios de nervos periféricos e infiltração da ferida operatória

NELSON et al, Gynecologic Oncology , 2016 8

Justificativa do estudo

Justificativa do estudo

- Estimulados pelos bons resultados dos diferentes serviços que adotaram estas práticas
- Adaptação do protocolo ERAS às condições estruturais e culturais em um serviço de cirurgia ginecológica em hospital público de ensino na cidade de São Paulo
- Práticas baseadas em evidências científicas no cuidado perioperatório à um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados na cirurgia ginecológica - histerectomia abdominal

Wijk L et al, Acta Obstet Gynecol Scand 2014
Wijk L et al, Am J Obstet Gynecol 2019
Ferrari F et al, Am J Obstet Gynecol 2020
Pache B et al, Gynecol Oncol 2019

Objetivos

Objetivo Geral

- Avaliar os indicadores de qualidade das histerectomias abdominais após implementação do protocolo de rápida recuperação pós-operatória - ERAS adaptado para cirurgia ginecológica no Hospital M'Boi Mirim

Objetivos Específicos

- Comparar os resultados obtidos das pacientes antes e após a implementação do protocolo de rápida recuperação pós-operatória - ERAS quanto ao:
  - Tempo de jejum
  - Tempo de internação
  - Indicadores clínicos perioperatórios
  - Taxa de complicações e reinternação
  - Custo hospitalar relacionado ao procedimento

Métodos

25

Métodos

Tipo de Estudo e Local

m'boi mirim
HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOYSÉS DEUTSCH

- Estudo Transversal / Observacional – Retrospectivo (fase I) e prospectivo (fase III)
- Serviço de Ginecologia do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch – M'Boi Mirim

Aspectos Éticos

- Aprovado no comitê de ética do Hospital Israelita Albert Einstein (SGPP 2898-16): e Plataforma Brasil CAAE:65901017.7.0000.0086
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Manutenção da confidencialidade e da integridade dos dados e preservação da identidade dos pacientes

26

Métodos

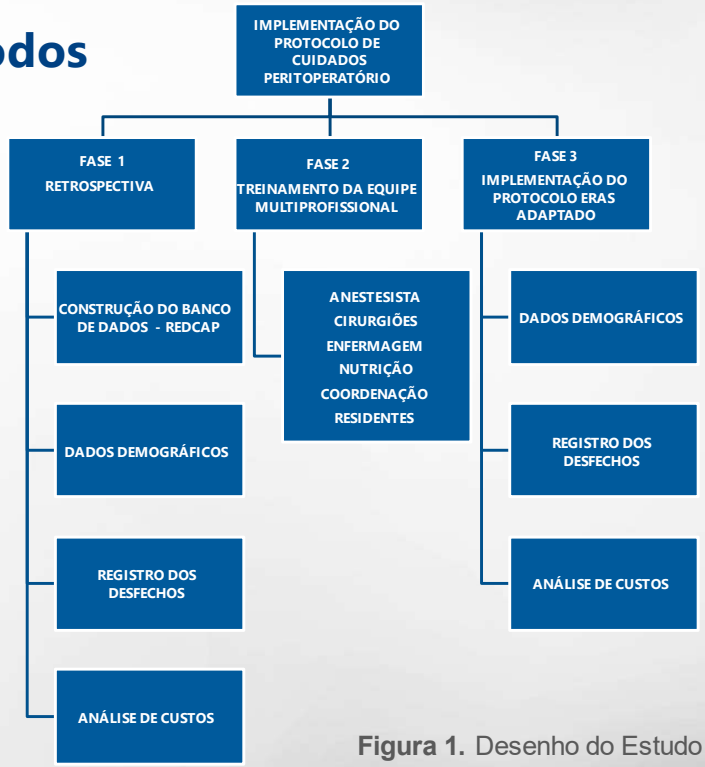


Figura 1. Desenho do Estudo

Métodos

Critérios de Elegibilidade

Critérios de Inclusão :	Critérios de Exclusão
• TCLE • Sexo feminino e > 18 anos • Submetidas a histerectomia total ou subtotal com ou sem procedimento anexial • Diagnóstico histológico de doença benigna • Função medular preservada • Bhcg negativo	• Doença maligna de qualquer origem • Hemoglobina < 10 • Pacientes com histórico de radioterapia pélvica ou abdominal • Endometriose profunda • Cirurgia pélvica do trato urinário ou digestivo • Complicações intra-operatórias

Métodos

Fluxograma do Estudo – Fase I

➢ **Fase I – Grupo PrERAS**

- **104** pacientes consecutivas
- **Março a Dezembro de 2017**
- Serviço de Arquivo Médico e Estatística **(SAME)**
- Construção e registro dos dados na plataforma **REDCAP** (Research Eletronic Data Capture)

https://redcap.einstein.br/

Métodos

Fluxograma do Estudo – Fase II

- Estruturado protocolo adaptado para Histerectomia Abdominal indicada por doença benigna
- Realizado alinhamento às condições institucionais
- Revisão dos dados obtidos na Fase I
- Desenho e adaptação do Protocolo ERAS para Histerectomia Abdominal indicada por doença benigna

29

Métodos

Fluxograma do Estudo – Fase II

- Estruturado protocolo adaptado para Histerectomia Abdominal indicada por doença benigna
- Realizado alinhamento às condições institucionais
- Revisão dos dados obtidos na Fase I
- Desenho e adaptação do Protocolo ERAS para Histerectomia Abdominal indicada por doença benigna

30

Métodos

Fluxograma do Estudo – Fase II

31

Métodos

Fluxograma do Estudo – Fase II

Orientação ao paciente	Cuidados pré e pós-operatório e o plano de cuidado com o mesmo durante internação
Tabagismo e Álcool	Suspender 4 semanas antes da cirurgia
Controle da hiperglicemia	Dosar glicemia pré-operatória. otimizar controle glicêmico antes da cirurgia podendo reduzir a taxa de complicações
Manejo da anemia	Dosar HB e HT pré-operatório- reposição de ferro via oral para anemia ferropriva e eritropoietina para anemia de pacientes com doença renal crônica. Hb >10
Jejum	2-4 horas para líquidos Suplemento clarificado rico em carboidrato e isento de gordura e fibrase- Fresubin® Jucy Drink 6- 8 horas para sólidos
Medicamentos pré-anestésicos	Evitar o uso- associados a demora na recuperação das funções psicomotoras

32

Métodos

Fluxograma do Estudo – Fase II

Profilaxia do TEV	Seguir o protocolo do Hospital israelita Albert Einstein Medicamentos hormonais suspender 4 semanas antes da cirurgia Orientação para deambulação precoce
Profilaxia de Infecção	Banho com clorexidina degermante Assepsia com clorexidina alcoólica Tricotomia apenas na sala cirúrgica Antibioticoprofilaxia preconizada pela Comissão de Infecção Hospitalar (CIH) (Cefazolina + metronidazol)
Prevenção da hipotermia	Usar manta térmica para prevenção de hipotermia
Posicionamento da paciente	Atentar para proeminências ósseas, compressão da panturrilha, posicionamento da placa, não posicionar os braços cranialmente ao ombro.
Anestesia	Priorizar anestesia venosa, para controle da dor bloqueio peridural e bloqueio da parede abdominal. Evitar raquianestesia
Time-out	Realizar o Time-out (conferência do cumprimento das etapas de segurança da sala cirúrgica) da instituição antes e após a cirurgia

33

Métodos

Fluxograma do Estudo – Fase II

Administração de fluidos endovenosos	Cristalóides manutenção 1,2ml/kg/h até iniciar alimentação. Limite de 1,75 l / dia
Quantificar sangramento	Conteúdo do aspirador somado ao peso de compressas - 20g
Transfusão sanguínea	Somente se HB < 7,0 ou instabilidade hemodinâmica
Analgesia pós-operatória	Analgésico + anti-inflamatório não esteroidal (dipirona 2g, profenid 100 mg, cloridrato de tramadol 100 mg) – evitar morfina
Prevenção de náuseas e vômitos	Uso de anti-emético no intra e pós operatório para minimizar efeitos colaterais dos anestésicos (Ondansetrona 8 mg / dimenidrato / dexametasona 4 mg
Deambulação Precoce	Deambular 8h/dia
Realimentação Precoce	Pelo menos 2h após a cirurgia
Drenos e Cateteres	Sugere-se a retirada do cateter vesical de demora após 06 horas de pós operatório. Evita-se drenos

Métodos

Fluxograma do Estudo – Fase II

- Participação ativa da paciente

FICHA PACIENTE CIRURGIA GINECOLÓGIA
HISTERECTOMIA ABDOMINAL

Nome:
Prontuário:
Data:

DOR
Escala Faces de Wong-Baker

PO1 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO
Você teve DOR? SIM( ) NÃO( )
0 a 10: _____

VÔMITOS

PO1 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO
Você apresentou VÔMITOS?
SIM( ) NÃO( )
Se SIM, quantas vezes no dia?
0( ) 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5 ou mais( )
Pediu remédio após o vômito?
SIM( ) NÃO( )
Se SIM, melhorou após o remédio?
SIM( ) NÃO( )

1 PO: 1 PÓS-OPERATÓRIO
Você apresentou VÔMITOS?
SIM( ) NÃO( )
Se SIM, quantas vezes no dia?
0( ) 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5 ou mais( )
Pediu remédio após o vômito?
SIM( ) NÃO( )
Se SIM, melhorou após o remédio?
SIM( ) NÃO( )

ANDAR NO PÓS OPERATÓRIO

PO1 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

VOCÊ ANDOU PELA PRIMEIRA VEZ QUE HORAS ?
Colocar o horário - _____

CONSEGUIU ANDAR QUANTAS VEZES NO DIA?
1X( ) 2X( ) 3X( ) 4X( ) 5X( ) 6X( ) 7X( ) 8X( )

CONSEGUIU FICAR QUANTAS HORAS FORA DA CAMA?
Colocar o horário - _____

1 PO: 1 PÓS-OPERATÓRIO
CONSEGUIU ANDAR QUANTAS VEZES NO DIA?
1X( ) 2X( ) 3X( ) 4X( ) 5X( ) 6X( ) 7X( ) 8X( )

Métodos

Fluxograma do Estudo – Fase III

- Implementação do protocolo ERAS adaptado para cirurgia ginecológica benigna
- **122** pacientes internadas para histerectomia abdominal consecutivas
- Aplicação do protocolo no pré, intra e pós operatório
- Fase: PoERAS
- Coleta dos dados prospectivos de **julho 2018 a julho 2019**

36

Métodos

Fluxograma do Estudo – Fase III

- Fase de comparação entre os grumos PrERAS e PoERAS:
  - Dados demográficos
  - Desfechos perioperatórios: tempo de jejum, duração da internação, indicadores clínicos perioperatórios, taxa de complicações e de reinternação
  - Custo hospitalar relacionado ao procedimento

37

Métodos

Cálculo amostral e análise estatística

- Teste Bicaudal
- Tempo médio de internação pré-ERAS: 2,6 dias (DP 1,09 dias)
- Redução no tempo de internação pós ERAS - pelo menos 0,5 dias
- Poder de 80% e confiança de 95%
- Amostra: mínimo 75 pacientes em cada etapa

- **Variáveis qualitativas** - frequências absolutas e porcentagens
- **Variáveis quantitativas** - descritas por médias e desvios padrão ou medianas e quartis

Wijk L et al, Acta Obstet Gynecol Scand 2014

Métodos Análise Estatística

Comparações entre períodos:

- **Variáveis categóricas:** testes de qui-quadrado, testes exatos de Fisher ou testes de razão de verossimilhança
- **Variáveis quantitativas:** teste t de Student ou testes não paramétricos de Mann-Whitney
- **Taxa de desfechos binários:** modelos lineares generalizados com distribuição binomial
- **Variáveis de custo:** modelos lineares generalizados, com distribuição binomial negativa ou Gamma
- As análises foram realizadas com o auxílio do programa SPSS e considerando um nível de significância de 5%.

ALTMAN. London and New York, 1991.

Resultados

40

Resultados

Tamanho Amostral – N=197

Figura 1. Fluxograma de inclusões de pacientes no estudo

41

Resultados

Características Demográficas

	PrERAS	PoERAS	valor-p
Idade (anos)			
Média(desvio padrão)	45 (5)	46 (5)	0,490T
Mínimo- Máximo(n)	33 - 55 (92)	34 - 64 (95)	
IMC			
Mediana(1º; 3º quartil)	29 (25; 33)	28 (25; 31)	0,421M
Mínimo- Máximo(n)	18 - 45 (91)	19 - 42 (94)	
Anticoncepcional oral	23/92 (25,0%)	21/95 (22,1%)	0,641Q
Reposição hormonal	1/92 (1,1%)	2/95 (2,1%)	>0,99F
Diagnóstico pré-operatório			
Mioma	92/92 (100,0%)	94/95 (98,9%)	>0,99F
Sangramentouterinoanormal	0/92 (0,0%)	2/95 (2,1%)	0,497F
Resultado da escalaASA			
I	37/92 (40,2%)	37/95 (38,9%)	0,865R
II	53/92 (57,6%)	57/95 (60,0%)	
III	2/92 (2,2%)	1/95 (1,1%)	

T: Testes t de Student ; M: Teste de Mann-Whitney ; Q: Teste de qui-quadrado ; R: Teste de razão de verossimilhanças ; F: Teste exato de Fisher

Resultados

Características Demográficas

	PrERAS	PoERAS	valor-p
Procedimento cirúrgico			0,027Q
Histerectomiasubtotal	63/92 (68,5%)	50/95 (52,6%)	
Histerectomiatotal	29/92 (31,5%)	45/95 (47,4%)	
Duração da cirurgia (min)			0,855M
Mediana(1º; 3º quartil)	115 (100; 135)	120 (105; 130)	
Mínimo- Máximo(n)	70 - 225 (92)	50 - 210 (95)	
Caso de ensino	80/92 (87,0%)	93/95 (97,9%)	0,004Q
Categoriado cirurgião			0,004Q
Orientador	12/92 (13,0%)	2/95 (2,1%)	
Residente	80/92 (87,0%)	93/95 (97,9%)	
Volume do útero (cc)			0,510M
Mediana(1º; 3º quartil)	350 (203; 755)	404 (288; 599)	
Mínimo- Máximo(n)	64 - 3549 (82)	102 - 2000 (94)	
Diagnóstico histopatológico			
Leiomioma	91/92 (98,9%)	94/95 (98,9%)	>0,99F
Adenomiose	4/92 (4,3%)	2/95 (2,1%)	0,439F
Endometrioseovariana	0/92 (0,0%)	1/95 (1,1%)	>0,99F
Endometrioseperitoneal	1/92 (1,1%)	0/95 (0,0%)	0,492F

T: Testes t de Student, M: Teste de Mann-Whitney, Q: Teste de qui-quadrado, R: Teste de razão de verossimilhanças, F: Teste exato de Fisher

Resultados

Manejo Perioperatório

Mudanças de práticas clínicas entre os períodos PrERAS e PoERAS

	PrERAS	PoERAS	valor p
Tabagismo	11/92 (12,0%)	8/95 (8,4%)	0,424Q
Parou de fumar na última semana?	0/11 (0,0%)	3/8 (37,5%)	0,058F
Etilismo	1/92 (1,1%)	3/95 (3,2%)	0,621F
Parou de beber na última semana	0/1 (0,0%)	1/3 (33,3%)	>0,99F
Ingerido suplemento alimentar	0/92 (0,0%)	75/95 (78,9%)	<0,001Q
Profilaxia de pele	74/92 (80,4%)	92/95 (96,8%)	<0,001Q
Time out pré-anestésico realizado	92/92 (100,0%)	95/95 (100,0%)	--
Time out pré-cirúrgico realizado	92/92 (100,0%)	94/95 (98,9%)	>0,99F
Time out pós-cirúrgico	10/92 (10,9%)	62/95 (65,3%)	<0,001Q
Uso de manta térmica	25/92 (27,2%)	83/95 (87,4%)	<0,001Q
Profilaxia tromboembolismo venoso	71/77 (92,2%)	52/80 (65,0%)	<0,001Q
Enoxaparina	71/71 (100%)	52/52 (100%)	--
Meia elástica	0/77 (0,0%)	1/75 (1,3%)	--
Profilaxia de náusea e vômito	82/92 (89,1%)	91/95 (95,8%)	0,084Q
Profilaxia de dor	92/92 (100,0%)	95/95 (100,0%)	--

Q: Teste de qui-quadrado ; R: Teste de razão de verossimilhanças ; F: Teste exato de Fisher

Resultados

Tipo de Anestesia

	PrERAS	PoERAS	valor-p
Tipo de anestesia			0,588R
Bloqueio	81/92 (88,0%)	86/95 (90,5%)	
Bloqueio+ geral	10/92 (10,9%)	7/95 (7,4%)	
Geral	1/92 (1,1%)	2/95 (2,1%)	

R: Teste de razão de verossimilhanças;

Resultados

Profilaxia de dor, náuseas e vômitos

- **Dor:**

Modificações do tipo e posologias de medicações

- Aumento da dose da dipirona e da frequência do cetoprofeno no PoERAS p<0,001
- **Redução das taxas de analgésicos opióides PoERAS (Tramadol e Morfina) p<0,001**
- **Náuseas e vômitos:**
- Aumento da profilaxia para n áuseas no PoERAS (89,1% – 95,8%) p<0,001
- Aumento da frequência da ondansetrona no PoERAS p<0,001

Resultados

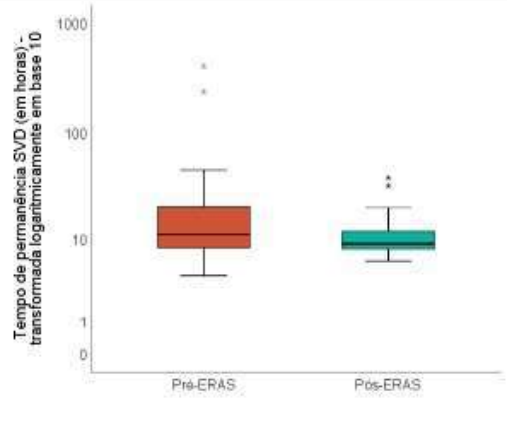
Profilaxia de infecção

	PrERAS	PoERAS	valor-p
Antibioticoprofilaxia			<0,001R
Cefazolina	86/92 (93,5%)	9/95 (9,5%)	
Cefazolina+ Metronidazol	2/92 (2,2%)	85/95 (89,5%)	
Cefazolina+ Outro	2/92 (2,2%)	1/95 (1,1%)	
Outro	2/92 (2,2%)	0/95 (0,0%)	

R: Teste de razão de verossimilhanças

Resultados

Drenos e Cateteres



- Redução do tempo de Cateter vesical de **48,6%** (p <0,001) no período PoERAS
- Média PrERAS 21,1h e PoERAS 10.9 h

Resultados

Desfechos

Tempo de jejum

	PrERAS	PoERAS	valor-p
Tempo de jejumde sólido até a cirurgia (h)			
Médiaestimada(IC 95%)	14,0 (13,4; 14,6)	14,1 (13,5; 14,7)	0,792G
Mínimo- Máximo(n)	9 - 25 (92)	8 - 24 (95)	
Tempo de jejum de sólidos; do início do jejum até realimentação- sólido ou leve			
Médiaestimada(IC 95%)	22,5 (21,7; 23,3)	21,4 (20,6; 22,2)	0,058G
Mínimo- Máximo(n)	15 - 41 (92)	14 - 35 (93)	
Tempo de jejum após cirurgia e Realimentação pós-operatória- sólido ou leve			
Médiaestimada(IC 95%)	6,4 (6,0; 7,0)	5,2 (4,8; 5,6)	<0,001G
Mínimo- Máximo(n)	1,1 – 24,0 (92)	2,30 – 9,5 (92)	

G: Comparação por modelo linear generalizado com distribuição Gamma

Resultados

Desfechos

Tempo de jejum

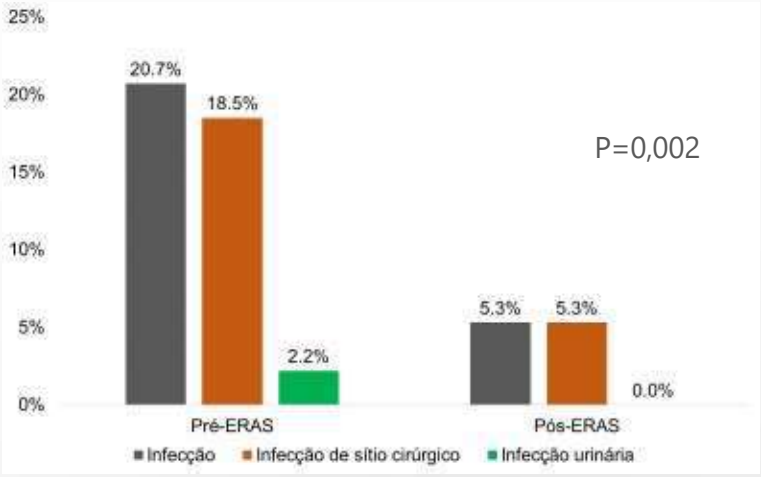
	PrERAS	PoERAS	valor-p
Tempo da ingestão do suplemento (ou início do jejum sólido) jejumaté a cirurgia em horas			
Médiaestimada(IC 95%)	14,0 (12,9; 15,1)	6,7 (6,3; 7,3)	<0,001G
Mínimo- Máximo(n)	9,0 – 24,8 (92)	1,1 – 23,0 (95)	
Tempo da ingestão do suplemento (ou início do jejum sólido) até realimentação (líquida, leve ou sólida, o que ocorrer primeiro) (horas)			
Médiaestimada(IC 95%)	22,3 (21,3; 23,3)	13,7 (13,1; 14,4)	<0,001G
Mínimo- Máximo(n)	15,5 – 38,0 (92)	7,0 – 30,0 (93)	

G: Comparação por modelo linear generalizado com distribuição Gamma

Resultados

Desfechos

Infecção e Complicações



P=0,002

- Redução de 15,4% na taxa de infecção no PoERAS p=0,002
- Redução de outras complicações 1,2% no PoERAS p=0,669

Resultados

Desfechos

Tempo de internação e Custo

	PrERAS	PoERAS	valorp
Reinternação	0/92 (0,0%)	1/95 (1.1%)	>0,99F
Tempo da admissão até a cirurgia (em horas)			
Médiaestimada(IC 95%)	7,9 (6,8; 9,1)	9,5 (8,3; 10,9)	0,065G
Mínimo- Máximo(n)	1,9 – 53,8 (92)	2,5 – 52.6 (95)	
Tempo de internação (em horas)			
Médiaestimada(IC 95%)	57,5 (55,0; 60,2)	37,6 (36,0; 39,3)	<0.001G
Mínimo- Máximo(n)	51 - 102 (92)	13 - 93 (95)	

Redução tempo de internação no PoERAS 34,7%

Resultados

Desfechos

Custo

	PrERAS	PoERAS	valor-p
Reinternação relacionada – n/total (%)	0/92 (0,0%)	1/95 (1.1%)	>0,99F
Tempo da admissão até a cirurgia (em horas)			
Média estimada (IC 95%)	7,9 (6,8; 9,1)	9,5 (8,3; 10,9)	0,065G
Mínimo - Máximo (n)	1,9 – 53,8 (92)	2,5 – 52.6 (95)	
Tempo de internação (em horas)			
Média estimada			

Resultados

Dificuldades

- Controle do horário do início da cirurgia
- Adequação da equipe de anestesia aos conceitos e execução do protocolo ERAS
- Aderência da equipe de fisioterapia
- Controle da infusão de líquidos intraoperatório
- Prontuário não digitalizado no intraoperatório
- Prontuário não digitalizado da fase retrospectiva
- Troca dos residentes a cada 2 meses
- Controle do horário da dieta pós operatória

Conclusões Preliminares

Conclusões Preliminares

- A implementação do protocolo ERAS modificado para cirurgia ginecológica em hospital público de ensino foi segura e reduziu
  - Tempo de internação
  - Taxa de infecção de sítio cirúrgico
  - Custos hospitalares

- O sucesso da implementação do protocolo ERAS decorre da multimodalidade de ações empregadas e da multidisciplinaridade dos profissionais

- A economia de recursos estimada permitiria a realização de, aproximadamente, 62,4% mais histerectomias.

Obrigada!

Check for updates

Received: 4 August 2022 | Revised: 25 October 2022 | Accepted: 22 November 2022

DOI: 10.1002/ijgo.14594

CLINICAL ARTICLE

Gynecology

Short-term outcomes after an enhanced recovery after surgery protocol in abdominal hysterectomies for leiomyomas in a teaching hospital

Vanessa Alvarenga-Bezerra[1] | Renato Moretti-Marques[1] | Mariana G. Barbosa[2] | Gabriela M. Rios[1] | Ana C. S. Mengai[1] | Fernanda F. Assir[1] | Edna C. S. Pimenta[2] | Sergio Podgaec[1]

[1]Hospital Israelita Albert Einstein, Gynecology Department, São Paulo, Brazil

[2]Hospital Municipal Dr. Moises Deustch, Gynecology Department, São Paulo, Brazil

Correspondence
Renato Moretti-Marques, Hospital Israelita Albert Einstein, Av. Albert Einstein 627, Bloco A, 3 Subsolo, São Paulo 05652-900, Brazil.
Email: morettimarques@gmail.com

Abstract

Objective: To compare the perioperative outcomes of patients undergoing abdominal hysterectomies for leiomyomas before and after the implementation of an enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in a teaching hospital.

Methods: This prospective cohort study compared a patient group from a historical series (pre-ERAS) with another group after ERAS implementation. Fasting time, length of hospital stay, complications, readmission rates, and procedure-related hospital costs were analyzed.

Results: Altogether, 187 patients were included in the analysis: 92 (49.2%) and 95 (50.8%) in the pre-ERAS and ERAS groups, respectively. Both groups had similar clinical characteristics. We observed reductions in surgical outcome findings: fasting time (13.9 to 6.7 h, $P < 0.001$), bladder catheter usage (21.1 to 10.9 h, $P < 0.001$), infection rates (20.7% to 5.3%, $P = 0.002$), length of stay (57.5 to 37.6 h), and 38.4% of the total estimated mean cost per procedure (USD $1570.8 to USD $967.2, $P < 0.001$) in the pre-ERAS and ERAS groups, respectively. Hospital readmission rates ($P > 0.99$) did not increase.

Conclusion: ERAS protocol implementation for hysterectomies involving uterine leiomyomas reduced the length of hospital stay, surgical site infection rates, and hospital costs. A mean savings of USD $603.6 per procedure would allow 62.4% more hysterectomies to be performed.

KEYWORDS
abdominal hysterectomy, ERAS, gynecologic surgery, health cost, leiomyoma, length of stay, perioperative care

1 | INTRODUCTION

Hysterectomy is the most frequently performed gynecological surgery and is indicated for pelvic pain and abnormal uterine bleeding caused by leiomyomas, adenomyosis, precancerous and cancerous lesions, and postpartum hemorrhage.[1] In Brazil, 1 275 501 hysterectomies were performed between 2008 and 2021 with a mean hospitalization time of 3–5 days, 634 deaths from the procedure, and a mortality rate of five cases per 10 000 surgeries.[2,3]

A significant number of perioperative complications with rates of prolonged hospitalizations related to inadequate perioperative care has been observed.[2] To reduce the length of hospital stay without

© 2022 International Federation of Gynecology and Obstetrics.

18793479, 0, Downloaded from https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14594 by VANESSA BEZERRA - CAPES , Wiley Online Library on [11/12/2022]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

compromising patient safety, clinical and organizational actions that improve perioperative outcomes and lead to faster recovery are recommended by the enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol.[4] Only two studies that implemented the ERAS protocol for hysterectomies have been published.[5,6]

ERAS protocol implementation is based on the observation of routine practices and replacing them with evidenced-based best practices.[7] Coordinated action, including the observance of patient guidelines, such as smoking and alcohol intake control, fasting time, and length of hospital stay, in addition to multidisciplinary actions in the perioperative period for infectious prophylaxis, venous thromboembolism prevention, control of fluid infusion, and the use of preanesthetic medications and analgesia, among others, are emphasized.[7–10] Subsequent studies have shown that the proposed interventions positively affect patients' recovery with up to a 50% reduction in the length of hospital stay.[11]

Recently, studies have reported good perioperative outcomes with the implementation of ERAS protocols for gynecological surgeries for benign and malignant diseases.[5,6,12–15] Despite the benefits observed, some studies point out administrative and cultural difficulties in protocol implementation and adherence.[16–18]

This study evaluated the perioperative clinical outcomes of patients who underwent abdominal hysterectomies for uterine leiomyomas before and after the ERAS protocol was adapted to cultural and structural conditions in a teaching hospital. The objective was to compare the results obtained both before and after implementation of the ERAS protocol in terms of fasting time, length of hospital stay, perioperative clinical indicators, complications, readmission rates, and hospital costs related to the procedure.

2 | MATERIALS AND METHODS

This study was approved by the ethics committee of the Hospital Israelita Albert Einstein (65901017.7.0000.0086) and conducted at the Municipal Hospital Moises Deustch – M'Boi Mirim of the Sociedade Beneficente Israelita Brasileria Albert Einstein, São Paulo, Brazil. Written informed consent was obtained from all patients. A prospective cohort was developed to compare the perioperative outcomes and hospital costs of patients who had undergone abdominal hysterectomies for uterine leiomyomas at a teaching hospital among patients from a historical series (pre-ERAS) and another group of patients after the implementation of the protocol (ERAS).

A total of 104 consecutive patients who underwent abdominal hysterectomies for leiomyomas between March and December 2017 and who met the inclusion criteria (Table 1) were selected for the pre-ERAS group. Between July 2018 and July 2019, 122 candidates for an abdominal hysterectomy for leiomyomas were invited to participate in the study as the group receiving care according to the ERAS protocol (ERAS group). Clinical and demographic data were extracted from digitized medical records and used to construct the database stored in the Research Electronic Data Capture platform.

TABLE 1 Inclusion and exclusion criteria

Inclusion criteria	1. Women 2. Age 18 years and older 3. Requiring total or supracervical abdominal hysterectomy with or without adnexectomy 4. Histologic diagnosis of benign disease 5. Hemoglobin >10 mg/dl 6. Negative pregnancy test for premenopausal women and in women <2 years of menopause
Exclusion criteria	1. Diagnosis of malignant disease 2. Intraoperative complications 3. Deep endometriosis 4. History of pelvic or abdominal radiotherapy 5. Pregnancy 6. History of pelvic surgery of the urinary or digestive tract

Multidisciplinary discussions were held every 15 days with the hospital administration, nutrition, physiotherapy, nursing, anesthesiology, and gynecological surgery departments for 6 months to adapt the ERAS protocol for uterine leiomyoma abdominal hysterectomy and the cultural and structural conditions of the teaching hospital prior to its implementation (Table 2). The follow-up of the clinical outcomes was performed during the hospitalization and at postoperative days 7, 14, and 40. The hospital follow-up period included data collection of the most relevant clinical data such as smoking and alcohol cessation, preoperative food supplement intake, fasting time, infectious prophylaxis, anesthetic modality, hypothermia prophylaxis, fluid control, early deambulation, pain, nausea, and vomiting management. During the outpatient clinical reevaluation at postoperative days 7, 14, and 40, surgical complications and readmissions were recorded.

To evaluate the benefits after the ERAS protocol implamentation, some perioperative clinical outcomes such as fasting time, length of hospital stay, perioperative clinical quality indicators, complications, readmission rates, and procedure-related hospital costs were analyzed.

Procedure-related hospital costs for women who had undergone abdominal hysterectomies for uterine leiomyomas in the pre-ERAS and the ERAS groups were obtained from the sum of the total value of materials and drugs used, total value of daily charges of the hospital, and professionals involved in patient care.

Sample size calculation was performed using a two-tailed test. The mean length of stay (LOS) for patients before ERAS implementation was 2.6 days with a standard deviation (SD) of 1.09 days. Assuming that the reduction in the LOS after ERAS implementation was at least 0.5 days with a power of 80% and a confidence interval (CI) of 95%, the sample for conducting the study was ≥75 patients in each group.[5]

Categorical variables were described as absolute counts and percentages and compared using χ^2 tests, Fisher exact tests, likelihood–ratio tests, or binary logistic regression models. Quantitative variables were described as means and SDs or medians and quartiles with ranges, and compared using Student *t* test, nonparametric Mann–Whitney test, or generalized linear models with gamma

18793479, 0, Downloaded from https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14594 by VANESSA BEZERRA - CAPES , Wiley Online Library on [11/12/2022]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 2 ERAS protocol adapted for abdominal hysterectomy indicated for benign disease

ERAS protocol adapted	
Patient orientation	Preoperative and postoperative care and plan of care during hospitalization. Explanatory leaflets and guidance consultations.
Smoking and alcohol	Suspend 4 weeks before surgery.
Control of hyperglycemia	Preoperative blood glucose dosage.
Anemia management	Oral iron replacement for iron deficiency anemia (Hb >10) and erythropoietin for anemia in patients with chronic kidney disease.
Fasting	From 2 to 4 h for liquids — Clarified supplement rich in carbohydrate and free of fat and fibrase — Fresubin® Jucy Drink - of the brand Fresenius Kabi. Address: Head office - Bad Homburg vor der Höhe, Germany. Product distributor in Brazil: Fresenius Kabi Brasil - Av. Projected Marginal, 1652 - Tamboré, Barueri - SP, 06460–200 8 h for solids.
Pre-anesthetic drugs	Do not use pre-anesthetic medication.
VTE prophylaxis	Institutional protocol. Hormonal medications to be suspended 4 weeks before surgery. Guidance for early ambulation.
Infection prophylaxis	Antibiotic prophylaxis recommended by the Hospital Infection Commission (cefazolin + metronidazole).
Prevention of hypothermia	Use a thermal blanket to prevent hypothermia.
Positioning of the patient	Pay attention to bony prominences, calf compression, plate positioning, and not positioning the arms cranially to the shoulder.
Anesthesia	Prioritize intravenous anesthesia for pain control, epidural blockade, and abdominal wall block. Avoid spinal anesthesia.
Time-out (stop to check compliance with the operating room and patient safety steps)	Perform Time-out of the institution before anesthesia pre- and postoperatively.
Administration of intravenous fluids	Crystalloids for maintenance at 1.2 ml/kg/h until the start of feeding. Limit of 1.75 L/day.
Quantify bleeding	Vacuum contents added to the weight of dressings.
Blood transfusion	Only if Hb <7.0 or hemodynamic instability.
Pain prevention	Analgesic + nonsteroidal anti-inflammatory drug for optimization of postoperative pain (dipyrone 2 g, ketoprofen 100 mg). Avoid opioids.
Prevention of nausea and vomiting	Use of anti-emetics in the intra- and postoperative period (ondansetron 8 mg/dimenhydrinate/dexamethasone 4 mg).
Early ambulation	Walking 8 h/day 2 h after surgery. Elaboration of explanatory leaflets for patients.
Early feedback	At least 2 h after surgery and when patient is wide awake.
Drains and catheters	It is suggested that indwelling urinary catheters be removed >6 h postoperatively. Drains should be avoided.
Hospital discharge	Controlled pain, ambulation, no vomiting, presence of flatus.

Abbreviations: ERAS, enhanced recovery after surgery; Hb, hemoglobin; VTE, venous thromboembolism.

distribution. Multiple models, confounders, or interactions were not analyzed as we observed similar characteristics of age, body mass index, diagnosis, severity, and hormone use between the groups being compared and also because the sample size was designed for comparisons regarding one variable at a time. Analyses were performed using SPSS (IBM), and *P* values less than 0.05 were considered significant.

3 | RESULTS

Figure 1 shows the flowchart of the included patients. The pre-ERAS and ERAS groups had similar demographic characteristics (Table 3) in terms of age, body mass index, use of oral contraceptives or hormone therapy, American Society of Anesthesiologist classification, comorbidities, duration of surgery, and uterine volume. More total hysterectomies ($P = 0.027$) and surgeries classified as teaching cases (i.e. when the resident physician acts as the main surgeon) were observed in the ERAS group ($P = 0.004$).

The total fasting time for solids was not significantly different between the groups analyzed ($P = 0.792$, data not shown). A significant reduction was observed in fasting time from ingestion of the supplement to surgery ($P < 0.001$). The administration of preoperative food supplements as a fasting abbreviation was performed in 75 (78.95%) patients in the ERAS group ($P < 0.001$). Moreover, a shorter postoperative time for refeeding was noted for the ERAS

18793479, 0, Downloaded from https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14594 by VANESSA BEZERRA - CAPES , Wiley Online Library on [11/12/2022]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

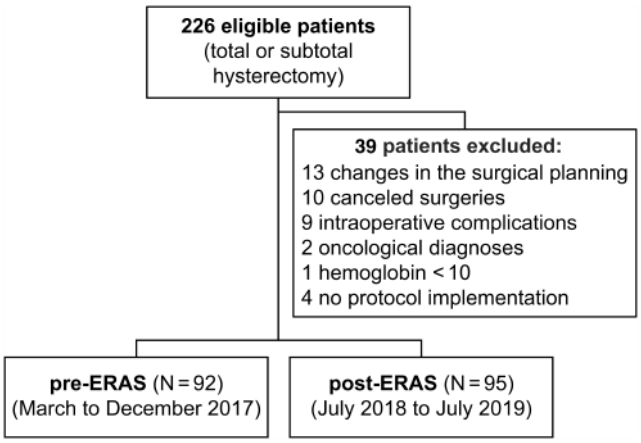


FIGURE 1 Flowchart of the study design.

group ($P < 0.001$). Table 4 shows the characteristics and changes in the clinical practices within groups. All patients, pre-ERAS or ERAS, received pain prophilaxis.

There was greater adherence to protocol items in the ERAS group, regarding the use of thermal blankets and infectious prophylaxes with skin disinfection with the addition of metronidazole with cefazolin ($P < 0.001$). There was also decreased drug prophylaxis for venous thromboembolisms, a reduction in opioid use ($P < 0.001$), and indwelling urinary catheter duration in the ERAS group ($P < 0.001$).

Infection rates decreased in the ERAS group. The pre-ERAS group exhibited 19 (20,7%) cases of postoperative infections (17 [18.5%] surgical site infections, two (2.2%) urinary infections). The ERAS group had five cases of surgical site infections ($P = 0.002$). Table 5 presents the perioperative infections and complication rates of both groups.

Table 6 shows comparisons of the length of hospital stay, readmission, and time from hospital admission until surgery between groups, documenting an estimated 34.68% reduction (95% CI, 30.40%–38.69%; $P < 0.001$) in the total mean length of hospital stay (Figure 2).

Total hospital costs were calculated after analyzing 50 consecutive patients, representing 26.7% of the total sample (24 pre-ERAS and 26 ERAS cases). There was a significant reduction of 38.43% (95% CI, 33.42%–43.05%, $P < 0.001$) in the mean total cost of the procedure. The mean total cost of the procedure was estimated at USD $1570.8 and USD $967.2 in the pre-ERAS and ERAS groups, respectively.

4 | DISCUSSION

This study revealed that ERAS protocol implementation adapted for uterine leiomyoma abdominal hysterectomies resulted in a significant decrease in fasting time with the introduction of food supplements ($P < 0.001$), length of hospital stay ($P < 0.001$), infectious complications ($P = 0.002$), and hospital costs related to the procedure ($P < 0.001$). Notably, changes proposed by the ERAS protocol did not lead to increased complications or readmission rates, confirming the results obtained from other studies.[5,12,13]

Two independent periods (before and after ERAS protocol implementation) were studied in terms of adherence to protocol items, clinical outcomes, and the hospital costs of patients undergoing abdominal hysterectomies for uterine leiomyomas. Most published studies have used this methodology to evaluate nonrandomized observational cohorts before and after protocol implementation.[5,10] The organizational, clinical, and ethical difficulties of developing randomized clinical trials to compare implementation with nonimplementation are discussed. Limitations are still observed with blinded investigators proposing usual practices that are not aligned with the best and latest clinical evidence for perioperative care.[12]

The pre-ERAS and ERAS groups were homogeneous in terms of demographic data, histopathological diagnosis, history of previous surgeries, surgery duration, anesthetic modalities, and clinical parameters. Similar results were observed in main studies evaluating the implementation of the ERAS protocol in gynecological surgical procedures in patients of low to intermediate clinical and surgical complexity.[5,6,12,13] We used data from these studies as parameters to calculate sample size and to evaluate the clinical impact of the ERAS protocol on perioperative care. After implementation, differences were observed in surgical technical complexity characterized by an increased number of total hysterectomies and decreased subtotal hysterectomies in the ERAS group ($P < 0.027$). An increase was observed in teaching cases, where the resident physician performed the procedure as the main surgeon ($P = 0.004$). These differences are credited to the technical maturation of the gynecological surgery service and participation in a new institutional protocol. Unexpected behavioral changes in professionals involved in clinical trials are commonly observed and known as the Hawthorne effect.[19]

This study did not identify a reduction in smoking or alcohol consumption in the weeks before surgery. In the ERAS group, we observed increased hypothermia prophylaxis with frequent use of thermal blankets ($P < 001$), greater adherence to institutional protocols for venous thromboembolism prophylaxis, and reduced administration of enoxaparin ($P < 0.001$). Similar to the findings of the present study, Wijk et al. demonstrated that <80% of participants undergoing procedures with low thrombotic risk should receive drug prophylaxis.[12] A reduction in opioid use ($P < 0.001$) was observed, correlating with a reduction in nausea due to the absence of reduced gastrointestinal motility and maintenance of the patients' sense of well-being and autonomy.[20] Some common concerns are the deleterious effects of opioid drugs and the abuse and addiction that can occur in 21%–29% of patients who chronically use them.[21,22] Kalogera et al. demonstrated an 80% reduction in opioid use in the first 48 h, without changing the postoperative pain score.[23]

The use of catheters and drains is correlated with pain, movement restrictions, and increased emotional stress in patients. This study observed a significant reduction of 48.6% ($P < 0.0001$) in the mean duration of bladder catheter use. Similar results were not observed

18793479, 0, Downloaded from https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14594 by VANESSA BEZERRA - CAPES , Wiley Online Library on [11/12/2022]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 3 Demographic characteristics of patients undergoing hysterectomy for benign disease in the pre-ERAS and ERAS groups

	Pre-ERAS	ERAS	*P* value
Age (years)			
Mean (SD)	45.24 (4.84)	45.76 (5.39)	0.490 T
Range	33.00–55.00	34.00–64.00	
BMI			
Median (first; third quartile)	29.00 (25.00; 33.00)	27.50 (25.00; 31.00)	0.421 M
Range	18.00–45.00	19.00–42.00	
Oral contraceptive, *n* (%)	23 (25.00)	21 (22.11)	0.641 Q
Hormone replacement, *n* (%)	1 (1.09)	2 (2.11)	>0.99 F
Preoperative diagnosis, *n* (%)			
Myoma	92 (100.00)	94 (98.95)	>0.99 F
ASA scale score, *n* (%)			
I	37 (40.22)	37 (38.95)	0.865 R
II	53 (57.61)	57 (60.00)	
III	2 (2.17)	1 (1.05)	
Surgical procedure, *n* (%)			**0.027 Q**
Subtotal hysterectomy	63 (68.48)	50 (52.63)	
Total hysterectomy	29 (31.52)	45 (47.37)	
Duration of surgery (min)			0.855 M
Median (first; third quartile)	115.00 (100.00; 135.00)	120.00 (105.00; 130.00)	
Range	70.00–225.00	50.00–210.00	
Teaching case, *n* (%)	91 (98.91)	94 (98.95)	>0.99 F
Category of surgeon, *n* (%)			**0.004 Q**
Advisor	12 (13.04)	2 (2.11)	
Resident	80 (86.96)	93 (97.89)	
Volume of the uterus (cc)			0.510 M
Median (first; third quartile)	350.00 (203.00; 755.00)	404.00 (288.00; 599.00)	
Range	64.00–3549.00	102.00–2000.00	
Histopathological diagnosis (%)			
Leiomyoma	92 (98.91)	95 (98.95)	>0.99 F

Note: Bold values indicate significance.

Abbreviations: ASA, American Society of Anesthesiologists; BMI, body mass index; ERAS, enhanced recovery after surgery; F, Fisher exact test; M, Mann–Whitney test; Q, χ^2 test; R, likelihood-ratio test; SD, standard deviation; T, Student *t* test.

in other Brazilian studies pertaining to gynecological surgery.[18] First-generation cephalosporins are often used for surgical site infection prophylaxis, a frequent complication of abdominal hysterectomies. Because of vaginal colonization by anaerobic pathogens, such as *Bacterioides* ssp. and *Escherichia coli*, broadening the spectrum for bactericidal coverage may be considered.[8,9,24] This study found that the addition of metronidazole to a first-generation cephalosporin was associated with increased mechanical and chemical disinfection ($P < 0.001$). Wijk et al. also introduced anaerobic antibiotic coverage for infection prophylaxis in hysterectomies.[5] The decision regarding the type of antibiotic prophylaxis to be used should be discussed institutionally, according to the characteristics of the service and the population studied.[5,6,13] A reduction in crystalloid fluid volume infused postoperatively was observed in the ERAS group ($P < 0.001$), as reported in other gynecological surgical studies.[5,6] Challenges were identified in the adherence of the anesthesiology team to the execution of the ERAS protocol related to the anesthetic modality and control of the volume of fluids infused in the intraoperative period.

Food supplements were used in 78.9% of patients in the ERAS group ($P < 0.001$), thereby shortening the preoperative fasting time ($P < 0.001$). The time between hospitalization and the beginning of the procedure was longer in the ERAS group, indicating the need for administrative adjustments with the introduction of one or more steps in the hysterectomy process. The time to refeeding was reduced by 20.1% in the ERAS group ($P < 0.001$), with the medical team showing greater determination towards starting refeeding. ERAS protocol implementation in colorectal surgery revealed that decreased fasting time and administration of food supplements are associated with reduced hospital stay and faster recovery of bowel functions.[25]

18793479, 0, Downloaded from https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14594 by VANESSA BEZERRA - CAPES , Wiley Online Library on [11/12/2022]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 4 Changes in clinical practice between the pre-ERAS and ERAS periods

	Pre-ERAS	ERAS	*P* value
Smoking, *n* (%)	11 (11.96)	8 (8.42)	0.424 Q
Stopped smoking in the past week	0 (0.00)	3 (37.50)	0.058 F
Drinking, *n* (%)	1 (1.09)	3 (3.16)	0.621 F
Stopped drinking in the past week	0 (0.00)	1 (33.33)	>0.99 F
Dietary supplement intake, *n* (%)	3 (3.26)	75 (78.95)	**<0.001 Q**
Fasting time from ingestion of the supplement to surgery (hours)			
Estimated mean (95% CI)	13.97 (12.93–15.10)	6.74 (6.25–7.28)	**<0.001 G**
Range	9.00–24.80	1.10–23.00	
Feedback time/end of surgery until feedback (hours)			
Estimated mean (95% CI)	6.47 (6.0–6.97)	5.17 (4.79–5.57)	**<0.001 G**
Range	1.40–24.00	2.30–9.50	
Skin prophylaxis, *n* (%)	74 (80.43)	92 (96.84)	**<0.001 Q**
Antibiotic prophylaxis, *n* (%)			**<0.001 R**
Cefazolin	86 (93.48)	9 (9.47)	
Cefazolin + metronidazole	2 (2.17)	85 (89.47)	
Cefazolin + other	2 (2.17)	1 (1.05)	
Other	2 (2.17)	0 (0.00)	
Type of anesthesia, *n* (%)			0.588 R
Blocking	81 (88.04)	86 (90.53)	
Blocking + general	10 (10.87)	7 (7.37)	
General	1 (1.09)	2 (2.11)	
Use of thermal blanket, *n* (%)	25 (27.17)	83 (87.37)	**<0.001 Q**
Total volume of crystalloid (L)			**<0.001 M**
Median (first; third quartile)	2.00 (1.50; 3.00)	1.50 (1.00; 1.60)	
Range	0.00–6.50	0.20–2.10	
Length of stay of bladder catheter (hours)			**<0.001 G**
Estimated mean (95% CI)	21.11 (18.20–24.49)	10.85 (9.36–12.57)	
Range	4.17–408.17	6.00–38.83	
Venous thromboembolism prophylaxis, *n* (%)	71 (92.21)	52 (65.00)	**<0.001 Q**
Enoxaparin	71 (100.00)	52 (100.00)	
Compression stockings	0 (0.00)	1 (1.33)	
Prophylaxis of nausea and vomiting, *n* (%)	82 (89.13)	91 (95.79)	0.084 Q
Opioid, *n* (%)	69 (75.00)	6 (6.32)	**<0.001 Q**

Note: Bold values indicate significance.

Abbreviations: ERAS, enhanced recovery after surgery; F, Fisher exact test; G, comparison by generalized linear model with gamma distribution; M, Mann–Whitney test; Q, χ^2 test; R, likelihood-ratio test; 95% confidence interval (CI), lower limit and upper limit of CI for the estimated mean.

The most successful outcomes were a 34.7% reduction in the LOS ($P < 0.001$) and infectious complications ($P < 0.002$). Wijk et al. demonstrated a significant association between a reduction in complications and adherence to the protocol for low complexity surgeries,[12] although other studies do not describe such differences in gynecological surgeries.[5] Kilpiö et al. demonstrated more women discharged during 24 h in a single-center randomized controlled trial for laparoscopic hysterectomy without changing complications and readmission rates.[26] Previous studies have shown a 10%–50% reduction in the LOS after ERAS protocol implementation for gynecology.[5,6,13]

This study observed a reduction in the mean total hospital costs per procedure ($P < 0.001$). A mean difference of USD $603.6 per operated patient would allow 64.2% more surgeries to be performed. Other studies evaluating the implementation cost of the ERAS protocol for hysterectomy patients found that a reduction in hospital costs correlated with a reduction in the length of hospital stay.[27]

Studies have indicated various benefits in the clinical outcomes of patients undergoing major and medium surgeries, such as abdominal hysterectomies, after ERAS protocol implementations.[5,6,13,14,25] Despite these results, evident delays in the adoption of these new

18793479, 0, Downloaded from https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14594 by VANESSA BEZERRA - CAPES , Wiley Online Library on [11/12/2022]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

evidence-based practices are observed in different gynecological settings.[19] The implementation of the ERAS protocol through training and multidisciplinary collaboration achieved satisfactory results while maintaining patient safety. Importantly, improvement in surgical recovery with the adoption of the ERAS protocol resulted from the incorporation of almost all components of the protocol. Wijk et al. pointed out that eight of the 11 components of the protocol were related to a reduction in the length of hospital stay.[12] Furthermore, in isolation, measures incorporated into the protocol do not result in a large impact on clinical outcomes. They indicate that the dose–response relationship is positive when all interventions are analyzed together. It is noted that the greater the adherence to the protocol, the shorter the length of hospital stay.[12] Individual adherence to the items of the ERAS protocol ranges from 20% to 100%, depending on the item analyzed.[5,14]

We observed difficulty in implementing the ERAS protocol items and improving hospital mobilizations to achieve the best perioperative outcomes because of organizational habits and cultural resistance from patients and professionals.

The limited financial resources and the reluctance of health and nonhealth professionals to accept some clinical practice changes are the most relevant limitations to the ERAS protocol implementation. Those barriers are well-known, particularly in Brazilian public and teaching hospitals, because of cultural aspects. Some protocol statements were not in full compliance, such as the beginning of solids fasting, due to the delays in starting the surgery, as well as the adequacy of the anesthesia team to the ERAS anesthesia modality and fashion. Most patients were submitted to spinal blockage, and the clinical parameters and the intraoperative drug infusion registers were not successfully accessed. The same difficulties were found in acquiring the pre-ERAS group data such as well-being and pain perceptions, nausea/vomiting, and ambulation data to compare the groups. The teaching hospital profile contributes to limited compliance in protocol execution and data collection because of the 2-month round of medical residents and continuous training and guidance of clinical protocols required.

This study pioneered the implementation of the ERAS protocol in a limited-resources public teaching hospital for abdominal hysterectomies. Despite challenges in implementing ERAS items, relevant results were obtained, such as greater adherence to established protocols, better adjustment of the type and frequency of drugs for analgesia, decreased fasting and infection rates complications, early discharge, and a consequent procedural cost reduction without increased readmission rates. Hence, we conclude that the institutionalization of the ERAS replacing the current perioperative practices is effective and safe. The success of the implementation likely resulted from multimodal actions employed by the multidisciplinary team involved. Estimated resource savings may facilitate extending assistance to more patients who require abdominal hysterectomies.

Knowledge of all of the steps involved in the surgical process may modify the perception of perioperative care. Cultural variables affecting patients and health professionals may directly influence adherence to, and acceptance of, concepts proposed by the ERAS protocol. Measuring or quantifying impediments to each item of the implementation, such as prerehabilitation, may directly interfere with previous knowledge, attitudes, and practices of perioperative care. These may affect the stress experienced by patients who undergo hysterectomies and their clinical outcomes. A randomized clinical trial is proposed to measure the impact of knowledge, attitudes, and practices on patient and health professional adherence to each step of the ERAS protocol.

TABLE 5 Infection and postoperative complications in the pre-ERAS and ERAS groups

	Pre-ERAS	ERAS	*P* value
Presented infection, *n* (%)	19 (20.65)	5 (5.26)	**0.002 B**
Surgical site infection, *n* (%)	17 (18.48)	5 (5.26)	**0.006 B**
Urinary tract infection, *n* (%)	2 (2.17)	0 (0.00)	0.241 F
Other complications, *n* (%)	4 (4.35)	3 (3.16)	0.669 B

Note: Bold values indicate significance.

Abbreviations: B, comparison by binary logistic regression model; ERAS, enhanced recovery after surgery; F, comparison by Fisher exact test.

TABLE 6 Comparison of the length of hospital stay between the pre-ERAS and ERAS groups

	Pre-ERAS	ERAS	*P* value
Rehospitalization, *n* (%)	0 (0.00)	1 (1.05)	>0.99 F
Time from admission to surgery (in hours)			
Estimated mean (95% CI)	7.86 (6.82–9.07)	9.49 (8.25–10.93)	0.065 G
Range (*n*)	1.87–53.80	2.48–52.55	
Hospitalization time (in hours)			
Estimated mean (95% CI)	57.54 (55.00–60.20)	37.59 (35.96–39.30)	**<0.001 G**
Range (*n*)	50.67–102.22	13.00–93.47	

Note: The bold values indicates significance.

Abbreviations: CI, confidence interval; ERAS, enhanced recovery after surgery; F, comparison by Fisher exact test; G, comparison by generalized linear model with gamma distribution.

18793479, 0, Downloaded from https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14594 by VANESSA BEZERRA - CAPES , Wiley Online Library on [11/12/2022]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

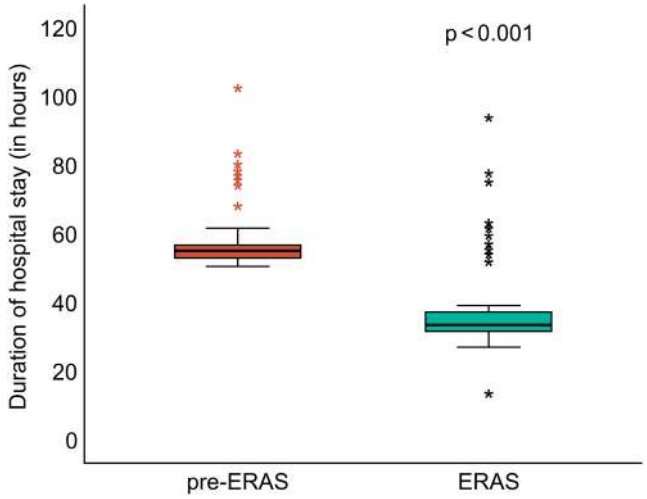


FIGURE 2 Difference in hospitalization time in hours between the pre-enhanced recovery after surgery (ERAS) and ERAS groups.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Vanessa Alvarenga-Bezerra: conceptualization, methodology, data curation, investigation, writing original draft, writing - review & editing, visualization, supervision, project administration. Renato Moretti-Marques: conceptualization, methodology, writing original draft, investigation, writing - review & editing, visualization, supervision, project administration. Mariana Granado Barbosa: conceptualization, methodology, critically revising - original draft, resources, visualization, supervision. Gabriela Marçal Rios: data acquisition, data curation, writing - original draft. Ana Carolina Seixas Mengai: data acquisition, data curation, writing - original draft. Fernanda Ferraz Assir: conceptualization, methodology, critically revising - original draft, formal analysis, data curation. Edna Cristinane da Silva Pimenta: data acquisition, critically revising - original draft, investigation, data curation. Sérgio Podgaec: conceptualization, methodology, writing original draft, investigation, writing - review & editing.

ACKNOWLEDGMENTS

This study did not receive any funding. The authors thank Carol Amaral Daltro for her contribution to data curation.

CONFLICT OF INTEREST

The authors report no conflicts of interest.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available due to privacy or ethical restrictions.

ORCID

Vanessa Alvarenga-Bezerra https://orcid.org/0000-0003-2436-5939
Renato Moretti-Marques https://orcid.org/0000-0001-9997-6668
Sergio Podgaec https://orcid.org/0000-0002-9760-6003

REFERENCES

1. Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;8:CD003677. doi:10.1002/14651858.CD003677.pub5
2. Augusto KL, Brilhante AVM, Modesto GCD, et al. Costs and mortality rates of surgical approaches to hysterectomy in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;52:25. doi:10.11606/S1518-8787.2018052000129
3. Augusto CF, Caraça DB, Podgaec S. Epidemiological analysis of hysterectomies performed at the public health system in the largest Brazilian city. *Rev Assoc Med Bras*. 1992;2021(67):937-941. doi:10.1590/1806-9282.20210093
4. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg*. 2002;183:630-641. doi:10.1016/s0002-9610(02)00866-8
5. Wijk L, Franzen K, Ljungqvist O, Nilsson K. Implementing a structured enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol reduces length of stay after abdominal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014;93:749-756. doi:10.1111/aogs.12423
6. Yilmaz G, Akça A, Aydin N. Enhanced recovery after surgery (ERAS) versus conventional postoperative care in patients undergoing abdominal hysterectomies. *Ginekol Pol*. 2018;89:351-356. doi:10.5603/GP.a2018.0060
7. Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, et al. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations—2019 update. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29:651-668. https://ijgc.bmj.com/content/29/4/651.abstract:651–68. doi:10.1136/ijgc-2019-000356
8. Nelson G, Altman AD, Nick A, et al. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations — part II. *Gynecol Oncol*. 2016;140:323-332. doi:10.1016/j.ygyno.2015.12.019
9. Nelson G, Altman AD, Nick A, et al. Guidelines for pre- and intraoperative care in gynecologic/oncology surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations — part I. *Gynecol Oncol*. 2016;140:313-322. doi:10.1016/j.ygyno.2015.11.015
10. Scheib SA, Thomassee M, Kenner JL. Enhanced recovery after surgery in gynecology: a review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019;26:327-343. doi:10.1016/j.jmig.2018.12.010
11. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA Surg*. 2017;152:292-298. doi:10.1001/jamasurg.2016.4952
12. Wijk L, Udumyan R, Pache B, et al. International validation of enhanced recovery after surgery society guidelines on enhanced recovery for gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221:237.e1-237.e11. doi:10.1016/j.ajog.2019.04.028
13. Ferrari F, Forte S, Sbalzer N, et al. Validation of an enhanced recovery after surgery protocol in gynecologic surgery: an Italian randomized study. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223:543.e1-543.e14. doi:10.1016/j.ajog.2020.07.003
14. Wijk L, Franzén K, Ljungqvist O, Nilsson K. Enhanced recovery after surgery protocol in abdominal hysterectomies for malignant versus benign disease. *Gynecol Obstet Investig*. 2016;81:461-467. doi:10.1159/000443396
15. de Groot JJA, Ament SMC, Maessen JM, Dejong CH, Kleijnen JM, Slangen BF. Enhanced recovery pathways in abdominal gynecologic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016, https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aogs.12831;95:382-395. doi:10.1111/aogs.12831
16. Aguilar-Nascimento JE, Bicudo-Salomão A, Caporossi C, Silva RM, Cardoso EA, Santos TP. Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios em cirurgia geral. *Rev Col Bras Cir*. 2006;33:181-188. doi:10.1590/S0100-69912006000300010

18793479, 0, Downloaded from https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14594 by VANESSA BEZERRA - CAPES , Wiley Online Library on [11/12/2022]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

17. de Aguilar-Nascimento JE, Perrone F, de Assunção Prado LI. Preoperative fasting of 8 hours or 2 hours: what does evidence reveal? *Rev Col Bras Cir*. 2009;36:350-352. doi:10.1590/s0100-69912009000400014
18. Kuster Uyeda MGB, Batista Castello Girão MJ, Carbone ÉDSM, Machado Fonseca MC, Takaki MR, Ferreira Sartori MG. Fast-track protocol for perioperative care in gynecological surgery: cross-sectional study. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019;58:359-363. doi:10.1016/j.tjog.2019.02.010
19. Mostafazadeh-Bora M. The Hawthorne effect in observational studies: threat or opportunity? *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020;41:491. doi:10.1017/ice.2020.19
20. Hillman RT, Sanchez-Migallon A, Meyer LA, et al. Patient characteristics and opioid use prior to discharge after open gynecologic surgery in an enhanced recovery after surgery (ERAS) program. *Gynecol Oncol*. 2019;153:604-609. doi:10.1016/j.ygyno.2019.03.101
21. Movilla PR, Kokroko JA, Kotlyar AG, Rowen TS. Postoperative opioid use using enhanced recovery after surgery guidelines for benign gynecologic procedures. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020;27:510-517. doi:10.1016/j.jmig.2019.04.017
22. Meyer LA, Lasala J, Iniesta MD, et al. Effect of an enhanced recovery after surgery program on opioid use and patient-reported outcomes. *Obstet Gynecol*. 2018;132:281-290. doi:10.1097/AOG.0000000000002735
23. Kalogera E, Bakkum-Gamez JN, Jankowski CJ, et al. Enhanced recovery in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol*. 2013;122(2 0 1):319-328. doi:10.1097/AOG.0b013e31829aa780
24. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Surg Infect*. 2013;14:73-156. doi:10.1089/sur.2013.9999
25. Noblett SE, Watson DS, Huong H, Davison B, Hainsworth PJ, Horgan AF. Pre-operative oral carbohydrate loading in colorectal surgery: a randomized controlled trial. *Color Dis*. 2006;8:563-569. doi:10.1111/j.1463-1318.2006.00965.x
26. Kilpiö O, Härkki PS, Mentula MJ, Väänänen A, Pakarinen PI. Recovery after enhanced versus conventional care laparoscopic hysterectomy performed in the afternoon: a randomized controlled trial. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;151:392-398. doi:10.1002/ijgo.13382
27. Pache B, Joliat GR, Hübner M, et al. Cost-analysis of enhanced recovery after surgery (ERAS) program in gynecologic surgery. *Gynecol Oncol*. 2019;154:388-393. doi:10.1016/j.ygyno.2019.06.004

How to cite this article: Alvarenga-Bezerra V, Moretti-Marques R, Barbosa MG, et al. Short-term outcomes after an enhanced recovery after surgery protocol in abdominal hysterectomies for leiomyomas in a teaching hospital. *Int J Gynecol Obstet*. 2022;00:1-9. doi:10.1002/ijgo.14594

18793479, 0, Downloaded from https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14594 by VANESSA BEZERRA - CAPES , Wiley Online Library on [11/12/2022]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

ANEXO 02

ÁREA DE QUALIDADE

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

QUALIDADE OBJETIVA

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

A Comissão de Ética Médica (CEM) do HOSPITAL é um órgão de apoio ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO), com funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina, no respectivo serviço.

A CEM exerce suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado de GOIÁS (CREMEGO), que exercem atividade assistencial, didática, administrativa ou de pesquisa no HOSPITAL, incluindo aqueles não pertencentes ao seu Corpo Clínico, como os residentes e estagiários, mesmo que estas duas últimas categorias de médicos não participem da escolha dos membros da CEM.

Atribuições:

a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

c) Colaborar com o CREMEGO na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;

f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;

g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A CEM subordinada e vinculada diretamente ao CREMEGO, seus componentes seguem a seguinte hierarquia interna: presidente > secretário > membros efetivos.

A CEM é composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes, que participam das atividades inerentes a CEM e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias.

O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) ou CREMEGO.

Os membros efetivos escolherão por votação, o Presidente e o Secretário, na primeira reunião da comissão.

No caso de vacância destes cargos, os membros da CEM, em votação e por aprovação da sua maioria, procederão à substituição dos mesmos que exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por sua maioria, em Reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e nova eleição do seu Presidente e ou Secretário.

RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

Presidente

a)Representar a CEM para todos os fins;

b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

c) Convocar o Secretário ou, na ausência deste, membro da CEM, para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;

d) Encaminhar ao CREMEGO os Relatórios de Sindicâncias devidamente apurados e quando concluírem por indícios de infração ao Código de Ética Médica, bem como aquelas que tiveram origem naquele órgão;

f) Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório a CEM quando da apuração de sindicâncias, bem como responder à consultas referentes a assuntos éticos;

g) Comunicar ao CREMEGO quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da sua unidade.

Secretário

a) Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;

b) Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;

c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

d) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à CEM, mantendo arquivo próprio;

e) Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da CEM, onde deve constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Membros Efetivos e Suplentes

a) Eleger o Presidente e o Secretário;

b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;

c) Desenvolver as atribuições conferidas à CEM;

d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias;
e) Convocar reunião extraordinária, por solicitação da sua maioria, para discutir assuntos considerados relevantes;
f) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente.

ELEIÇÃO E MANDATO DOS MEMBROS

A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno.

Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o CREMEGO.
São inelegíveis para as Comissões de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o CREMEGO, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgamento no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CREMEGO mandato da comissão de ética médica será de 24 (vinte e quatro) meses, sendo encerrado no dia 10 de setembro dos anos pares.

As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas sempre no dia, 18 de outubro, nos anos pares. Quando a referida data coincidir com final de semana ou feriado, a eleição será realizada no primeiro dia útil (subsequente).

O **diretor clínico** da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição **não podem ser candidatos** à Comissão de Ética Médica.

A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com **a regra de proporcionalidade** prevista nesse regimento.

No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao CREMEGO para homologação e registro.

Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao CREMEGO.

Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo CREMEGO.
O CREMEGO emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser fixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CREMEGO.

Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao respectivo CREMEGO.

Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CREMEGO. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Do funcionamento

A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias bimensais e reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo Presidente ou maioria dos seus membros.

As reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário na ausência do primeiro, no dia e hora devidamente divulgados e com qualquer número dos membros, após 15 (quinze) minutos do início previsto ou mesmo antes, se estiverem presente, pelo menos a metade dos membros.

Na ausência do Presidente e Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretário que a conduzirão.

Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicância tem caráter sigiloso.

Todas as deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples dos presentes à reunião, sendo prerrogativa do Presidente o "voto de Minerva" em caso de empate. Entretanto, a aprovação de Relatórios de Sindicâncias onde assuntos de importância relevante, somente poderá ocorrer com a presença da metade mais um dos membros da CEM.

As sindicâncias serão instauradas mediante:

a- Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;
b- Denúncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Técnico da unidade;
c- Deliberação da própria CEM ao tomar conhecimento de assunto que mereça ser apurado;
d- Determinação do CREMEGO.
Aberta a Sindicância, o Presidente indica um ou mais membros da CEM para proceder as averiguações, redigir o Relatório com suas conclusões e apresentá-lo em reunião ordinária. O

membro da CEM que se julgar impedido para determinada Sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Instaurada a Sindicância, os envolvidos serão informados e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento, oferecendo-lhes a possibilidade de acesso aos documentos.

Os envolvidos na Sindicância podem manifestar-se por escrito ou ser ouvidos pela comissão sindicante (oitiva), acompanhados ou não por advogados, devidamente identificados, que não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do membro sindicante.

A apuração interna no âmbito da CEM, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como: cópias das oitivas, prontuários, ordens de serviço da Administração da unidade e outros que possam colaborar no esclarecimento dos motivos da Sindicância, deverão ser devidamente numerados, rubricados, ordenados cronologicamente e juntados à sindicância.

O acesso aos documentos de qualquer sindicância é facultado somente às partes e aos membros da CEM. Em qualquer momento os envolvidos têm direito a consulta e cópia dos documentos constantes da sindicância e encaminhar manifestações, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por sua eventual quebra.

Terminada a coleta de informações, a CEM reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo.

O membro da CEM presente à reunião que não se julgar suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas da Sindicância, propor diligências ou adiamento da votação. O prazo de vistas, improrrogável, será até a realização da próxima reunião ordinária.

Encerrada a sindicância as partes envolvidas devem ser informadas do resultado e esclarecidas sobre a possibilidade de recurso junto ao CREMEGO, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CREMEGO, para a competente tramitação.

Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos como, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao esclarecimento dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao CREMEGO.

Constatada a existência de indícios de infração administrativa, o fato deverá ser comunicado à Coordenação da unidade para as providências cabíveis.

Em casos considerados de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do CREMEGO.

Havendo conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do Relatório ao CREMEGO.

Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CREMEGO para as providências cabíveis.

Das disposições finais

Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo CREMEGO, conforme preconiza o **art. 17 do Código de Ética Médica**.

O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao CREMEGO relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado.

Os casos omissos serão decididos pelo respectivo Conselho Regional de Medicina.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152, DE 30 DE SETEMBRO DE 2016, Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO

OFICIO CREMEGO NºXx Será enviado pelo COCEM (Coordenação das Comissões de Ética Médica) trata da determinação do processo eleitoral no HOSPITAL bem como o envio dos integrantes da CEM para o CREMEGO com apoio do COCEM (Coordenação de Comissão de Ética Médica)

PROPOSTA DE CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

A Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital , exerce atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem na instituição de saúde e congêneres, assumindo função educativa, fiscalizadora e consultiva do exercício profissional e ético de Enfermagem nesta instituição.

ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Ética de Enfermagem

1. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.
2. Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem à interpretação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
3. Assessorar a Direção/Gerência de Enfermagem ou órgão equivalente da instituição nas questões éticas.
4. Orientar a equipe de Enfermagem sobre o comportamento ético-profissional e sobre as implicações decorrentes de atitudes não éticas.
5. Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas relativas ao exercício profissional da Enfermagem.
6. Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ética.
7. Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem.
8. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem.
9. Averiguar:

a) Os fatos ou atitudes não éticas praticadas por profissionais de Enfermagem.

b) As condições oferecidas pelas instituições e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional.

c) A qualidade de atendimento dispensada à clientela pelos profissionais de Enfermagem.

10. Comunicar, por escrito, ao Coren-GO, as irregularidades ou infrações éticas detectadas.
11. Encaminhar anualmente ao Coren-GO e à Direção/Gerência de Enfermagem ou órgão equivalente, o planejamento das atividades a serem desenvolvidas e o relatório das atividades do ano anterior até 1º de março.
12. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Coren-GO em caso de necessidade.
13. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e da Decisão do Coren-GO.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Diretor-Geral do Hospital de Urgência de Goiânia, no uso de suas atribuições legais e com fundamento na Portaria Nº 6.766 de 20 de setembro de 2022, dispõe sobre a instituição da Comissão de Ética de Enfermagem Institucional.

Artigo 2º. Designar como membros efetivos da Comissão:

- Presidente
- Secretário
- Membros (8 participantes)

Total: considerar 10 participantes, sendo 60% composto por enfermeiros e 40% por técnicos de enfermagem.

RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO

A CEE é subordinada a Gerência Assistencial do HOSPITAL e seus componentes seguem a seguinte hierarquia interna: presidente > secretário > membros efetivos (enfermeiros e técnicos de enfermagem).

RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

1. Presidente

a. Convocar e presidir as reuniões.

b. Propor a pauta da reunião.

c. Propor a redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação.

d. Representar a CEE junto ao Órgão de Enfermagem da instituição.

e. Representar ou indicar representante, onde se fizer necessária a presença ou a participação da CEE.

f. Encaminhar as decisões da CEE, segundo a indicação.

g. Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e os relatórios anuais, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 1º de março de cada ano, à Direção/Gerência de Enfermagem e à Comissão de Ética do Coren-GO.

h. Representar o Coren-GO em eventos, segundo a solicitação.

i. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas referentes ao exercício ético-profissional.

2. Secretário

a. Secretariar as reuniões da CEE, redigindo atas e documentos.

b. Providenciar a reprodução de documentos.

c. Encaminhar o expediente da CEE.

d. Arquivar uma cópia de todos os documentos.

e. Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais.

f. Presidir as reuniões nos impedimentos do Presidente.

g. Representar a CEE nos impedimentos do Presidente.

h. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

3. Membros Efetivos

Compete aos membros efetivos e suplentes:

a. Comparecer e participar das reuniões.

b. Emitir parecer sobre as questões propostas.

c. Participar de reuniões ou programações relacionadas à ética, promovidas pela CEE ou por outras instituições.

d. Representar a CEE quando solicitado pelo Presidente.

e. Participar, por meio de voto, das decisões a serem tomadas pela CEE.

f. Garantir a presença do suplente quando impedido de comparecer à reunião.

g. Participar da elaboração do planejamento e relatório anuais.

h. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

i. Substituir os respectivos membros efetivos nos seus impedimentos.

j. Participar das reuniões da CEE.

k. Participar das atividades promovidas pela CEE.

l. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

ELEIÇÃO E MANDATO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto da equipe de Enfermagem.

O enfermeiro RT – Gestor do Serviço de Enfermagem designará uma comissão eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como o enfermeiro Responsável Técnico da instituição.

A convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data estabelecida para as inscrições.

Os candidatos poderão pertencer a todas as categorias de Enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de Enfermagem).

Os candidatos que irão concorrer na eleição da Comissão de Ética de Enfermagem deverão atender os seguintes requisitos:

1. Possuir registro profissional definitivo junto ao Coren-GO, inexistindo débitos para com essa autarquia federal;

2. Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético-disciplinar junto ao Coren-GO, anterior à data do registro da candidatura; 97.

3. Não ter sido condenado em processo administrativo junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura.

Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no Coren-GO e com vínculo empregatício na instituição.

A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um dos profissionais de Enfermagem da instituição.

Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de no máximo 48 horas após as eleições e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último à instância superior – COREN-GO.

A duração do mandato dos membros das Comissões de Ética de Enfermagem será de 3 (três) anos, admitida apenas uma reeleição ou redesignação.

FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO

SEDE: A sede da Comissão será no HOPSITAL, onde as reuniões serão realizadas, trimestralmente, em sala disponibilizada pela Secretária da Diretoria, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à chefia de Enfermagem o cronograma de suas atividades.

A Comissão de Ética de Enfermagem eleita deverá estabelecer cronograma de reuniões mensais, em caráter ordinário, com dia, hora e local pré-determinado, podendo reunir-se, extraordinariamente, quando houver necessidade.

A ausência não justificada em mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá, automaticamente, o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente.

O quórum para decisões corresponde à maioria simples (metade mais um) dos membros da Comissão.

O órgão de Enfermagem da instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

Em caso de denúncia envolvendo membro da Comissão de Ética, o mesmo deverá ser afastado de suas atividades, em caráter preventivo, enquanto perdurar a sindicância.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

1) PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde. Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa Comissão específica para atuação dentro do Hospital.

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 1° Compete à Comissão:

I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2° A composição mínima da Comissão de Biossegurança do Hospital deverá ser composta por membros de diferentes setores e função na instituição, contendo no mínimo um membro da Segurança do Paciente e três enfermeiros, entretanto, conforme a necessidade da Instituição, este número poderá ser maior.

A depender da Superintendência do hospital, poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

Emergência; II. Serviço de Clínica Médica; III. Serviço de Cirurgia/ Ortopedia; IV. Serviço de Laboratório; V. Serviço de CME/ Bloco

Art 3° Para a realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela diretoria do HU-UNIVASF. O tempo

mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil do Hospital.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art 4° O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando a Superintendência achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

§ 1° As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

§ 2° O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

Da Comissão de Biossegurança:

Art 5° As atribuições da Comissão de Biossegurança são: I. Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos a biossegurança que lhe forem enviados; II. Sugerir normas para melhorias na biossegurança no Hospital

Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;

IV. Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança no Hospital;

Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

Art 6° As atribuições do Presidente da Comissão são: I. Convocar e presidir as reuniões; II. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante; III. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta; IV. Fazer cumprir o regimento. V. Nas decisões da comissão, além do seu voto, o presidente terá o direito ao voto de desempate. VI. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o Vice-Presidente.

Do vice-presidente:

Art 7° As atribuições do Vice-Presidente são:

I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;
II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Do secretário:

Art 8° As atribuições do Secretário são:

I. Organizar a ordem do dia; II. Receber e protocolar os processos e expedientes; III. Lavrar a ata das reuniões; IV. Convocar os membros da comissão para reuniões conforme cronograma pré-estabelecido; V. Organizar e manter o arquivo da comissão; VI. Preparar correspondência; VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.

DO FUNCIONAMENTO

Art 9° Deverão ocorrer reuniões periódicas com data, local e horário previamente definidos e informados via e-mail institucional, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.
§ 1° A ausência de um membro em duas reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. § 2° Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.
Art 10 As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.
Art 11 Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um relator ou convidado, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.
Art 12 As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

2) PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Diretor Geral do Hospital, no uso de suas atribuições legais, com fundamento na Portaria nº 1.748 de 30 de agosto de 2011 e Portaria nº 2.594 de 1º de outubro de 2019; e por força do Contrato de Gestão 001/2022 – SMS.

Resolve:
Nomear a sua composição, conferindo aos membros autonomia, responsabilidade e poder para executar as ações previstas na legislação e no regimento interno da comissão.
Os membros da Comissão serão:

Presidente

Engenheiro de Segurança do Trabalho e Engenheiro de Produção CREA 1020956810D-GO - Coordenador do SSMA

Vice-Presidente

Técnico Administrativo

Membros Executores:

Gerente Médico

Enfermeira Epidemiologista Pleno SCIRAS

Coordenador de Facillities

Gerente de Suprimentos/Compras

Coordenadora de Enfermagem PA e Hemodinâmica

Médico Infectologista SCIRAS

Coordenadora de Enfermagem CMC

Enfermeira Sênior

Enfermeira Pleno CC e CME

Médico

3) CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

Goiânia, xx de 2023.

_____

Diretor Geral/Técnico

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

PROPOSTA DE REGIMENTO

I. INTRODUÇÃO

II. Este regimento estabelece a finalidade, a composição e a competência da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) do Hospital de acordo com as demandas internas e legais.

III. A CCIRAS e o Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) atuam conjuntamente para desenvolver, implantar e executar as ações do Programa de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (PCIRAS) no Hospital.

IV. A CCIRAS tem a função normativa e é composta por representantes da administração, do corpo clínico e dos setores/serviços.

V. O SCIRAS tem o papel de executar as ações do Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) e é constituído por médico infectologista e enfermeiros epidemiologistas ambos com carga horária exclusiva para as ações de prevenção e controle das infecções (PCIRAS).

VI. OBJETIVO

VII. A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) é um órgão deliberativo, diretamente subordinado à Diretoria Geral da instituição e tem como finalidade, estabelecer os padrões ideais de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), normatizar e gerenciar o uso de antimicrobianos, supervisionar as técnicas e processos de esterilização e desinfecção adotados, exercer controle da higiene ambiental, bem como preservar as condições adequadas à recuperação dos pacientes, analisar e corrigir os fatores de riscos de infecção relacionados IRAS com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade destas, contribuir com a redução do índice de morbimortalidade, auxiliar na elaboração de programas e treinamento de profissionais que atuam no Hospital.

VIII. **Objetivos gerais da CCIRAS:**

IX. Definir diretrizes para a ação do Programa de Controle de IRAS do Hospital;

II. Propor, elaborar, implementar com o apoio da administração e supervisionar em parceria multiprofissional a aplicação de normas e rotinas técnico administrativas visando prevenir, tratar e eliminar a disseminação das infecções em curso no Hospital;

III. Facilitar o intercâmbio de projetos, decisões e políticas entre o SCIRAS e os demais membros do corpo clínico e administração;

IV. Divulgar os indicadores de IRAS produzidos pelo SCIRAS;

V. Atuar como interlocutora das medidas de prevenção e controle de infecção da equipe multidisciplinar;

VI. Apoiar as ações de prevenção e controle das IRAS propostas pelo SCIRAS;

VII. Atuar interna e externamente, sendo referência nos níveis interno e externo como grupo multidisciplinar, divulgando a expertise na prevenção e o controle das IRAS.

VIII. Cumprir exigência legal, segundo a portaria nº 2616, MS, publicada em 12 de maio de 1998.

IX. Desenvolver um "Programa de Uso Racional de Antimicrobianos", através da implantação do sistema de auditoria de antimicrobianos.

X. Adequar as políticas e padrões do Programa de Prevenção e Controle de IRAS, de acordo com exigências legais e o Sistema de Qualidade, entre outras.

X. RESUMO

XI. Não se aplica.

XII. RECOMENDAÇÕES

1. COMPOSIÇÃO

XIII. **CCIRAS-Membros Consultores:** representada pelos seguintes setores:

I. Direção ou Administração;
II. Qualidade e Segurança do paciente;
III. Serviço de Enfermagem;
IV. Serviço de Farmácia;
V. Serviço de Higiene e governança;
VI. Serviço de Laboratório de Microbiologia;
VII. Serviço Médico;
VIII. Serviço de Odontologia;
IX. Serviço Multiprofissional;
X. Serviço de Nutrição;
XI. Centro Cirúrgico;
XII. Central de Material e Esterilização;
XIII. Unidade de Terapia Intensiva;
XIV. Serviço de Hemoterapia (se pertintente).

XIV. **SCIRAS – Membros Executores:** representada pelos seguintes serviços:

XV. Enfermeiro Epidemiologista;

XIII. Médico Infectologista.

XIV. XIV. Técnico Administrativo

2. ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

XV. Ao Serviço de Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) compete: elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (PCIRAS), adequando as características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas à:

XI. Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS;

XII. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando prevenção e controle das IRAS;

XIII. Capacitação do quadro de colaboradores e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das IRAS;

XIV. Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

XV. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS e aprovar medidas de controle propostas pelos membros executores do SCIRAS;

XVI. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implementar medidas de controle;

XVII. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das IRAS, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

XVIII. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precauções e de isolamento.

XIX. Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais visando à prevenção e o tratamento das IRAS;

XX. Definir, em cooperação com a comissão de farmácia e terapêutica/ comissão de padronização de materiais e medicamentos, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

XXI. Cooperar com o Setor de Ensino ou se responsabilizar pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das IRAS;

XXII. Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao órgão municipal responsável pelo controle, os casos diagnosticados ou suspeitos de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública conforme descritas na PORTARIA GM/MS Nº

217, DE 1º DE MARÇO DE 2023, atendidas em qualquer dos serviços das unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

XXIII. Realizar qualquer observação no âmbito de Vigilância Epidemiológica das IRAS, nos prontuários e no sistema estabelecido no Hospital – Tasy.

XXIV. Notificar ao serviço de vigilância epidemiológica e sanitária do município os casos e surtos diagnosticados e suspeitos de infecção, associados à utilização de insumos e ou produtos industrializados;

XXV. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção hospitalar.

XVI. **Art.1º** Ao Serviço de Controle de Infecção relacionado à Assistência à Saúde (SCIRAS) compete:

I. Elaborar, implementar e manter um programa de controle de IRAS;

II. Implementar e manter um sistema de vigilância epidemiológica das IRAS;

III. Elaborar e divulgar mensalmente e semestralmente relatórios e/ou apresentações sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle das IRAS, encaminhando-os a CCIRAS para apreciação e aos serviços envolvidos, quando necessário;

IV. Elaborar periodicamente relatórios de incidência e perfil de perfil de sensibilidade dos microrganismos mais frequentes encontrados;

V. Elaborar e divulgar relatórios conforme solicitação dos órgãos municipais e estaduais competentes;

VI. Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das IRAS e propor, em conjunto com demais setores envolvidos, plano de ação;

VII. Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa prevenir as IRAS;

VIII. Acompanhar junto a Central de Material e Esterilização (CME), as condições de processamento, preparo, armazenamento e distribuição de materiais de consumo previamente esterilizados, a fim de garantir a validade da mesma;

IX. Realizar investigação epidemiológica de casos de surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias e notificar para os órgãos competentes;

X. Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das IRAS;

XI. Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico operacionais, em conjunto com os diversos setores que estejam envolvidos, visando o controle e a profilaxia das IRAS, bem como supervisionar a sua aplicação;

XII. Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com a comissão de padronização e farmácia;

XIII. Participar como representante nas comissões em que forem convocados;

XIV. Examinar, proceder e monitorar a adequação de projetos de modificação de planta física, no tocante as IRAS;

XV. Promover a notificação e providenciar o envio, aos órgãos competentes, dos registros de doenças de notificação compulsória e auxiliar na sua investigação epidemiológica na ausência do Núcleo de Epidemiologia;

XVI. Implementar, o PCIRAS adequado às características e necessidades da instituição;

XVII. Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Epidemiológica do órgão Estadual ou Municipal, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes.

XVII. **Art. 2º –** Serão atribuições dos membros da CCIRAS, a saber:

XVIII. **Ao Presidente incumbe:**

I. Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIRAS, especificamente;

II. Representar a CCIRAS em suas relações internas e externas;

III. Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

IV. Promover a convocação das reuniões;

V. Tomar parte nas discussões e votações quando for necessário e exercer direito de voto de desempate;

VI. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão;

VII. Promover a interação do grupo consultor com o grupo executor;

XIX. Parágrafo único: Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

XX. **Ao Médico Infectologista do SCIRAS/e o representante médico do CCIRAS:**

I. Capacitar os profissionais médicos quanto ao controle de IRAS e uso de antimicrobianos;

II. Manter os profissionais médicos atualizados quanto às medidas e providências tomadas pelo SCIRAS da instituição;

III. Acompanhar e avaliar os procedimentos médicos realizados segundo as normas e rotinas de prevenção de IRAS;

IV. Proceder à investigação epidemiológica de IRAS em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros da CCIRAS/ SCIRAS;

V. Supervisionar e revisar os casos levantados pela vigilância epidemiológica e assessorar tecnicamente este sistema;

VI. Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros da CCIRAS/ SCIRAS;

VII. Recomendar os isolamentos nos pacientes com infecções transmissíveis;

VIII. Assessorar o corpo clínico sobre a racionalização no uso de antimicrobianos;

IX. Fazer acompanhamento e controle do uso de antibiótico prolongado;

X. Controle da resistência e ou sensibilidade dos principais germes das IRAS;

XI. Padronização e orientação do uso de antimicrobianos e quimioterápicos utilizados de forma terapêutica, empírica ou profilática;

XII. Assessorar a direção do hospital sobre as questões relativas ao controle de IRAS;

XIII. Rever e normatizar a indicação de procedimentos invasivos, junto os demais membros da equipe;

XIV. Responder pareces nas diversas unidades de internação sempre quando solicitado;

XV. Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de IRAS;

XVI. Realizar visitas técnicas, junto com outros membros da equipe, aos diversos setores do hospital, por exemplo: UTI, CME, Centro Cirúrgico, Unidade de internação, Emergência, Nutrição, Farmácia, Laboratório, MDA e avaliação do serviço de higiene e limpeza, entre outros além dos serviços terceirizados como por exemplo: lavanderia, coleta e tratamento de resíduos; ênfase em áreas críticas.

XVII. Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle das IRAS e uso de antimicrobianos;

XVIII. Fornecer, junto com outros membros de CCIRAS/SCIRAS parecer técnico quanto à aquisição de materiais e equipamentos, bem como reformas de instalações prediais;

XIX. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS;

XX. Cumprir e fazer as determinações da Portaria nº. 2616 de 12 de maio de 1998;

XXI. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS/ SCIRAS.

XXI. **Ao Enfermeiro da CCIRAS/ SCIRAS:**

I. Implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecções relacionado à Assistência à Saúde (PCIRAS) adequando às características e necessidades da Instituição;

II. Realizar a vigilância epidemiológica das IRAS através do método de busca ativa ou passiva; discutir os casos de IRAS em reuniões periódicas de IRAS (UTI e/ou Enfermaria) e com a equipe assistencial resonsável para identificação de fatores de risco e elaboração de planos de ação;

III. Fornecer a taxa mensal de IRAS das unidades sob vigilância;

IV. Fazer a investigação de surtos;

V. Avaliar e orientar medidas de precauções junto a equipe multiprofissional;

VI. Estabelecer e manter registro de infecções por paciente dentro do hospital através dos prontuários;

VII. Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação bacteriológica;

VIII. Realizar visitas às unidades de internação e aos diversos setores do hospital para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações, realizando o treinamento em serviço; construir relatório das visitas técnicas realizadas e monitorar os planos de ação das unidades de origem;

IX. Realizar capacitação sobre controle de IRAS para colaboradores;

X. Fornecer parecer sobre utilização de produtos para tratamento de feridas;

XI. Validar planos de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores do hospital, em conjunto com o setor responsável;

XII. Normatizar, junto com outros membros de CCIRAS/SCIRAS o uso de germicidas hospitalares;

XIII. Fornecer junto com outros membros de CCIRAS/SCIRAS parecer técnico quanto a aquisição de materiais e equipamentos, bem como reformas de instalações prediais;

XIV. Fornecer junto com outros membros da SCIRAS parecer técnico quanto à aquisição de materiais e equipamentos, bem como quanto a reformas de instalações prediais;

XV. Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando a prevenção e o tratamento das IRAS;

XVI. Manter-se atualizado na área de controle de IRAS;

XVII. Executar outras tarefas da mesma natureza e mesmo nível de complexidade, conforme as atribuições inerentes ao enfermeiro previstas na Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986;

XVIII. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS/ SCIRAS;

XIX. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS/ SCIRAS.

XXII. **Art. 3º** – Competências específicas dos Membros Consultores:

XXIII. **Representante da Direção:**

I. Encaminhar à direção da instituição as demandas necessárias para a correta operacionalização das ações da CCIRAS/ SCIRAS, bem como para subsidiar programas de atualização em controle de IRAS;

II. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS/ SCIRAS;

III. Garantir junto à Direção, a participação do Presidente da CCIRAS nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição;

IV. Colaborar com a CCIRAS na implantação das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares;

V. Contribuir com a aquisição de material hospitalar adequado que possa minimizar os índices de IRAS;

VI. Supervisionar o uso de materiais diversos que possam ser utilizados inadequadamente ou interferindo na padronização adotada pelo hospital;

VII. Garantir junto à direção, o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal/ Estadual/ Distrital de controle das IRAS;

VIII. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS/ SCIRAS;

XXIV. **Do serviço de Qualidade e Segurança do paciente**

XXV. I . Validar o regimento interno da CCIRAS/ SCIRAS;

XXVI. II. Participar das reuniões relativas à CCIRAS internamente;

XXVII. III. Auxiliar nas auditorias internas e visitas técnicas aos fornecedores;

XXVIII. IV. Padronizar a documentação emitida pela CCIRAS;

XXIX. V. Estabelecer as fichas técnicas de indicadores;

XXX. VI. Supervisionar a periodicidade das reuniões da CCIRAS;

XXXI. **Do serviço de enfermagem (Gerente Assistencial, UTI, CME, CC, MDA e Pronto Atendimento), nutrição, e equipe multiprofissional - estes são serviços de apoio a CCIRAS, cabendo a estes:**

I. Assessorar a CCIRAS/ SCIRAS sobre questões relativas ao controle de IRAS;

II. Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle das IRAS;

III. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS/ SCIRAS;

IV. Implantar rotinas e protocolos realizados pelas diversas equipes, após a validação da CCIRAS;

V. Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616/ MS de 12 de maio de 1998;

VI. Participar de todas as reuniões relativas à CCIRAS, tanto em eventos promovidos internamente quanto externamente;

VII. Validar diariamente o processamento de materiais;

VIII. Auxiliar na identificação de possíveis surtos;

IX. Supervisionar o controle da guarda dos alimentos e data de vencimento;

X. Avaliar periodicamente os pacientes, quanto ao suporte nutricional.

XXXII. **Do Serviço de Microbiologia:**

I. Elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas sobre a coleta de material para exames microbiológicos;

II. Responsabilizar pelo teste de suscetibilidade dos microrganismos, resultando na identificação e validação de isolamento;

III. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para o isolamento e identificação dos microrganismos;

IV. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para a identificação e estudo da sensibilidade dos antimicrobianos;

V. Orientar sempre que necessário a solicitação de exames, de modo a evitar solicitação desnecessária, e repetida;

VI. Incentivar a implantação de triagem no Laboratório para que se proceda a entrada do material a ser analisado com todas as informações necessárias às avaliações e interpretações corretas;

VII. Organizar arquivos de dados microbiológicos que permitam estudos e levantamentos quando necessários;

VIII. Produzir e emitir diariamente para a CCIRAS o relatório de todos os microrganismos identificados (resultados parciais e finais de culturas);

IX. Comunicar à SCIRAS e a unidade de internação o crescimento de bactérias multirresistentes em material clínico;

X. Auxiliar na identificação de possíveis surtos.

XI. Comunicar imediatamente a unidade de internação responsável se identificação de microrganismo em hemoculturas.

XXXIII. **Do Serviço de Farmácia:**

I. Cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos adotados;

II. Elaborar relatórios periódicos sobre o consumo, custo, duração e frequência do uso de antimicrobianos;

III. Elaborar em conjunto com as unidades de internação protocolos para o consumo de antimicrobianos, com a finalidade de racionalizar e melhorar o consumo em cada unidade;

IV. Elaborar rotinas para o uso dos antimicrobianos, em comum acordo com o corpo clínico, especialmente antibioticoprofilaxia em intervenções cirúrgicas e antimicrobianos especiais e não padronizados;

V. Rever sempre que necessário a padronização dos antimicrobianos do hospital, em conjunto com a Comissão de padronização de medicamentos;

VI. Verificar periodicamente o estoque de medicamentos, orientando sobre o uso daqueles a vencer e sobre as possíveis faltas de medicações que por ventura venham a ocorrer;

VII. Monitorar diariamente o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles de amplo espectro e mais caros, com acompanhamento farmacológico dos pacientes;

VIII. Fornecer informações a respeito das incompatibilidades físico-químicas destes medicamentos;

IX. Manter-se atualizado sobre os germicidas hospitalares e os antimicrobianos, entre outras questões;

X. Participar da investigação de casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros;

XI. Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como o uso e controle interno da qualidade destes produtos, entre outros;

XII. Acompanhar os resultados bacteriológicos de cultura dos produtos manipulados no setor de germicidas e saneantes do serviço de farmácia, monitorando o processo de validade de suas técnicas;

XIII. Acompanhar o fracionamento e distribuição das medicações;

XIV. Participar das reuniões da comissão de padronização de medicamentos;

XV. Fornecer informações a respeito das questões farmacêuticas no controle das infecções;

XVI. Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou supostos surtos;

XVII. Elaborar relatórios mensais do consumo de germicidas por clínicas ou setores;

XVIII. Analisar e avaliar a descrição dos protocolos que vêm para parecer do SCIRAS;

XIX. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS/ SCIRAS;

XX. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS/ SCIRAS.

XXXIV. **Do Serviço Facilites:**

I. Contribuir para a qualidade e monitoramento do processo de limpeza hospitalar, bem como do controle de vetores;

II. Monitorar e adequar o descarte e fluxo de material contaminado dentro do hospital;

III. Monitorar a qualidade da roupa hospitalar;

IV. Contribuir para a adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;

V. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a minimizar a dispersão de poeiras durante as atividades de engenharia;

VI. Acompanhar a coleta de água mensal, trimestral e semestral conforme cronograma estabelecido para estudo microbiológico;

VII. Acompanhar a coleta do ar ambiente semestral conforme cronograma estabelecido para estudo microbiológico;

VIII. Notificar formalmente e antecipadamente à CCIRAS sobre qualquer procedimento de construção ou manutenção que ocasione a produção de pó ou poeira;

IX. Solicitar formalmente e antecipadamente à CCIRAS parecer técnico sobre qualquer procedimento de construção garantindo adequação das medidas de controle de infecção hospitalar;

X. Contribuir para a modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar.

XXXV. **Do Serviço de Hemoterapia:**

I. O serviço de hemoterapia colaborará com as atividades do Comitê Transfusional da instituição com a elaboração e implementação de protocolos para controlar as indicações, o uso e o descarte dos componentes sanguíneos, quando solicitado;

II. O serviço de hemoterapia informará à autoridade sanitária competente, obrigatoriamente, qualquer ocorrência de investigação decorrente de casos de soro conversão;

III. O serviço ficará responsável pelo correto armazenamento, controle e instalação dos hemocomponentes;

IV. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS/ SCIRAS;

V. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS/ SCIRAS;

VI. Participar das reuniões da CCIRAS;

XXXVI. **Dos membros do SCIRAS (membros executores):**

I. Execução das ações PCIRAS;

II. Fazer cumprir as decisões da CCIRAS;

III. Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616/ MS de 12 de maio de 1998.

3. RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO

XXXVII. A CCIRAS é composta por membros consultores e membros executores.

XXXVIII. Os membros consultores são os representantes dos diversos setores do hospital. Para preencher as representações, os candidatos deverão ser funcionários ou médicos cadastrados da instituição.

XXXIX. Os membros executores constituem o Serviço de Controle de Infecção relacionado à Assistência à Saúde.

XL. Membros convidados: é permitido a qualquer membro da CCIRAS convidar pessoas (profissionais de saúde) para participar das reuniões, desde que este convite seja formalizado ao Presidente ou ao SCIRAS, com antecedência. O objetivo da participação deve ser exposto no início da reunião aos demais membros.

4. ELEIÇÃO E MANDATO DOS MEMBROS

XLI. O presidente deverá ser escolhido dentre os membros da CCIRAS e nomeado pelo Diretor-Geral.

XLII. Fica preestabelecido que o presidente tem mandato de 3 anos, ou seja, duração similar ao da Diretoria Clínica do hospital.

XLIII. O mandato dos membros da CCIRAS corresponderá a um período indeterminado, ficando à sua recondução ao cargo ou sua substituição a critério do Diretor Geral.

5. FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO

XLIV. A CCIRAS do hospital deverá reunir-se ordinariamente com encontros mensais, devendo ter início com número de representantes 50% +1 do total de membros titulares e ser registradas em atas de acordo com cronograma anual ou extraordinariamente quando necessário, sendo sua convocação efetuada pelo **presidente**, com antecedência mínima de três dias.

XLV. Nas atas das reuniões elaborada, deverão constar todos os membros presentes e principais decisões discutidas e definidas em reunião.

PROPOSTA DE REGIMENTO

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

O Diretor Geral do Hospital Israelita Albert Einstein Unidade Goiânia, no uso de suas atribuições legais e com fundamento na Portaria nº. 2616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, RESOLVE:

Artigo 1º. - Nomear a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) para adequada execução do Programa de Controle de Infecções Relacionada à Assistência à Saúde (PCIRAS), um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções no âmbito hospitalar.

Artigo 2º. - O presidente ou coordenador da (CCIRAS), será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital que nomeia a Larissa Sousa Diniz – COREN GO 321.246 como coordenadora.

Artigo 3º. – Os **membros consultores** serão representantes dos seguintes serviços:

1. Diretor Geral/ Técnico
2. Gerente Assistencial
3. Coordenador Médico do PA
4. Gerente Médico
5. Coordenador Médico UTI
6. Coordenadora médica da equipe de anestesia
7. Coordenadora da Farmácia
8. Coordenadora de Qualidade e Segurança do Paciente
9. Coordenadora de enfermagem da Clínica Médica e Cirúrgica.
10. Coordenadora enfermagem TMO e Oncologia

11. Coordenadora de enfermagem do Centro Cirúrgico, Hemodinâmica e CME
12. Coordenadora de enfermagem do MDA
13. Enfermeira Sênior da CME
14. Coordenadora do PA
15. Coordenadora da equipe multiprofissional
16. Coordenadora da Nutrição
17. Biomédica responsável técnica do Laboratório.
18. Coordenador médico do laboratório
19. Engenheiro de Segurança do Trabalho
20. Coordenadora de enfermagem da UTI
21. Responsável pelo serviço de odontologia
22. Biomédico responsável pelo Serviço de Hemoterapia

Artigo 4º. – Os **membros executores** serão representantes dos seguintes serviços:

1. Enfermeira Especialista
2. Enfermeira Epidemiologista
3. Médica Infectologista
4. Médica Infectologista

XLVI. DOCUMENTOS RELACIONADOS

XLVII. PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998: dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares/IRAS, incluindo Programa de Prevenção e Controle de Infecção.

XLVIII.

XLIX. Programa de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

L. REFERÊNCIAS

LI. Medidas de Prevenção e Controle de IRAS – Anvisa: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/

LII. World Health Organization (WHO). Core components for infection prevention and control programmes. WHO Website. 2009. 32 p. http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HSE_EPR_2009.1_eng.pdf.

LIII. Soule, BM, Malani P, Memish ZA. Developing an Effective Infection Prevention and Control Program. In: Soule B.M., Memish ZA., Malani P. (Ed). Best Practices in Infection Prevention and Control: An International Perspective. Joint Commission International, USA, 2012. Second Edition. Pg 1-10.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão de infecção Hospitalar SCIH • Definição dos objetivos da comissão. • Planejamento inicial
Fevereiro	Reunião 2	• Diagnóstico áreas hospitalares, fluxos e processos • Início da implantação de diretrizes, protocolos e procedimentos • Avaliação de casos de infecção
Março	Reunião e Treinamento 3	• Planejamento e execução de treinamentos iniciais para equipe médica e multiprofissional • Implantação e acompanhamento de indicadores e *bundles*
Abril	Reunião e auditoria 4	• Auditorias • Monitoramento e coleta de dados • Ações de melhoria • Acompanhamento dos *bundles*
Maio	Reunião e auditoria 5	• Auditorias • Monitoramento e coleta de dados • Ações de melhoria • Acompanhamento dos *bundles*
Junho	Reunião e auditoria 6	• Auditorias • Monitoramento e coleta de dados • Ações de melhoria • Acompanhamento dos *bundles*
Julho	Reunião e treinamento 7	• Treinamentos institucionais • Ajustes de protocolos • Integração com outros comitês • Acompanhamento dos *bundles*
Agosto	Reunião e auditoria 8	• Auditorias • Monitoramento e coleta de dados • Ações de melhoria • Acompanhamento dos *bundles*
Setembro	Reunião e treinamento 9	• Atualização de normas e diretrizes • Treinamentos setoriais • Monitoramento e coleta de dados
Outubro	Reunião e auditoria 10	• Discussão dos resultados e implantações • Acompanhamento dos *bundles* • Auditorias
Novembro	Reunião e treinamento 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual • Treinamentos
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO

PROPOSTA DE REGIMENTO

1. INTRODUÇÃO

A Comissão de Prontuários tem por finalidade assessorar a diretoria do Hospital, estando de acordo com os alinhamentos da Secretaria Municipal de Saúde. Tal comissão é um órgão de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos.

2. COMPOSIÇÃO

A composição será de 11 (onze) componentes, sendo um presidente e dez membros conselheiros designados por portaria pelo Diretor Geral, indicados pelos seus pares, sendo um representante das seguintes áreas:

Enfermagem;

Farmácia;

Informática;

Médica;

Setor de Arquivo Médico;

e três representantes da área multiprofissional (Fisioterapia, Psicologia, etc).

A Diretora Técnica poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CRP.

Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a quatro intercaladas no período de um ano.

As funções dos membros da CRP não serão remuneradas.

3. ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

Compete à Comissão de Prontuários desenvolver, aprimorar e monitorar os registros produzidos na assistência ao paciente, proporcionando apoio aos sistemas de informação em saúde e validação da qualidade dos serviços prestados, bem como fiscalizar e orientar a padronização dos impressos que compõem o prontuário.

4. RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO

A comissão de prontuários terá composição multiprofissional, sendo os membros indicados pelo presidente da comissão em conjunto com a Diretoria Clínica e Diretoria Médica do Hospital:

• Presidente da comissão escolhido pela Diretoria Clínica e Diretoria Médica do Hospital;

• Responsável pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (ou representante indicado);
• Médicos do Corpo Clínico que se mostrem interessados em participar ou indicados;
• Representantes de diversas áreas da Instituição;
• Representante da equipe de prática assistencial multiprofissional.

5. ELEIÇÃO E MANDATO DOS MEMBROS

Quanto ao Mandato deverá ser de 24 meses podendo ser renovado perante decisão da Diretoria Clínica e Diretoria Médica.

Participantes que queiram se desvincular devem fazê-lo por meio de declaração por escrito e assinada ou e-mail para o Presidente da comissão

A comissão poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o trabalho, sempre que julgar necessário.

6. CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Trata-se de uma comissão obrigatória em qualquer Instituição de Saúde conforme a Resolução N2 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002 do Conselho Federal de Medicina, publicado no diário oficial da União; poder executivo, Brasília, DF, n.153, 9 agosto de 2002. Seção 1, p. 184-5.

7. FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO

Compete a comissão conforme resolução do CFM reunir-se de forma bimensal ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário, sendo ele eletrônico ou em papel.

• Identificação do paciente, nome completo, data de nascimento (dia mês e ano com quatro dígitos), sexo nome da mãe, naturalidade, (indicando município e estado de nascimento), endereço completo, (nome da via pública, número, complemento, bairro, distrito, município, estado e CEP);
• Anamnese, exame físico, exames complementares e solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnosticas, diagnósticos definitivos e tratamentos efetuados.
• Evolução diária do paciente, com data, hora e descrição de todos os procedimentos que o paciente foi submetido, com identificação do profissional que executou, seja em meio eletrônico ou papel.
• Nos prontuários em via de papel, é obrigatória a legibilidade da informação, bem como a identificação de quem prestou o atendimento com assinatura e número de conselho.
• Nos casos emergenciais nos quais seja impossível colher os dados do paciente, o prontuário deverá conter relato médico com todos os procedimentos realizados, que tenham chegado a diagnósticos ou determinada remoção para outra unidade.

• Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem aos médicos assistentes, à chefia da equipe, à chefia da clínica e à direção técnica da unidade.
• Aprovar a criação, alteração e eliminação de impressos do prontuário de acordo com as políticas do Hospital, descritas no Manual do Prontuário;
• Fazer análise crítica das não conformidades detectadas nas auditorias internas e externas no sentido de promover e propor meios para melhoria do preenchimento;
• Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos por meio de check list estruturado;
• Recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico;
• Rever e avaliar os prontuários, durante o período de internação e após as altas, bem como, os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;
• Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário médico;
• Devolver os prontuários médicos aos chefes de Serviços para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso;
• Apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos na Instituição;
• Revisar os prontuários por amostragem sob os seguintes aspectos:
• Quanto a clareza e legibilidade;
• Quanto a qualidade do histórico do paciente e a precisão da
• Anamnese;
• Diagnóstico provável e definitivo;
• Segmento e continuidade das prescrições
• Temporalidade da transcrição dos dados dos parâmetros vitais;
• Forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica, instituição de siglário;
• Verificação do seguimento e atendimento de enfermagem;
• Verificação de ultrapassagem ou antecipação da média de permanência, por patologia, devendo notificar a ocorrência de eventos adversos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução N2 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002 do Conselho Federal de Medicina, publicado no diário oficial da União; poder executivo, Brasília, DF, n.153, 9 agosto de 2002. Seção 1, p. 184-5.

9. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Refenciar outros documentos da Instituição que se relacionam com o Regimento.

10. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não se aplica.

11. INDICADORES

Taxa de prontuários auditados

Total de não conformidades identificadas nos prontuários

Total de siglas proibidas utilizadas.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Diretor Geral do Hospital, no uso de suas atribuições legais e com fundamento na RESOLUÇÃO CFM nº 1.638 de 10 de julho de 2002, considerando:

Art. 3º – Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º – A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

RESOLVE:

Nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações previstas no Regimento Interno da Comissão.

1. Diretor Clínico
2. Coordenador Médico
3. Médico Intensivista
4. Coordenadora Qualidade
5. Enfermeira CMC
6. Coordenadora Pronto Atendimento
7. Analista de informações SAME
8. Analista de Sistemas – TI

13. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

PROPOSTA DE REGIMENTO

1. INTRODUÇÃO

O Comitê de Revisão de constitui-se como obrigatória e dever legal. Pois, de fato, a revisão dos óbitos permite a identificação de desvios de qualidade nos serviços prestados, permite abertura de ações preventivas e corretivas que aumentam a segurança dos pacientes, estimula a melhoria contínua da estrutura, dos processos e da gestão hospitalar, repercutindo de forma positiva na redução da mortalidade institucional.

2. OBJETIVO

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.
Atender a resolução nº 2.171, de 30 de outubro de 2017.

3. COMPOSIÇÃO

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro.
O presidente de cada Comissão será indicado pelo Diretor técnico. Os membros serão escolhidos pelo Presidente indicado, dentre uma lista de médicos que se disponham voluntariamente a participar.
Deverá haver pelo menos 1 representante dos departamentos abaixo definidos:

· Unidade de Terapia Intensiva Adulto
· Pronto-Atendimento
· Serviço de Anestesia
· Serviço de Clínica Médica
· Serviço de Cirurgia
· Serviço de Enfermagem
· Especialidade definida a critério da Diretoria Clínica.

4. ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

São atribuições da Comissão de Óbitos:

a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
f) Criar instruções para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
i) Zelar pelo sigilo ético das informações;
j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
k) Assessorar as Diretorias de Prática Médica e Clínica em assuntos de sua competência;
l) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;
m) Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.
São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento:
a) Convocar e presidir as reuniões;
b) Indicar seu vice-presidente;
c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
e) Fazer cumprir o regimento.
Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).
Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.
As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.
São atribuições e competências da secretaria da Comissão:
a) Organizar a ordem do dia;
b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
f) Preparar a correspondência;
g) Realizar outras funções determinadas pelo presidentes relacionadas à secretaria.

1. RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Clínica e Diretoria de Prática Médica.
Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações;
O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria.

2. ELEIÇÃO E MANDATO DOS MEMBROS

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Clínica e de Prática Médica.

Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

5. FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO

a) Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizados reuniões mensais.

b) A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

c) Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros presentes poderão realizar a reunião.

d) As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

e) Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia, sem direito a voto.

f) As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

g) Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

h) Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pela Direção técnica e pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da Comissão.

i) Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica.

j) O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pela epidemiologia institucional.

k) Mensalmente os óbitos serão distribuídos aos membros da Comissão para análise e preenchimento de formulário próprio. Estes serão arquivados na Secretaria das Comissões Médicas e os dados obtidos serão analisados estatisticamente;

l) Esta Comissão não tem característica julgadora. Suas análises e conclusões serão levadas à Diretoria Clínica que decidirá qual encaminhamento será dado.

8. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Ficha de revisão de óbito.

9. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não se aplica.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Diretor Geral do Hospital , no uso de suas atribuições legais, com fundamento na Resolução CFM Nº 2.171/2017 que "Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA)", e por força do Contrato de Gestão 001/2022 - SMS.

Resolve:

Nomear a sua composição, conferindo aos membros autonomia, responsabilidade e poder para executar as ações previstas na legislação e no regimento interno da comissão.

Os membros da Comissão serão:

Presidente

Coordenadora de Práticas Médicas

Vice-Presidente

Médico Referência técnica da Unidade de Terapia Intensiva

Membros

Médico Cirurgião Geral

Médico Endocrinologista, Referencia técnica da Clínica Médica

Coordenadora de Enfermagem da Clinica Médica-Cirúrgica

Coordenadora de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva

Coordenadora de Enfermagem do Pronto Socorro/Hemodinamica

de Enfermagem Pediatria

Coordenadora do Núcleo de Regulação Interna

Coordenador Multiprofissional

Analista de Praticas Assistênciais Sênior

Médica Anestesiologista

Enfermeira Epidemiologista Sênior SCIRAS

PROPOSTA DE CRONOGRAMA

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião e treinamento 2	• Definição dos procedimentos de revisão dos casos • Treinamento sobre ética em revisão de óbitos
Março	Reunião 3	• Revisão de óbitos
Abril	Reunião 4	• Revisão de óbitos • Avaliação melhoria dos processos
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão de óbitos • Atualizações de protocolos
Junho	Reunião 6	• Revisão de óbitos • Integração com outras comissões
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários • Revisão de óbitos
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Revisão de óbitos
Setembro	Reunião 9	• Revisão de óbitos • Atualizações e melhorias
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações • Revisão de óbitos
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual • Revisão de óbitos
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias • Revisão de óbitos

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

A Comissão de Residência Médica (COREME) deve ser constituída por integrantes dos PRMs ativos, com representações de todos os extratos, com direito a voz e a voto nas decisões colegiadas de acordo e atendendo a legislação vigente. Deverá conter os seguintes itens a serem considerados e publicados:

i. A COREME é o órgão competente para manter os entendimentos com a CNRM (CNRM, Res. 15/82) - e CEREM – GO (Decreto 7562/2011, Art. 13º, Parágrafo 1º), funcionando como instância auxiliar dessas Comissões (CNRM, Res. 02/2013, Art 1º).

ii. A COREME é órgão de assessoria vinculado ao Ensino Einstein encarregado da coordenação da Residência Médica no Einstein, com a finalidade de planejar e zelar pela perfeita execução dos seus PRM e atividades correlatas, no âmbito da Unidade, de acordo com as normas nacionais em vigor.

iii. Cabe a COREME zelar pelo cumprimento do Regimento Interno da Residência Médica. São de competência específica, conforme a legislação (CNRM, Res. 02/2013, Art. 3º):
I - Opinar sobre o oferecimento de novos PRM, número de vagas oferecido em edital e conteúdo programático;
II - Definir, providenciar a execução e acompanhar o processo seletivo para os PRM, conforme Capítulo II desse regimento;
III - Avaliar os PRM em curso, assim como exercer o papel de órgão competente no que concerne a apreciação dos recursos contra reprovação do médico residente, de acordo com o Capítulo III desse regimento, estabelecendo o procedimento para realização desse julgamento assim como será realizada a aplicação da penalidade declarada;
IV – Avaliar, acompanhar e estabelecer as medidas disciplinares conforme Capítulo VI desse regimento;
V – Participar das atividades e reuniões da CEREM-SP através de representante apontado pelos participantes da própria COREME.

iv. A COREME será constituída por:
I – Representantes dos médicos residentes, sendo todos os anos de residência médica representados (Primeiro, Segundo, Terceiro, Quarto ou Quinto anos - R1, R2, R3 e R4 ou R5);
II – Representantes dos preceptores de PRM;

III – Representantes dos supervisores de PRM;
IV – Um (01) representante do Hospital associado;
V – Um (01) representante do Ensino Einstein;
VI – Coordenador da COREME.
§ 1º - Os médicos residentes de cada PRM elegerão seus representantes. Esses representantes deverão indicar quatro (04) representantes que participarão dos encontros e tarefas dedicadas à COREME assim como quatro (04) suplentes que atuarão nas faltas e impedimentos desses representantes. Deverão ainda respeitar a representação de todos os anos de residência médica.
§ 2º - Os preceptores do PRM elegerão entre si quatro (04) representantes que participarão da COREME assim como quatro (04) suplentes que atuarão nas faltas e impedimentos dos representantes.
§ 3º - Os supervisores do PRM elegerão entre si quatro (04) representantes que participarão da COREME assim como quatro (04) suplentes que atuarão nas faltas e impedimentos dos representantes.

3.4.5 O coordenador da COREME deve ser médico, com experiência institucional e em programas de residência, indicado pelo Ensino, com a anuência da própria COREME. É de sua competência (COREME, Res. 02/2013):
I – Coordenar as atividades da COREME
II – Presidir as reuniões convocadas pela COREME
III – Dar seguimento às decisões e sugestões determinadas pela COREME
IV – Liderar o processo seletivo dos PRM Einstein
V – Participar do vínculo com as instâncias superiores, do Einstein, da CEREM-SP e da CNRM.

v. O vice-coordenador da COREME deve ser médico vinculado ao Ensino Einstein e com experiência institucional e em programas de residência, indicado pela COREME, com a anuência do Comitê de Ensino e Educação. É de sua competência substituir o coordenador em caso de ausência ou impedimentos, além de auxiliá-lo no exercício de suas atividades vinculadas a COREME (COREME, Res. 02/2013).
Parágrafo Único: a função de vice-coordenador será ocupada por representante dos subgrupos III, IV ou V acima elencados.

vi. O vice-coordenador da COREME será eleito obedecendo aos requisitos atribuídos pela resolução apropriada ao tema (CNRM, Res. 02/2013, Art. 16º).

vii. Todos os constituintes da COREME têm direito a voz. Em situações que demandarem decisão colegiada, sem consenso prévio, como o processo de escolha do vice-coordenador terão direito a voto:

I – Médicos Residentes: um (01) voto de consenso do grupo de médicos residentes;

II – Preceptores do PRM: um (01) voto de consenso do grupo de preceptores;

III – Supervisores do PRM: dois (02) votos de consenso do grupo de supervisores;

IV – Representantes do Hospital: um (01) voto de consenso do grupo;

V – Coordenador da COREME: um (01) voto.

Parágrafo Único – em caso de empate, o coordenador da COREME terá voto de qualidade.

viii. O mandato estabelecido para os membros que compõem a COREME é de 24 meses, tendo como exceção o dos representantes dos médicos residentes que poderá ser de 12 meses.

§ 1º - Todos poderão solicitar a recondução de seus mandatos mediante expressão de interesse à COREME com a anuência dos seus representados (CNRM, Res. 02/2013, Arts. 17º, 18º, 19º e 20º), desde que ainda ativos em suas funções para as quais foram escolhidos como representantes.

§ 2º - Extinto o mandato, ou na desvinculação de qualquer componente da COREME, ocorrerá substituição compulsória imediata em qualquer categoria ou subgrupo elencado no Art. 28º desse Regimento.

ix. A COREME reunir-se-á mensalmente em datas programadas ou ainda extraordinariamente, através de convocação do coordenador com antecedência mínima de quarenta e oito (48) horas.

Parágrafo Único – Será redigida ata correspondente a cada reunião a ser aprovada na reunião subsequente.

x. As decisões serão tomadas em reunião da COREME por consenso, ou através de votação entre os constituintes com direito a voto.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual

1. A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), tendo a oportunidade de assumir a Gestão do Hospital assumirá, no mesmo momento, a gestão local dos Programas de Residência Médica hoje existentes no Hospital. Pretende-se manter o padrão utilizado no cenário de nossa Residência Médica Einstein em São Paulo e, havendo necessidade,

a proporção de profissionais poderá ser remodelada futuramente, reservando o cuidado em manter o que é regramento determinado pela Secretaria de Educação do Estado de Goiás, uma vez que nosso modelo atende todas as determinações elencadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

2. Abaixo, segue o desenho que aplicamos e realizamos, uma proposta de Comissão de Residência Médica e um cronograma simplificado de atividades para o desenvolvimento e alinhamento de trabalho na área.

I - Programa de Residência Médica Einstein

A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional de acordo com a legislação em vigor.

Os Programas de Residência Médica (PRM) da SBIBAE, tem como objetivos fundamentais e indivisíveis o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico do médico e a melhoria da assistência médica à comunidade nas áreas profissionalizantes. Para tal, é necessário que o médico residente cumpra integralmente as atividades práticas e teóricas programadas em suas respectivas Propostas Pedagógicas Curriculares.

1) Perfil desejado do egresso do Programa de Residência Médica

Receber egressos das diferentes Faculdades de Medicina, todas com intenção de formar profissionais qualificados e adequados ao cenário atual, porém, oriundos de cursos com nivelamento assimétrico de formação, gera a necessidade de rever a dimensão do investimento educacional cabível para cada médico residente dos diferentes PRM da SBIBAE.

Tomando por princípio o que se deseja do egresso da graduação em Medicina, formando uma ponte para a especialização em diferentes áreas do conhecimento médico através dos PRM, os principais atributos desejáveis para o egresso da Residência Médica envolvem o desenvolvimento de competências técnicas e socioemocionais com os seguintes direcionadores:

I. Atenção à saúde: os futuros especialistas devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato

técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

II. Tomada de decisões: o trabalho dos futuros especialistas deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, eles devem reforçar as competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

III. Comunicação: os futuros especialistas devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura.

IV. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os futuros especialistas deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

V. Administração e gerenciamento: os futuros especialistas devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

VI. Educação permanente: os futuros especialistas devem ser capazes de aprender continuamente. Desta forma, devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações.

2) Estrutura atual do Programa de Residência Médica Einstein

O PRM do Einstein iniciou suas atividades com um único PRM em Medicina Intensiva em 2004. Hoje, temos em atividade 23 programas, a saber:

- Anestesiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Ginecologia e Obstetrícia
- Medicina de Emergência
- Medicina de Família e Comunidade
- Medicina Intensiva
- Neurologia
- Ortopedia e Traumatologia

- Patologia Clínica e Medicina Laboratorial
- Pediatria
- Psiquiatria
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Oncologia Clínica
- Cardiologia
- Geriatria
- Hematologia e Hemoterapia
- Nefrologia
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Neonatologia
- Ano adicional em Transplante de Medula Óssea
- Cirurgia Vascular
- Urologia

Em 2023, cerca de 220 médicos residentes encontram-se em atividade, distribuídos nessas diferentes carreiras de especialistas em formação.
Os diferentes PRM acontecem em diversos ambientes e campos de prática. Cenários de atuação hospitalar, ambulatorial, de atenção primária e especializada, nas esferas pública e privada. A riqueza dessa formação passa justamente pela ocupação compartilhada desses diferentes cenários, com a supervisão e observação da prática, independentemente de onde ela aconteça.
A estrutura dos PRM respeita o regramento determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica, com as garantias de funcionamento das atividades didáticas e assistenciais sob supervisão sistemática. Assim, cada PRM tem seu arcabouço um Supervisor, Preceptores e uma quantidade considerável de colaboradores para a formação dos médicos residentes, independentemente do campo de estágio em que acontece o desenvolvimento da competência esperada.
Consideramos as características dos diferentes atores que constituem o corpo que responde pela formação dos médicos residentes a seguir.

O Supervisor de PRM:
I – Médico integrante do corpo clínico do Einstein, cujas habilitações envolvem atuação na mesma área do programa que supervisiona.
II – Tem como principais requisitos excelência no desempenho dessas habilidades técnicas (da matéria afim) além da capacidade de proporcionar reflexão sobre a prática do médico residente.

III – Cabe ao Supervisor de PRM observar o exercício das atividades pertinentes à área, zelar pelos profissionais envolvidos na formação do médico residente e de que eles estão exercendo adequadamente as atividades acordadas (docentes e médicos residentes).

O Preceptor de PRM:

I – Médico que atua na mesma área do PRM que executa o papel de preceptoria. Deve ser parte integrante do corpo clínico do Einstein e suas habilitações devem estar de acordo com o preconizado para essa atuação.

II – Tem como principais requisitos excelência no desempenho dessas habilidades técnicas (da matéria afim) além da demonstração de competência andragógica.

III – Cabe ao preceptor de PRM:

Orientar o médico residente em suas atividades regulares previstas no PRM;

Supervisionar o médico residente em atividades teóricas e práticas (inclusive em campos de estágio externos ao Einstein);

Acompanhar a assiduidade e pontualidade dos médicos residentes;

Participar das avaliações de desempenho teórico/prático/comportamental dos médicos residentes;

a. Conhecer os riscos dos locais de trabalho, cumprir e fazer cumprir os procedimentos, disposições legais, normas, instruções e políticas de Saúde, Segurança e Meio Ambiente.

b. Instruir o médico residente para que ele atue de forma humanizada na relação com o paciente, familiar e cliente interno, conforme diretrizes de qualidade e segurança do paciente.

IV – Cabe ainda ao preceptor de PRM, entretanto, sem constituir tarefa de sua inteira responsabilidade:

a. Discutir casos/dúvidas com os médicos residentes;

b. Checar exames/condutas/dúvidas conjuntamente ao médico residente;

c. Supervisionar o médico residente em treinamentos de procedimentos;

d. Sugerir modificações no PRM com objetivo de melhoria no ensino e assistência;

e. Apoiar a orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso (se aplicável);

f. Auxiliar o desenvolvimento de pesquisas na área de sua atuação.

Os demais Colaboradores:

I – Médico integrante do corpo clínico do Einstein ou dos equipamentos de Saúde em que se praticam as ações assistenciais, cujas habilitações envolvem atuação em áreas da própria assistência.

II – Tem como principais requisitos excelência no desempenho dessas habilidades técnicas (da matéria afim) além da capacidade de proporcionar reflexão sobre a prática do médico residente.

III – Auxilia na observação do exercício das atividades pertinentes à área e da formação do médico residente.

A oportunidade de uso do equipamento público em questão corresponde a uma oportunidade de ganho multidirecional, com a construção de uma espiral virtuosa de um ambiente de ensino, com aprimoramento qualificado da assistência.
Essa condição gera, em última análise, melhoria na saúde da população usuária.

Além desses profissionais listados, nossos PRM cursam com a supervisão sistemática de profissionais colaboradores, experts nas suas áreas de atuação compondo uma teia de cuidado supervisionado aplicado no aprendizado da prática assistencial. De fato, esse subgrupo de profissionais compõe o diferencial para o aprendizado em serviço. O vínculo produzido está diretamente relacionado ao efeito da tradição do ensino médico onde o aprendiz assume e absorve o conhecimento apresentado, tutorado, monitorado e traduzido pelo professor.

PROPOSTA DE CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

Diagnóstico situacional do PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE	30-60 dias
Construção do modelo de COREME baseado na proposta elencada	30-60 dias
Escolha/eleição dos componentes da COREME	30-60 dias
Aplicação do modelo proposto nos programas multiprofissional em atividade	De acordo com o tempo de contrato para cada residente multiprofissional em atividade
Elaboração (ou revisão do Regimento Interno do Programa de Residência Médica em Saúde)	30-60 dias

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

PROPOSTA DE REGIMENTO

I - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Einstein

A Residência Multiprofissional constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a profissionais da saúde, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional de acordo com a sua categoria e legislação em vigor.
Os Programas de Residência Multiprofissional (PRM) da SBIBAE, tem como objetivos fundamentais e indivisíveis o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico e a melhoria da assistência à saúde e à comunidade nas áreas profissionalizantes. Para tal, é necessário que o residente cumpra integralmente as atividades práticas e teóricas programadas em suas respectivas Propostas Pedagógicas Curriculares.

Perfil desejado do egresso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

Ao finalizar o programa de residência Multiprofissional em saúde considerando os momentos teórico-práticos, pessoais e profissionais vivenciados, o profissional deverá ser capaz de estabelecer conexões entre o conhecimento adquirido. Assumindo a responsabilidade de prática profissional tendo por base os princípios científicos e os compartilhamentos de informações, atuando com qualidade e entrega assistencial mais coerente e coesa a sua especialidade.
Os futuros especialistas devem ser capazes de aprender continuamente. Desta forma, devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações.

Estrutura atual do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Einstein

O programa de residência Multiprofissional do Einstein iniciou suas atividades com o primeiro programa em terapia intensiva multiprofissional em 2012. Hoje, temos em atividade de 6 programas, a saber:

- Terapia Intensiva Multiprofissional

Categorias: Enfermagem, Fisioterapia e Farmácia.

- Oncologia Multiprofissional

Categorias: Nutrição, Farmácia e Enfermagem.

- Reabilitação Física Multiprofissional

Categorias: Fisioterapia, Psicologia e Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

- Gerontologia Multiprofissional

Categorias: Enfermagem, Fisioterapia e Fonoaudiologia.

- Uniprofissional em Fisioterapia Hospitalar
- Uniprofissional em Atenção Primária á Saúde – Enfermagem.

Em 2023, são 51 residentes multiprofissionais em atividade, distribuídos nessas diferentes carreiras de especialistas em formação.

Os diferentes programas acontecem em diversos ambientes e campos de prática. Cenários de atuação hospitalar, ambulatorial, de atenção primária e especializada, nas esferas pública e privada. A riqueza dessa formação passa justamente pela ocupação compartilhada desses diferentes cenários, com a supervisão e observação da prática, independentemente de onde ela aconteça.

A estrutura dos programas respeita o regramento determinado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, com as garantias de funcionamento das atividades didáticas e assistenciais sob supervisão sistemática. Assim, cada programa tem seu arcabouço um Tutor, Preceptores e uma quantidade considerável de colaboradores para a formação dos residentes multiprofissionais, independentemente do campo de estágio em que acontece o desenvolvimento da competência esperada.

Consideramos as características dos diferentes atores que constituem o corpo que responde pela formação dos residentes multiprofissional a seguir.

O Coordenador do programa:

Profissional contratado da instituição; cujas habilitações envolvem as seguintes responsabilidades:

Fazer cumprir as deliberações da COREMU;

Garantir a implementação do programa;

Coordenar o processo de autoavaliação do programa;

Coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU;

Constituir e promover a qualificação do corpo de tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU;

Mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão;
Promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;
Responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à CNRMS.

O Tutor:

I – Um profissional da categoria do programa contratado pelo ensino para exercer exclusivamente essa função, cujas habilitações envolvem atuação na mesma área do programa.
II – Tem como principais requisitos a titulação de mestre.
III – Cabe ao Tutor observar o exercício das atividades pertinentes à área, zelar pelos profissionais envolvidos na formação do residente multiprofissional e de que eles estão exercendo adequadamente as atividades acordadas (Preceptor e residentes Multiprofissionais).
IV - Apoiar a orientação de Trabalhos de Conclusão de Residência;
V - Auxiliar o desenvolvimento de pesquisas na área de sua atuação.

O Preceptor:

I – Profissional da mesma categoria que o residente que atua na mesma área de especialização e executa o papel de preceptoria. Deve ser parte integrante dos colaboradores do Einstein e suas habilitações devem estar de acordo com o preconizado para essa atuação.
II – Tem como principais requisitos excelência no desempenho dessas habilidades técnicas (da matéria afim) além da demonstração de competência andragógica.

III – Cabe ao preceptor:
Orientar o residente multiprofissional em suas atividades regulares previstas;
Supervisionar o residente multiprofissional em atividades práticas (inclusive em campos de estágio externos ao Einstein);
Acompanhar a assiduidade e pontualidade dos residentes;
Participar das avaliações de desempenho teórico/prático/comportamental dos residentes;
a. Conhecer os riscos dos locais de trabalho, cumprir e fazer cumprir os procedimentos, disposições legais, normas, instruções e políticas de Saúde, Segurança e Meio Ambiente.
b. Instruir o residente para que ele atue de forma humanizada na relação com o paciente, familiar e cliente interno, conforme diretrizes de qualidade e segurança do paciente.
IV – Cabe ainda ao preceptor, entretanto, sem constituir tarefa de sua inteira responsabilidade:

a. Discutir casos/dúvidas com os residentes;
b. Checar exames/condutas/dúvidas conjuntamente ao residente;
c. Supervisionar o residente em treinamentos de procedimentos;
d. Sugerir modificações no programa com objetivo de melhoria no ensino e assistência;

Além desses profissionais listados, nossos programas cursam com a supervisão sistemática de profissionais colaboradores, experts nas suas áreas de atuação compondo uma teia de cuidado supervisionado aplicado no aprendizado da prática assistencial. De fato, esse subgrupo de profissionais compõe o diferencial para o aprendizado em serviço. O vínculo produzido está diretamente relacionado ao efeito da tradição do ensino onde o aprendiz assume e absorve o conhecimento apresentado, tutorado, monitorado e traduzido pelo professor.

II - Proposta de Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde

A Comissão de Residência Multi e Uniprofissional (COREMU) deve ser constituída por integrantes do programa multiprofissional ativos, com representações de todos os extratos, com direito a voz e a voto nas decisões colegiadas de acordo e atendendo a legislação vigente. Deverá conter os seguintes itens a serem considerados e publicados:

i. A Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional é o órgão competente para manter os entendimentos com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional através de sua Secretaria Executiva.

ii. A COREMU é o órgão subordinado a Comissão de Ensino do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein de acordo com o art. 14 do seu Regimento.

iii. É da competência da Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional:

I) fazer cumprir este Regulamento;

II) zelar pela manutenção do padrão da Residência Multiprofissional no Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein;

III) rever periodicamente os Programas de Residência, a fim de deliberar sobre as alterações nos Programas existentes, se for o caso, ou propostas de novos Programas de Residência Multiprofissional e Uniprofissional, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir Programas considerados insatisfatórios em concordância com o Artigo 5º;

IV) solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional;

V) coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Multiprofissional do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa;

VI) enviar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas Residência Multiprofissional e Uniprofissional;
VII) organizar, coordenar e supervisionar a seleção de candidatos aos Programas de Residência Multiprofissional ou em área profissional da saúde.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A COREMU será constituída por:
a) seu coordenador;
b) dois representantes dos residentes e dois suplentes (de anos diferentes preferencialmente);
c) os tutores dos programas de Residência;
d) os coordenadores dos diferentes programas
e) ao menos um representante dos preceptores
f) secretária da COREMU e na sua ausência, um técnico administrativo.

§ 1º - A Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional deve ser constituída de, no mínimo, 70% de profissionais do quadro funcional da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.
§ 2º - Os residentes elegerão anualmente seus representantes.
§ 3º - A comissão será renovável no mês de maio ou junho, podendo, seus representantes serem reconduzidos.
Art. 10 - A Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional elegerá por maioria absoluta, seu Coordenador encaminhando o respectivo nome para homologação do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.
§ 1º - O Coordenador será o elemento Executivo da Comissão de Residência Multiprofissional.
Art. 11 - A Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional reunir-se-á mensalmente, ou ainda extraordinariamente, em qualquer data, através de convocação do(a) Coordenardor(a) e/ou da metade de seus membros, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.
Art. 12 - As decisões serão tomadas em reunião da Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em votação pelo sistema de maioria simples, estando presentes no mínimo 50% (cinquenta) de seus membros.
Parágrafo Único – Será redigida ata correspondente a cada reunião a ser discutida e aprovada na reunião seguinte.
A COREMU reunir-se-á mensalmente em datas programadas ou ainda extraordinariamente, através de convocação do coordenador com antecedência mínima de quarenta e oito (48) horas. As decisões serão tomadas em reunião da COREMU por consenso, ou através de votação entre os constituintes com direito a voto.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

A adequação do conjunto de Programas de Residência Multiprofissional em atividade no hospital com essa nova configuração proposta deverá acontecer ao longo do tempo, levando-se em consideração a legislação que discorre sobre o tema, das regras estabelecidas pelas Secretarias de Saúde e Educação do Estado de Goiás, das linhas de serviços oferecidos pelo Hospital e pela equipe de saúde local.
Essa transição ocorrerá de forma gradual, sem prejuízo do acordado com os residentes multiprofissional que estão cursando seus programas.

Diagnóstico situacional do PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	30-60 dias
Construção do modelo de COREMU baseado na proposta elencada	30-60 dias
Escolha/eleição dos componentes da COREMU	30-60 dias
Aplicação do modelo proposto nos programas multiprofissional em atividade	De acordo com o tempo de contrato para cada residente multiprofissional em atividade
Elaboração (ou revisão do Regimento Interno do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde)	30-60 dias

IV - Regimento Interno do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

Em linhas gerais esse Regimento deverá contemplar os seguintes assuntos:

- Definição, Objetivos e Organização
- Modelo de Processo Seletivo para acesso à Residência Multiprofissional
- Avaliação, Promoção e Aprovação/Progressão
- Direitos e Deveres dos Residentes Multiprofissional

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

PROPOSTA DE REGIMENTO

1. OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes para implantação do processo da CIPAA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) e definir atribuições.

2. DEFINIÇÕES

CIPAA - Comissão Interna de Prevenção Acidentes e Assédios

DRT - Delegacia Regional do Trabalho

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NR - Norma Regulamentadora

SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho

SESMT - Serviço em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

TRSA – Treinamento Interno

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: Todas as unidades que possuem CIPAA.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Banner, computador, Intranet, Workplace.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

Processo Eleitoral CIPAA.

O mandato dos integrantes da CIPAA terá a duração de um ano e as etapas que compõem o processo eleitoral estão descritas a seguir:

- A segurança do trabalho, revisa o informativo do início do processo eleitoral, envia para o setor de comunicação para ser publicado na semana Einstein Liderança "divulgado e divulgado via e-mail ";
- A segurança do trabalho elabora o edital de inscrição dos candidatos e solicita ao setor de comunicação do RH a publicação desse edital nos quadros de avisos, intranet e e-mail institucional. A publicação deverá ocorrer 45 dias antes do término do mandato;

- A segurança do trabalho monitora o número de inscritos para que estejam de acordo com o descrito na NR5;
- A segurança do trabalho elabora o edital de convocação das eleições, mencionando a data e horário da eleição dos novos integrantes da CIPAA e solicita ao setor de comunicação do RH a publicação desse edital nos quadros de avisos, intranet e e-mail institucional. A publicação deverá ocorrer 60 dias antes da posse da nova gestão;
- O presidente e o vice-presidente deverão instituir na reunião da CIPAA os membros da Comissão Eleitoral que será responsável por acompanhar o processo eleitoral. Essa Comissão deve ser instituída 55 dias antes do término do mandato da gestão atual;
- A segurança do trabalho enviará cópia do edital de convocação para o Sindicato da Região. O envio desse documento deve ocorrer 5 dias após a convocação da eleição;
- O início das inscrições dos candidatos da nova gestão da CIPAA deve ocorrer 20 dias antes do dia da eleição do novo mandato. As inscrições serão realizadas de forma eletrônica, através de qualquer computador ou celular, acesso é feito através de login e senha de rede, poderão se inscrever todos os colaboradores que possuam DRT. Para finalizar a inscrição é necessário aceitar o termo de acordo, o candidato recebe por e-mail a confirmação de sua candidatura. No ato da inscrição o gestor do candidato recebe um e-mail informando que a partir daquele momento o colaborador tem estabilidade de emprego até a data da eleição e se eleito até um ano após o mandato.
- O término do prazo para inscrições de candidatos deve ser de no mínimo 6 dias antes do dia da eleição;
- A segurança do trabalho deve solicitar ao setor de Comunicação do RH a retirada do edital de inscrição dos candidatos. Essa retirada deverá ocorrer no dia seguinte do término das inscrições;
- Além da votação em qualquer computador da instituição, através de login e senha de rede, A segurança do trabalho deve estabelecer um local da eleição, organizar as escalas das datas e horários da eleição,
- mencionando os nomes dos técnicos de segurança do trabalho e cipeiros que irão acompanhar as eleições, no posto físico a coleta de votos será efetuada através de Ipads.
- A data da eleição deve ser no mínimo de 30 dias antes do término do mandato anterior;
- A segurança do trabalho fará a contagem de voto através de relatório extraído do programa de eleição (Sharepoint). Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento;
- A segurança do trabalho deverá divulgar o resultado da votação no workplace e solicitar a publicação do resultado das eleições ao setor de Comunicação do RH e confeccionar a Ata de Eleição, 1 dia após a apuração. Os resultados serão afixados nos jornais murais das unidades;

- A segurança do trabalho em conjunto com o TRSA, deverá promover um treinamento com lista de presença para os novos membros da CIPAA, contemplando os itens exigidos pela NR 05 - item 5.33 e emitir convocação aos novos cipeiros com conhecimento de seus respectivos gestores. Esse treinamento deverá ocorrer antes da posse dos novos membros;
- NOTA: O treinamento de CIPAA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.
- A posse do novo mandato da CIPAA deverá ocorrer 1 dia depois do término do mandato anterior. Na 1ª reunião da CIPAA haverá a divisão dos novos grupos de inspeções e será definido o plano de trabalho.
- A segurança do trabalho deverá protocolar o processo Eleitoral no Sindicato da Região contendo os seguintes documentos: ata da eleição, ata de posse e o calendário anual de reuniões, o qual será arquivado na pasta da CIPAA no setor de segurança do trabalho. O prazo estipulado para protocolar essas informações no Sindicato é de 15 dias após o dia da eleição;
- A documentação da CIPAA deverá ser arquivada por 5 anos. •
- A CIPAA terá reuniões mensais com a participação e assessoria da equipe de Segurança do Trabalho;
- As atribuições dos membros da CIPAA estão descritas no item responsabilidades.

7. RESPONSABILIDADES

Informar quais são as áreas ou agentes da Sociedade responsáveis por gerir, executar ou cumprir a atividade descrita no Procedimento.

Responsabilidade da Segurança do Trabalho

- Elaborar edital de convocação das eleições e solicitar sua publicação;
- Enviar cópia do edital de convocação ao Sindicato da Região;
- Elaborar edital de inscrição e solicitar sua publicação;
- Providenciar local, e organizar as datas e horários da eleição;
- Acompanhar a eleição e realizar a contagem dos votos;
- Solicitar publicação do resultado da eleição;
- Confeccionar a ata de eleição;
- Participar da reunião de posse e confeccionar a ata dessa reunião;
- Protocolar o registro da CIPAA no Sindicato da Região;
- Participar das reuniões mensais da CIPAA, acompanhando a presença dos cipeiros;
- Assessorar a CIPAA, orientando seus membros quanto ao cumprimento integral da NR 05;

- Promover em conjunto com a CIPAA a SIPAT.

Responsabilidades do RH Comunicação

- Publicar e divulgar via e-mail informativo sobre início do processo eleitoral;
- Publicar o edital de convocação das eleições; (via e-mail, intranet e TV Einstein);
- Publicar o resultado das eleições;
- Publicar o edital de inscrições;
- Divulgar na TV Einstein os Editais da CIPAA.

Responsabilidades da CIPAA

- Acompanhar as eleições da CIPAA
- Participar das reuniões mensais;
- Realizar, periodicamente, inspeções de segurança, nas áreas verificando os ambientes e condições de trabalho;
- Realizar Blitz de segurança;
- A cada reunião, discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos colaboradores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar das investigações dos incidentes, sempre que solicitado;
- Participar como instrutor e/ou apoio nos treinamentos de segurança e 100%;
- Participar do processo eleitoral da próxima gestão da CIPAA;
- Promover anualmente em conjunto com o SESMT, campanhas de combate ao assédio e outros tipos de violências no trabalho.
- Divulgar aos colaboradores os canais de denúncia de assédio moral e sexual;
- Definir com o SESMT estratégias para o próximo treinamento de formação de Cipeiros;
- Promover em conjunto com o SESMT a SIPAT.

Responsabilidades do TRSA e Segurança do Trabalho

- Promover o treinamento dos novos membros da CIPAA;
- Definir Conteúdo dos treinamentos;
- Monitorar as presenças nos dias do treinamento.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não ter o mínimo de candidato necessário para realizar a eleição, e não ter o número mínimo de votos para concluir a votação.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Profissional com habilidade para técnica e conhecimentos das NR-s aplicadas neste procedimento. Capacitado para lançamentos no SAP e SOC.

10.PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anual.

11.REGISTROS DA QUALIDADE

Processo Eleitoral;

Atas das Reuniões;

Cronograma das Reuniões.

12.INDICADORES DE DESEMPENHO

Presença nas reuniões, controle de desempenho.

13.ANEXOS

Não se aplica.

14.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma Regulamentadora NR 05 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (Título vigente até 19 de março de 2023)

Norma Regulamentadora NR 05 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE ASSÉDIO - CIPA (Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022 - Título que entra em vigor no dia 20 de março de 2023).

PROPOSTA DE COMPOSIÇÃO CIPA

Deverá ser composta pelos próprios trabalhadores da empresa, havendo duas formas de representação: a dos empregados e do empregador.

A CIPA terá representantes do empregador e dos empregados, e ela se dará de forma igualitária, ou seja, o mesmo número de representantes efetivos para cada um. Para saber quantos cipistas (membros da CIPA) deverão compor a sua CIPA é preciso conferir o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5, que considera o número de empregados total do estabelecimento e o Grupo em que se enquadra a atividade principal.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição do calendário de inspeções • Definição do calendário de reuniões
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação das rondas da CIPAA. • Coleta de feedback dos membros.

		• Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Campanha de maio amarelo
Junho	Reunião 6	• Campanha sobre a NR-32
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Discussão sobre os acidentes acontecidos no mês
Agosto	Reunião 8	• SIPATMA
Setembro	Reunião 9	• Apoio para o treinamento 100%
Outubro	Reunião 10	• Inicio do processo eleitoral • Definição da comissão eleitoral
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual

		• Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda.

PROCEDIMENTO DA SEGURANÇA E SAÚDE DO COLABORADOR E MEIO AMBIENTE NA GESTÃO DE MUDANÇAS

1. OBJETIVO

Estabelecer um processo para identificar e fazer o controle dos possíveis impactos em segurança e saúde do colaborador, meio ambiente e energia associados à gestão de mudanças temporárias e permanentes.

2. DEFINIÇÕES

Avaliação preliminar de segurança e saúde do colaborador, meio ambiente e energia para gestão de mudanças: é um formulário onde serão apontados danos potenciais identificados pela mudança.

Código da mudança: código gerado sistema Interact da SINAPSE aberta.

Equipe multidisciplinar: time formado por colaboradores de áreas específicas, como por exemplo: Bombeiros, SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Engenharia de Obras, Segurança Patrimonial, T.I, Segurança e Saúde do Colaborador, Meio Ambiente, Manutenção, Engenharia Clínica, entre outros.

GMA: Grupos de Médicos Assistenciais.

GPO: Gestão de Projetos e Obras.

Líder ou responsável pela avaliação da mudança: pessoa que dará o início ao processo de mudança.

Mudança: qualquer modificação, temporária ou não, que possa alterar os riscos ou a confiabilidade inerente às instalações, tecnologias ou processos de trabalho, excluindo a substituição de equipamentos e produtos por outros similares, que não altere as especificações e requisitos definidos, da mesma, procedimentos similares.

Mudança emergencial: Mudança necessária onde o tempo requerido para seguir o fluxo normal do processo de "Segurança e Saúde do Colaborador, Meio Ambiente e Energia na Gestão de Mudanças", detalhado neste documento, pode resultar em riscos inaceitáveis, incidentes ambientais ou pessoais significativos ou perdas econômicas. Toda mudança emergencial deve ter pelo menos uma análise de risco associada e comunicação da mudança a todas as pessoas diretamente afetadas. A mudança emergencial não deve ser considerada como alternativa para acelerar o processo normal da gestão de mudança, apenas deve ser utilizada quando se tratar de riscos graves e iminentes ou perdas inaceitáveis. E ainda assim, com todos os riscos de incidentes decorrentes devidamente controlados e minimizados, evitando-se lesões e outras perdas.

Ponto focal de SSMA e Energia: Pessoa da área de Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Energia designada para avaliar as mudanças registradas e condução das etapas do processo sob

responsabilidade destas áreas, esta pessoa pode ser designada conforme o contexto da mudança registrada

Produto Químico: é uma substância química, seja só, em mistura ou preparação, fabricada ou obtida da natureza.

Representante da área: Pessoa designada pelo gestor da área, que tenha poderes para aprovação ou não da continuidade de uma mudança, após a avaliação e recomendações da equipe multidisciplinar.

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

SINAPSE: Sistema de Notificação de Aprendizagem em Segurança.

SSMA: Segurança, Saúde e Meio Ambiente Substituição por mesmo tipo: instalação, equipamento ou sistema que atenda às mesmas especificações e requisitos exigidos, sem trazer nenhum comprometimento à segurança e saúde do colaborador ou ainda ao meio ambiente ou gestão da energia. A substituição de qualquer elemento do processo por outro de mesma espécie, que atenda a especificação pré-estabelecida e aprovada, não caracteriza uma mudança e não requer tratamento pelo gerenciamento de mudanças detalhado neste procedimento.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Aplicável para todas as unidades da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein (SBIBAE).

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

Foram definidos os seguintes momentos de aplicação, onde indicado, deste processo:

- Dispêndios de capital (CAPEX) para aquisição de equipamentos, obras, retrofitting, por exemplo.
- Novos produtos, serviços e processos, ou mudanças em produtos, serviços e processos existentes, incluindo:
    - Local de trabalho e arredores;
    - Organização do trabalho;
    - Equipamentos;
    - Força de trabalho;
- Mudanças nos requisitos legais ou outros requisitos de segurança, saúde, meio ambiente;

- Mudanças no conhecimento ou informações sobre perigos e riscos de Segurança e Saúde do Colaborador e aspectos e impactos ao Meio Ambiente;
- Desenvolvimento de conhecimento e tecnologia;

Observação: Para as mudanças relacionas aos temas abaixo existem fluxos e processos específicos, sendo assim quando registradas deverão seguir os processos conforme as diretrizes específicas e a notificação deverá ser encerrada com a devida justificativa:

- **Aquisição ou troca de Produtos Químicos** – a sequência está detalhada no procedimento de Gestão de Produtos Químicos para Compras ou Trocas de Produtos Químicos. As áreas de Segurança e Saúde do Colaborador, Meio Ambiente e Bombeiros fazem parte das avaliações definidas no fluxo específico antes da compra do material.
- **Aquisição ou troca de Materiais diversos** – há um Comitê de Homologação de Produtos para Produtos Diversos na SBIBAE.
- **Alterações de procedimentos e práticas assistenciais e médicas** – as áreas de Gestão de Práticas Assistenciais, Práticas Médicas e GMAs, que conduzem as revisões para Protocolos e Procedimentos e o controle de possíveis impactos.

Fluxo do Processo:

1. Ao identificar a necessidade de uma mudança que possa gerar riscos às pessoas, meio ambiente e instalações, o líder da mudança ou responsável pela avaliação da mudança deverá gerar uma notificação por meio do link disponível na página de notificação de eventos na Intranet: https://sinapse.einstein.br/sa/custom/webtickets/anonymous/register.jspot=GESTAO_MUDANCAS
2. O líder da mudança ou responsável pela avaliação da mudança, deverá preencher todos os campos da "Avaliação preliminar de segurança e saúde do colaborador, meio ambiente e energia para gestão de mudanças" conforme instruções abaixo:
    - Todos os campos sinalizados com um (*) são campos obrigatórios;
    - O sistema não permite o registro sem que todos os pontos sejam respondidos;
    - No campo escrever o título da mudança seguido de <-> e a área solicitante;
    - No campo registrar uma breve descrição da mudança;
    - Sempre que necessário, o líder ou responsável pela avaliação da mudança deverá solicitar previamente todos os documentos com informações adicionais à sua execução e anexar no formulário no campo "Anexos". Essas informações darão suporte para uma análise mais robusta quanto aos riscos associados à modificação.
    - O líder ou responsável da mudança, quando houver necessidade, deve acionar o time de SSMA e Gestão da Energia para auxílio no preenchimento da avaliação.

- O líder da mudança, como responsável por administrar todo o processo, deverá alertar a equipe multidisciplinar para as possíveis interações com outras mudanças previstas ou que estejam acontecendo, certificando-se de que a mudança não prejudicará a implantação e operação de outras modificações em andamento e vice e versa.
- No final do preenchimento, clicar em para que a notificação será gerada e encaminha, em workflow, para o time de SSMA e Gestão da Energia, que darão suporte na próxima fase.

3. Ao receber a notificação, o grupo de SSMA e Gestão da Energia (ponto focal) deve abrir a notificação, verificar as informações e, se adequado, proceder o aceite, conforme instruções abaixo:
   - Caso todas as perguntas da "Avaliação preliminar de segurança e saúde do colaborador, meio ambiente e energia para gestão de mudanças" estejam como nas respostas, o ponto focal de SSMA e Gestão da Energia deve proceder o encerramento da notificação, concluindo a mesma no sistema SINAPSE. E, desta forma, encerrando a mudança.
   - Caso pelo menos uma das perguntas tenha uma resposta, o grupo de SSMA e Gestão da Energia (ponto focal) deverá direcionar a notificação para o ponto focal de SSMA e energia que será responsável por avaliar os riscos e oportunidades provenientes da mudança.
4. O ponto focal de SSMA e energia que designado para avaliação da mudança, deverá realizar avaliação conjunta com o líder ou responsável da mudança e equipe multidisciplinar envolvida seguindo as instruções abaixo:
   - Identificar, se aplicável, os riscos e oportunidades em SSMA e energia derivados da mudança e preencher a etapa de análise da notificação do Sinapse;
   - Caso após a avaliação não sejam identificados riscos e oportunidades de SSMA e energia na mudança o ponto focal de SSMA e energia deverá encerrar a notificação incluindo a informação na justificativa a análise realizada;
   - Caso sejam identificados riscos e oportunidades de SSMA e energia o ponto focal deverá realizar o registro na etapa de "análise" da notificação e avaliar junto com os responsáveis quais ações serão necessárias para eliminar ou mitigar os riscos identificados;
   - As ações para eliminar ou minimizar riscos estas devem ser definidas em conjunto com os responsáveis com determinação de prazos e devem ser cadastradas na notificação pelo ponto focal de SSMA e energia ainda na etapa de "análise" da notificação.
5. O responsável das ações deverá registrar o andamento e conclusão das ações definidas no sistema para a conclusão da mudança registrada;

6. Para o encerramento da notificação da mudança o ponto focal de SSMA deverá seguir os passos abaixo:
    - Acompanhar os prazos definidos e atualização das ações em sistema pelos responsáveis das ações;
    - Aguardar a finalização da mudança que será sinalizada pelo Líder da Mudança. Conferir se, de fato, todos as ações foram implantadas;
    - Realizar a avaliação da eficácia das ações após a realização da mudança e registrar no sistema a efetividade das ações.
    - Caso sejam necessárias novas ações ou se as ações definidas anteriormente não forem efetivas o ponto focal deve retornar a notificação para a etapa de análise e realizar nova avaliação com os responsáveis e time multidisciplinar.
    - Enquanto as ações não forem implantadas, onde necessário, a notificação (Mudança) não poderá ser encerrada sob o ponto de vista de Segurança e Saúde do Trabalho, Meio Ambiente e Sustentabilidade e Gestão da Energia.

7. RESPONSABILIDADES

Líder ou responsável pela avaliação da mudança:

- Iniciar o processo de mudança;
- Preencher o formulário no SINAPSE, respondendo as perguntas preliminares em relação a mudança que será realizada;
- Fazer a convocação da equipe multidisciplinar para analisar os aspectos da mudança, quando necessário e aplicável;
- Ser o mediador das reuniões de planejamento e avaliação dos riscos e oportunidades, quando necessário e aplicável;
- Não permitir que uma mudança tenha continuidade sem que os riscos de segurança, saúde, meio ambiente e energia sejam devidamente controlados;
- Este profissional poderá ser representado por diversas áreas, dependendo da mudança, e seguirá o fluxo estabelecido neste procedimento;

Representante da área

- Aprovar ou não a continuidade de uma mudança na área, conduzida pelo líder da mudança;
- Contribuir com ações corretivas e de melhorias quando aplicável;
- Participar das reuniões que tratam da gestão de mudanças onde aplicável;
- Dar suporte, quando necessário, no preenchimento da notificação com a "Avaliação preliminar de segurança e saúde do colaborador, meio ambiente e energia para gestão de mudança".

Ponto focal de SSMA e Energia

- Receber a notificação aberta no sistema para a mudança;
- Aceitar, rejeitar e/ou concluir as notificações de mudanças no SINAPSE conforme os passos descritos no procedimento;
- Envolver os representantes necessários para a avaliação dos riscos e oportunidades derivados da mudança quando necessário;
- Realizar o monitoramento e andamento das avaliações e ações no SINAPSE;

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Todos os registros de mudanças notificadas, assim como o andamento de todo o fluxo e ações definidas ficam registrados e disponíveis no sistema SINAPSE e podem ser consultados através do número gerado da notificação ou através de relatório do sistema pelos responsáveis da área de SSMA e energia. Para consultar o registro de uma mudança através do número da notificação seguir a sequência abaixo:

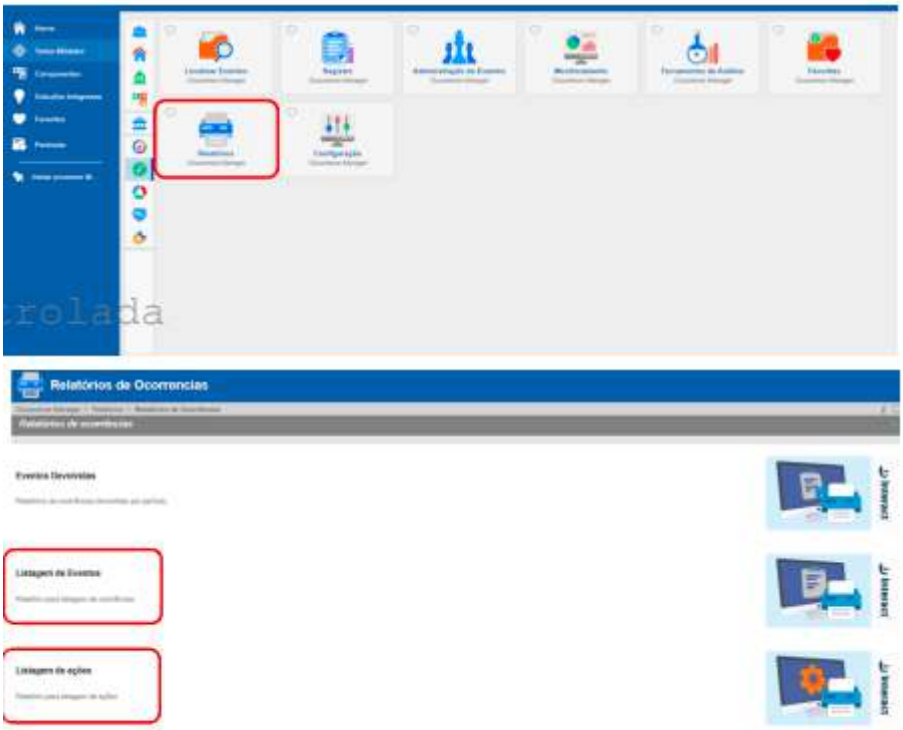
1. Acessar o sistema através do link abaixo ou do Sou Einstein com o login e senha de rede (este acesso é restrito para colaboradores conforme perfil de atividade): https://sinapse.einstein.br/sa/apps/cmn/LauncherApplication.jsp
2. Clicar em "Localizar Evento" no ícone abaixo:

3. Digitar o número da notificação da mudança na barra superior e em segunda clicar em filtrar

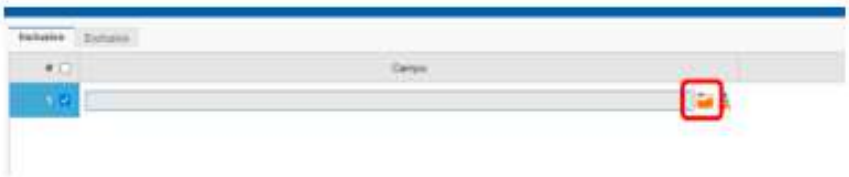
4. Clicar duas vezes na notificação para acessar o conteúdo, andamento e todo o histórico do processo através das abas exibidas:

Para consultar o relatório com todos os registros de uma mudança cadastrados ou ações registradas seguir a sequência abaixo:

1. Acessar o sistema através do link abaixo ou do Sou Einstein com o login e senha de rede (este acesso é restrito para colaboradores conforme perfil de atividade):
2. https://sinapse.einstein.br/sa/apps/cmn/LauncherApplication.jsp
3. Clicar em "Relatórios" no ícone abaixo e em seguida clicar em "Listagem de Eventos" ou "Listagem de Ações" conforme a necessidade de consulta:



4. Clicar em “Editar” na parte de Filtros da barra lateral direita, em seguida clique no ícone de pasta na tela que foi aberta:



12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS.

NBR ISO14001:2015 Sistemas de Gestão Ambiental – Requisitos com orientação para uso. ABNT, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 50001: Sistemas de Gestão da Energia – Requisitos com orientação para uso. ABNT, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 45001: Sistemas de Gestão de Saúde e Segurança Ocupacional – Requisitos com orientação para uso. ABNT, 2018.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento de Gestão Integrada da SBIBAE; Procedimento SESSCO - Segurança do Colaborador; Procedimento para Gestão de Produtos Químicos.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA DO TRABALHO SAÚDE E MEIO AMBIENTE PARA PRESTADORES DE SERVIÇOS

1. OBJETIVO

Este procedimento foi elaborado para nortear empresas prestadoras de serviços na SBIBIAE, que recebem o texto abaixo, entre aspas:

"Desejamos que nossa relação seja a melhor possível, centrada no mais alto profissionalismo. Somos uma grande empresa e como tal temos muitas situações a serem administradas.

Para trabalhar em nossas unidades é preciso que conheça e siga nossas normas e procedimentos, o que evitará uma série de problemas, garantindo a continuidade da nossa aliança comercial.

Por meio deste procedimento, será possível:

- Elaborar orçamentos dentro da realidade exigida pela SBIBAE, em especial no tocante aos aspectos de Segurança do Trabalho;
- Conhecer o procedimento correto para o acesso de seus empregados às nossas dependências;
- Realizar trabalhos de forma segura, prevenindo os incidentes.

Enfim, trata-se de um documento cujo objetivo é uniformizar a conduta de todas as empresas contratadas que prestam serviços à SBIBAE.

O compromisso da SBIBAE é proporcionar um ambiente de trabalho seguro e saudável para todos os seus colaboradores e prestadores de serviços que estejam desempenhando suas atividades em quaisquer de suas unidades.

Este informativo tem o objetivo de:

- Estabelecer as exigências mínimas no que se diz respeito à Segurança do Trabalho para as contratadas que exerçam atividades ou prestem serviços nas instalações da SBIBAE;
- Reduzir e/ou eliminar os riscos de incidentes do trabalho e exposição aos riscos ocupacionais destes;
- Preservar, acima de tudo, a integridade física e a saúde de colaboradores e prestadores de serviços, garantindo assim que estes possam exercer com segurança as suas atividades.

As Normas Gerais aqui mencionadas não representam tudo o que se pode dizer sobre Prevenção de Incidentes. São apenas algumas recomendações e referências relacionadas às situações encontradas no dia a dia em nosso ambiente de trabalho que irão ajudar a evitar acidentes de qualquer natureza.

A área requisitante do serviço e a segurança do trabalho fiscalizarão o cumprimento desse procedimento, e, em caso de irregularidade, tomarão as medidas de acordo com as necessidades, podendo, inclusive, paralisar as atividades da contratada. As paralisações terão

os seus custos absorvidos pela empresa contratada, eximindo, desde já, a SBIBAE de quaisquer ônus.

As exigências se fundamentam na Portaria no 3.214, de 08 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho e suas Normas Regulamentares, obrigatórias em todo território nacional, além de políticas corporativas e locais da SBIBAE, bem como orientações da equipe da segurança do trabalho.

A não observância das normas aqui apresentadas, bem como a caracterização de comportamentos inseguros, poderá fazer com que o infrator seja impedido de continuar a trabalhar em nossas dependências. Nos casos que forem considerados graves, a SBIBAE poderá vir a suspender o contrato temporariamente ou mesmo rescindilo, podendo pedir o ressarcimento à contratada, dos prejuízos causados ou, ainda, aplicar as penalidades administrativas previstas nos contratos, acrescidas de valores apurados a título de perdas e danos.

Os prestadores de serviços deverão orientar toda a sua equipe, previamente, quanto às exigências de segurança da SBIBAE.

A empresa terceirizada tem a responsabilidade de adotar ações disciplinares para seus empregados e subcontratados que não seguirem as determinações deste procedimento.

Para o desenvolvimento do serviço, objeto do contrato, as empresas contratadas deverão observar e cumprir rigorosamente as Normas Regulamentadoras da Portaria no 3.214/78 (Ministério do Trabalho).

A contratada poderá ser avaliada durante a execução e após o encerramento da prestação de serviços, com relação a seu desempenho em questões da saúde e segurança do trabalho. Esta avaliação poderá ser feita conjuntamente pelo departamento de segurança do trabalho e pela área que requisitou e/ou utilizou os serviços. Em eventuais futuras contratações serão levadas em conta o desempenho da contratada em trabalhos anteriores.

A SBIBAE reserva-se o direito de solicitar a substituição de qualquer empregado do prestador de serviços que porventura não venha a cumprir os procedimentos de segurança da empresa.

A interdição ou suspensão dos trabalhos pela fiscalização da SBIBAE, ocorridos por descumprimento às Normas, Procedimento, Manuais de Segurança, não serão consideradas, em hipótese nenhuma, como justificativa de atrasos para a entrega dos serviços ou outras reivindicações contratuais. Todos os incidentes são evitáveis. Este propósito deve ser atendido por todas as empresas contratadas.

Suportar o processo de garantia de que os incidentes, com e sem lesão, envolvendo prestadores/ terceiros sejam devidamente comunicados, registrados e investigados, incluindo os incidentes ambientais;

Determinar o fluxo a ser seguido pelos prestadores/terceiros em toda SBIBAE, para a comunicação e tratativa dos incidentes;

Auxiliar na determinação das causas imediatas e causas raízes dos incidentes, bem como as ações necessárias; Controlar os riscos."

2. DEFINIÇÕES

Trata-se de um procedimento com objetivo de facilitar os trabalhos e uniformizar a conduta de todas as empresas contratadas que prestam serviços à SBIBAE (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein), de modo que a relação comercial seja a melhor possível, centrada no mais alto profissionalismo associado a padrões de excelência em saúde e segurança do colaborador, sustentabilidade e meio ambiente. Por meio deste documento será possível:

- Elaborar orçamentos dentro da realidade exigida pela SBIBAE, em especial no tocante aos aspectos de Segurança do Trabalho;
- Conhecer o procedimento correto para o acesso de seus empregados às nossas dependências;
- Realizar trabalhos de forma segura, prevenindo os incidentes.

Outras definições:

APR: Análise Preliminar de Risco.

ART: Anotação de Responsabilidade Técnica.

ASO: Atestado de Saúde Ocupacional. BO: Boletim de Ocorrência.

CA: Certificado de Aprovação.

CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho.

CETESB: Companhia Ambiental do Estado de São Paulo.

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CONTRAN: Conselho Nacional de Trânsito.

CTPS: Carteira de Trabalho e Previdência Social.

CID: Classificação/Código Internacional de Doenças.

DANOS AO MEIO AMBIENTE: Incidente que resulta, por exemplo, em derramamentos ou vazamentos para o ar, solo ou água.

DSS: Diálogo Semanal de Segurança.

DDS: Diálogo Diário de Segurança.

DOENÇA PROFISSIONAL: aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho, ou seja, é aquela causada por agentes físicos, químicos, biológicos ou ergonômicos inerentes à certas funções ou atividades.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

EPC: Equipamento de Proteção Coletiva.

FISPQ: Ficha de Informações de Segurança do Produto Químico.

HIAE: Hospital Israelita Albert Einstein.

IIRS: Programas Governamentais: É composto pelas unidades de parceria público-privada: Atendimento Médico Ambulatorial (AMA), Atendimento Médico Ambulatorial Especializado (AMAE), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Residência Terapêutica (SRT) e UPA Campo Limpo.

INCIDENTE: Acontecimento não desejado que resulte (ou tenha potencial de resultar) em danos às pessoas (lesões ou doenças), à propriedade, ao meio ambiente e / ou perdas no processo.

I**NCIDENTE AMBIENTAL:** Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em danos ao meio ambiente.

INCIDENTE TÍPICO: Ver definição incidente de trabalho com lesão.

INCIDENTE DE TRABALHO COM LESÃO: É o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando uma lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução permanente ou temporária da capacidade do trabalho. Equiparam-se a este as doenças ocupacionais e os acidentes de trajeto.

INCIDENTE DE TRABALHO SEM LESÃO: É o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando uma lesão corporal ou perturbação funcional com danos leves e que não necessitem de cuidados médicos.

INCIDENTE DE TRAJETO: É o que ocorre no percurso da residência para o local de trabalho ou vice versa, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do prestador/terceiro, desde que não haja interrupção ou alteração de percurso por motivo alheio ao trabalho.

INCIDENTE BIOLÓGICO: É um incidente de trabalho onde há exposição aos agentes biológicos por meio de materiais perfurocortantes, mordeduras humanas e contato com fluídos corpóreos (como sangue, saliva, urina e outros).

INCIDENTE COM PERDA MATERIAL: Evento que resulta em danos ao meio ambiente, equipamentos ou propriedade e / ou perdas no processo.

NBR: Norma Brasileira. NR: Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho.

MTB: Ministério do Trabalho e Emprego.

NOI: Notificação de Ocorrência Interna, instrumento para notificação de Incidentes.

PACIENTE EXPOSTO: Corresponde à pessoa que se envolveu no acidente, o acidentado.

PAE: Plano de Atendimento Emergencial.

PCMSO: Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional. PJ: Pessoa Jurídica.

PRESTADORES/TERCEIROS: Colaboradores de empresas contratadas pelo Einstein que atuam nas dependências da SBIBAE. Incluem-se os estagiários de escolas e faculdades sem vínculo com a marca Einstein e médicos PJ.

PRESTADOR DE SERVIÇO AUTONOMO: é o trabalhador que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com a assunção de seus próprios riscos, sendo certo que esta prestação de serviços há de ser eventual e não habitual.

PCMAT: Programa de Controle do Meio Ambiente de Trabalho na Construção Civil.

PPRA: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. PT: Permissão de Trabalho.

PEMT: Plataforma Elevatória Móvel de Trabalho

QP: Quimioprofilaxia

QUASE INCIDENTE (NEAR MISS): É uma situação em que um incidente quase ocorreu, ou seja, não houve lesão, perda material, perda ambiental ou qualquer outra perda.

RISCO: Probabilidade de um incidente ocorrer.

SAP: Sistema ERP da SBIBAE.

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

SGI: Sistema de Gestão Integrada.

SESMT: Serviço Especializado em Segurança e Medicina Do Trabalho.

SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

SINAPSE: Sistema de Notificação de Aprendizagem em Segurança.

UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Estas diretrizes são aplicáveis para todos os seus prestadores de serviços fixos ou esporádicos em todas as instalações da SBIBAE, por exemplo, Morumbi, Faculdade CEP, Vila Mariana, Perdizes, Alto de Pinheiros, Alphaville, Ibirapuera, Programas Governamentais, Jardins, Hospital Municipal da Vila Santa Catarina, Chácara Klabin, Francisco Morato, Pinheiros, NTO, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Mogi das Cruzes, Goiânia e entre outras unidades que venham a ser adquiridas

Indicado para todos os prestadores/terceiros (fixos ou não fixos) nas instalações da SBIBAE.

Importante: Incidentes envolvendo prestadores de serviço e terceiros não serão contabilizados no dashboard de indicadores institucionais. São controlados no dashboard de prestadores de serviços. Da mesma forma não serão emitidas CAT pela SBIBAE; a mesma deverá ser providenciada, quando indicada, pela própria empresa contratada. O fluxo de atendimento para incidentes com prestadores/terceiros, será descrito nesse documento.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Material eletrônico disponível em cópia controlada formato PDF no portal do Einstein para prestadores de serviço.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

As Regras de Ouro da Segurança devem ser devidamente obedecidas por todos os prestadores de serviços fixos ou esporádicos em qualquer instalação da SBIBAE. São elas:

Regra 1: SEGURANÇA - só execute se estiver seguro – Nenhuma tarefa é tão importante que não possa ser executada com segurança

Regra 2: CONSCIÊNCIA - nunca ignore uma situação ou ato inseguro – Todos tem autoridade e dever para interromper atividades e atitudes inseguras.

Regra 3: ADESÃO – mantenha-se atualizado e sempre siga os protocolos e procedimentos de instituição.

Regra 4: MOBILIDADE – preste atenção ao caminhar dentro e fora da sua unidade de trabalho.

Regra 5: COMUNICAÇÃO - todos os incidentes devem ser imediatamente comunicados e tratados.

6. DESCRIÇÃO

Descrito abaixo o passo a passo para o atendimento ao Procedimento.

Diálogos de Segurança

Antes do início das atividades (em todos os turnos), a execução dos diálogos de segurança nas periodicidades diária (DDS) e/ou semanal (DSS) é obrigatório por parte de todas as empresas terceirizadas fixas e/ ou esporádicas.

A ferramenta pode ser feita tanto por integrantes da empresa terceirizada, quanto por representantes da SBIBAE, principalmente no caso de terceirizadas menores com serviços pontuais e de pequena duração.

A SBIBAE poderá solicitar evidências da execução dos DDS e/ou DSS, bem como realizar o devido acompanhamento. Deverá ser voltado principalmente aos riscos das atividades a serem executadas e as medidas de controle.

Performance em Segurança e Reuniões de Acompanhamento

Periodicamente, representantes da empresa contratada (representante legal, líder do serviço prestado na SBIBAE e técnico de segurança do trabalho) serão convocados a participar de reuniões estratégicas e eventos com a equipe de Segurança do Trabalho da SBIBAE. Apresentações e explicações poderão ser solicitadas pela SBIBAE às empresas terceirizadas com respeito aos incidentes ocorridos, boas práticas, entre outros assuntos.

Para as empresas que faltarem na reunião mensal de terceiros iremos seguir o seguinte fluxo:

- Primero mês não entregue: a empresa será notificada pelo sistema Interact;
- Segundo mês não entregue: convocação dos responsáveis da empresa para alinhamento presencial;
- Terceiro mês não entregue: cumprimento das diretrizes definidas pela Alta Direção da SBIBAE, com retenção do pagamento do mês de referência até regularização.

Nota: Importante reforçar que as empresas terceiras são responsáveis por atualizar os e-mails novos a fim de receberem o convite da reunião mensal.

Auditorias Internas

Mensalmente o SESMT Einstein realizará auditorias internas nas frentes de trabalho fixas, canteiros de obras e setores onde empresas terceiradas realizam suas atividades, a fim de avaliar quesitos de segurança e o cumprimento das Leis Vigentes.

As empresas serão auditadas com base em seu ramo de atuação e as documentações pertinentes deverão estar à disposição no local de trabalho, com os objetivos de:

- Promover uma avaliação independente do sistema de gerenciamento de segurança do trabalho da empresa contratada
- Avaliar e identificar as práticas atuais e situações críticas relacionadas às atividades operacionais
- Verificar se as documentações estão em conformidade com as principais normas/padrões legais relacionadas à segurança do trabalho
- Auxiliar na identificação de situações potenciais (riscos) que possam expor os prestadores de serviço a incidentes e possíveis contingências

Etapa 1 – Comunicação (Gestor do Contrato/ Responsável da empresa) da realização da auditoria. Etapa

2 - Análise das informações disponíveis no local. Etapa

3 - Inspeção da área.

Etapa 4 - Análise e discussão das observações da inspeção da área e das informações disponibilizadas.

Etapa 5 - Verificação das condições físicas e do cumprimento de normas e procedimentos.

Etapa 6 – Compilação das informações e emissão do relatório.

Etapa 7 – Validação do plano de ação

Documentos básicos que devem ficar à disposição no local de trabalho:

- PPRA para trabalhos com duração superior a 30 dias com validade anual;
- PCMAT para trabalhos envolvendo obras com mais de 20 empregados ou com duração superior a 30 dias com validade anual;

- PCMSO para trabalhos com duração superior a 30 dias com validade anual;
- Ficha de fornecimento de equipamentos de proteção individual - EPI (quando aplicável), constando descrição do equipamento fornecido, número do certificado de aprovação (C.A) de cada equipamento e assinatura de recebimento por parte do colaborador que recebeu o EPI;
- Cópia legível do ASO (atestado de saúde ocupacional) específico para a atividade a ser desenvolvida com validade de um ano;
- Certificados de qualificação especial (tabela supracitada no procedimento) de acordo com as atividades a ser realizadas

Nota: Será utilizado checklist de auditoria emitido em duas vias, uma das vias deve ficar no local de trabalho, nas próximas auditorias este checklist servirá de base para a realização da verificação dos apontamentos. No caso de perda ou extravio deste documento a empresa será notificada.

Relatório de Estatística:

Prestadores de Serviços fixos e/ou esporádicos com atividades dentro da instituição acima de 30 dias devem preencher as estatísticas diretamente no sistema, enviando-as do 1° ao 10° dia do mês subsequente.

Caso as informações não sejam enviadas, serão tomadas as seguintes ações:

- Primero mês não entregue: a empresa será notificada pelo sistema Interact;
- Segundo mês não entregue: convocação dos responsáveis da empresa para alinhamento presencial;
- Terceiro mês não entregue: cumprimento das diretrizes definidas pela Alta Direção da SBIBAE, com retenção do pagamento do mês de referência até regularização.

As informações preenchidas referentes aos dados da empresa deverão ser dos colaboradores que estão prestando suas atividades nas dependências da SBIBAE.

Caso ocorrer algum acidente de trabalho (típico ou trajeto) com afastamento, seguir as tratativas abaixo:

- Mencionar o n° da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) junto ao INSS;
- Anexar o documento;
- Anexar o relatório de investigação com o plano de ação.

Link de acesso à estatística:
http://sinapse.einstein.br:80/sa/custom/webtickets/anonymous/access.jsp?ot=%23375.

Este controle será apresentado em reuniões estratégicas com diretores da SBIBAE, portanto, a falta dos dados evidenciará o não preenchimento.

Advertências Gerais:

Proibições nas instalações da SBIBAE:

- portar ou consumir drogas ilícitas ou bebidas alcoólicas;
- portar armas brancas ou de fogo;
- insultos, brigas ou desordens;
- fumar;
- armazenar materiais sem a devida permissão;
- utilizar máquina fotográfica ou filmadora sem a devida permissão;
- trajar camiseta sem mangas, bermudas, chinelos e shorts;
- alimentar-se fora dos locais destinados e liberados para esta atividade;
- receber e efetuar pagamentos em espécie;
- adentrar nas unidades Einstein sem ser pela entrada de funcionários. Caso seja necessário transportar materiais e /ou fazer acesso por outras portarias e recepções deve-se obter prévia autorização da contratante.

O desrespeito à estas advertências são consideradas infrações contratuais, podendo gerar o rompimento do contrato com o prestador de serviço sem qualquer ônus para a SBIBAE que, contudo, poderá, por mera liberalidade, optar por prosseguir com o contrato, advertindo o prestador de serviço, mas, em qualquer um dos casos, sem prejuízo de seu direito de ressarcimento de eventuais perdas e danos. • Não usar máscara de proteção individual ao ingressar e permanecer nas dependências das Unidades Einstein, conforme Lei nº 17.340, de 30 de abril de 2020.

Alimentação:

É proibida a saída dos refeitórios das unidades com alimentos ou bebidas. O fornecimento das refeições aos empregados e subcontratados do prestador de serviço deverá ser acordado com a regras da SBIBAE, sendo vedada ao prestador de serviço que no local do canteiro de obras ou proximidades sejam utilizados fogão, fogareiro ou qualquer outro tipo de propagador de chamas para preparo ou fornecimento de refeição a seus empregados ou subcontratados.

É proibido o uso de aquecedores de alimentação (no caso de eventos) a base de gases ou produtos químicos. Aquecedores elétricos devem ser utilizados para esta ocasião com a devida validação da manutenção elétrica da SBIBAE. Os colaboradores da empresa terceira deverá seguir todas as regras de bom funcionamento do refeitório, tais regras estão à disposição no próprio refeitório da instituição.

Fica vedado também realizar refeições em ambiente não apropriado, por exemplo, calçadas, jardins, praças, muretas, chão e etc., sendo de reponsabilidade da empresa buscar locais adequados. Se necessário buscar auxílio do setor contratante Einstein.

Trânsito Interno de Veículos:

Em caso de necessidade, a SBIBAE autorizará ou não a entrada do veículo conforme a análise da necessidade e condições do local, bem como, regulamentos da Segurança Patrimonial.
A velocidade máxima permitida é de 10 Km/h. Os veículos deverão, quando em trânsito, prosseguir e estacionar em local apropriado, obedecer às normas internas de segurança, estar em perfeitas condições de funcionamento e estado de conservação (conforme CONTRAN) e isentos de vazamentos de óleo, combustível e outros.
Ao estacionar o veículo é obrigatório 'calçar' o veículo. Sempre que necessário realizar carga ou descarga de materiais no interior da Instituição, solicitar informação ao responsável pela contratação do serviço ou pela compra do material o local adequado e regulamentado para tal atividade. Sempre enviar e-mail para cseguranca@einstein.br solicitando liberação de entrada, além de todos envolvidos pela compra dos materiais, equipamentos ou serviços.

Circulação Interna:

Os empregados ou subcontratados do prestador de serviços não poderão circular ou permanecer em áreas que ultrapassem os locais do serviço em questão. Sempre respeitar a preferência para circulação interna de paciente e colaboradores Einstein.
Desta forma é recomendável que prestadores de serviço circulem pelo segundo andar, este andar é considerado de acesso de funcionários onde fica mais fácil a circulação de pessoas, materiais ou cargas.
Deverá ser evitado ao máximo áreas sociais onde há circulação de pacientes, sendo levado em consideração o bom senso de convivência. A SBIBAE reserva-se o direito de exigir do prestador de serviço a retirada imediata do empregado que estiver em descumprimento desta cláusula.

Cadastro de Prestadores de Serviço:

O cadastro dos prestadores de serviços deverá ser realizado no portal do Einstein para Prestadores de Serviço, via internet no link: http://apps.einstein.br/cadastroterceiros/index.html.
As dúvidas, críticas e sugestões devem ser encaminhadas para e-mail terceiros@einstein.br.
A empresa ficará responsável em inserir os documentos obrigatórios atualizados no sistema.
Para maiores informações sobre o fluxo, acessar o item "Preenchimento do Cadastro" disponível na própria página no portal.

Acesso às Instalações da SBIBAE e Controle:

O acesso em todas as unidades Einstein deve ser feito somente pela entrada de funcionários. Caso seja necessário transportar materiais e /ou fazer acesso por outras portarias e recepções deve-se obter prévia autorização da contratante.

Em todas as unidades da SBIBAE, o acesso só poderá ser realizado com o devido uniforme e com a respectiva identificação pessoal (crachá da empresa prestadora de serviço/terceiro).

Todos devem estar providos de documento pessoal com foto para os devidos cadastros. Cada unidade fará seu devido cadastro conforme normas locais.

Além dos itens descritos acima e no decorrer deste procedimento, devem-se levar em consideração os requerimentos do documento Política de Obras e Reformas com Foco em Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar do HIAE. O documento tem o intuito de prevenir infecções hospitalares relacionadas à realização de obras, reformas, construções e atividade de reparo dentro ou próxima ao hospital. Devem ser alinhados junto ao responsável Einstein pela contratação dos serviços, SCIH e o próprio prestador de serviços à forma correta para realização das atividades a serem desenvolvidas a fim de evitar possíveis meios de propagação de fontes de contaminação.

Sem aviso prévio, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar se reserva ao direito de realizar inspeções "in loco" a fim de verificar se estão sendo seguidas as diretrizes contidas no documento Política de Obras e Reformas.

Documentação para Acesso às Instalações da SBIBAE:

O prestador de serviço, após fechar o contrato com a SBIBAE, deve cadastrar no sistema todas as documentações necessárias indicadas abaixo (relacionadas à segurança do trabalho) para o time da segurança do trabalho do Einstein, com antecedências de 01 a 05 dias úteis, para a devida análise como fluxo indicado no item anterior.

O prestador de serviço deverá fornecer todos os acessórios e dispositivos de segurança (EPIs e EPCs), adequados às atividades (botas e vestimentas especiais para eletricistas, máscaras, luvas, óculos, protetores faciais, cintos de segurança tipo paraquedistas com duplo talabarte, trava-quedas, perneiras, mangotes, aventais de couro, equipamentos de resgate em altura e espaços confinados, exaustores, capacetes, instrumentos de monitoramento de ar, lanternas, entre outros) e em bom estado de conservação, para todos os seus empregados e subcontratados, de modo a garantir a execução dos serviços.

O prestador de serviço também deve contratar em seu próprio nome todos os operários e empresas necessárias para a realização dos trabalhos, responsabilizando-se por todos os riscos e incidentes de trabalho ocorridos com seus empregados e subcontratados, sejam materiais ou pessoais que porventura existam.

Toda a mão-de-obra terceirizada deverá apresentar a seguinte documentação:

- cópia do RG (registro geral) ou documento de identificação de estrangeiro e CPF (cadastro pessoa física);
- ficha de fornecimento de equipamentos de proteção individual - EPI (quando aplicável), constando descrição do equipamento fornecido, número do certificado de aprovação (C.A) de cada equipamento e assinatura de recebimento por parte do colaborador que recebeu o EPI;
- cópia legível do ASO (atestado de saúde ocupacional) específico para a atividade a ser desenvolvida com validade de um ano; • cópia legível da Ficha de registro de empregado; • cópia legível da CTPS (carteira de trabalho e previdência social) - folha foto, dados pessoais e registro na empresa; • contrato de prestação de serviço com reconhecimento de firma em cartório; • certificado de treinamentos específicos (exemplo: altura, eletricista, etc.) correspondente a atividade que o funcionário irá realizar e com conteúdo programático correspondente;
- PGR para trabalhos com duração superior a 30 dias com validade anual;
- PCMAT para trabalhos envolvendo obras com mais de 20 empregados ou com duração superior a 30 dias com validade anual;
- PCMSO para trabalhos com duração superior a 30 dias com validade anual;
- constituição da CIPA conforme NR 05, quando aplicável. Não havendo obrigação de atendimento a NR 5 (CIPA) para a constituição da CIPA, designar um representante da empresa. Ambos os casos para terceiros fixos ou quando a legislação assim o exigir;

A constituição do SESMT (NR 04) será aplicável da seguinte forma:

- De acordo com estabelecido da NR-04 quando aplicável;
- Exigência da SBIBAE;
- Exigência via contrato de prestação de serviço;
- Trabalhos com duração maior que 30 dias, e com mais de 20 prestadores de serviços (carga horária a ser definida pela SBIBAE);
- Atividades de risco definidas pela SBIBAE;
- Para obras, independente da duração da atividade e do número de empregados, no mínimo, um técnico de segurança deverá fazer parte da equipe da prestadora de serviços (carga horária todo período).

Qualificação Profissional:

- Trabalho especiais

Algumas atividades, devido à previsão em legislação ou mesmo pelo risco que representam, só podem ser desenvolvidas por profissionais devidamente qualificados e tal qualificação deve ser comprovada.

Portanto, antes de iniciar o processo que garantirá o acesso dos empregados dos Prestadores de Serviços na SBIBAE, a tabela "Qualificação Profissional" abaixo deverá ser respeitada, além dos documentos listados acima:

Função/ Atividade	**Equipamento**	**Legislação**	**Documentos Necessários e EPIs especiais**
Operador de veículos industriais	• Empilhadeira • Guindaste • Retroescavadeira • Ponte rolante • Guindauto/Munck • Caminhão • Outros veículos industriais	NR 11	1) Certificado de conclusão do curso de capacitação inicial, realizado por centros de treinamentos reconhecidos pelo sistema oficial (como SENAI) com reciclagem anual (cartão – NR 11.1.6.1 / 12.16.10 2) Plano de Rigging onde *aplicável.

Função/ Atividade	Equipamento	Legislação	Documentos Necessários e EPIs especiais
			3) Carteira Nacional de habilitação (CNH). Categoria C (mínima) para operador de veículos destinados a movimentação e elevação de cargas.
Trabalho em Altura	• Trabalho em altura a partir de 2 metros acima da superfície ou 1,20 tratando-se de escavação	NR 35 (*)	1) Certificado de conclusão do curso realizado com carga horária mínima de 8 horas e reciclagem anual. 2) Certificado de acesso por corda (02 anos validade)
Funções que desenvolvam trabalhos a quente, ex.: Soldador/ Mec. Refrigeração/ Serralheiro/Encanador	• Máquina de solda e conjunto de oxicorte	NR 06 NR 12 (*) NR 15	1) Certificado de conclusão do curso realizado por centros de treinamentos reconhecidos pelo sistema oficial (como SENAI); 2) Comprovação da função de 02 anos no mínimo em carteira de trabalho, mais Ordem de serviço NR 01 com descrição de atividades trabalho a quente.

Função/ Atividade	Equipamento	Legislação	Documentos Necessários e EPIs especiais
Eletricista	• Equipamentos e instalações elétricas	NR 10 (*)	1) Certificado de conclusão do curso de qualificação profissional, realizado por centros de treinamentos reconhecidos pelo sistema oficial (exemplo SENAI); 2) Certificado de treinamento na NR 10 com carga horária de 40 horas e reciclagem bienal; 3) Certificado de treinamento na NR 10 – SEP com carga horária de 40 horas e reciclagem bienal (caso aplicável). – Trabalho de alta tensão.
Trabalho em espaço confinado	• Tanques • Forros • Caixas d'água • Galerias • Cisternas • Outros	NR 33 (*)	1) Certificado de conclusão do curso específico realizado por centros de treinamentos reconhecidos pelo sistema oficial (exemplo SENAI) com carga horária de 16 horas para vigias e 40 horas para supervisores.

Função/ Atividade	Equipamento	Legislação	Documentos Necessários e EPIs especiais
Trabalho com Produtos Químicos	• Tintas e diluentes • Outros produtos químicos	NR 06 NR 15	1) Envio de todas as FISPQs com uma semana de antecedência para análise e aprovação (ou não) pela segurança do trabalho, saúde e meio ambiente da SBIBAE.
Uso de Ferramentais Gerais	• Pistola finca pinos à pólvora • Ferramentas rotativas e pneumático, ex.: Lixadeira, Grampeador	NR 12 NR 18	1) Certificado de capacitação NR 12 na operação do equipamento, com carga horário no mínimo de 08 horas.

Para aquisição de equipamentos, processos, sistemas operacionais, sistema de prevenção de quedas, entre outros, também é exigida uma ART (onde aplicável) e comprovante de pagamento, de acordo com requisitos vigentes do CONFEA. A ART também será exigida para sistemas temporários, onde aplicável, como apoio, por exemplo, à implantação e execução de obras e instalações.

- Documentação para Estrangeiros

Quando da necessidade da contratação de prestadores de serviços provenientes de outro país, ou quando da entrega e montagem de equipamentos importados com equipes estrangeiras, fazem-se necessárias algumas documentações pessoais quando as exigidas no Brasil (ASO, por exemplo) não são aplicáveis:

- Laudo médico atestando que o profissional está apto para exercer as suas atividades, indicando a especialidade, onde aplicável;
- Declaração de responsabilidade da empresa pelo profissional;
- Cópia legível do passaporte;
- Declaração ou certificados de aptidão para o exercício da função (certificado de curso de formação, especialização técnica, por exemplo).

A documentação referente ao processo da atividade em si, como, por exemplo, Plano de Rigging, APR e PT, onde necessário, continuam sendo obrigatórias conforme descrito acima.

- Documentação para início das atividades de riscos na SBIBAE

Antes do início das atividades, as seguintes documentações são necessárias (dependendo da atividade, outros documentos podem ser requisitados) após a aprovação de toda a documentação pessoal.

APR de toda a atividade devidamente aprovada pela Segurança do Trabalho da SBIBAE e PT específica e quando necessária. Dependendo da atividade, mais de uma PT poderá ser requerida. Outros documentos devem ser verificados quando necessário.

Nota: A empresa prestadora de serviços é responsável pelo controle de vencimento dos documentos de seus colaboradores, devendo sempre encaminhar através do e-mail terceiros@einstein.br os documentos atualizados para serem inseridos nos respectivos cadastros de seus funcionários. Os certificados de comprovação de capacitação devem ser inseridos no sistema de cadastro obrigatoriamente no formato PDF e digitalizados colorido, certificado inseridos contrários a esta obrigatoriedade terão o cadastro ignorado.

Em caso de indícios de inconsistências nas informações contidas nos documentos cadastrados ou enviados, o referido documento e informações serão encaminhados imediatamente para os setores Jurídico, Compliance e Contratante, e solicitaremos apresentação do documento original. Confirmando a suspeita, uma comissão discutirá caso a caso com as multiáreas envolvidas, onde tomarão as devidas tratativas, podendo a empresa ser até bloqueada na SBIBAE.

- Integração de SSMA

Uma vez contratado, de posse do pedido de compras, contrato de confidencialidade devidamente assinado entre as partes (onde aplicável) e contrato de prestação de serviço devidamente assinado entre as partes, os Prestadores de Serviços deverão participar da Integração de SSMA. Todos os colaboradores dos Prestadores de Serviços externos e subcontratados deverão participar da integração. A integração tem validade de um ano, devendo ser refeita para a continuidade da permanência do profissional na SBIBAE.

Importante: A empresa prestadora de serviços é responsável pelo controle de vencimento das integrações de seus colaboradores, devendo solicitar anualmente, ou quando pertinente agendamento da renovação da integração.

A integração de SSMA (segurança, saúde e meio ambiente) de Prestadores de Serviços pode ser realizada no formato presencial ou à distância (online), através de vídeo enviado por e-mail e instruções via link.

Apenas estarão aptos a participar da integração, os colaboradores cujos exames médicos e documentos de acesso e início de trabalho tenham sido entregues para a SBIBAE antes da integração.

- Análise Preliminar de Riscos – APR

APR é um documento que descreve os riscos envolvidos e controles para a realização de uma tarefa (passo-apasso) considerada de alta complexidade.

Para as atividades complexas, independente da sua duração, uma APR deverá ser aberta. Para prestadores de serviços fixos, a APR deverá ser substituída por um procedimento operacional. Em algumas ocasiões (por exemplo, serviços esporádicos) poderá ser exigido a APR, ficando a critério da Segurança do Trabalho a definição.

A APR estará disponível em duas versões (eletrônica e impresso), na versão eletrônica a mesma deverá ser entregue 02 dias (uteis) com antecedência para apreciação. As APRs são emitidas em duas vias, (onde as duas vias devem ser assinadas), devendo uma via ser entregue para segurança do trabalho e outra via permanecer no local da atividade.

A APR deve ser elaborada pelo:

- executor do serviço (terceiro); e
- representante da segurança do trabalho da empresa terceirizada.

A APR deverá ser exposta no local do serviço e todos os envolvidos devem ser treinados na mesma antes do início do serviço.

O responsável pelo serviço deverá providenciar todos os recursos preventivos indicados na APR, além de aplicar o treinamento aos executantes, coletando todas as assinaturas necessárias. Nenhum profissional poderá executar a tarefa em questão sem que tenha sido devidamente treinado e que sua assinatura conste no documento. Fica terminantemente proibido acréscimo de colaborador na relação da APR com caneta, somente de forma eletrônico.

OBS.: Caso ocorra qualquer irregularidade durante o serviço com um incidente com ou sem lesão, ou mudança das características das atividades a APR deverá será revalidada.

- PT (Permissão de Trabalho) para execução de trabalhos especiais

Trabalhos Especiais são aqueles que necessitam de uma permissão especial da Segurança do Trabalho antes da realização. Para algumas atividades a liberação do Bombeiro da unidade também será necessária (esta informação consta no campo de assinatura da liberação de serviço). Á esta liberação especial chamamos de PT

– Permissão de Trabalho. Alguns destes trabalhos estão listados abaixo. Outras atividades podem ser consideradas como especiais e exigir uma permissão especial antes da sua execução. Permissão de Trabalho é um guia de precauções que devem ser observadas para a realização de tarefas específicas.

São utilizadas PTs para as seguintes atividades complexas:

- Trabalho em Altura;
- Trabalho em Espaço Confinado;
- Trabalho a Quente;
- Trabalho em Serviço com Eletricidade;
- Trabalho com Movimentação de Cargas;
- Trabalho com Escavação;
- Trabalho com Ferramentas Manuais.

A permissão de trabalho deve ser preenchida e assinada pelo:

- Representante da segurança do trabalho da empresa terceirizada;
- Profissional da seg. do trabalho da empresa terceirizada.

Importante: As empresas terceirizadas devem utilizar os formulários disponibilizados pela SBIBAE, sendo que qualquer serviço de terceiros (indicados supracitados) somente poderá ser realizado após a elaboração e aprovação da APR acompanhada por uma PT.

Sempre uma via da PT deverá permanecer com o executante no local da atividade ao lado da APR correspondente e nenhuma PT poderá ser emitida sem a respectiva APR.

As PTs não podem ser rasuradas e prorrogadas, se necessário outra PT deverá ser aberta. Somente poderá ser preenchidos momentos antes do início da atividade e no local da atividade.

As PTs só podem ser preenchidas momentos antes do início da atividade e no local da atividade.

As PTs devem permanecer arquivadas por 5 anos e devem ser aprovadas pelos profissionais listados nos próprios formulários, caso ocorra qualquer incidente, a PT deverá ser interrompida e outra deverá ser aberta.

No caso de emergência que obriga o abandono do local, no seu retorno, a PT deverá ser refeita.

Todos os comunicados, programações de atividades devem ser enviados por e-mail pelo responsável (Einstein) seguindo o formato padrão institucional e as solicitações de liberação de serviço devem ser avisadas antecipadamente (24 horas uteis) para o e-mail terceiros@einstein.br. Aos finais de semana, emenda e feriado a comunicação da atividade de risco deve anteceder no dia útil.

As PTs não podem ser rasuradas e prorrogadas, se necessário outra PT deverá ser aberta. Somente poderá ser preenchidos momentos antes do início da atividade e no local da atividade.

As PTs só podem ser preenchidas momentos antes do início da atividade e no local da atividade.

Trabalho em Altura

É toda a atividade que se realiza sobre o telhado, pavimento, piso, plataforma, escadas ou armações, cujo posto de trabalho proporciona risco de queda de empregados, de uma altura igual ou superior a dois metros (2 metros), por inexistência de uma proteção.

Abaixo as recomendações gerais com relação ao trabalho em altura. Outras podem ser verificadas na NR 18 e durante a elaboração da APR.

Apresentar habilitação específica para esta atividade.

É obrigatório o uso de dispositivos de segurança contra quedas exigidos na Norma Regulamentadora, amarrado junto à uma estrutura do prédio ou a um cabo de segurança, aprovada pela SBIBAE, em altura superior a 2,00 metros e onde haja risco de queda, assim como o capacete com jugular.

Possuir atestado de saúde ocupacional específico para atividade em altura, conforme diretrizes da Norma Regulamentadora 35

Quando o trabalho for executado onde haja pessoas por perto ou por baixo, deve ser estudado com o líder da área juntamente com a segurança do trabalho da SBIBAE, um horário para execução do mesmo, ou seja, sem pessoas no raio de ação do trabalho em altura. O mesmo vale para trabalhos acima de equipamentos em funcionamento.

Trabalhos com ferramentas, peças, ferragens ou outro material qualquer, devido haver risco de queda, as pessoas que estiverem trabalhando embaixo, deverão utilizar o capacete e ainda estas ferramentas, quando possível, devem estar amarradas, impedindo a sua queda.

Fazer sinalização/ isolamento da área ao redor do local, com cones, correntes, cerquites e outros, de modo a impedir o acesso de pessoas que não estejam envolvidas na operação (no perímetro próximo da atividade). É permitido o uso de fita zebrada como meio de delimitação e isolamento de área em atividades corriqueiras, não excedendo o período de 24 horas da área isolada. Em áreas de grande de grande perímetro, consultar o SESMT para isolar a área. Não realizar atividades sobre telhados ou qualquer outra área externa em dias de chuva, ventanias ou com o telhado molhado.

Fica vedado o uso de cavaletes para acesso em altura, possibilitando instabilidade na base de apoio ao transitar nas pranchas.

Sempre que utilizar andaimes, certifique-se que este esteja apoiado em uma superfície firme e plana e que esteja devidamente travado.

Não é permitido movimentar andaimes com pessoas e materiais sobre o mesmo.

Plataforma Elevatória Móvel de Trabalho - PEMT

De acordo com NR18 a plataforma elevatória é o equipamento móvel, autopropelido ou não, dotado de uma estação de trabalho (cesto ou plataforma) e sustentado em sua base por haste metálica (lança) ou tesoura, capaz de erguer-se para atingir ponto ou local de trabalho elevado.

A PEMT deve atender às especificações técnicas do fabricante quanto à aplicação, operação, manutenção e inspeções periódicas, e deve ser dotada de:

- dispositivos de segurança que garantam seu perfeito nivelamento no ponto de trabalho, conforme especificação do fabricante;
- alça de apoio interno;
- sistema de proteção contra quedas que atenda às especificações do fabricante ou, na falta destas, ao disposto na NR-12;
- botão de parada de emergência;
- dispositivo de emergência que possibilite baixar o trabalhador e a plataforma até o solo em caso de pane elétrica, hidráulica ou mecânica;
- sistema sonoro automático de sinalização acionado durante a subida e a descida;
- proteção contra choque elétrico;
- horímetro.

Operação:

Os manuais de operação e manutenção da PEMT devem ser redigidos em língua portuguesa e estar à disposição no canteiro de obras ou frentes de trabalho.

É responsabilidade do usuário conduzir sua equipe de operação e supervisionar o trabalho, a fim de garantir a operação segura do equipamento.

Cabe ao operador, previamente capacitado pelo empregador, realizar a inspeção diária do local de trabalho no qual será utilizada os equipamentos.

Todos os trabalhadores na PEMT devem utilizar SPIQ conectado em ponto de ancoragem definido pelo fabricante.

Capacitação:

A capacitação, quando envolver a operação de máquina ou equipamento, deve ser compatível com a máquina ou equipamento a ser utilizado.

Os treinamentos devem possuir avaliação de modo a aferir o conhecimento adquirido pelo trabalhador, exceto para o treinamento inicial.

A capacitação deve contemplar o conteúdo programático estabelecido pelo fabricante, abordando, no mínimo, os princípios básicos de segurança, inspeção e operação, de forma compatível com o equipamento a ser utilizado e com o ambiente esperado.

A comprovação da capacitação deve ser feita por meio de certificado e de forma presencial, com carga horaria de 04 horas e validade bianual (02 anos) – vide Quadro 1 da NR 18.

É vedado:

- utilização de pranchas, escadas e outros dispositivos que visem atingir maior altura ou distância sobre a PEMT;
- utilização da PEMT como guindaste;
- realização de qualquer trabalho sob condições climáticas que exponham trabalhadores a riscos;
- operação de equipamento em situações que contrariem as especificações do fabricante quanto a velocidade do ar, inclinação da plataforma em relação ao solo e proximidade a redes de energia elétrica;
- utilização da PEMT para o transporte de trabalhadores e materiais não relacionados aos serviços em execução.

Considerações gerais para uso e acesso com escadas

Abaixo as recomendações gerais com relação ao uso de escadas. Outras podem ser verificadas na NR 18 e durante a elaboração da APR.

Utilize sempre o corrimão, quando existir;

Não subir ou descer escadas com as mãos no bolso. Não colocar ou deixar qualquer coisa sobre os degraus;

Não obstruir as escadas e em torno delas na distância de um metro e evitar utilizar escadas levando objetos pesados e/ou grades nas mãos;

Não usar móveis, cadeiras ou material empilhado como escada;

Só usar escadas de mão em bom estado, sem rachaduras, sem degraus quebrados ou podres, sem laterais frouxas e entre outros;

Escadas de madeira não podem ser pintadas, somente de fibra;

Antes de usar a escada verifique se ela está apoiada em uma superfície nivelada e resistente. Para escada de uma perna, colocá-la formando um ângulo de aproximadamente 75 graus com o chão. Escadas duplas deverão ter trava de corrente. A escada de extensão deverá ter a corda, roldana e trava em perfeitas condições;

As escadas de encosto não devem ter mais de 7 metros (escadas de extensão não devem ter mais de 12 metros);

As escadas de extensão não devem ter suas partes separadas, para evitar a quebra de polias e a danificação dos engates;

As escadas de abrir não devem ter mais de 6 metros de extensão, devendo ser abertas até o fim do seu curso, com o tirante limitador bem encaixado, antes de ser usada;

As escadas deverão ter bases antiderrapantes;

A escada deve ser provida de dobradiças com afastadores e limitadores de abertura com sistema antibeliscão, que evite lesão na mão do trabalhador;

Os limitadores de abertura deverão estar totalmente estendidos (abertos) quando a escada estiver em uso;
Não colocar a escada próxima a uma porta, a menos que esta esteja trancada ou haja alguém tomando conta. Sinalize os dois lados da porta com cones de segurança;
Subir na escada de frente, sem carregar cargas e pesos. Se for necessário manusear objetos ao usar a escada, subi-los ou baixá-los por meio de uma corda. Não pegar objetos afastados além do comprimento de um braço, quando estiver na escada. Somente uma pessoa de cada vez deve subir na escada;
É proibido fixar ou apoiar a escada sobre mesas, ou qualquer outro tipo de apoio que permita que a mesma se movimente ou balance;
O último degrau deve estar aproximadamente um metro acima da área onde for necessário realizar a atividade ou então nessa altura acima do nível do telhado;
É proibido utilizar escadas improvisadas como uso de arames, cordas, fios, correntes e outros materiais para substituir os limitadores de abertura, fabricadas na obra.

<u>Considerações com Andaimes</u>

Abaixo as recomendações gerais com relação ao uso de andaimes. Outras podem ser verificadas na NR 18 e durante a elaboração da APR, principalmente para outros tipos de andaimes.
Deverão ser seguidas as regras dispostas na NR-18 da portaria 3.214/78 e:
as torres de andaimes não podem exceder, em altura, quatro vezes a menor dimensão da base de apoio, quando não estaiadas.
é proibido trabalho em andaimes apoiados sobre cavaletes que possuam altura superior a 2,00m (dois metros) e largura inferior a 0,90m (noventa centímetros).
devem ser tomadas precauções de segurança, durante a montagem, desmontagem e movimentação dos andaimes;
devem ser tomadas precauções de segurança, durante a montagem, desmontagem e movimentação dos andaimes;
devem ser gravados nos painéis, tubos, pisos e contraventamentos dos andaimes, de forma aparente e indelével, a identificação do fabricante, referência do tipo, lote e ano de fabricação, será vedada a utilização de andaimes sem as gravações previstas;
toda preocupação deve ser tomada para evitar queda de objetos ou materiais dos andaimes;
não deve haver empilhamento de material sobre os andaimes;
toda movimentação vertical de componentes e acessórios para montagem e/ou desmontagem de andaimes deve ser feita através de cordas ou sistemas próprios de içamento. Não é permitido lançar peças em queda livre;
não é permitido trabalhar em andaimes sob chuva ou vento forte;
os serviços em andaimes nunca devem ser realizados por uma única pessoa;

usar cinto de segurança tipo paraquedista com talabarte duplo para trabalhar em andaimes em altura superior a 2,00 m (o cinto de segurança deverá ser preso em uma estrutura adequada indicada na APR);
é proibido o uso de andaimes improvisados; os mesmos devem ser metálicos e desmontáveis;
andaimes com mais de 1,50 m de altura devem ser providos de escadas ou rampas;
as plataformas dos andaimes deverão ser equipadas com assoalho completo, firmemente seguro, travado, com tábuas de primeira;
todos os andaimes devem ser aprumados e montados em suporte de rodizio ou sapata ajustável;
prover andaimes com parapeito de 0,70m e 1,2m de altura (de distância da base) e rodapé de 20 cm;
não deixar caixas de ferramentas ou outros materiais soltos em cima dos andaimes e retirá-los sempre que não houver alguma pessoa sobre o andaime;
não é permitido "viajar" num andaime móvel quando este estiver sendo movimentado. As ferramentas e materiais devem ser retirados da plataforma antes da movimentação do andaime;
os andaimes móveis devem ser usados em superfícies lisas e niveladas e as rodas devem ser acondicionadas em ferro e ser providas com sistema de travamento.
fazer uso sempre peças boas, tanto da estrutura do andaime, quanto do piso (fechamento de todo vão) e rodapés.
o andaime deverá ter sempre o nível imediatamente inferior à superfície de trabalho o seu piso já colocado.
na desmontagem de andaimes, os operários devem ser orientados para não jogarem as peças no chão. O prejuízo com reposição ou reforma destas peças é de responsabilidade da Contratada.
o local da instalação de algum equipamento de içar deve ser escolhido de modo a não comprometer a estabilidade do conjunto.
os andaimes móveis com mais de 6 m de altura deverão ser obrigatoriamente estaiados.

Andaimes Fachadeiros

Referências básicas:

deverão estar amarrados às construções em linhas de 4 a 6 m e nestas linhas todos os montantes e as escadas de acesso aos vários níveis em posições diferentes, nunca contínuas.
os projetos de andaimes do tipo fachadeiro, suspensos e em balanço devem ser acompanhados pela respectiva ART - Anotação de Responsabilidade Técnica.
as montagens de andaimes dos tipos fachadeiros, suspensos e em balanço devem ser precedidas de projeto elaborado por profissional legalmente habilitado.

Andaimes Suspensos Mecânicos

Referências básicas:

os operários que trabalham em andaimes suspensos a mais de 2m do solo deverão usar cinto de segurança do tipo paraquedista com dispositivo de trava quedas, acoplado a um cabo de segurança que tenha sua extremidade superior fixada na construção e totalmente independente ao andaime.
os cabos de sustentação dos andaimes serão de aço em bom estado de conservação, sendo proibido qualquer outro tipo de material.
diariamente, antes de iniciar os trabalhos, os cabos de sustentação serão inspecionados pelos usuários.
os vãos existentes entre o rodapé e guarda-corpo terão que estar fechados com tela de arame ou outro material com resistência equivalente.
na posição de trabalho, os andaimes suspensos serão fixados a construção evitando movimentos oscilatórios.
necessário ressaltar que todos os serviços em andaimes comuns (simplesmente apoiados) suspensos mecânicos leves ou pesados, devem obedecer às especificações do fabricante e as normas de segurança específicas.
Todos os andaimes deverão ser liberados diariamente pela Segurança do Trabalho da SBIBAE.

Cadeira Suspensa

Todas as atividades em que não seja possível as instalações de andaimes serão permitidas a utilização de cadeira suspensa (balancim individual) após avaliação de riscos.
Acessórios obrigatórios para utilização da cadeira suspensa:
Na utilização do sistema contrapeso como forma de fixação da estrutura de sustentação para atividades com balancim e cadeira suspensa, este deve atender as seguintes especificações mínimas:

- ser invariável quanto à forma e peso especificados no projeto;
- ser fixado à estrutura de sustentação;
- ser de concreto, aço ou outro sólido não granulado, com seu peso conhecido e marcado de forma indelével em cada peça e,
- ter contraventamentos que impeçam seu deslocamento horizontal.

Cabo de aço para sua sustentação, fixado por meio de dispositivos que impeçam o deslizamento e desgaste;
Sistema independente de fixação para o cinto de segurança tipo paraquedista, ligado ao trava-quedas em um cabo-guia;
Nas edificações com, no mínimo, quatro pavimentos ou altura de 12m (doze metros) a partir do nível do térreo devem ser instalados dispositivos destinados à ancoragem de equipamentos de

sustentação de andaimes e de cabos de segurança para o uso de proteção individual a serem utilizados nos serviços de limpeza, manutenção e restauração de fachadas;

Antes de sua utilização, o usuário e o responsável deverão desenrolar o cabo de aço e verificar o seu comprimento, de modo que:

- Não apresente emenda;
- Não apresente fios rompidos ou frouxos;
- Apresente diâmetro uniforme;
- Não esteja lubrificado.

A correta ancoragem e instalação da cadeira suspensa são fundamentais para a segurança do equipamento e do usuário devendo ser elaborada por profissional legalmente habilitado;

Uma vez instalado, o equipamento só poderá ser utilizado e liberado com autorização da área da Segurança do Trabalho, seguindo fluxo de liberação de serviço;

No Einstein será aceito somente cadeirinha suspensa do tipo com catraca, além de apresentar na sua estrutura, em caracteres indeléveis e bem visíveis, a razão social do fabricante e o número de registro respectivo no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

É proibida a improvisação de cadeira suspensa.

Trabalho em Telhado

Entende-se por trabalhos em telhado todo tipo de trabalho que inclui construção, manutenção e limpeza de telhados.

É proibida a realização de trabalho ou atividades em telhados ou coberturas sobre fornos ou qualquer equipamento do qual possa haver emanação de gases, provenientes ou não de processos industriais.

Havendo equipamento com emanação de gases, o mesmo deve ser desligado previamente à realização de serviços ou atividades em telhados ou coberturas.

Para trabalho em telhados e coberturas devem ser utilizados dispositivos dimensionados por profissional legalmente habilitado e que permitam a movimentação segura dos trabalhadores.

O acesso ao telhado deve ser feito através de andaimes ou escadas extensoras travadas e providas de cabo-guia e trava-quedas, ou ainda, por plataforma elevatória.

Não é permitida a realização de serviço em telhado com concentração de carga num mesmo ponto. É proibido pisar diretamente sobre as telhas.

A movimentação sobre o telhado deve ser executada somente depois da instalação de pranchões sobre elas que permitam a movimentação com segurança. O trabalhador deverá se certificar dos pontos de apoio e sustentação do telhado. Em nenhuma hipótese o trabalhador deverá se deslocar sobre telhas de fibrocimento amianto pisando diretamente sobre as telhas.

O uso de passarela e tábuas não dispensa o uso do cinto de segurança tipo paraquedista fixado em cabo guia equipado com trava-quedas.

Para a execução do trabalho, deve-se isolar a área abaixo, proibindo-se a passagem ou permanência de qualquer pessoa no local de risco, devendo uma pessoa permanecer no piso, a fim de coordenar a isolação e auxiliar na execução da atividade.

Sempre que existam materiais sendo içados é proibida a permanência de pessoas abaixo da carga.

Nos locais sob as áreas onde se desenvolvam trabalhos em telhados e ou coberturas, é obrigatória a existência de sinalização de advertência e de isolamento da área capazes de evitar a ocorrência de acidentes por eventual queda de materiais, ferramentas e ou equipamentos.

Os pranchões quando de madeira devem ter espessura mínima de 2,5cm e serem livres de nós e trincas e não devem ser pintados.

Os pranchões devem se fabricados em material antiderrapante;

Devem possuir dispositivo de interligação/ travamento entre os elementos pranchões.

Trabalho em espaço confinado

É toda a atividade, independentemente do tempo de duração, e que seja realizada em local não concebido à presença humana e/ou possuidores de entrada e saída insuficiente, restrita ou complexa ou ainda que possa gerar riscos aos trabalhadores com atmosferas perigosas e/ou movimentações inesperadas, como, por exemplo: tanques fixos e transportáveis, reservatórios, caixas elevatórias e coletoras, galerias, túneis, diques, porões, equipamentos e máquinas (aquecedores, elevadoras, silos e outros), pits de máquinas e outros.

Todas as unidades Einstein possuem os ambientes devidamente inventariados, com sinalização e QR code para facilitar a visualização das informações contidas nos ambientes.

Abaixo as recomendações gerais com relação a trabalho em espaços confinados. Outras podem ser verificadas na NR 33 e durante a elaboração da APR.

Apresentar habilitação específica para esta atividade como descrito no item Qualificação Profissional deste documento.

Obter a Permissão de Trabalho antes de iniciar as atividades em áreas confinadas como tanques de estocagem, poços, caixa d'água, canaletas de água, linhas de esgoto, túneis e outras áreas fechadas onde possa haver deficiência de oxigênio ou produção de gases tóxicos.

Deverá sempre haver mais de uma pessoa no local da atividade, sendo que pelo menos uma deve ter curso de primeiros socorros, que servirá de elo entre a emergência e o salvamento.

A permissão para trabalhos em ambientes confinados é para uma jornada de no máximo 10 horas de trabalho devendo ser renovada após esse prazo.

A empresa que for contratada para executar o serviço deve possuir ou alugar os equipamentos necessários para resgate e medições de gases.

Só pode ser realizado quando for eliminado e neutralizado o risco do local.

A empresa que for contratada para executar o serviço deve possuir ou alugar os equipamentos

necessários para resgate e medições de gases.

Trabalho a Quente

É todo serviço de manutenção, instalação, modificação, adequação e outros, envolvendo qualquer tipo de fonte de calor (ex.: chama aberta, lixamento, esmerilhamento, corte, solda e outros) executados dentro ou fora das edificações, em pátios e em outras dependências da SBIBAE. Deve-se obter a Permissão de Trabalho antes de efetuar operações com soldas de diversos tipos, cortes com maçarico ou serviços com esmerilhadeira (qualquer serviço a quente – que possa gerar alguma faísca).

Todos os envolvidos deverão ser treinados para a execução de trabalho a quente e esta habilidade deverá ser comprovada conforme o item Qualificação Profissional deste documento. Nas funções de mecânico de refrigeração e similares, deve constar no cadastro do colaborador a opção de "Trabalho a Quente", com envio do certificado pertinente ao serviço a quente.

Qualquer tipo de trabalho a quente, necessário estar descrito na etapa da APR com todos os detalhes de execução. Não é permitido a permanência do botijão de gás dentro da obra, necessário verificar local arejado com o contratante para evitar o confinamento do gás, e detalhar o armazenamento na APR.

Toda atividade a quente, deverá ter a liberação do Bombeiro, solicitar a Presença do PCI Bombeiros com 24 hora úteis de antecedência, através do e-mail pcibombeiros@einstein.br e/ou telefone 2151-1111

Abaixo as recomendações gerais com relação a trabalho a quente. Outras podem ser verificadas durante a elaboração da APR e NR 18.

Os equipamentos como máquinas de solda e maçarico deverão estar em perfeito estado de conservação e:

só será permitida a realização deste tipo de atividade em áreas fechadas quando não houver possibilidade de transferência do material a um local seguro.

é proibido realizar serviço a quente com GLP, exceto quando o serviço for uso exclusivo na atividade de colagem de manta asfáltica, poderá se utilizado botijão de GLP com capacidade até 13kg, tendo a liberação diária de Trabalho à Quente. Lembrando: Em locais fechados somente utilização de manta asfáltica liquida ou com sistema de exaustão.

todos os equipamentos destinados a esta finalidade serão inspecionados previamente. Para ser aprovado, o equipamento deverá:

cilindros sobre carrinhos, sendo que estes deverão possuir divisória de chapa ou berço individual (não serão aceitos cilindros soltos).

válvulas de retrocesso de chamas na saída nas válvulas de oxigênio e acetileno e também antes da entrada na caneta

mangueiras sem trinca na borracha (ressecadas), no máximo com 10 metros de comprimento e sem emendas.
meios de medição (manômetros) em funcionamento
obrigatório FISPQ do GLP que será utilizado.
uso de acendedor de maçarico do tipo colcha carbografite (saci) e/ou gás butano.
que trabalhos desta natureza só sejam iniciados após a emissão da Permissão para o trabalho. O cumprimento de todos os itens previstos na permissão é condição essencial para o início dos trabalhos, sendo que o trabalho será interditado quando forem verificados desvios.
uso de protetor facial para trabalhos a quente diferentes da solda.

Solda Elétrica

Para os serviços são necessários alguns cuidados descritos a seguir:
todo trabalho deverá ser executado por pessoa comprovadamente capacitada;
a ligação do equipamento de solda à rede de alimentação elétrica só poderá ser feita em pontos permitidos por pessoal especializado da SBIBAE.
em local onde se faz a soldagem com constância é necessário a colocação de biombos para não afetar a visão de terceiros e em locais onde a solda for esporádica, fazer proteção provisória;
o soldador para execução dos serviços deverá utilizar obrigatoriamente máscara de solda com lente de graduação adequada, avental de raspa, luvas de raspa cano longo, perneira de raspa e mangotes de raspa (no caso de uso do blusão de raspa de couro os mangotes são dispensáveis) e calçado de segurança. O ajudante deve também utilizar proteção contra queimadura da pele e dos olhos;
isolar e/ou proteger quando for iniciar qualquer tipo de solda, redes elétricas, mangueiras de ar hidráulicas, também se recomenda que óleos e graxas tenham uma atenção especial;
é importante que o cabo terra da solda seja ligado diretamente no componente que está sendo soldado, isto evitará que o arco e a corrente passem por rolamentos, buchas, espaçadores, circuitos elétricos, etc., fazendo com que estes componentes não apresentem problemas posteriormente.
fazer instalações de válvulas corta-fogo nos equipamentos de solda oxiacetileno.
isolar suficientemente a área evitando que respingos incandescentes atinjam locais e materiais de fácil combustão.
em locais internos nos quais as atividades de solda elétrica ou de oxiacetileno tenham sido executadas no final do expediente devem ser sistematicamente inspecionadas para se evitar que incêndios ocorram durante a noite, sem a presença de funcionários para combatê-los.

Conjuntos Oxiacetileno

A seguir, indicaremos alguns cuidados necessários para que incidentes sejam evitados:

inspeções e testes hidrostáticos nos cilindros devem ser feitos e a data desta inspeção gravada nos cilindros, verificada (a validade é de 05 anos).

transporte de cilindros deve ser feito com auxílio de dispositivo (carrinho com rodas de borracha) que os mantenham em posição vertical, presos firmemente, evite atritos e pancadas e que possua alça para transporte vertical.

quando em uso os cilindros obrigatoriamente deverão estar em posição vertical e amarrado.

no transporte e no armazenamento o capacete de segurança do cilindro deve estar rosqueado (para cilindros cheios e vazios).

jamais rolar os cilindros pelo chão, ou empregá-los como suportes ou roletes, mesmos que vazios.

nunca manusear cilindros de oxigênio com as mãos sujas de óleo ou graxa, pois, o contrato destes produtos com oxigênio pode causar explosão. Esta preocupação se estende na utilização do oxigênio na limpeza de roupas sujas de graxas e/ou óleo.

os cilindros vazios deverão ter suas válvulas fechadas firmemente e identificados com a palavra, "vazio" (pintura ou etiqueta) e recolhidos para armazenamento adotando-se no transporte todos os cuidados necessários.

quando armazenados, os cilindros devem estar ao abrigo de raios solares, em local ventilado, longe de fontes de calor irradiante ou chama aberta, longe de pontos de uso de óleo ou lubrificantes e em local com sinalização de segurança. Os cilindros cheios devem estar em local separado dos vazios.

nunca deixe que os cilindros entrem em contato com equipamentos de solda elétrica em funcionamento ou fios/cabos energizados.

o oxigênio não deve ser usado como ar comprimido para limpeza de recipientes, pistola de pintura, acionar motores de combustão interna, ferramentas pneumáticas e muito menos para refrescar o corpo.

os cilindros devem ficar a uma distância segura dos locais onde estejam realizando, solda elétrica ou solda e/ou corte, evitando-se a possibilidade de serem atingidos por fagulhas, borras e outros materiais incandescentes.

jamais deve ser removido ou alterado os números ou dizeres estampados ou gravados nos cilindros.

uma unidade extintora de incêndio deve ser instalada (pó químico ou CO2) no local de armazenamento ou frente de trabalho.

os cilindros danificados devem ser recusados quando da entrega pelo fornecedor.

quando da entrega pelo fornecedor, os cilindros deverão ter o seu conteúdo identificado por nome ou símbolo.

válvulas, conexões, registros, mangueiras, maçaricos, bicos e lentes são componentes que devem ser sistematicamente vistoriados e as suas condições originais mantidas. É proibido fazer improvisações.

as ligações das mangueiras devem ser feitas através de braçadeiras, uso de arame não é permitido.

as mangueiras devem possuir válvulas contra retrocessos de chamas na saída do cilindro e na chegada do maçarico.

as mangueiras do oxigênio e do acetileno devem ter cores diferentes.

a despressurização das mangueiras deve ser feita após cada jornada de trabalho e/ou a cada término de atividade.

as mangueiras danificadas devem ser substituídas de imediato.

havendo necessidade de fazer alguma emenda na mangueira de acetileno, não deve se usar tubo de cobre (incompatível também com a prata, mercúrio e zinco). Usar sempre espigão aprovado pelo fabricante ou fornecedor do equipamento.

os maçaricos devem ser acesos somente com acendedor de centelhas.

o soldador ou ajudantes não devem trazer nos bolsos isqueiros à gás (do tipo BIC). O risco de explosão é grande.

os maçaricos que não estiverem dando regulagem adequada devem ser substituídos.

em locais confinados não se deve fazer movimentos bruscos com maçaricos quando aceso.

a válvula do cilindro deve ser aberta lentamente para limpá-la de qualquer poeira ou impureza antes de ligá-la ao regulador de pressão.

utilizar reguladores de pressão do mesmo fornecedor do cilindro, pois, existem diferenças nos sistemas de rosca (interna e externa) que se forçados podem causar acidentes graves. Nas manutenções (quando danificados) só deve ser aceito peças de reposição do mesmo fornecedor.

caso a válvula do cilindro não possa ser aberta com as mãos, esse deverá ser devolvido ao fornecedor. Jamais utilizar martelo, chave de fenda ou de boca para abri-la.

<u>Cuidados Adicionais Gerais:</u>

nunca utilizar acetileno com pressão maior que 1,5 bar

a pressão para utilização do oxigênio deve estar situada entre 4 e 7 kg/cm2.

não realizar solda ou corte em recipientes que foram utilizados como depósito de óleo (combustíveis ou lubrificantes) sem antes tomar as medidas de segurança necessárias (purgar, lavar, desgaseificar, etc.).

não realizar solda ou corte em recipientes que foram utilizados como depósito de óleo (combustíveis ou lubrificantes) sem antes tomar as medidas de segurança necessárias (purgar, lavar, desgaseificar, etc.).

os serviços de solda ou corte em locais elevados, terão cuidados observados com relação ao material proveniente da atividade (borras, fagulhas, etc.) lançados sobre equipamentos, pessoas e/ou locais de risco.
não é permitido o uso de botijões de GLP para a abertura de chamas.
os serviços de solda ou corte, não devem ser executados em locais com execução de pintura a pistola ou spray, sem que se tomem os devidos cuidados específicos.
caso um cilindro de acetileno seja aquecido acidentalmente ou venha a se aquecer devido a um retrocesso de chamas ou em caso de fogo na saída de gás pela válvula do cilindro, a válvula deste deve ser fechada a uma distância segura e o seu resfriamento deve ser feito com água em abundância (este resfriamento é bem demorado). Isolar a área com raio de aproximadamente 50m.

Trabalho com Eletricidade .

Abaixo as recomendações gerais com relação aos trabalhos com eletricidade. Outras podem ser verificadas durante a elaboração da APR e na NR 10 (Segurança em Instalações e Serviços com Eletricidade).
Apresentar habilitação específica para esta atividade conforme Qualificação Profissional neste procedimento.
Utilize sempre os EPIs necessários à operação, por exemplo: sapatos, luvas isolantes e outros de acordo com o setor onde o serviço está sendo executado indicado na APR.
Somente pessoas autorizadas e especializadas podem executar trabalhos em equipamentos elétricos mesmos que desenergizados.
Acessos em áreas classificadas, por exemplo, subestação e usina elétrica, os colaboradores operacionais devem ter capacitação com NR10 e SEP, e colaboradores técnicos com capacitação com NR10.
É terminantemente proibido trabalhar pessoas que não sejam habilitadas. A habilitação deverá ser comprovada através do certificado do curso de conclusão para a habilidade elétrica e/ou eletrônica conforme item QUALIFICAÇÃO deste procedimento.
Não usar o corpo para testar corrente elétrica. Não usar equipamentos elétricos quando estiver com as mãos molhadas
Não usar tomadas múltiplas (benjamins).
Desligar os aparelhos elétricos após usá-los.
Só usar tomadas e cabos de extensão em bom estado e sem emendas.
Ao desligar um fio da tomada, puxar pelo conector e não pelo fio.
Não obstruir fusíveis por moedas e arames, nem por outro de maior capacidade.

Não fazer instalações definitivas com fios e cabos elétricos atravessando o chão, de forma a causar riscos de quedas de pessoas. Se for necessário passar provisoriamente um fio pelo chão, o mesmo deve ser preso com fitas adesivas, bem sinalizado e protegido.

Não usar lâmpadas penduradas pelo fio. Lâmpadas temporárias devem ter guardas de proteção para evitar contato acidental ou quebra. Não instalar lâmpadas próximas a cortinas e outros materiais combustíveis.

Verificar sempre o aterramento e/ou isolamento de seus equipamentos e ferramentas.

Ao trabalhar em um sistema elétrico de máquinas e sistemas, garantir que o mesmo esteja desligado pelo procedimento de travamento e bloqueio de energia com o uso de etiquetas e cadeados.

É terminantemente proibido o acesso e a permanência de pessoas não autorizadas em ambientes próximos à parte das instalações elétricas que ofereçam riscos de danos às pessoas e às próprias instalações elétricas, tais como subestações, salas de painéis elétricos e aos próprios painéis elétricos, para acesso à mesma deverá solicitar a presença de um eletricista.

É proibido o uso de escadas metálicas para serviços com o envolvimento de eletricidade. Utilizar escadas de fibra de vidro.

Todo e qualquer circuito elétrico deverá obrigatoriamente, possuir condutor neutro em toda a sua extensão e ser interligado à rede de alimentação existente.

Deve-se optar por equipamentos que funcionem com baixa tensão, sempre que possível.

Em ambientes onde possa haver a presença de substâncias inflamáveis ou explosivas, é obrigatório à execução de instalações especiais, de forma a evitar o aparecimento de cargas elétricas indesejáveis.

Deve ser proibido o uso de objetos de adornos (relógios, pulseiras, anéis, correntes, brincos, etc.) pelos operários que executam trabalhos em eletricidade.

Em escadas estruturais ou locais perigosos, deve haver iluminação (natural ou artificial). Nas escadas é aconselhável a colocação de luminárias, para evitar-se a retirada das lâmpadas.

Não deve ser permitida a instalação de lâmpadas diretamente nos fios das prumadas.

A iluminação da laje em execução torna-se mais eficiente e segura, quando efetuada através de refletores fixados às torres, postes ou cavaletes, evitando-se, sempre que possível, o uso de gambiarras com lâmpadas.

Os fios não protegidos por eletrodutos não devem atravessar paredes de alvenaria e sua fixação não deve ser feita com arame ou qualquer material capaz de cortar sua capa isolante.

A fiação que se tornar inoperante deverá ser recolhida de imediato pelo eletricista da obra.

A fiação jamais deverá ter acesso de emendas ou maus isolamentos.

No caso de trabalho muito próximo à rede energizada que não possa ser removida ou desligada, deve-se providenciar seu isolamento por meio de protetor tipo mangueira para a fiação e barreira de madeira entre o eletricista e a fiação.

Cuidados especiais devem ser tomados no emprego de andaimes (sobre rodas), devido ao risco de colisão com redes energizadas.

Com a realização de trabalhos noturnos, para que os operários tenham suas condições adequadas de execução mantidas com a maior segurança possível e também a manutenção da qualidade de tais serviços é necessário que toda a área física envolvida seja devidamente iluminada, importante dizer que

Bloqueio de Energia

É aquele executado em sistemas elétricos, pneumáticos, hidráulicos ou mecânicos com representativo potencial de risco, por interferência não prevista de terceiros, falhas de equipamentos ou do próprio executante. Ex.: subestações, barramentos, painéis, bancos de capacitores, trafos elétricos, redes hidráulicas com fluídos e gases sob pressão e ou em temperaturas extremas, mesas e dispositivos de elevação, transporte e outros.

Seguir as recomendações das NRs 10 e 12 da Portaria 3.214 – Ministério do Trabalho.

Antes de qualquer atividade de manutenção, limpeza, ajuste ou inspeção em máquinas equipamentos ou sistemas, deve ser bloqueada e travada a fonte de energia, a fim de evitar o funcionamento inesperado pela religação acidental da máquina, equipamento ou sistema.

Devem ser bloqueadas e travadas as fontes de energia: elétrica, hidráulica, pneumática e líquida ou gases em tubulações.

O bloqueio e travamento de fonte de energia têm como objetivo impossibilitar a operação inesperada e acidental de máquinas, equipamentos ou sistemas desligados e interditados para os serviços de manutenção em geral.

Seguir os procedimentos específicos da SBIBAE para o devido bloqueio das fontes de energia.

Trabalho com Movimentação de Cargas

Para cada atividade que envolva movimentação de carga, haverá uma análise por profissional habilitado e capacitado da área de Segurança do Trabalho Einstein, definindo as premissas a serem seguidas.

A apresentação e aprovação do Plano de Rigging, bem como a ART específica e comprovante de pagamento para que a tarefa seja executada, ficará atrelado na análise do profissional da área de Segurança do Trabalho Einstein.

A PT (Permissão de Trabalho) a APR (Análise Preliminar de Risco) deverão ser emitidas e permanecerem juntos na atividade, durante todo o serviço e posteriormente arquivado na Segurança do Trabalho Einstein como memória técnica após a conclusão da operação pela fiscalização.

Quando necessário, aplica-se ao bloqueio de fontes de energias (tais como: rede elétrica, mecânica, hidráulica, pneumática, química e térmica) durante a construção, montagem,

comissionamento, operação, manutenção, retorno de serviço, emergência, modificação de equipamentos e descomissionamento.

Cargas suspensas

Abaixo as recomendações gerais e documentos obrigatórios com relação a cargas suspensas. Outras podem ser verificadas durante a elaboração da APR e na NR 11 (Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais).

Documentação Obrigatória:

Certificados de Capacidade das cintas de içamento, manilhas, olhais e demais acessórios utilizados com a respectiva inspeção mensal.

Registro de inspeção dos cabos de aço.

Última inspeção de manutenção preventiva do veículo.

Check list preenchido dos itens inspecionados no equipamento.

Recomendações Gerais

Quando na execução do trabalho for necessário utilizar cargas suspensas, o acesso de pessoas que não estejam envolvidas na operação deve ser proibido.

O local deve estar isolado fisicamente.

Não se deve deixar o local sozinho sem acompanhamento, e se for necessário o uso de guincho, o operador deve ser treinado para tal operação com habilitação comprovada.

Não é permitido, em nenhuma hipótese, que pessoas transitem sob a carga suspensa nem sobre as mesmas. Os veículos industriais deverão possuir suas inspeções diárias de pré uso devidamente preenchidas e aprovadas para a utilização segura do equipamento.

A patolagem não poderá ser feita sobre galerias, envelopes elétricos e tubulação enterrada.

As cintas devem possuir etiqueta do fabricante em perfeito estado de conservação. Nunca movimentar o veículo com carga suspensa.

É obrigatória a utilização de capacete com jugular nesses locais, mesmo que o serviço esteja sendo realizado na área externa dos galpões.

Operação com Guindaste

Sinalizar a área de giro do equipamento e acompanhar o patolamento (maneira correta, tipo terreno, estabilização do guindaste, calço, etc.).

Só operar se estiver o gancho com trava de segurança.

Cuidado com redes elétricas e deslocamentos com o equipamento pela obra.

Evitar choques da lança, caçamba ou cargas contra qualquer tipo de estrutura da obra.

Cuidado ao passar com cargas sobre locais de trabalho em atividades.
Na cabine deve existir em local correto, um extintor de incêndio (Exigência Legal).
Verificar diariamente condições dos cabos
Quando for girar a máquina com carga, como medida de segurança, fazê-lo com o peso o mais próximo possível do solo.
O operador não pode sair da cabine sem que todos os motores estejam desligados e travados e estando com alguma carga, não a deixar suspensa.
Nunca se deve levantar mais que um tipo de carga por vez, mesmo que a soma dos pesos esteja abaixo dos limites estipulados nas tabelas dos fabricantes.
Em nenhuma hipótese deve-se permanecer embaixo de cargas suspensas.
É expressamente proibido trabalhar com os braços das sapatas estabilizadoras parcialmente estendidas.

Operação com Guindauto/Munck

A operação e utilização do Guindauto são autorizadas unicamente ao pessoal habilitado (conforme item Qualificação Profissional).
Antes de cada jornada de trabalho o operador e / ou o supervisor deve inspecionar e preencher os itens diários e semanais.
É obrigatório o guindauto possuir no seu corpo (Estrutura Sobre Chassi) ou em seu manual (obrigatoriamente na cabine do caminhão) um diagrama de carga que define qual é a carga máxima que pode ser levantada em função do raio de giro, inclinação da lança, patolamento e tipo de levantamento.
Durante todas as operações deverá obrigatoriamente utilizar os estabilizadores (Patolas) estendidas e devidamente niveladas. Em todas as operações é obrigatória a colocação de pranchões de madeira (Espessura mínima de 2”) ou chapas de aço (Espessura mínima de 3/4”) para execução de uma patolagem segura.
Todos os levantamentos de carga deverão ser feitos com um auxílio de Sinaleiro que esteja familiarizado e treinado sobre os sinais convencionais de movimentação de carga.
O operador obrigatoriamente deve sempre operar do lado oposto ao da carga.
Antes de iniciar a movimentação de carga deverá ser feito o isolamento de toda a área sob o giro da carga e sob o giro da lança do guindauto.
Fazer sinalização/ isolamento da área ao redor do local, com cones, correntes, cerquites e outros, de modo a impedir o acesso de pessoas que não estejam envolvidas na operação (no perímetro próximo da atividade).
É permitido o uso de fita zebrada como meio de delimitação e isolamento de área em atividades corriqueiras, não excedendo o período de 24 horas da área isolada. Em áreas de grande de grande perímetro, consultar o SESMT para isolar a área.

Operação com caminhão plataforma

A Plataforma Elevatória de Carga para Caminhões é um mecanismo que serve para fazer o carregamento de veículos com carroceria para transporte de materiais e tornar possível a operação de carga e descarga de forma segura e prática, possibilitando que apenas um operador faça esse procedimento.

A equipe do SESMT Einstein após avaliação poderá considerar importante a elaboração e apresentação de APR para atividade que envolva o caminhão plataforma.

A seguir, algumas medidas de segurança a serem consideradas para esse veículo: Os movimentos da plataforma elevatória (abrir, recolher, bascular etc.) entre a posição de transporte e a de utilização e vice-versa, podem ter opcionalmente acionamento manual A abertura da(s) tampa(s) traseira(s) do caminhão se for feita de forma manual a partir do alívio das travas da carroceria (sob pressão em função da carga), proibido utilizar ferramenta improvisada (por exemplo, um cano ou algo do tipo) Deve haver dispositivo para evitar que a plataforma elevatória desça ou caia repentinamente em caso de falhas do sistema. É indispensável que o limite de carga seja sempre respeitado para evitar acidentes.

Estar fixado no caminhão em local visível o limite máximo de carga que a plataforma suporta Os colaboradores (carregadores e ajudantes) devem usar os EPI´s pertinentes a atividade exercida, por exemplo, luva pigmentada e calçado de segurança. Enquanto o caminhão estiver parado deve o mesmo estar engatado e com calço nos pneus dianteiros. Além do freio de mão acionado.

A carga sempre presa e/ou amarrada evitando queda no momento que for movimentada.

Documentação Obrigatória

- CNH do motorista;
- Licenciamento valido do veículo;
- Laudo de inspeção de manutenção preventiva do veículo (01 ano de validade);
- Check list preenchido dos itens inspecionados no equipamento.

Gruas

A ponta da lança e o cabo de aço de levantamento da carga devem ficar no mínimo, a 3m (três metros) de qualquer obstáculo e ter afastamento da rede elétrica que atenda à orientação da concessionária local.

Para distanciamentos inferiores a 3m (três metros), a interferência deverá ser objeto de análise técnica, por profissional habilitado, dentro do plano de cargas.

A área de cobertura da grua, bem como interferências com áreas além do limite da obra deverão estar previstas no plano de cargas respectivo.

É proibida a utilização de gruas para o transporte de pessoas.

O posicionamento da primeira ancoragem, bem como o intervalo entre ancoragens posteriores, deve seguir as especificações do fabricante, fornecedor ou empresa responsável pela montagem do equipamento, mantendo disponível no local as especificações atinentes aos esforços atuantes na estrutura da ancoragem e do edifício.

Antes da entrega ou liberação para início de trabalho com utilização de grua, deve ser elaborado um Termo de Entrega Técnica prevendo a verificação operacional e de segurança, bem como o teste de carga, respeitandose os parâmetros indicados pelo fabricante.

A operação da grua deve se desenvolver de conformidade com as recomendações do fabricante.

Toda grua deve ser operada através de cabine acoplada à parte giratória do equipamento exceto em caso de gruas automontantes ou de projetos específicos ou de operação assistida.

É proibido qualquer trabalho sob intempéries ou outras condições desfavoráveis que exponham os trabalhadores a risco.

A grua deve dispor de dispositivo automático com alarme sonoro que indique a ocorrência de ventos superiores a 42 Km/h.

Deve ser interrompida a operação com a grua quando da ocorrência de ventos com velocidade superior a 42km/h.

Somente poderá ocorrer trabalho sob condições de ventos com velocidade acima de 42 km/h mediante operação assistida.

Sob nenhuma condição é permitida a operação com gruas quando da ocorrência de ventos com velocidade superior a 72 Km/h.

A estrutura da grua deve estar devidamente aterrada de acordo com a NBR 5410 e procedimentos da NBR 5419 e a respectiva execução de acordo com o item 18.21.1 da NR 18

Para operações de telescopagem, montagem e desmontagem de gruas ascensionais, o sistema hidráulico deverá ser operado fora da torre.

As gruas ascensionais só poderão ser utilizadas quando suas escadas de sustentação dispuserem de sistema de fixação ou quadro-guia que garantam seu paralelismo.

Não é permitida a presença de pessoas no interior da torre de grua durante o acionamento do sistema hidráulico.

É proibida a utilização da grua para arrastar peças, içar cargas inclinadas ou em diagonal ou potencialmente ancoradas como desforma de elementos pré-moldados.

Nesse caso, o içamento por grua só deve ser iniciado quando as partes estiverem totalmente desprendidas de qualquer ponto da estrutura ou do solo.

É proibida a utilização de travas de segurança para bloqueio de movimentação da lança quando a grua não estiver em funcionamento.

Para casos especiais deverá ser apresentado projeto específico dentro das recomendações do fabricante com respectiva ART – Anotação de Responsabilidade Técnica.

A grua deve, obrigatoriamente, dispor dos seguintes itens de segurança:

- limitador de momento máximo;
- limitador de carga máxima para bloqueio do dispositivo de elevação;
- limitador de fim de curso para o carro da lança nas duas extremidades;
- limitador de altura que permita frenagem segura para o moitão;
- alarme sonoro para ser acionado pelo operador em situações de risco e alerta, bem como de acionamento • automático, quando o limitador de carga ou momento estiver atuando;
- placas indicativas de carga admissível ao longo da lança, conforme especificado pelo fabricante;
- luz de obstáculo (lâmpada piloto);
- trava de segurança no gancho do moitão;
- cabos-guia para fixação do cabo de segurança para acesso à torre, lança e contra-lança;
- limitador de giro, quando a grua não dispuser de coletor elétrico;
- anemômetro;
- dispositivo instalado nas polias que impeça o escape acidental do cabo de aço;
- proteção contra a incidência de raios solares para a cabine do operador conforme disposto no item 18.22.4 da NR 18
- limitador de curso para o movimento de translação de gruas instaladas sobre trilhos;
- guarda-corpo, corrimão e rodapé nas transposições de superfície;
- escadas fixas conforme disposto no item 18.12.5.10 desta NR;
- limitadores de curso para o movimento da lança - item obrigatório para gruas de lança móvel ou retrátil.

Para movimentação vertical na torre da grua é obrigatório o uso de dispositivo trava-quedas.

As áreas de carga ou descarga devem ser isoladas somente sendo permitido o acesso às mesmas ao pessoal envolvido na operação.

Toda empresa fornecedora, locadora ou de manutenção de gruas deve ser registrada no CREA - Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia, para prestar tais serviços técnicos.

A implantação, instalação, manutenção e retirada de gruas deve ser supervisionada por engenheiro legalmente habilitado com vínculo à respectiva empresa e, para tais serviços, deve ser emitida ART - Anotação de Responsabilidade Técnica.

Todo dispositivo auxiliar de içamento (caixas, garfos, dispositivos mecânicos e outros), independentemente da forma de contratação ou de fornecimento, deve atender aos seguintes requisitos:

- dispor de maneira clara, quanto aos dados do fabricante e do responsável, quando aplicável;
- ser inspecionado pelo sinaleiro ou amarrador de cargas, antes de entrar em uso;

- dispor de projeto elaborado por profissional legalmente, mediante emissão de ART – Anotação de Responsabilidade Técnica – com especificação do dispositivo e descrição das características mecânicas básicas do equipamento.

Toda grua que não dispuser de identificação do fabricante, não possuir fabricante ou importador estabelecido ou, ainda, que já tenha mais de 20 (vinte) anos da data de sua fabricação, deverá possuir laudo estrutural e operacional quanto à integridade estrutural e eletromecânica, bem como, atender às exigências descritas nesta norma, inclusive com emissão de ART - Anotação de Responsabilidade Técnica – por engenheiro legalmente habilitado.

Este laudo deverá ser revalidado no máximo a cada 2 (dois) anos.

Não é permitida a colocação de placas de publicidade na estrutura da grua, salvo quando especificado pelo fabricante do equipamento. (Incluído pela Portaria SIT n.º 114, de 17 de janeiro de 2005).

A implantação e a operacionalização de equipamentos de guindar devem estar previstas em um documento denominado "Plano de Cargas" que deverá conter, no mínimo, as informações constantes do Anexo III da NR 18 - "PLANO DE CARGAS PARA GRUAS".

A implantação, instalação, manutenção e retirada de gruas deve ser supervisionada por engenheiro legalmente habilitado com vínculo à respectiva empresa e, para tais serviços, deve ser emitida Anotação de Responsabilidade Técnica – ART.

Plano de Rigging

A necessidade do Plano de Rigging está atrelado no manuseio e içamento das cargas complexas, tendo uma avalição do peso, e/ou formato e/ou caminho a ser percorrido pela mesma.

É o planejamento do serviço de elevação de carga, com o detalhamento de todos os aspectos importantes na execução do serviço, como vistas de planta, elevação, cortes, lista e especificação dos materiais com parâmetros e condições de execução dos trabalhos informações à obra em questão, com fator de segurança de 75% desejável sobre a tabela do guindaste e inclusive o trajeto de deslocamento do local de origem até a chegada ao lugar para descarregar ou carregar.

As empresas contratadas devem encaminhar em até 03 dias úteis os memoriais descritivos (Book de Rigging), equipamentos a serem utilizados (Guindastes, Máquinas e Equipamentos), Plano Rigging e acessórios necessários devidamente "Certificados e Homologados" pelos fabricantes, para completa execução dos serviços com Qualidade e Segurança.

Os acessórios e dispositivos auxiliares tais como suportes, cabos, cintas, estropos, manilhas, tensores, esticadores, balancins, mats (pranchão para patolamento), calços (melhor distribuição da carga transmitida ao solo em tf/m²) e todos os demais acessórios, devem estar adequadamente dimensionados para a amarração e o içamento da carga com certificados de

capacitação técnica. Com apresentação do memorial de cálculo detalhado para a execução do serviço.

Durante a operação, verificar periodicamente a velocidade do vento nos displays dos guindastes, fornecido pelos anemômetros instalados no topo das lanças.

Paralisar "Imediatamente" as operações quando forem evidenciados intempéries, chuvas e ventos acima de 11,67 m/s (42,0 K/h).

É necessária a aprovação dos Planos de Rigging, Book de Operações e demais anexos pelos Supervisores de Movimentação de Cargas e Rigging do SESMT antes do início da operação e agendamento da entrega da carga.

Pórticos e talhas

Não se deve utilizar uma talha e pórtico, se a inspeção detectar algum dano ou desgaste.

Deve-se manter a talha e o pórtico sempre lubrificados.

Nunca mexa na carga durante a operação.

O operador deve sempre estar atento e apto, para operar a talha.

Não utilize a o pórtico se escutar algum ruído, ou se a carga estiver travando em algum dispositivo.

Nunca puxe o cabo da botoeira. Pode ocasionar danos na caixa de comando.

Mantenha sempre seu equipamento limpo, livre de poeira e partícula.

Na hora de utilizar as ligas, observar se o ângulo não excede 45°.

Não corte ou solte as cargas enquanto estiver alguém na talha.

Sempre verifique se o gancho está em ordem antes de utilizar.

Na área do gancho, não se deve por a mão.

Não balance uma carga enquanto estiver suspensa.

O operador deve sempre estar em local seguro e de excelente visão.

A botoeira de comando deve sempre estar ao alcance das mãos do mesmo.

Se estiver um aviso de "NÃO OPERAR" no gancho, não utilize a talha até o gancho ser liberado.

Nunca eleve cargas que tenham peso superior à capacidade do pórtico manual.

Coloque a carga sempre no centro do gancho, nunca na ponta.

Vigie constantemente a carga enquanto estiver sendo elevada.

As talhas e pórticos devem ser manuseados apenas por pessoas treinadas e especializadas.

Pois apesar de ser um trabalho seguro, podem acarretar situações de perigo se não manuseadas corretamente.

Verifique sempre se o moitão e o cabo de aço não estão em ângulo.

Se a trava do gancho estiver torcida ou quebrada, nunca utilize a talha.

Verifique sempre se o sistema de fixação superior não está sendo atingido pelo moitão ou a carga.

A talha e o pórtico manual devem estar protegidos de utilizações não justificada e não autorizadas.

A menos que estejam sendo tomadas as devidas precauções e amarrações, nunca deixe a carga suspensa na talha.

O pórtico manual e a talha devem ser inspecionados periodicamente, se for encontrado peças quebradas ou com desgaste essas devem ser trocadas.

Podem ocasionar danos, quando ocorrem choques dos troles com os batedores ou no fim de curso na monovia.

Deve-se tomar cuidado para que o moitão não tenha sido passado entre os traços do cabo de aço.

E também para que o cabo de aço não esteja retorcido.

Não permita que pessoas se apoiem nas cargas, e não utilize a talha para elevar pessoas.

Sempre observe se a trava do gancho está em ordem, e que a carga está centrada na vertical.

Quando a talha e o pórtico manual estiverem sendo utilizados, certifique-se que não haja pessoas transitando.

E sempre observe se a operação não coloca em risco as pessoas que estiverem na área.

Certifique-se que a carga a ser erguida não ultrapasse a capacidade da talha.

Certifique-se sempre que a carga não esteja centrada totalmente na vertical.

Não se deve exercer translação lateral. Podem ocorrer danos caso o cabo de aço não esteja enrolada corretamente nas espirar do tambor.

Todos os movimentos das talhas devem ser inspecionados pelo operador antes do início do turno, para verificar que não existem desgastes.

Caso houver algum, deve-se solucionar o problema antes de utilizá-la.

Nunca diminua o espaço do fim de curso superior da talha.

Não se deve elevar a carga mais que alguns centímetros, antes de verificar se os dispositivos estão devidamente balanceados.

Não permita que o cabo de aço se dobre ou fique frouxo, para isso não permita que o moitão se apoie na carga.

Atenção: Os cabos de aço devem ser utilizados de forma que não torça, para maior proteção da carga. E sempre deve estar lubrificado, pois assim ele aguenta mais pressão do que quando está oxidado. A manutenção corretiva das talhas e pórticos manuais deve ser realizada apenas por pessoal especializado e preparado.

Trabalho com Escavações

Apresentar habilitação específica para esta atividade. As recomendações da NR 18 e Recomendação Técnica de Procedimento – RPT 01 da Fundacentro devem ser devidamente seguidas.

Aberturas no solo e em pisos elevados devem ter barreiras de proteção contra quedas acidentais de pessoas, ou devem ser dotadas de tampas provisórias, suficientemente resistentes, para suportar o peso de uma pessoa e fixadas para evitar o deslocamento.

Em profundidade superior a 1,25m devem dispor de escadas ou rampas, colocadas próximas aos postos de trabalho, a fim de permitir, em caso de emergência, a saída rápida dos trabalhadores.

O terreno deve merecer um estudo detalhado, quanto à natureza geológica e à resistência.

O grau de umidade do terreno é fator da mais alta importância.

Qualquer movimentação da terra, por intervenção manual ou mecânica, perturba o equilíbrio do conjunto, sendo o desabamento o maior risco existente.

A área do trabalho deve ser previamente limpa.

Devem ser retiradas ou escoradas solidamente, árvores, rochas, paredes, materiais e objetos de qualquer natureza, quando houver risco do comprometimento do equilíbrio.

Também devem ser escorados os taludes instáveis de escavações com profundidade superior a 1,25m.

As escavações devem ser protegidas por guarda-corpo e ter passarelas para pedestres.

Na escavação de tubulações a céu aberto e abertura de bases, o estudo geotécnico será obrigatório para profundidade superior a 3,0m.

<u>Fundações</u>

As recomendações da NR 18 e Recomendação Técnica de Procedimento – RPT 01 da Fundacentro devem ser devidamente seguidas.

Definido os tipos de fundações, devem se tomar as precauções inerentes ao processo construtivo adotado. Deve-se, igualmente, tomar precauções para que a execução não cause danos às estruturas vizinhas.

Para máquinas autopropelidas que movimentam solo (por exemplo: tratores, retroescavadeiras e bobcat), necessita de obrigatoriamente atender:

- Treinamento teórico e prático de operador do veículo a ser utilizado;

Operador:

- Cartão de habilitação para os operadores de veículos (crachá).

O cartão terá a validade de 1 (um) ano, salvo imprevisto, e, para a revalidação, o empregado deverá passar por exame de saúde completo, por conta do empregador.

Os operadores de equipamentos de transporte motorizado deverão ser habilitados e só poderão dirigir se durante o horário de trabalho portarem um cartão de identificação, com o nome e fotografia, em lugar visível.

- Isolar toda área de trabalho com cones, correntes e cerquites;

Cuidados especiais devem ser tomados, quando da concretagem dos blocos de coroamento e das cintas iniciadas no término das fundações, pela variedade de atividades simultâneas desenvolvidas na área; Máquinas e Execução:

- Os equipamentos de transporte motorizados deverão possuir sinal de advertência sonora (buzina);
- Avaliar antecipadamente pontos onde serão apoiadas as sapatas das máquinas, evitando assim o tombamento da máquina;
- Nas escavações realizadas em vias de acesso, deverá ser instalada sinalização de advertência, inclusive noturna, e barreira de isolamento em todo o seu perímetro;
- Quando existir cabo subterrâneo de energia elétrica nas proximidades das escavações, ele deverá ser desligado e deverão ser tomadas medidas especiais nas paradas temporárias ou prolongadas, devem ser adotadas medidas com o objetivo de eliminar riscos provenientes de funcionamento acidental;
- Não será permitido pessoal dentro da vala enquanto houver operação de máquinas próxima a ela;
- A Contratada deverá prever um sistema para evitar que pessoas tenham acesso a áreas de escavação consideradas inseguras; Pessoas deverão ser mantidas fora do raio de ação de máquinas e equipamentos móveis.

Uso de Ferramentas Manuais

O prestador de serviço é responsável pelo fornecimento, guarda e conservação de ferramentas e equipamentos empregados na execução dos trabalhos e, caso ocorra extravio, dano ou desaparecimento destes materiais fica a SBIBAE isenta de qualquer responsabilidade.

A SBIBAE se resguarda no direito de inspecionar e aprovar ou não a qualidade ou estado de conservação de tais ferramentas ou equipamentos. Inspeções diárias de pré uso poderão ser exigidas pela SBIBAE.

Na tabela abaixo estão listadas as ferramentas manuais que necessitam de PT – Permissão de Trabalho de Uso de Ferramentas Manuais, devido seus riscos associados à atividade.

Tipo de Equipamento	**Liberação de Trabalho**		**Foto Ilustrativa**
	Precisa	**Não Precisa**	
Martelete			

Tipo de Equipamento	Liberação de Trabalho		Foto Ilustrativa
	Precisa	Não Precisa	
Rompedor	✗	✓	
Perfuratriz	✓	✗	
Furadeira	✗	✓	
Serra Circular de Bancada	✓	✗	

Tipo de Equipamento	Liberação de Trabalho		Foto Ilustrativa
	Precisa	Não Precisa	
Serra Circular	✗	✓	
Parafusadeira	✗	✓	
Motosserra	✓	✗	
Roçadeira com lâmina de aço	✓	✗	

Tipo de Equipamento	Liberação de Trabalho		Foto Ilustrativa
	Precisa	Não Precisa	
Serra Clipper	✓	✗	
Betoneira	✗	✓	
Compactadora	✓	✗	
Finca Pino (* mediante avaliação)	✓	✗	

Tipo de Equipamento	Liberação de Trabalho		Foto Ilustrativa
	Precisa	Não Precisa	
Grampeador Pneumático (* mediante avaliação)			

(*) a liberação do equipamento Lixadeira entra na Permissão de Trabalho à Quente

Abaixo as recomendações gerais com relação a ferramentas gerais. Outras podem ser verificadas durante a elaboração da APR (quando aplicável) ou execução dos serviços.

São condições mínimas obrigatórias:

- que todas as ferramentas em uso possuam cabo adequado;
- as ferramentas utilizadas em trabalhos com eletricidade devem ser eletricamente isoladas (duplo isolamento);
- que em hipótese alguma sejam improvisadas ferramentas;
- que exista disponibilidade de ferramentas para troca imediata nos casos necessários, evitando-se assim a paralisação de trabalhos por falta de segurança ou a ocorrência de acidentes;
- os trabalhos com ferramentas deverão ser realizados sempre em posição estável;
- as ferramentas elétricas deverão ser providas de aterramento;
- não portar ferramentas cortantes ou pontiagudas nos bolsos;
- não colocar materiais dentro de caixas e painéis elétricos e caixas de hidrantes;
- não usar ferramentas para finalidades para as quais não foram previstas ou projetadas;
- usar a ferramenta apropriada para cada tipo de serviço;
- examinar, antes de iniciar o trabalho, se a ferramenta não apresenta fios partidos ou está sem isolação, mau contato nos terminais e se tem dupla isolação;
- as ferramentas utilizadas em trabalhos com eletricidade devem ser eletricamente isoladas (duplo isolamento);
- não usar ferramentas que apresentem superaquecimento, faiscamento ou choque elétrico;

- não usar ferramentas elétricas molhadas e/ou com as mãos molhadas e quando estiver trabalhando em pisos úmidos e se necessário, use luvas de borracha e/ou estrado isolante e/ou tapete de borracha;
- certificar-se de que os fios de alimentação e fio terra das ferramentas não oferecem perigo de provocar tropeços ou quedas. Sempre que possível, esses fios devem ficar suspensos à altura suficiente para permitir a passagem de pessoas. Quando os fios estiverem rente ao piso oferecendo risco de queda de pessoas, devem ser cobertos (protegidos) para evitar que as pessoas tropecem ou a área deve ser isolada e sinalizada;
- evitar que os fios entrem em contato com óleo, graxa, água, superfícies quentes ou substâncias químicas;
- não utilizar ferramentas elétricas que gerem faíscas, onde houver gases, explosivos, ou vapores inflamáveis;
- não sobrecarregar a ferramenta elétrica além da capacidade do motor;
- segurar sempre que possível, as ferramentas com ambas as mãos;
- não deixar as ferramentas em escadas, pelo chão, passagens de pessoas e locais elevados;
- não limpar, reparar, lubrificar ou ajustar uma ferramenta ou máquina elétrica com o motor em movimento. Certificar-se que a mesma está desenergizada;
- não pendurar ferramentas elétricas pelo cabo de alimentação e nem passá-las, assim, aos outros;
- todo funcionário deve estar devidamente treinado, ou seja, capacitado para o uso destas ferramentas e máquinas. Em caso de dúvidas, este deve solicitar auxílio ou consultar os manuais;
- as ferramentas e máquinas devem ser inspecionadas periodicamente, de maneira que se cumpram as instruções de conservação do fabricante;
- os trabalhos com estas ferramentas e máquinas deverão ser realizados sempre em posição estável, e com auxilio de bancada;
- as conexões das ferramentas pneumáticas e hidráulicas deverão receber inspeções periódicas; • a ferramenta deve ser apropriada para o serviço e corretamente utilizada. Não devem ser feitas improvisações ou uso inadequado de qualquer ferramenta. EX: uma chave de fenda não pode funcionar como alavanca ou talhadeira;
- não usar ferramentas improvisadas ou defeituosas, gastas ou deformadas. Ao constatar qualquer irregularidade com a ferramenta, esta deve ser separada do uso e imediatamente reparada ou trocada;
- não carregar ferramentas nos bolsos; transportá-las em dispositivos adequados e guardá-las em gavetas, fazendo com que as partes cortantes das ferramentas fiquem voltadas para baixo;

- não arremessar ferramentas. Levá-las a quem as pediu ou solicitar que venham buscá-las;
- manter o local limpo e organizado sempre após o uso de máquinas ou ferramentas;
- uso de extensão elétrica cabo PP compatível com a potência em watts total das resistências elétricas do equipamento a ser utilizado, evitando sobrecargas.
- não utilizar adornos (anéis, pulseiras, relógios, colares) ou vestimentas com mangas compridas e soltas. Estes podem ser puxados pelas partes móveis das ferramentas e máquinas. O mesmo se aplica a cabelos compridos.

Para serviços com o uso da ferramenta tipo Perfuratriz em aberturas de lajes (entre andares), a empresa somente poderá liberar a perfuração completa após a certificação do local exato por meio do fio guia ou outra técnica similar. Fazer sinalização/ isolamento da área ao redor do local, com cones, correntes, cerquites e outros, de modo a impedir o acesso de pessoas que não estejam envolvidas na operação (no perímetro próximo da atividade). É permitido o uso de fita zebrada como meio de delimitação e isolamento de área em atividades corriqueiras, não excedendo o período de 24 horas da área isolada. Em áreas de grande de grande perímetro, consultar o SESMT para isolar a área. Para serviços com o uso de martelete pneumático é necessária uma avaliação do local pela Engenharia, Manutenção e Segurança do Trabalho antes de iniciar os trabalhos, a fim de verificar se há tubulações de água, óleo e conduítes com fiações elétricas. Também importante alinhamento junto área assistencial a questão do ruído. Deve ser realizado o preenchimento da PT - Permissão para Trabalho de Ferramentas Manuais.

Pistola Finca-Pinos à Pólvora

As diretrizes para o uso seguro das ferramentas de fixação à pólvora constam na NR 18 (Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho), mais especificamente no item 22 que trata do uso de máquinas, equipamentos e ferramentas diversas nos canteiros.

Em função do uso de pólvora, essas ferramentas exigem cuidados especiais semelhantes ao manuseio de armas de fogo.

As pistolas de fixação à pólvora devem ser obrigatoriamente operadas por trabalhadores qualificados, vide item Qualificação Profissional.

A operação de máquinas e equipamentos que exponham o operador ou terceiros a riscos só pode ser feita por trabalhador qualificado e identificado por crachá.

Na operação de máquinas e equipamentos com tecnologia diferente da que o operador estava habituado a usar, deve ser feito novo treinamento, de modo a qualificá-lo à utilização dos mesmos.

Os trabalhadores devem ser treinados e instruídos para a utilização segura das ferramentas, especialmente os que irão manusear as ferramentas de fixação a pólvora.

As ferramentas de fixação a pólvora devem ser obrigatoriamente operadas por trabalhadores qualificados e devidamente autorizados.

É proibido o uso de ferramenta de fixação a pólvora por trabalhadores menores de 18 (dezoito) anos.

É proibido o uso de ferramenta de fixação a pólvora em ambientes contendo substâncias inflamáveis ou explosivas.

É proibida a presença de pessoas nas proximidades do local do disparo, inclusive o ajudante. As ferramentas de fixação a pólvora devem estar descarregadas (sem o pino e o finca-pino) sempre que forem guardadas ou transportadas.

Antes da fixação de pinos por ferramenta de fixação a pólvora, devem ser verificados o tipo e a espessura da parede ou laje, o tipo de pino e finca-pino mais adequados, e a região oposta à superfície de aplicação deve ser previamente inspecionada;

O operador não deve apontar a ferramenta de fixação a pólvora para si ou para terceiros. Jamais coloque a mão na frente da ferramenta. Isso pode provocar sérios ferimentos, como queimadura por pólvora.

É proibida a presença de pessoas nas proximidades do local do disparo, inclusive ajudantes. Para o disparo, o operador deve estar atrás do equipamento, nunca ao lado ou com a face encostada nela.

No momento da retirada e da entrega da ferramenta no almoxarifado, o operador deve conferir se a pistola está sem pino no cano ou cartuchos carregados.

A ferramenta deve ser alimentada somente quando o operador já estiver no local de fixação.

Ao se ausentar do local de fixação, o operador deverá guardar a ferramenta dentro da caixa e trancá-la com cadeado.

Outra opção é entregá-la ao almoxarifado O operador nunca deve deixar pessoas não autorizadas manusearem o equipamento, mesmo que descarregado O operador deve colocar o dedo no gatilho somente quando tiver certeza que está pronto para realizar a fixação No momento do uso, o operador deve estar com o corpo totalmente equilibrado para a operação. Jamais deve improvisar apoios.

Não é autorizado o uso da ferramenta em ambientes com líquidos ou gases inflamáveis.

Pinos e cargas não devem ser misturados em um mesmo recipiente ou em bolsos de jaleco ou aventais de trabalho Verifique a existência de tubulações embutidas, para não as danificar e provocar vazamentos ou acidentes por explosão ou eletrocussão.

Não fixar pinos em materiais frágeis, quebradiços ou paredes pouco resistentes. Caso haja risco do pino atravessar a peça, a área oposta deverá ser previamente interditada.

Verifique se o cano está desobstruído, antes do uso. Constate o funcionamento da trava de segurança da pistola.

Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Antes de utilizar equipamentos de proteção individual, deve-se atentar-se ao tocante da NR 09: Quando comprovado pelo empregador ou instituição a inviabilidade técnica da adoção de medidas de proteção coletiva ou quando estas não forem suficientes ou encontrarem-se em fase de estudo, planejamento ou implantação, ou ainda em caráter complementar ou emergencial, deverão ser adotadas outras medidas, obedecendo-se à seguinte hierarquia:

- medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho;
- utilização de equipamento de proteção individual - EPI

Os EPIs devem obedecer a NR-06 (Equipamento de Proteção Individual) da portaria 3214/78 em sua totalidade.

Todo e qualquer EPI que venha a ser utilizado na SBIBAE deverá possuir CA (certificado de aprovação) e estar em condições adequadas de uso.

Todos os EPIs necessários para a realização da atividade deverá ser devidamente fornecido pela empresa contratada aos seus empregados.

A descrição dos mesmos deve estar registrada na APR. É de responsabilidade do empregador, além de fornecer os devidos EPIs, registrar as devidas entregas e trocas a cada um dos seus empregados.

É de responsabilidade dos colaboradores da contratada, cujo não cumprimento poderá gerar as punições previstas em lei e em contrato:

- usar o EPI apenas para a finalidade a que se destina;
- guardá-lo e conservá-lo;
- comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para o uso.

O empregado deverá usar óculos de segurança nos casos de trabalhos com ferramentas elétricas e pneumáticas portáteis (furadeiras, parafusadeiras, lixadeiras, etc.) e ferros de solda, manuseio de cáusticos, ácidos, solventes e produtos químicos perigosos além de outras operações em que haja riscos de respingos para os olhos. Os óculos de proteção variam de acordo com a aplicação a que se destina, por exemplo, os de ampla visão são específicos para manuseio de produtos químicos, os com lentes especiais para soldadores e assim por diante.

Usar sapatos de segurança com biqueira de aço em atividades onde haja perigo de queda de objetos e no manuseio de carrinhos hidráulicos e empilhadeiras.

Outras botinas podem ser indicadas. Para eletricistas, as biqueiras devem ser de PVC ou outro material não condutor de eletricidade.

Usar luvas de segurança nos casos de manuseio de produtos químicos e qualquer outro trabalho onde haja riscos para as mãos, além das tarefas onde haja risco de cortes com chapa ou outro tipo de material cortante e no manuseio de instrumentos como estiletes, britadeiras, facas, etc., conforme a necessidade apontada e indicada na APR. Usar cintos de segurança tipo paraquedista

com talabarte duplo nos casos de trabalhos em altura a partir de 2,00 metros (dois metros) ou em casos especiais com risco de queda.

As argolas e mosquetões devem ser de aço forjado, ilhoses de material não ferroso e fivela de aço forjado ou material de resistência equivalente.

Usar capacete com jugular em todas as áreas da SBIBAE onde exigido. Usar proteção respiratória e roupa de proteção ao lidar com produtos químicos, projeção de poeiras, conforme a toxidade dos mesmos.

Usar proteção respiratória em atividades de espaço confinado bem como outros EPIs que venham a ser exigidos de acordo com o local da tarefa.

Arrumação e Limpeza

Proceder à limpeza da área de trabalho após o término de cada dia de serviço e:

- guardar o material de forma a não bloquear áreas de circulação, portas, equipamentos contra incêndio e de emergências (extintores, hidrantes, macas, etc.), escadas, caixas e painéis.
- não deixar fios soltos no caminho dos pedestres, ou pendurados, sempre que possível estar isolando-os e prendendo-os ao chão com fita ou material semelhante.
- vidros quebrados devem ser recolhidos e destinados adequadamente.
- estocar materiais e suprimentos de forma segura e de modo a evitar quedas e derramamentos.
- não colocar ferramentas ou materiais em cima ou encostado em máquinas, equipamentos, estruturas, etc.
- sempre isolar a área onde for realizada a atividade para evitar o trânsito de pessoas estranhas à atividade e sinalizar os riscos.

Todas as vezes que houver necessidade de armazenar qualquer tipo de material, deve-se atentar para que os meios apropriados sejam previamente obtidos evitando-se assim possíveis problemas. Esta necessidade deve ser devidamente descrita na APR correspondente. Deve-se observar obrigatoriamente:

Que os materiais sejam armazenados e estocados de modo a não prejudicar:

- o trânsito de pessoas e pacientes;
- a circulação de materiais;
- o acesso aos equipamentos de combate a incêndio;
- o acesso a portas ou saídas de emergência;
- as paredes ou estruturas laterais devido ao excesso de carga (deverá ficar afastado pelo menos a 50 cm das estruturas do prédio);

Observe-se:

- a estabilidade das pilhas, em forma e altura que garantam a sua estabilidade e permitam o manuseio com segurança;
- que nos casos de armazenamentos em mezaninos ou andares com coberturas laterais, o afastamento da pilha das laterais deve ter distância equivalente a sua altura.
- planejamento de utilização das peças e materiais de forma que a retirada para uso não comprometa a estabilidade do empilhamento.
- a condição do piso que deve ser estável, seco e nivelado e resistente ao peso armazenado.

Os materiais tóxicos, corrosivos, inflamáveis ou com risco de contaminação, inclusive do solo, devem ser armazenados em armários ou locais apropriados, sinalizados como tal e de acesso apenas às pessoas habilitadas e orientadas quanto ao uso correto e seguro.

- os recipientes de gases para solda devem ser armazenados transportados adequadamente obedecendo às prescrições do fabricante.

Trabalho com Veículos Industriais

Abaixo as recomendações gerais com relação a trabalho com veículos industriais. Outras podem ser verificadas na NR 11 e durante a elaboração da APR.

Apresentar habilitação específica para esta atividade como descrito no item QUALIFICAÇÃO deste manual.

Após a capacitação inicial o Profissional Habilitado emite certificado ao participante, as renovações dos treinamentos além do certificado, podem ser emitidas em formato de carteirinha de qualificação conforme previsto na Norma Regulamentadora 11.

Antes do início da operação do turno, a Inspeção Diária de Pré-Uso deverá ser cuidadosamente preenchida e, se algo de errado for identificado, a manutenção deverá ser acionada imediatamente.

Se, durante a operação, algo problema ocorrer, bloquear o equipamento e chamar a manutenção; uma nova inspeção deverá ser preenchida para reinício das operações.

Esteja familiarizado com os controles operacionais, procedimentos e cuidados a serem tomados durante a operação do equipamento.

Tenha certeza de que a carga a ser movimentada está devidamente encaixada e/ou presa e/ou segura.

Certifique-se que a superfície suporta o peso da carga. Calce o piso, quando aplicável, antes de descer a carga lentamente.

Mantenha-se atento e permaneça com suas mãos no controle. Não converse com outras pessoas ao mesmo tempo em que movimenta uma carga. É proibido usar o rádio durante a operação do equipamento.

Não obstrua saídas de emergência e equipamentos de combate a incêndio com empilhadeiras. Tenha certeza que a carga está livre para a movimentação. Tenha certeza que o caminho a ser percorrido está sem obstáculos.

Nunca eleve uma carga quando a mesma não estiver devidamente segura.

Nunca transportar ou movimentar cargas sobre pessoas.

Desça a carga suavemente e nunca remova ou obstrua as instruções de segurança das empilhadeiras. Nunca dê carona na empilhadeira.

Após a operação do equipamento, desligar o mesmo no comando. Não realizar comandos duplos.

Obedeça ao limite máximo de velocidade da empilhadeira. Quanto mais lenta, mais segura será a operação. Pare sempre nos cruzamentos.

Use sempre os espelhos para facilitar a visualização do que está ocorrendo em sua volta.

Não permita que outra pessoa acione comandos enquanto você modifica a posição dos garfos da empilhadeira.

Quando a carga impedir a visualização do caminho, a empilhadeira precisa estar de ré.

A prioridade é do pedestre. Buzine nos cruzamentos. Esteja sempre alerta para qualquer sinal de anormalidade.

Máquinas e Equipamentos

Fontes para maiores detalhamentos Portaria 3.214, Norma Regulamentadora 12 – Ministério do Trabalho.

Algumas das empresas que prestam serviços necessitam de máquinas para desenvolver suas atividades. Tais máquinas devem atender rigorosamente os padrões da Empresa, sendo que:

- todas as máquinas devem ter as transmissões de forças devidamente e integralmente protegidas.
- as máquinas cuja operação implique em movimento repetitivo devem estar dotadas de sistema que impeça a permanência das mãos do operador no ponto de operação.
- todos os controles e meios de acionamento ou qualquer outra instrução deve estar escrita em português.
- o meio de acionamento e parada deve estar ao alcance do operador estando este no ponto de operação.
- a máquina deve estar instalada de forma que em momento algum seja possível seu tombamento ou deslocamento que ponha em risco a operação.
- qualquer máquina ou equipamento a ser utilizado nas instalações da SBIBAE deve atentar para os limites de ruído determinados pela legislação brasileira (NR 15 e NBR 10151).
- toda máquina deve apresentar dispositivo (chave ou comando) que possibilite evitar o uso por pessoas não autorizadas. • as máquinas só podem ser operadas por pessoas capacitadas.

- as máquinas e equipamentos devem ter suas transmissões de força enclausuradas ou devidamente isoladas por proteções adequadas.
- os equipamentos utilizados em construções civis devem ser adquiridos ou montados com todos os dispositivos de segurança de fábrica.
- deverão ser protegidas todas as partes móveis dos motores, transmissões e partes perigosas das máquinas que estejam ao alcance dos trabalhadores. • os cabos de aço dos guindastes, escavadeiras, elevadores, guinchos e outros equipamentos deverão ser substituídos quando apresentarem mais de 10% de fios partidos em um fecho de 50 cm de comprimento.
- os cabos de aço destes equipamentos acima descritos serão fixados por meio de dispositivos que impeçam deslizamentos ou desgaste.
- as máquinas e equipamentos deverão estar equipados com dispositivos de partida e de parada que evitem riscos de acidentes para o operador.
- é proibido repassar, ajustar ou lubrificar máquinas em movimento a não ser que este movimento seja necessário a realização desta manutenção.
- nas paradas temporárias ou prolongadas, os operadores deverão colocar as máquinas na posição de descanso com os freios aplicados e os comandos na posição neutra;
- os operadores não poderão afastar-se das máquinas ou equipamentos quando os motores de acionamento estiverem ligados.
- somente pessoas autorizadas e capacitadas poderão utilizar máquinas ou equipamentos, devendo antes de acioná-las verificar as condições das mesmas, se as proteções estão nos devidos lugares, se não há pessoas por perto (o bastante para serem atingidas pelas partes móveis), se a área junto à máquina ou equipamento está completamente limpa e desimpedida.
- antes de efetuar trabalhos de limpeza ou manutenção em máquinas e equipamentos, certificar-se que as chaves elétricas estão desligadas e sem fusíveis colocando uma placa "Não ligue esta chave" no painel.
- atender recomendações do procedimento de bloqueio e travamento de fonte de energia da Empresa.

Produtos Químicos

Abaixo as recomendações gerais com relação ao manuseio de produtos químicos. Outras podem ser verificadas durante a elaboração da APR ou execução dos serviços.

- obter com a Segurança do Trabalho autorização para utilizar produtos químicos.
- a FISPQ deve ficar no local da atividade durante a manipulação e armazenagem.
- os colaboradores que manipulem produtos químicos devem receber treinamentos/ instruções com base nas FISPQs dos produtos a serem manipulados.

Informar, com antecedência de uma semana, todos os produtos químicos que serão utilizados durante o seu serviço para a área de segurança do trabalho da SBIBAE para que os mesmos sejam aprovados formalmente pela SBIBAE. Todas as fichas de segurança (FISPQ – Ficha de Informações de Segurança do Produto Químico) deverão ser fornecidas junto com a lista dos mesmos.

Manter todos os produtos químicos devidamente identificados e acondicionados em local correto. Atenção às embalagens e à incompatibilidade entre os produtos em armazenagem.

Ao manusear produtos químicos nunca deixe de usar os EPIs necessários de acordo com a FISPQ (tais como luvas, avental, óculos, botas) certificando-se sempre que estes sejam impermeáveis e não permita o contato do produto com a pele. Quando necessário, utilizar os protetores faciais, máscara respiratória e cremes de proteção.

Conheça onde ficam os equipamentos de emergências como lava-olhos e chuveiro de emergência para que sejam utilizados em qualquer contato de produtos químicos com a pele e/ou olhos.

Evite contato direto e/ou inalação de produtos químicos. Faça o manuseio com cuidado e atenção. Produtos não identificados não devem ser utilizados.

Não use solvente para limpar a pele. Lave bem com água e sabão antes das refeições e após o término do trabalho.

Acionar o PCI Bombeiros quando da ocorrência de derramamento de produtos químicos.

Mantenha no seu setor de trabalho, somente a quantidade de produtos químicos necessários para a jornada de trabalho.

Descartar corretamente os resíduos de produtos químicos.

<u>Proteção Contra Incêndios</u>

Abaixo as recomendações gerais com relação proteção contra incêndios.

Outras podem ser verificadas na NR 23, instruções específicas do corpo de bombeiros, NBRs específicas e durante a elaboração da APR.

Equipamentos de emergência não poderão ser removidos, desativados, mudado de lugar ou obstruído sem a autorização dos Bombeiros da SBIBAE. Emergências, tais como incêndio e incidentes deverão ser imediatamente comunicados para a SBIBAE. As boteiras de emergência também podem ser acionadas.

Ao ouvir o alarme de incêndio, interrompa suas atividades, desligue os equipamentos e aguarde as orientações da Brigada de Incêndio e/ou Bombeiros da SBIBAE.

Não obstrua os extintores, hidrantes e outros equipamentos de combate a incêndio.

Quanto à utilização dos hidrantes, são apenas para bombeiros e/ou colaboradores treinados (brigadista), não sendo permitido o uso para nenhuma outra finalidade que não seja em combate a incêndio, salvo se liberado pelos Bombeiros da SBIBAE.

Não use gasolina ou outros produtos químicos inflamáveis para realizar limpezas.
Armazene produtos inflamáveis em locais adequados.
Não utilize recipientes inadequados para transporte de produtos químicos.
Verifique mangueiras e conexões de equipamentos e/ou máquinas que possam gerar vazamentos.
Não é permitido, sob nenhuma hipótese, utilizar para outros fins os aparelhos de proteção e combate a incêndio.

Ar Comprimido

Não usar o ar comprimido para limpar pó das roupas ou partes do corpo.
O ar pode entrar nos orifícios naturais do corpo, ou penetrar através da pele, provocando ferimentos graves.
O ar comprimido só deve ser utilizado para fins de funcionamento de equipamentos pneumáticos e outros com a devida liberação.
Verifique se as conexões estão em bom estado e utilize sempre os óculos de segurança e protetor auricular quando estiver utilizando o ar comprimido.

Acesso às Áreas com Ressonância Magnética

Sendo necessário e fazendo parte do serviço contratado, o acesso às áreas com ressonância magnética somente poderá ser realizado com a permissão do responsável SBIBAE pela área (enfermeiro de plantão ou designado) e sem o porte de objetos metálicos (por exemplo: piercing, moedas, relógios, tesouras, cartões de crédito, celulares, chaveiros, chaves, anéis, outros adornos, furadeiras, chaves de fenda, enceradeiras e etc.).
Além destes, colaboradores que portem marca-passo e objetos metálicos implantados em seu corpo (por exemplo, próteses, placas, parafusos, entre outros) também não podem ter acesso a estes locais.
Abaixo modelos de sinalizações de áreas com emissão de campo magnético, bem como de algumas das proibições citadas acima.

Regras de Segurança do Trabalho para Realização de Eventos

As empresas terceirizadas que forem realizar eventos na SBIBAE precisam atender os requisitos legais, procedimentos, manuais e normas regulamentadoras definidas pelo Einstein.

Primeiramente a empresa precisa preencher o formulário denominado *Briefing* Auditório Evento Empreendedorismo com antecedência de 20 dias e posteriormente enviar para as áreas envolvidas.

Após envio do formulário será analisado os tipos de serviços que serão executados.

Para a realização de serviços considerados de risco nas dependências da instituição, será necessário o cumprimento de todas as etapas relacionadas na descritas neste Manual.

As informações sobre o preenchimento da APR – Análise Preliminar de Risco e das PT - Permissões de Trabalho podem ser obtido com a equipe da Segurança do Trabalho do Einstein ou no Manual.

Obs: Especificamente para os trabalhos que envolvam manuseio e aplicação de produtos químicos o gestor da área deverá validar juntamente com o responsável pela contratação e Segurança do Trabalho os riscos potenciais para os pacientes e colaboradores. Isto implica na aprovação da FISPQ (Ficha de Informação de Segurança do Produto Químico) pelas áreas da Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente.

Os projetos de montagem de iluminação, cenografia e estandes devem ser apresentados aos setores da Segurança do Trabalho e Gestão de Auditório, obrigatoriamente, passando por aprovação.

Todo equipamento elétrico a ser utilizado deverá estar com plug compatível com a rede elétrica dos Auditórios, sem emendas, ficando proibida a ligação apenas através dos fios de extensões ou equipamentos. Ligações diretas dos painéis elétricos são proibidas. O setor de Manutenção dever estar ciente e aprovação de qualquer instalação elétrica a ser realizada para os eventos.

As empresas convocadas e determinadas pela Segurança do Trabalho de acordo com especificidade do serviço deverão realizar cadastros dos colaboradores e integração, conforme descrito neste Manual.

Somente será permitida a utilização de ferramentas adequadas para o trabalho, em boas condições de uso e sem improvisações. É responsabilidade da empresa contratada para montagem e qualquer outro serviço necessário, o fornecimento de EPI – Equipamento de Proteção Individual aos seus funcionários.

Verificar também junto ao responsável do contrato do evento as recomendações dos Manuais de Utilização dos Auditórios Moise Safra e Kleinberger.

Meio Ambiente

É o meio onde todos os colaboradores, prestadores de serviços e outras partes interessadas interagem diariamente. E é responsabilidade de cada um preservar este meio ambiente quando estiver trabalhando na SBIBAE, controlado os Aspectos e Impactos Ambientais da minha atividade.

Diretrizes Ambientais da Sociedade

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, dentro de seu compromisso com a Sustentabilidade Ambiental, procura seguir e se tornar referência na aplicação das diretrizes dos Protocolos Internacionais dos quais o Brasil é signatário, visando reduzir ao mínimo os impactos causados pelas suas operações. Comprometese, assim, a preservar o meio ambiente e os recursos naturais, por meio do estabelecimento de objetivos e metas que garantam excelência no desempenho ambiental e a conformidade com a legislação vigente.

Para tanto, a Política de Gestão Integrada (Segurança, Saúde, Meio Ambiente)representa um conjunto de ações e práticas estabelecidas com o propósito de preservar a Segurança e a Saúde de colaboradores e parceiros, minimizar seus impactos ao Meio Ambiente e gerenciar e racionalizar o uso e consumo de Energia, comprometese a:

- Assegurar a saúde, segurança e o bem-estar dos nossos colaboradores, pacientes, alunos, terceiros e público em geral que possam ser potencialmente impactados pelas nossas operações, atividades, produtos e serviços;
- Estabelecer objetivos e metas de melhoria contínua do desempenho do SGI a partir da análise crítica de riscos ocupacionais, uso da energia e do impacto ambiental das operações e do seu alinhamento com a legislação, evolução tecnológica e as demandas de partes interessadas. O objetivo é o dano ou impacto zero;
- Disseminar a cultura de melhoria contínua junto às lideranças, colaboradores, terceiros e demais partes interessadas, visando assegurar o seu comprometimento com os objetivos e metas do SGI;

- Assegurar os recursos financeiros, humanos, de informações e de infraestrutura necessários para atender aos requisitos legais e outros, eliminar perigos e reduzir os riscos de segurança e saúde ocupacional, proteger o meio ambiente, prevenir a poluição e melhorar o desempenho energético;
- Estabelecer padrões para o desenvolvimento de projetos, produtos e serviços que atendam aos requisitos de saúde e segurança ocupacional, uso racional de energia e de impacto sobre o meio ambiente; e
- Gerenciar os aspectos de saúde e segurança ocupacional, uso de energia e impacto sobre o meio ambiente, de forma a prevenir incidentes e doenças ocupacionais, assegurar o uso racional da energia e eliminar impactos no meio ambiente.

Com relação ao controle do Aspecto e Impacto, compromete-se:

O objetivo é identificar e avaliar os aspectos ambientais associados ás atividades, produtos e serviços da Sociedade Beneficente Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), incluindo os processos terceirizados. Nesse procedimento, são listadas as interações das atividades com o meio ambiente e como os impactos negativos são evitados.

Com relação a Resíduos e Efluentes, compromete-se:

Atender ao disposto pelas Resoluções Conama 358 (Disposição de Resíduos de Saúde),Anvisa 222 (Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde), Conama 430 (Condições e padrões de lançamentos de efluentes) e Decreto Estadual 8468 (prevenção e o controle da poluição do meio ambiente);

Manter o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da instituição.

Com relação à Área de Compras, compromete-se:

Estimular fornecedores de produtos e serviços a obter certificação de menor impacto ao meio ambiente.

Estimular fornecedores de produtos e serviços a obter certificação de menor impacto ao meio ambiente.

Priorizar fornecedores que reutilizem materiais ecologicamente corretos.

Adquirir papéis preferencialmente certificáveis, por exemplo, pelo FSC - Forest Stewardship Council, ou reciclados.

<u>Fluxo de Descarte</u>

Resíduos recicláveis como papel, plástico, metal e madeira devem ser descartados nas caçambas (apropriada) de forma segregada, respeitando as diretrizes de cada unidade do Einstein, e ou

organizada e destinada para empresas contratadas pela própria empresa terceirizada. O mesmo ocorre para as caçambas de resíduos de construção.

Seguir as regras para o manuseio seguro de produtos químicos. Encaminhar as documentações obrigatórios para os resíduos de obras para a equipe de GPO. Segregar corretamente os resíduos gerados pela sua atividade.

Estar atento aos assuntos de meio ambiente por meio dos quadros de avisos, TVs, treinamentos e outros. Comunicar qualquer incidente ambiental para a SBIBAE e para a sua liderança.

É proibida a entrada de veículos que apresentem vazamentos de óleo e emissão de fumaça preta. Não é permitido o despejo de produtos químicos nos drenos de águas pluviais, esgotos ou no solo.

É proibido jogar qualquer tipo de resíduo na grama.

É necessário o uso de proteção para a grama para trabalhos em construção civil, como preparação de concreto, depósito de materiais e outras atividades que possam danificar o gramado.

Evitar o desperdício de água, não deixando torneiras abertas. Veículos só estão autorizados a transitar em cima da grama para carga e descarga, finalizada a atividade o veículo deve retornar as áreas pré-determinadas.

Todos os resíduos devem ser dispostos nos locais adequados.

Proibido pegar qualquer tipo de resíduos dentro das caçambas. Lembre-se: todas as atividades por mais simples que sejam precisam de atenção para evitar todas as formas de incidentes, inclusive ambientais.

Instalações Sanitárias e Vestiários

Seguir rigorosamente as recomendações das NRs 18 e 24 do Ministério do Trabalho e Previdência. É essencial que os empregados das empresas Prestadoras de Serviços tenham instalações adequadas para o desenvolvimento de suas atividades. No caso do uso das instalações sanitárias da SBIBAE, é de responsabilidade dos usuários manter a higiene do local. No caso de obras ou trabalhos que impliquem em duração maior, deve-se atender a Norma Regulamentadora 18.

Responsabilidade Legal

Após a apresentação deste manual, o termo de compromisso deve ser assinado pelo representante legal das contratadas. Este termo deve ser arquivado, por tempo indeterminado (ou enquanto os serviços estiverem sendo prestados), com a área da segurança do trabalho da SBIBAE.

Todas estas recomendações são básicas e necessárias, não se limitando nem se restringindo a qualquer obrigação adicional prevista em contrato. Todo e qualquer acidente ou incidente pode e deve ser evitado. O meio ambiente, em hipótese alguma, poderá ser agredido.

A SBIBAE busca continuamente a melhoria do ambiente de trabalho tornando-o cada vez mais limpo, saudável e seguro.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO - CAPÍTULO V - DA SEGURANÇA E DA MEDICINA DO TRABALHO - SEÇÃO I - DISPOSIÇÕES GERAIS - LEI Nº 6.514, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1977.

Art. 157 Cabe às empresas:

I cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho;

II instruir os empregados, através de ordens de serviço, quanto às precauções a tomar no sentido de evitar acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais;

III adotar as medidas que lhes sejam determinadas pelo órgão regional competente;

IV facilitar o exercício da fiscalização pela autoridade competente.

Art. 158 Cabe aos empregados:

I observar as normas de segurança e medicina do trabalho, inclusive as instruções de que trata o item II do artigo anterior; I

I colaborar com a empresa na aplicação dos dispositivos deste Capítulo.

Parágrafo único - Constitui ato faltoso do empregado a recusa injustificada:

a) à observância das instruções expedidas pelo empregador na forma do item II do artigo anterior;

b) ao uso dos equipamentos de proteção individual fornecidos pela empresa.

Atendimento em Incidentes

Definição Profissional

Profissional Qualificado: É considerado trabalhador qualificado aquele que comprovar conclusão de curso específico na área elétrica reconhecida pelo Sistema Oficial de Ensino.

Profissional Habilitado: É considerado profissional legalmente habilitado o trabalhador previamente qualificado e com registro no competente conselho de classe.

Profissional Capacitado: É considerado trabalhador capacitado aquele que atenda às seguintes condições, simultaneamente:

a) receba capacitação sob orientação e responsabilidade de profissional habilitado e autorizado; e
b) trabalhe sob a responsabilidade de profissional habilitado e autorizado.

7. RESPONSABILIDADES

Todo prestador/terceiro deve comunicar imediatamente qualquer incidente, com ou sem lesão, ocorrido durante o exercício das suas atividades na empresa, em serviços internos ou externos.

O sistema de notificações da Intranet (SINAPSE) é a forma de se realizar o registro inicial destes eventos pelo representante Einstein do respectivo contrato.

Apenas profissionais com acesso à Intranet (rede do Einstein) conseguem gerar as notificações.

O colaborador Einstein responsável pela empresa contratada cujo profissional foi envolvido no incidente, é o responsável por notificar o evento conforme as telas abaixo.

A liderança da empresa contratada é responsável por iniciar imediatamente a investigação das ocorrências e implantar ações corretivas de forma imediata para mitigar os riscos e evitar novas ocorrências. Quando houver necessidade, a equipe de segurança e meio ambiente da sbibae poderá dar um suporte.

Alta Administração

Outorgar os recursos necessários para a implementação deste procedimento. Defini-lo como caráter de obrigatoriedade para prestadores/terceiros.

Liderança/ responsável pela empresa contratada

Assegurar que todos os eventos, com e sem lesão, sejam devidamente comunicados e tratados conforme o fluxo estabelecido neste procedimento. Apresentar para a SBIBAE (gestor einstein do contrato e segurança do trabalho da sbibae) o fluxo de atendimento a incidentes de trabalho com seus colaboradores.

A comunicação imediata dos eventos com prestadores/terceiros deverá ser direcionada ao responsável einstein pelo contrato.

Realizar investigações dos eventos descritos neste procedimento utilizando uma ferramenta de análise. fazer cumprir todas as ações definidas no processo de investigação.

Apresentar os documentos solicitados pela segurança do trabalho Einstein, tais como, CAT, relatórios médicos e investigativos, atestados e etc.

Cumprir as ações documentais referentes aos incidentes com prestadores/terceiros.

Responsável Einstein pela empresa contratada

Assegurar que todos os eventos, com e sem lesão, sejam devidamente comunicados e tratados de acordo com cada evento, conforme o fluxo estabelecido neste procedimento.

A notificação deverá ser feita no SINAPSE pelo responsável do contrato, uma vez que os profissionais das empresas contratadas não possuem acesso a esse sistema. Emitir a NOI, devidamente preenchida e assinada, quando o atendimento na unidade de pronto atendimento for necessário (para eventos biológicos e não biológicos).

No caso de incidente biológico, o responsável (Einstein) pelo contrato deve se reportar à liderança da área onde ocorreu o incidente para providenciar a autorização do paciente fonte na NOI, seguida da coleta da amostra de sangue. Caso o paciente tenha se ausentado da unidade, a liderança local deve providenciar a coleta domiciliar imediatamente.
Em caso de incidentes biológicos, o líder assistencial da área onde ocorreu o evento deverá providenciar o envio da amostra do paciente fonte para o laboratório do Morumbi. Deverá providenciar também o transporte imediato do acidentado para a UPA Morumbi, quando o prestador/terceiro estiver em unidades externas.
Participar das investigações dos eventos descritos neste procedimento.
Fazer cumprir todas as ações definidas no processo de investigação.
Aplicar o termo de responsabilidade (ruptura de fluxo) quando o fluxo de comunicação de incidentes não for devidamente seguido.
Posteriormente, definir o centro de custo para cobertura dos custos de atendimento médico e assistenciais em alguma unidade da SBIBAE quando aplicável.

Colaborador terceiro envolvido no incidente com lesão

Comunicar imediatamente ao seu líder todos os eventos com e sem lesão de acordo com os fluxos apresentados neste procedimento.
Seguir o fluxo de tratativa definido neste procedimento, imediatamente. Se houver a ruptura do fluxo, terá que assinar o Termo de Responsabilidade.
Permitir a coleta da sua sorologia no caso de incidentes biológicos. Participar do processo de investigação, informando todos os detalhes do evento.
Quando aplicável, participar da implantação das ações corretivas.
Para as unidades do IIRS – Programas Governamentais, em caso de incidentes biológicos, o prestador/terceiro deverá seguir o fluxo de atendimento estabelecido pela empresa contratada.

Segurança e Saúde do Trabalho, Meio Ambiente e Sustentabilidade

Fazer a gestão das notificações voltadas à segurança do trabalho, saúde, meio ambiente e sustentabilidade envolvendo prestadores/terceiros.
Realizar a investigação dos eventos conforme descrito neste procedimento, onde aplicável. Acompanhar a implantação das ações propostas e definidas.
Manter os formulários de investigação, onde aplicável, devidamente arquivados para as diversas consultas. Compilar os dados estatísticos com informações repassadas no sistema pelos prestadores/terceiros.

Unidade de Pronto Atendimento – UPA

Incidentes biológicos ocorridos com prestadores/terceiros nas unidades Morumbi e avançadas, serão atendidos na UPA Morumbi. incidentes biológicos ocorridos com prestadores/terceiros em unidades do IIRS devem seguir o fluxo determinado pela empresa contratada.

as upas das unidades externas podem atender outros eventos típicos quando aplicável, em seguida, o colaborador deve dar continuidade ao fluxo de incidentes determinado pela empresa contratada.

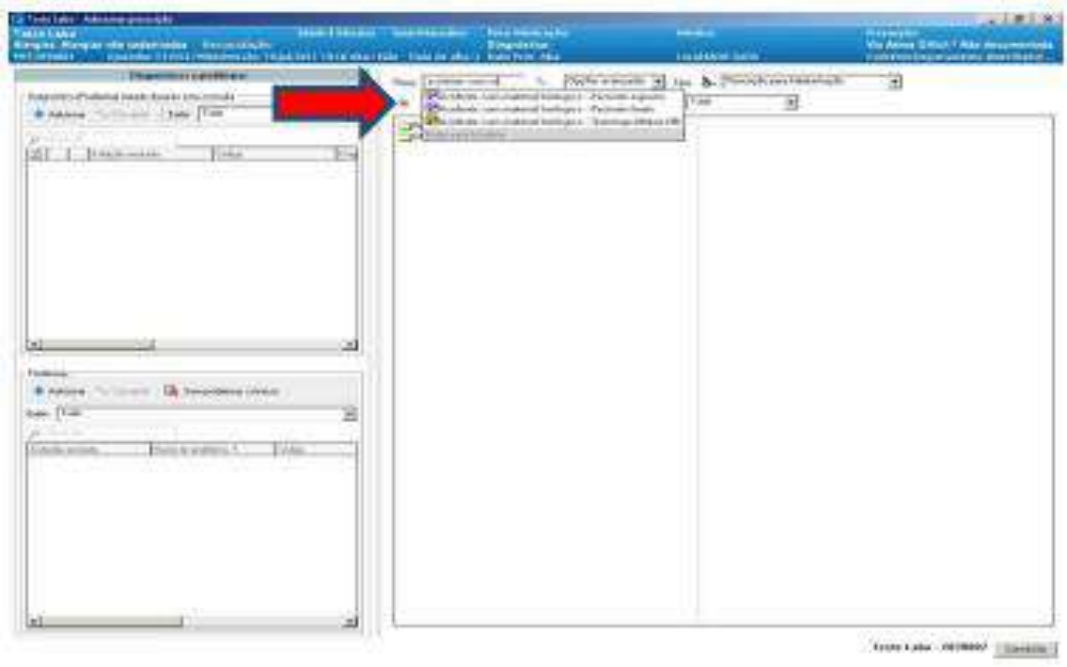
Atender prioritariamente os prestadores/terceiros envolvidos em incidentes biológicos, que devem informar assim que chegarem ao pronto atendimento no Morumbi.

Para incidentes biológicos, a UPA Morumbi deve receber a amostra do paciente fonte quando de unidades externas, caso não tenham sido enviadas diretamente para o laboratório do Morumbi, e cadastrar no sistema conforme descrito neste procedimento. Para incidentes biológicos, a UPA Morumbi deve coletar a sorologia do prestador/terceiro envolvido no incidente biológico e cadastrar no sistema Cerner conforme descrito neste procedimento.

Encaminhar as amostras do prestador/terceiro e do paciente fonte para análise no laboratório do Morumbi.

No caso de incidentes biológicos, somente liberar o prestador/terceiro para acompanhamento da saúde do trabalho Einstein, quando aplicável, ou da segurança do trabalho da empresa contratada após a confirmação do resultado da sorologia dos testes rápidos do HIV (fonte e paciente exposto).

Quando o teste rápido do paciente fonte der positivo para HIV: no campo de pesquisa do Cerner, digite acidente com material biológico - quimioprofilaxia HIV e aparecerá o pacote de QP definido pela saúde do trabalho como ilustrado abaixo (seta vermelha).



Importa)rientar:

em casos de paciente fonte HIV ou fonte desconhecida. Em caso de resultado positivo para HIV

do paciente exposto, avaliar a prescrição de QP em conjunto com a Saúde do Trabalho (Ramais 76184 / 78598 / 71374).

A UPA Morumbi deve entrar em contato com a saúde do trabalho no HIAE (ramais 76184 / 78598 / 71374), quando necessário e aplicável, para detalhamento da lesão. A classificação e tratativa da lesão são de responsabilidade da saúde do trabalho da empresa contratada, bem como a aplicação de atestados e emissão de CAT.

Quando aplicável, somente encaminhar o prestador/terceiro para a Saúde do Trabalho com a NOI preenchida. Obrigatoriamente registrar a CID nos relatórios de alta e atestados médicos.

Os custos do atendimento médico e assistencial da SBIBAE são cobertos conforme indicação do gestor Einstein do contrato.

Resumo Orientativo:

- Triagem UPA Morumbi / Enfermagem UPA Morumbi
- Solicita a NOI preenchida e verifica se foi coletado material da fonte
- Atendimento Médico Completar preenchimento da NOI
- Solicitar exames do prestador/terceiro exposto conforme descrito acima (Atalho CERNER/Paciente EXPOSTO).
- Paciente Exposto (Prestador/Terceiro)
- Aguarda resultado do teste rápido (fonte + paciente exposto). Máximo 40 min após chegada da amostra no laboratório
- Atendimento Médico pós liberação do Resultado Laboratorial / Teste Rápido HIV
- Médico reavalia resultado do teste rápido de HIV do paciente fonte e do paciente exposto
- Liberação das medicações (atalho CERNER/Quimioprofilaxia), se indicado
- Encaminha o prestador/terceiro para acompanhamento da Segurança do Trabalho da empresa contratada (somente após avaliar o resultado do teste rápido!) ou Saúde do Trabalho Einstein, quando aplicável.

Consulta do Médico do Trabalho na Saúde do Trabalho

Mediante avaliação conjunta entre o responsável pelo contrato Einstein, a saúde do trabalho e a empresa contratada, quando indicado o acompanhamento.

Quando aplicável e o prestador/terceiro estiver em uso de qp: imediatamente após a consulta na upa Morumbi em dias úteis e horário comercial ou no 1º dia útil após o incidente biológico.

Saúde do Trabalho

Acompanhar o prestador/terceiro quando aplicável.

Equipe de Bombeiros SBIBAE

Dar suporte nos incidentes com derramamentos de produtos químicos, entre outros. Gerar os respectivos relatórios de ocorrências. Promover a notificação dos incidentes relacionados às emergências.

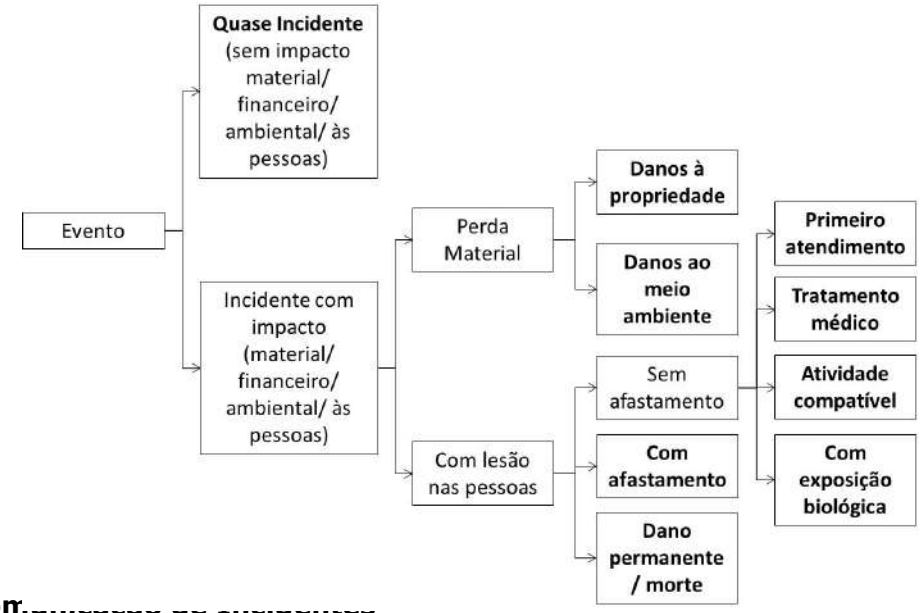
Acionar a Segurança do Trabalho, Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade para as investigações de incidentes envolvendo o Sistema de Gestão Integrada.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Inconsistências no cumprimento dessa política pela empresa contratada.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Abaixo a classificação de incidentes utilizada pela SBIBAE de acordo com as definições apresentadas anteriormente.



Fluxo de Com[illegible]

Fluxo de comunicação incidentes típicos (exceto incidentes biológicos) com prestadores/terceiros da SBIBAE – incidentes com lesão

As empresas contratadas devem apresentar antes de iniciar qualquer tipo de trabalho PAE – Plano de Atendimento Emergencial, com os fluxos de acidentes devidamente descritos.

Quando um incidente com lesão ocorrer com um prestador/terceiro da SBIBAE, os primeiros socorros podem ser dados pelo Pronto Atendimento da unidade onde o evento ocorreu quando a lesão o exigir.

Caso contrário, o primeiro atendimento deverá ser prestado pelo médico do plano de saúde do prestador/ terceiro ou pela rede pública de saúde, ou ainda, pelo Corpo de Bombeiros (193).

Caso não exista uma UPA na unidade, acionar imediatamente o corpo de bombeiros pelo número 193. Em seguida, o prestador/terceiro deverá ser encaminhado para o atendimento médico público ou da rede credenciada do seu plano de saúde, quando aplicável.

Para incidentes biológicos, todos os prestadores/ terceiros devem ser encaminhados para a UPA do Morumbi, EXCETO os que atuam nas unidades do IIRS.

A investigação e demais tratativas necessárias são de responsabilidade da empresa contratada de forma imediata para que outros eventos sejam evitados e para que os envolvidos sejam devidamente atendidos Para incidentes com lesão ocorridos com prestadores/terceiros, a tabela abaixo deverá ser seguida.

QUEM COMUNICA	**PARA QUEM COMUNICA**	**MEIO DE COMUNICAÇÃO / LOCAL DO FORMULÁRIO**	**PRAZO DE COMUNICAÇÃO**	**O QUE FAZER**	**OBSERVAÇÕES**
Colaborador envolvido no evento	Líder	Pessoalmente ou Telefone	Imediato	Comunicar e encaminhar-se ao serviço médico* para incidentes com lesão (seguir o fluxo).	Isolar o local para posterior investigação
Líder	SINAPSE	Intranet ou Internet (IIRS Programas Governamentais)	Imediato	Comunicar o evento	Necessária para o atendimento na UPA Unidades fora de SP - Nota 1
	Não Aplicável	Intranet ou Internet (IIRS Programas Governamentais)		Preencher a SINAPSE	

Segurança do Trabalho	Equipe SSMA	Pessoalmente, Telefone ou E-mail	Imediato	Comunicar eventos com lesão incapacitante ou fatal ou potencial de gravidade maior	
Segurança do Trabalho	Gestor do Colaborador Envolvido	Pessoalmente, Telefone ou E-mail	Assim que a lesão for confirmada	Comunicar incidentes com afastamento e com contato biológico	
Segurança do Trabalho	Jurídico	Pessoalmente ou Telefone	Assim que a lesão for confirmada	Comunicar eventos com lesão incapacitante ou fatal	Nota 2
Segurança do Trabalho	INSS	Sistema do INSS	Até 24 horas	Registrar a CAT	

Nota 1: Seguir fluxo da empresa contratada

Nota 2: Nos casos de agressão no ambiente de trabalho, havendo lesão, o fato deve ser tratado conforme descrito. Quando não houver lesão, o evento deverá ser notificado como "Quase Incidente".

Importante: Os custos do incidente serão debitados no Centro de Custo da área responsável pelo contrato ou outro indicado pelo Gestor Einstein do Contrato diretamente com a área prestadora do serviço médico/assistencial.

Fluxo de Comunicação de Incidentes de Trajeto

Em caso de incidentes de trajeto, devem seguir as orientações das suas empresas.

Informar a Segurança do Trabalho e o Gestor do Contrato Einstein em caso de lesões incapacitantes ou fatais, apresentando os respectivos relatórios de investigação quando de eventos de trajeto cujo destino for alguma unidade do Einstein em qualquer estado brasileiro.

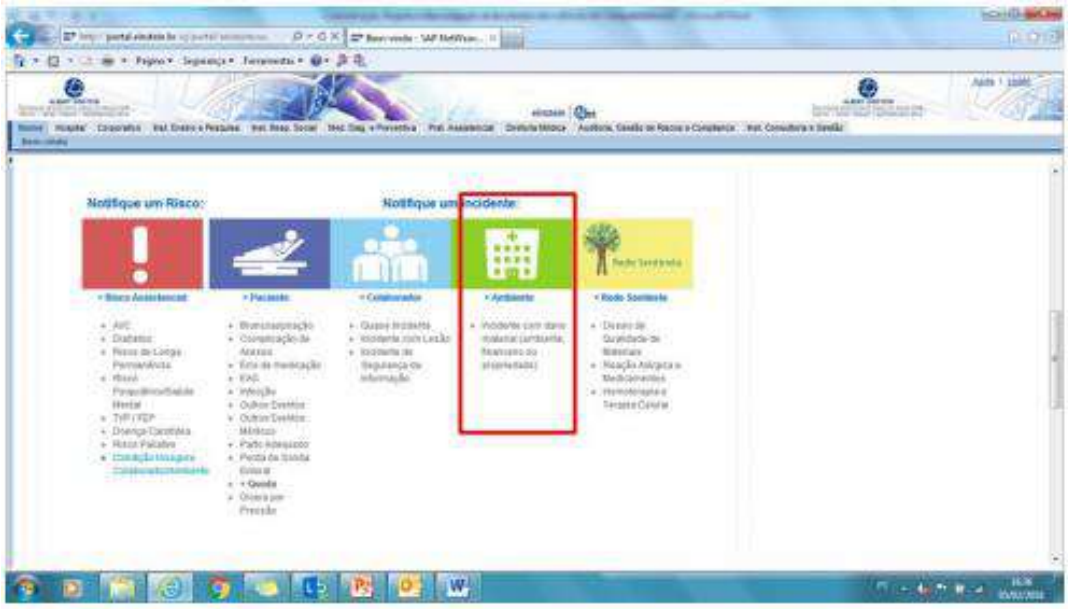
Fluxo de Comunicação de Incidentes Sem Lesão (Ambientais e Danos Materiais, por exemplo)

Incidentes ambientais ou danos materiais também devem ser comunicados e tratados. Para qualquer derramamento de produtos químicos, os Bombeiros da SBIBAE devem ser acionados pelo ramal de emergência da unidade.

As orientações de ações e contenções serão comunicadas por este grupo.

No caso de incêndios, além do ramal de emergência, há botoeiras do alarme que poderão ser acionadas. Todo o processo está descrito no "Procedimento para Atendimento de Emergências do PCI", em Anexos.

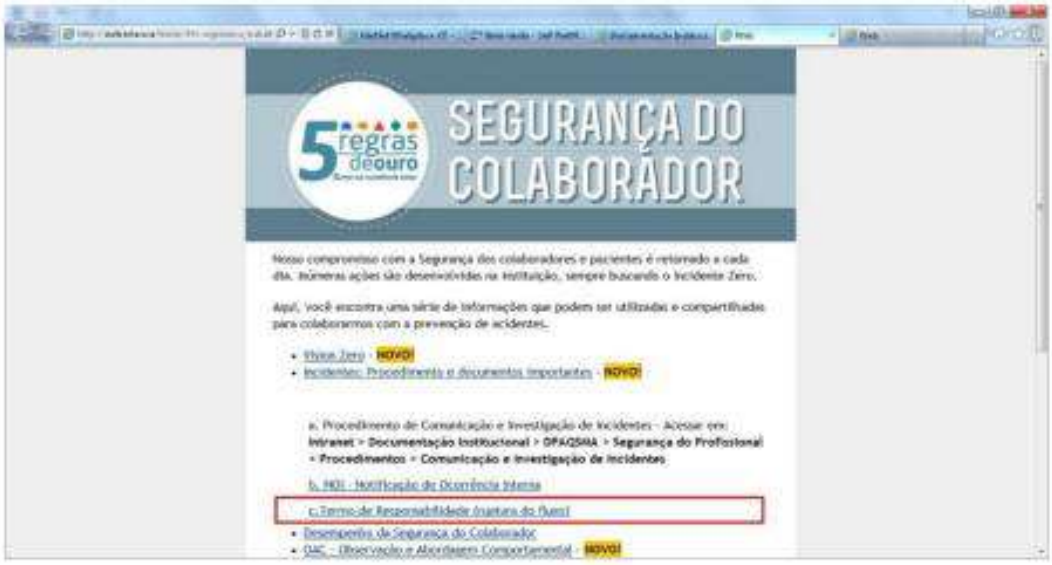
Estes incidentes sem lesão devem ser notificados também no SINAPSE, pelo responsável Einstein pelo contrato, conforme indicação abaixo:



Dependendo do incidente, poderá ser necessária uma comunicação externa a outras partes interessadas, seguindo-se procedimentos institucionais.

Tratativa Fora do Fluxo de Incidentes

Para incidentes com lesão, caso o prestador/terceiro não aceite seguir o fluxo de incidentes apresentado neste procedimento em qualquer etapa, o responsável pelo contrato do mesmo com o responsável Einstein pelo contrato deverão preencher o Termo de Responsabilidade (Ruptura do fluxo) também disponível na Intranet (conforme telas abaixo), enviando o impresso devidamente preenchido e assinado, para a Segurança do Trabalho da sua unidade.



10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Indicadores mensais de prestadores de serviço.

13. ANEXOS

Formulário_Autorização_para_Exame_Paciente_Fonte_-_Programas_Governamentais.pdf

Termo de Responsabilidade Procedimento de Trabalho a Quente;
Procedimento de Espaço Confinado;
Procedimento de Trabalho em Altura;
Procedimento de Trabalho em Escavação;
Procedimento de Trabalho em Ferramentas Manuais;
Procedimento de Trabalho em Movimentação de Carga;
Procedimento de Trabalho em Serviço com Eletricidade;
Procedimento para Análise Preliminar de Riscos (APR);
Procedimento para Permissão de Trabalho (PT).

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria 3214 de 08 de agosto de 1978 do MTE.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento para Atendimento de Emergências do PCI.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) E EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA (EPC)

1. OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivos:

- Apresentar os processos para aquisição e implementação de EPC (Equipamento de Proteção Coletiva) e desenvolver sistemática de padronização, aquisição e controle do EPI (Equipamento de Proteção Individual) da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.
- Recomendar a utilização do EPI adequado, guarda e conservação;
- Prevenir incidentes aos colaboradores expostos aos riscos físicos, químicos, biológicos ou acidentes;

2. DEFINIÇÕES

EPC – Equipamento de Proteção Coletiva

EPI - Equipamento de Proteção Individual

TST – Técnico de Segurança do Trabalho

C.A. - Certificado de Aprovação (Emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego)

Book EPI – Livro detalhado de EPIs homologados pela instituição

SESMT- Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

NR - Norma Regulamentadora

CEDOC – Centro de Documentação, gerenciamento de arquivos da instituição

SINAPSE – Sistema de Notificação de Aprendizagem em Segurança

ME – Mercado Eletrônico – Plataforma para compra de materiais de forma eletrônica https://www.me.com.br/

SAP – Sistemas, Aplicativos e Produtos para Processamento de Dados – Plataforma para cadastro de produto

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: Para todos os colaboradores da instituição que se utilizam de Equipamentos de Proteção, conforme os riscos de suas atividades.

Contraindicação: não se aplica

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Todos os Equipamentos de Proteção ao colaborador.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

O EPC ou EPI é definido por um Técnico de Segurança do Trabalho, mediante análise de risco das atividades em seu processo, podendo ser necessária análise complementar específica, como por exemplo: análise química de poeiras, fumos ou névoas, análise de calor etc.

Após análise, o Técnico de Segurança verifica a possibilidade de adoção de um EPC (Cabine de fluxo laminar, Exaustor, Chuveiro de Emergência etc.).

Não sendo possível a adoção do EPC, o Técnico de Segurança, busca no Book de EPI (Link) o EPI que atenda às necessidades e disponibiliza para a área, o número de cadastro de compras no ME.

Caso o EPI necessário não esteja homologado (disponível no book), o Técnico de Segurança busca junto aos fornecedores o EPI necessário e o disponibiliza para teste juntamente com a Ficha para teste do EPI.

Sendo aprovado o EPI, o Técnico de Segurança realiza a homologação do item no SAP e ME fornecendo o código de compra à área.

Para finalização do processo, o Técnico de Segurança insere o item homologado no Book de EPI.

Excluem-se deste fluxo a compra dos equipamentos como Máscaras N95 e luvas de procedimento (equipamentos adquiridos através de requisição via farmácia através do código de cadastro e descrição do produto ou via pixys).

Figura 1: Fluxo de entrega e registro de EPI

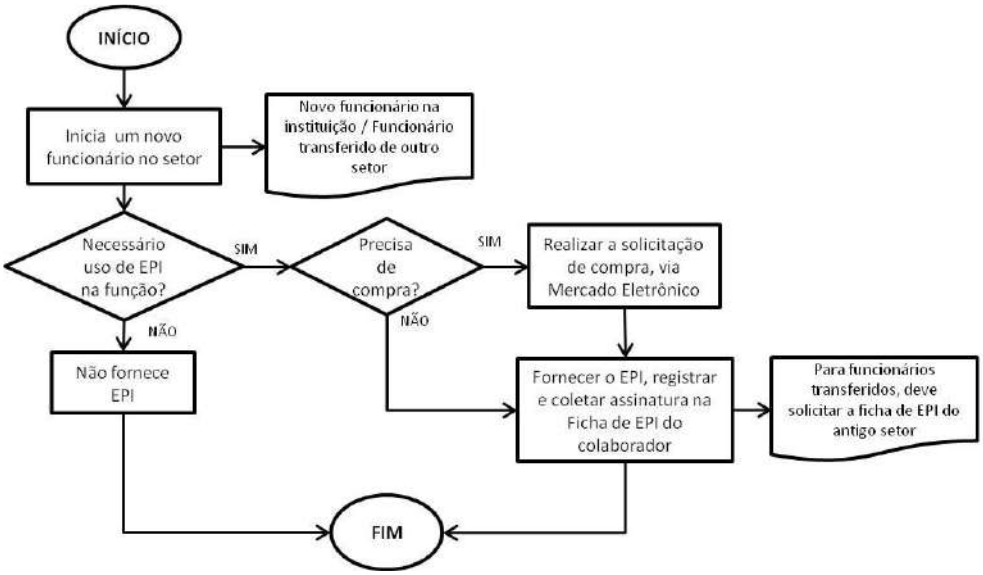


Figura 2: Fluxo ficha de EPI de desligados

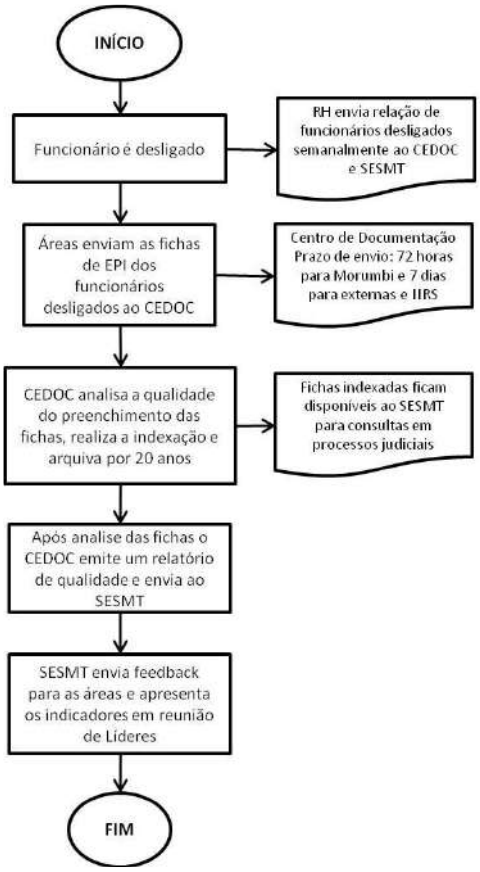


Figura 3: Fluxo ficha de EPI por motivos médicos

Sendo identificada a necessidade de troca do EPI, o médico deverá enviar ao SESMT e a liderança, as recomendações para adequação do EPI.

Obs.: Funcionários do HMSC devem ser direcionados ao médico do trabalho na própria unidade. Para as demais unidades, deve ser direcionado à unidade Morumbi.

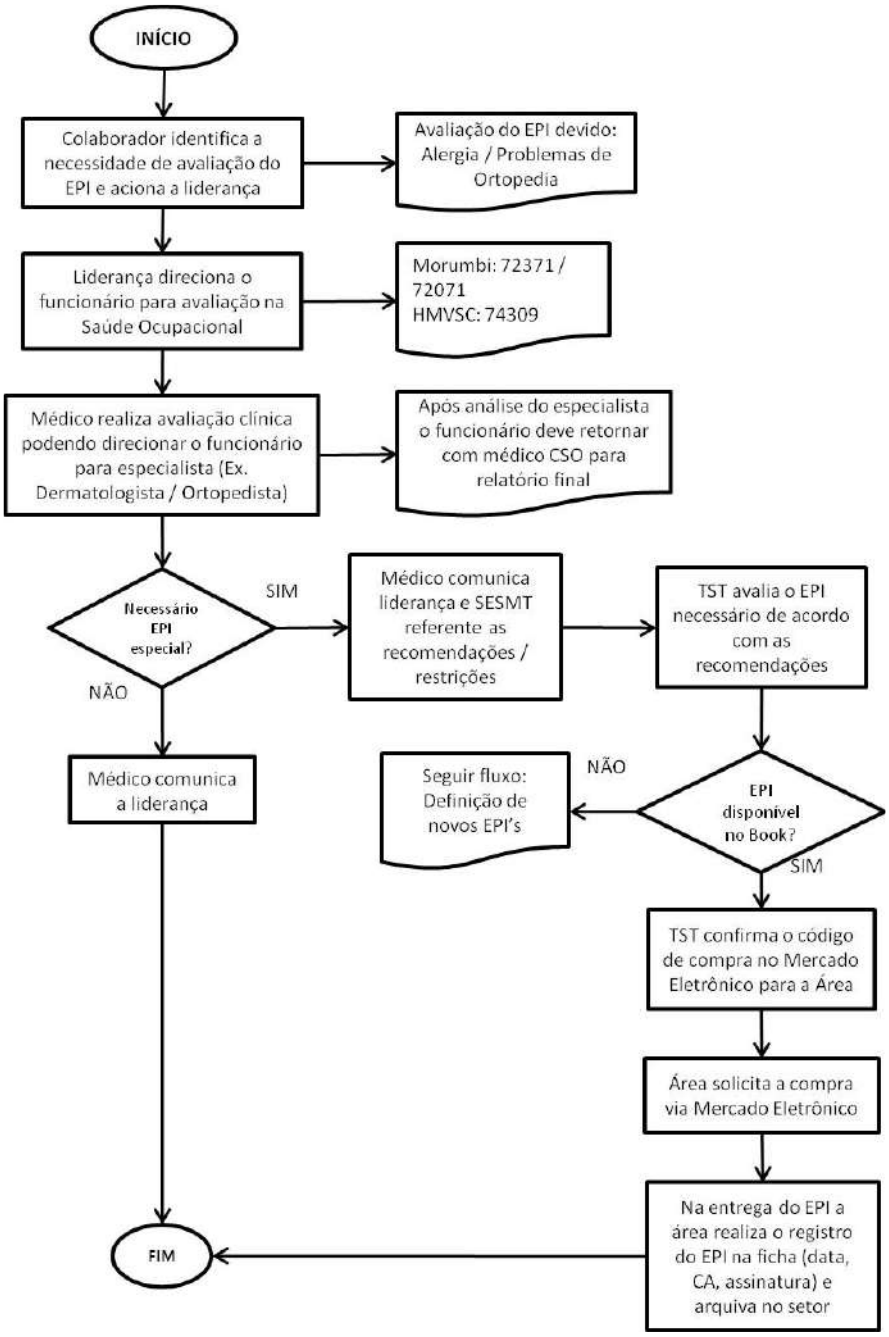

INÍCIO
Colaborador identifica a necessidade de avaliação do EPI e aciona a liderança
Avaliação do EPI devido: Alergia / Problemas de Ortopedia
Liderança direciona o funcionário para avaliação na Saúde Ocupacional
Morumbi: 72371 / 72071
HMVSC: 74309
Médico realiza avaliação clínica podendo direcionar o funcionário para especialista (Ex. Dermatologista / Ortopedista)
Após análise do especialista o funcionário deve retornar com médico CSO para relatório final
Necessário EPI especial?
SIM
NÃO
Médico comunica liderança e SESMT referente as recomendações / restrições
TST avalia o EPI necessário de acordo com as recomendações
Médico comunica a liderança
EPI disponível no Book?
NÃO
SIM
Seguir fluxo: Definição de novos EPI's
TST confirma o código de compra no Mercado Eletrônico para a Área
Área solicita a compra via Mercado Eletrônico
Na entrega do EPI a área realiza o registro do EPI na ficha (data, CA, assinatura) e arquiva no setor
FIM

Figura 4: Fluxo ficha de troca de EPI danificado

Todo EPI deve ser utilizado apenas para a finalidade a qual se destina. Sendo identificada qualquer anormalidade que o torne impróprio para o uso, deve-se comunicar a liderança imediatamente para que seja direcionada a troca.

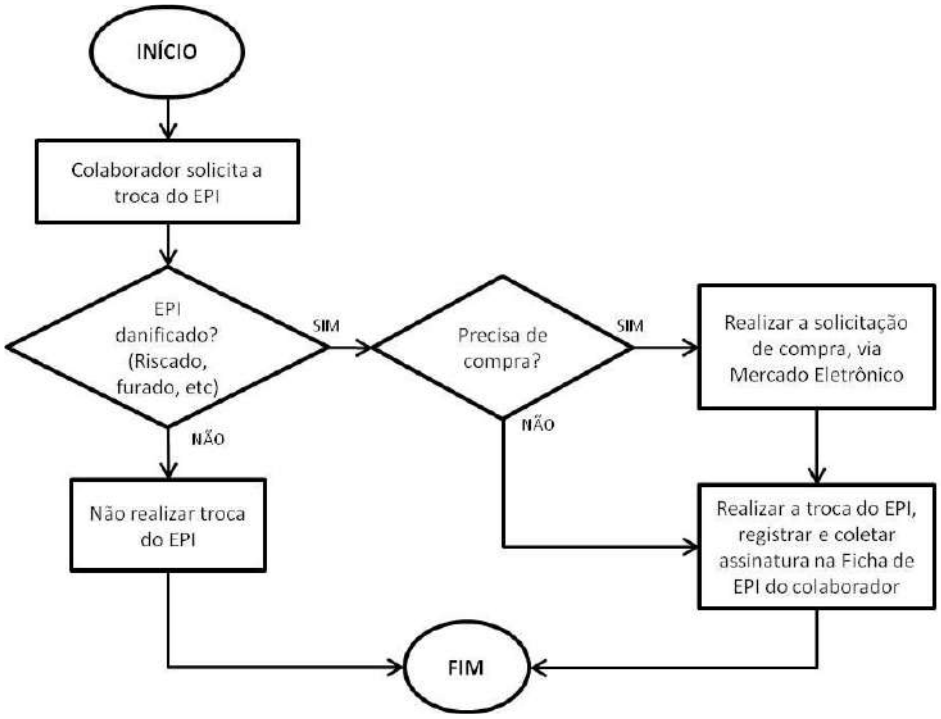
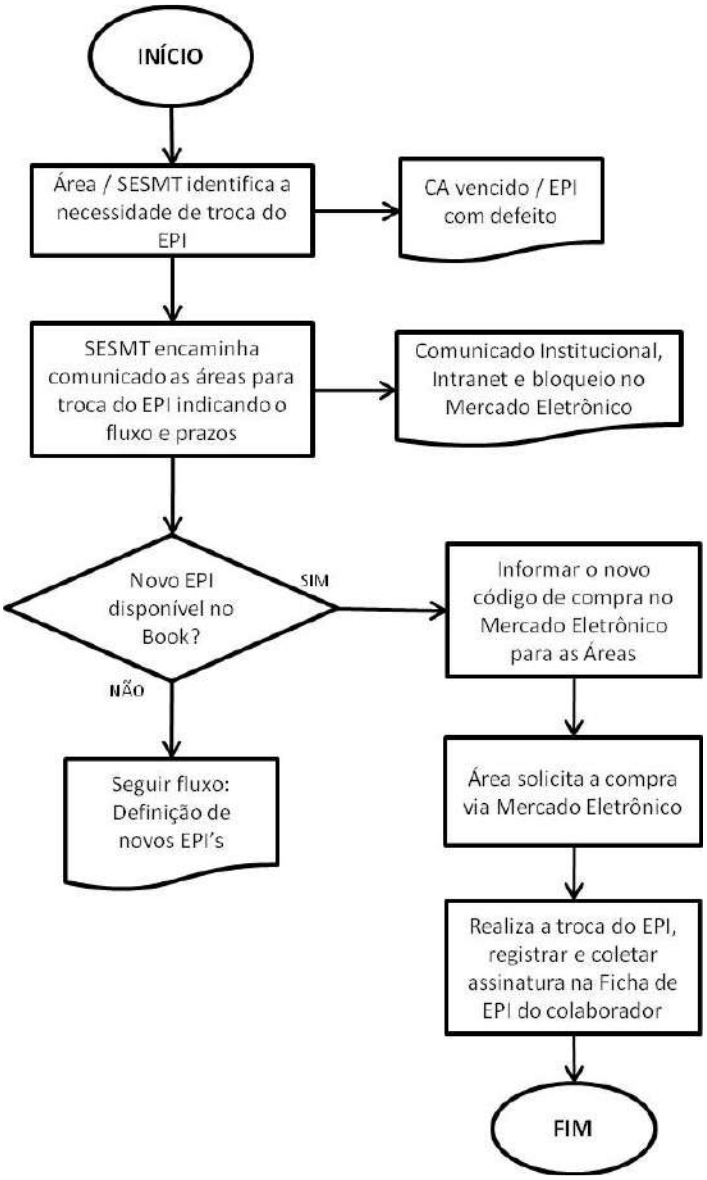


Figura 5: Recall de EPI

Todo CA possui validade, podendo ser revalidado ou não. Caso o CA não seja revalidado e haja necessidade de trocar os itens em estoque, o mesmo será bloqueado para compra, sendo emitido Comunicado Institucional com as orientações e realizado a segregação dos itens de estoque para troca. O mesmo fluxo se aplica para itens que apresentarem defeito e/ou for descontinuado na instituição.



7. RESPONSABILIDADES

Gestor

- Acionar o Técnico de Segurança do Trabalho quando houver alterações do processo como: Layout, novo setor, novos equipamentos ou produtos químicos etc., para avaliação técnica e consequentemente, definição do EPC/EPI, e sua correta utilização. Sendo necessária a adoção do EPI, o gestor indicará a pessoa que ficará com a responsabilidade de realizar o teste do EPI que será enviado através de um Forms;
- Orientar o colaborador a preencher a ficha de teste do EPI e devolvê-la ao setor de Segurança do Trabalho dentro do prazo estipulado pelo Técnico;

- Solicitar a compra do EPI, quando aprovado, através da rotina específica de compra do equipamento (mercado eletrônico, via requisição SAP ou rotina de pedido de item disponível no depósito);
- Disponibilizar os EPIs aos colaboradores inclusive Estagiários, Aprimorandos, Pós Graduandos, Residentes, Pesquisadores e outros, garantindo o seu uso de forma correta;
- Aplicar medidas disciplinares para a falta de uso de EPI recorrente, conforme procedimento de RH – Medidas Disciplinares. Maiores informações disponíveis no E-book do PDLE das lideranças;
- Fazer o registro do Termo de Responsabilidade e Ficha de Controle e Entrega de EPI (Anexo 1) de cada funcionário datada e assinada sempre que for disponibilizar um novo EPI (com exceção das luvas de procedimento ou máscara N95 e descartáveis). A ficha deve ser mantida em local disponível;
- Garantir a conformidade das fichas de registro de EPI em atendimento legal;
- Para os colaboradores que forem transferidos de área ou desligados, deve-se enviar sua ficha de EPI, ao CEDOC para arquivamento; conforme procedimento (Item 8.3);
- Notificar através do sistema SINAPSE as fichas de EPI de funcionários desligados que foram perdidas / extraviadas ou não fornecidas aos colaboradores cuja sua função exigia, encaminhando esta notificação ao Grupo CEDOC grupocedoc@einstein.br para que a mesma seja arquivada no lugar da ficha de EPI.

Segurança do Trabalho

- Priorizar a eliminação do risco e/ou minimização da exposição devendo-se adotar o EPC antes da indicação do EPI;
- Avaliar a atividade do setor indicando o EPC/EPI (Book EPI), mais adequado para a atividade observando todos os itens de proteção, conforto e legislação aplicável;
- Buscar junto aos fornecedores o EPI adequado, quando não disponível no Book EPI, envolvendo o grupo de "Gestão EPIs" gestaoepis@einstein.br e "EPI - Departamento de Compras" epiddc@einstein.br;
- Orientar o setor quanto ao preenchimento da ficha de teste do EPI e fiscalizar;
- Orientar a área quanto ao preenchimento da ficha de EPI, bem como o uso do EPI, sua guarda, conservação e higienização;
- Orientar a área quanto ao fluxo de arquivamento das fichas de EPI dos funcionários transferidos e desligados e cobrar mensalmente as áreas para seguimento deste fluxo com o relatório emitido pelo CEDOC;
- Garantir que o gestor faça a abertura das Notificações no sistema SINAPSE das fichas de EPI de transferidos e desligados que foram perdidas / extraviadas ou não fornecidas aos

funcionários cuja sua função exigia, e o envio desta notificação ao Grupo CEDOC grupocedoc@einstein.br para que a mesma seja arquivada no lugar da ficha de EPI;

- Fornecer as fichas de EPI solicitadas pelo departamento jurídico quando necessário;
- Manter o Book de EPI atualizado.
- Acompanhar a validade do C.A cadastrado no sistema, através das mensagens via workflow que serão encaminhados (90, 60 e 30 dias) antes do vencimento, para os integrantes do grupo gestão de EPIs.

Compras

- Manter o contato com fornecedores de EPI´s;
- Manter no mercado eletrônico somente os EPI´s aprovados e padronizados pela Segurança do Trabalho;
- Acionar Gestão EPIs gestaoepis@einstein.br quando houver pedido de EPI não homologado/cadastrado (pedidos via requisição) para avaliação e aprovação de compra do item.

Colaborador

- Testar o EPI conforme orientação do gestor e da segurança do trabalho, preencher a ficha no Forms;
- Utilizar sempre o EPI, quando o mesmo se fizer necessário;
- Manter a guarda, conservação e higiene do EPI de sua responsabilidade;
- Solicitar a troca do EPI, sempre que necessário;
- Manter sua ficha de EPI atualizada.

CEDOC – Centro de Documentação

- Receber as fichas de EPI enviadas pelos gestores, conferir se todas as fichas foram relacionadas no protocolo juntamente com os respectivos DRTs, assinar o protocolo e devolvê-lo à área;
- Fazer a análise das fichas de EPI, verificando nos campos o preenchimento adequado do nome, assinatura do termo, assinatura de recebimento do EPI, número de CA, data de recebimento do EPI, indexá-las e digitalizá-las no CEDOC;
- Encaminhar mensalmente à Segurança do Trabalho o relatório com as informações coletadas nas fichas de EPI, bem como a relação dos documentos que não foram recebidos;
- Arquivamento com indexador NOME e DRT. Para as funções que possuam outro tipo de registro, devese anotar o número de registro como RA ou Matrícula. Para os terceiros, será adotado o registro através do NOME e as INICIAIS DO NOME.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não identificação do risco na área e consequentemente o não controle dos riscos sem definição de EPI compatível;

Não registro de entrega do EPI na Ficha de Controle e Entrega de EPIs;

Não preenchimento de todos os campos na Ficha de Controle e Entrega de EPIs;

Falta de assinatura no Termo de Responsabilidade;

Perda da Ficha de Controle e Entrega de EPIs.

Não encaminhamento ao CEDOC das Fichas de Controle e Entrega de EPIs dos colaboradores desligados;

Não registro do SINAPSE das Fichas de Controle e Entrega de EPIs que foram perdidas/extraviadas;

Não envio da notificação do SINAPSE ao Grupo CEDOC - grupocedoc@einstein.br.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

O profissional deve utilizar os EPIs e dispositivos complementares pertinentes em situações de exposição a risco químico, como por exemplo, aplicação de contrates e administração de quimioterápicos, qualquer que seja a via;

- O profissional deve utilizar óculos de proteção em procedimentos do tipo retirada de gesso, pelo risco de projeção de partículas sólidas;
- O profissional deve utilizar os Óculos de Segurança e a Máscara Cirúrgica na administração de vacina contra Rotavírus; Coleta de Hemocultura; Punção Arterial e Coletas de raspados, secreções, swabs nasal ou oral;
- Além dos procedimentos listados na tabela acima, o profissional deve utilizar os óculos de segurança sempre que avaliar o risco de exposição a sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, de acordo com as Precauções Padrão. Vide fluxograma, item 14.
- O profissional deve associar a máscara cirúrgica sempre que avaliar o risco de exposição a sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, de acordo com as Precauções Padrão. Vide fluxograma, item 14.
- Quando o paciente estiver em Precauções Específicas (contato, gotículas e aerossóis) o profissional deve utilizar os EPIs e dispositivos complementares obrigatórios para cada Precaução.
- Na UTI-NEO a utilização de máscara é obrigatória na inserção ou manipulação de qualquer cateter, preparo de medicações e NPP, pelas características do paciente e questões estruturais, para que não ocorra contaminação das soluções e amostras ou no momento da manipulação dos dispositivos.
- Os Óculos de Segurança devem estar junto ao corpo do colaborador durante sua jornada de trabalho, pela imprevisibilidade de intercorrências com exposição ao risco.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional setorial;

Mediante mudanças de responsável pela entrega e controle de EPI;

Mediante atualizações no procedimento.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

A Ficha de Controle e Entrega de EPI deve ser arquivada no setor e enviada ao CEDOC quando o funcionário for desligado para arquivamento.

O CEDOC deverá manter a Ficha de Controle e Entrega de EPI arquivada por 20 anos.

12.INDICADORES DE DESEMPENHO

Índice de Segurança do Colaborador

- Frequência de Acidente com Perda de Tempo Frequência de Acidentes sem perda de tempo – Biológico

Índice de Gravidade;

- Taxa de Doenças Ocupacionais com Perda de Tempo Índice de Gravidade de Doenças Ocupacionais;
- Proporção de Afastados por Doenças Ocupacionais

13. ANEXOS

Anexo 1: Ficha_de_controle_de_EPI-_Frente.pdf
Ficha_de_controle_de_EPI-_Verso.pdf

Anexo 2: Protocolo_Ficha_de_EPI_Desligados_-_CEDOC_-_Anexo_2.doc

Anexo 3: Manual_-_Preenchimento_da_Ficha_de_EPI.rev2_-_Anexo_4.pdf

Anexo 4: Book Padrão de EPI

Anexo 6: Manual_de_EPI_Prog._Gover_03.08.16_-_Anexo_6.xlsx

Anexo 7: Treinamento_de_EPI-SAP_Compradores_-_Anexo_7.pdf

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Lei nº 6.514 de 22/12/1977 aprovada pela Portaria nº 3.214 de 08/06/1978 relativa à Segurança e Medicina do Trabalho, constante da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

• NR6 - Equipamento de Proteção Individual

• NR7 - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional • NR9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

• NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde

• Ontario Agency for Health Protection and Promotion, Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Routine Practices and Additional Precautions in All Health Care Settings 3rd edition. Toronto:2012. http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_Eng2012.pdf

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Precaução de Gotículas
Precaução Aéreas
Precaução de Contato
Precaução Padrão
Envio de Documento para o CEDOC
Medidas Disciplinares

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO SISTEMA EINSTEIN DE SEGURANÇA E SAÚDE DO COLABORADOR

1. OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes, papéis e responsabilidades para a estruturação e manutenção do Sistema Einstein de Segurança e Saúde do Colaborador (SESSCO) – Segurança do Trabalho, que através de um conjunto de ações e práticas estabelecidas contribuirão para o reconhecimento Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) como uma instituição de alta confiabilidade, rumo ao dano zero, com locais de trabalho seguros e saudáveis para colaboradores, pacientes e ambiente.

2. DEFINIÇÕES

Atestado de Saúde Ocupacional (ASO): documento entregue ao colaborador após uma consulta ocupacional, realizada pelo médico do trabalho, conforme NR-7;

Código Internacional de Doenças (CID): refere-se ao instrumento de base epidemiológica que organiza informações sobre doenças, sinais, sintomas, achados anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas;

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA): tem por objetivo prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho; Comitê Estratégico Mensal de Segurança e Saúde: sob a condução do CEO da SBIBAE e participação da equipe de Segurança e Saúde do Colaborador, diretores e demais convidados é feita uma análise crítica dos resultados, reativos e preventivos, andamentos dos projetos, tomadas de decisões, entre outros;

Equipamento de proteção coletiva (EPC): é o equipamento que protege os colaboradores em sua coletividade, durante uma atividade que possa gerar riscos, ou que tenha o intuito de promover a prevenção de incidentes, como por exemplo um corrimão, sinalizações, equipamentos de prevenção e combate à incêndio;

Equipamento de proteção individual (EPI): é o equipamento fornecido gratuitamente ao colaborador, e que tem o objetivo de protegê-lo dos riscos ocupacionais ao qual ele possa estar exposto durante suas atividades laborais;

Comitê de SSMA e Energia para Líderes: sob a condução de líderes da Segurança e Saúde do Colaborador, onde toda a liderança da SBIBAE é convidada para reconhecer o desempenho de SSMA e Energia (processo conduzido pela Diretoria da DPEI) da SBIBAE, status de projetos estratégicos de Segurança e Saúde, atualizações do Plano Diretor de Sustentabilidade, compartilhamento de boas práticas das áreas e unidades, reconhecimento das áreas com maior período de tempo sem incidentes típicos com lesão e é encerrado com responsabilidades da liderança;

Exame ocupacional: é o exame realizado pelo médico do trabalho, conforme determina a NR7;

Incidente: é a ocorrência decorrente, ou no decorrer, do trabalho que poderia resultar, ou resulta, em lesão;

Laudo Técnico das Condições de Trabalho (LTCAT): é um documento com fins previdenciários, o qual mantém o processo de avaliação dos riscos laborais e caracteriza estes frente ao direito ou não de aposentadoria especial;

Lesão: é o efeito adverso sobre a condição física, mental ou cognitiva de uma pessoa;

Licença para cuidar: é a ferramenta que vem para reforçar a autorização por parte de todos os profissionais da SBIBAE para interrupção de atividades com riscos não controlados que estejam em execução no momento;

Observação e Abordagem Comportamental (OAC): é uma ferramenta implantada em 2016 na SBIBAE que tem o objetivo de capacitar a liderança (e referências técnicas), com base no método COACH, a dialogarem com suas equipes sobre riscos e seus controles, e conscientizá-los sobre seus comportamentos;

Programa de Conservação Auditiva (PCA): é voltado ao atendimento dos trabalhadores expostos a níveis de ruído que legalmente precisam de ações de prevenção de perdas auditivas;

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO): é uma ferramenta para a preservação da saúde dos colaboradores de uma empresa. Este documento direciona os exames ocupacionais de acordo com os riscos aos quais o colaborador está exposto;

Programa de Gerenciamento de Risco (PGR): é um conjunto de procedimentos, técnicas de gestão, métodos de avaliação, registros e controles de monitoramento e avaliação de riscos que devem ser seguidos e adotados pela empresa com o objetivo de prevenção de acidentes de trabalho;

Protocolo FoCo (Foco na Consciência): é um direcionar de comportamento seguro adotado pela SBIBAE e que tem como objetivo ampliação da consciência situacional e da cultura de cuidado. Ele inclui as atividades: tomada da consciência, licença para cuidar e OAC;

Regras de Ouro da Segurança do Colaborador e Paciente: as 5 regras de ouro representam o comportamento mínimo esperado por todos que atuam na SBIBAE, são elas: Segurança, Consciência, Atenção, Mobilidade e Comunicação;

Sistema Einstein de Segurança e Saúde do Colaborador (SESSCO): é um sistema de gestão de segurança e saúde do colaborador com base nas diretrizes institucionais, melhores práticas do mercado, normas certificáveis como a ISO 45.001 e similares, além de referências legais aplicáveis e diretrizes do Plano Diretor de Sustentabilidade da SBIBAE;

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein;

SSMA: Segurança, Saúde e Meio Ambiente;

SST: Segurança e Saúde do Trabalho

Taxa de adesão a imunização obrigatória: é o número de colaboradores devidamente imunizados nas vacinas obrigatórias (Dupla adulto, hepatite, tríplice viral, influenza e COVID 19) em comparação com o total de colaboradores;

Taxa de adesão ao exame médico periódico: é o número de colaboradores que realizam o exame médico periódico, quando da sua convocação, em comparação com o total de colaboradores da área no período;

Taxa de afastados previdenciários totais: é o número de colaboradores com o contrato suspenso por incidente do trabalho e/ou doença (relacionados ou não ao trabalho);

Taxa de gravidade de incidentes de trajeto com afastamento: é o número de dias perdidos em incidentes de trajeto com afastamento, a cada 1.000.0000 de horas trabalhadas;

Taxa de gravidade de incidentes típicos com afastamento: é o número de dias perdidos em incidentes típicos com afastamento a, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas;

Taxa de incidente típicos com afastamento: é o número de colaboradores afastados do trabalho por decorrência de incidentes durante a execução das suas atividades, a partir de 1 dia perdido, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas;

Taxa de incidentes com risco biológico: é o número de colaboradores envolvidos em incidentes com risco biológicos, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas;

Taxa de incidentes de trajeto com afastamento: é o número de colaboradores afastados do trabalho em decorrência de incidentes durante o seu trajeto (residência - trabalho - residência), a partir de 1 dia perdido, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas;

Taxa de OAC: é o número de OAC realizadas, mensalmente, por observador devidamente treinado na metodologia.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento aplica-se aos colaboradores, prestadores de serviço fixos (empresas terceiras) e empresas contratadas avulsas, residentes, estudantes, estagiários e voluntários.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica

6. DESCRIÇÃO

Processo da Área de Segurança do Colaborador

Com base no descrito no item Objetivo deste documento, a figura abaixo representa os processos que fazem parte do escopo básico da área de Segurança do Colaborador e que cumprem com estes objetivos. Vide figura abaixo:

Partindo desta mandala e com o propósito de integrar estes processos à estrutura organizacional e ao seu planejamento estratégico, o SESSCO foi criado.

Identidade do SESSCO

O SESSCO é composto por 3 direcionadores: Gestão e Processos, Condições Físicas e Cultura e Comportamento que, atuando em conjunto, têm o objetivo de levar a Organização para o Dano Zero, sustentabilidade dos processos e resultados, culminando em uma Organização de Alta Confiabilidade.

Um Organização de Alta Confiabilidade é aquela onde a ocorrência de eventos é muito baixa e, quando ocorrem, são de baixa gravidade.

O SESSCO tem como base inicial o atendimento a todos os requisitos legais vigentes aplicáveis às operações da SBIBAE.

Para representar o SESSCO, a figura abaixo foi construída:

Para que o objetivo final de tornar a SBIBAE em uma Organização de Alta Confiabilidade, os direcionadores do SESSCO representam uma grande estrutura de Gestão de Riscos Ocupacionais que envolve, entre outros cenários: gestão de mudanças; produtos químicos e materiais perigosos com riscos químicos associados; trabalho em altura; serviço a quente; atividades em espaços confinados; movimentação de materiais; uso de ferramentas manuais; serviços com eletricidade; equipamentos móveis; riscos físicos como ruído, baixas temperaturas, radiações ionizantes; quedas de mesmo nível; transtornos osteomusculares; transtornos mentais; trajeto; saúde e segurança fora do trabalho.

Direcionador Gestão e Processos

Este direcionador comporta todos os processos administrativos que dão suporte à execução das atividades. Estes processos estão representados na figura abaixo:

Para cada componente deste drive há uma série de processos e ações conforme descritos abaixo:

Compromisso da Liderança

- Segurança e Saúde do Colaborador no Planejamento Estratégico da Organização com o primeiro objetivo listado como "Buscar a melhoria contínua do desempenho das atividades, eliminando eventos adversos a pacientes, colaboradores e terceiros e eliminando progressivamente o impacto sobre o meio ambiente";
- Definição e liberação de orçamento anual para as diversas demandas anuais;
- Manutenção e desenvolvimento do Time de Segurança e Saúde do Colaborador da SBIBAE, com o devido registro no Ministério do Trabalho (http://sesmt.mte.gov.br/) por um profissional que se responsabiliza por manter as informações atualizadas dos profissionais que fazem parte do time de Segurança e Saúde do Colaborador em atendimento à NR 4 (médicos do trabalho, enfermeiros do trabalho, técnicos de enfermagem do trabalho, engenheiros de segurança do trabalho, técnicos de segurança do trabalho) em quantidade (dimensionamento) que atende aos requisitos e critérios desta mesma norma regulamentadora;
- Estabelecimento de um Comitê Estratégico Mensal de Segurança e Saúde sob a condução pelo CEO da SBIBAE e participação da equipe de Segurança e Saúde do Colaborador, diretores e demais convidados. Neste Comitê Estratégico Mensal de Segurança e Saúde é feita uma análise crítica dos resultados, reativos e preventivos, andamentos dos projetos, tomadas de decisões, entre outros;
- Estabelecimento de um Comitê de SSMA e Energia para Líderes, sob a condução de líderes da Segurança e Saúde do Colaborador, onde toda a liderança da SBIBAE é convidada para reconhecer o desempenho de SSMA e Energia (processo conduzido pela Diretoria da DPEI) da SBIBAE, status de projetos estratégicos de Segurança e Saúde, atualizações do Plano Diretor de Sustentabilidade, compartilhamento de boas práticas das áreas e unidades, reconhecimento das áreas com maior período de tempo sem incidentes típicos com lesão e é encerrado com as responsabilidades da liderança;
- Líderes no processo de investigação de incidentes e doenças das suas áreas de referência;
- Definição de limites (metas) para os principais indicadores reativos de segurança do colaborador:

➢ ➢ Taxa de frequência de incidentes típicos com afastamento

➢ ➢ Taxa de gravidade de incidentes típicos com afastamento

➢ ➢ Taxa de frequência de incidentes com risco biológico

➢ ➢ Taxa de frequência de incidentes de trajeto com afastamento

➢ ➢ Taxa de gravidade de incidentes de trajeto com afastamento

- • Definição de metas mínimas para os principais indicadores preventivos de segurança do colaborador.
- • A taxas de frequência e gravidade são determinadas pela NBR 14280 e instituiu a gravidade como sendo o tempo computado por milhão de horas trabalhadas por cada homem exposto ao risco em certo período.
- • Taxa de OACs (Observações e Abordagens Comportamentais)
- • As fórmulas de cálculo dos indicadores acima estão descritas abaixo.
- • Taxa de OACs (Observações e Abordagens Comportamentais)
- • As fórmulas de cálculo dos indicadores acima estão descritas abaixo.

Além destes, outros indicadores são acompanhados pelas áreas de Segurança do Trabalho como parte dos diversos projetos como detalhamento dos CIDs dos afastamentos, detalhamentos dos tipos de incidentes de trajeto, detalhamento do momento dos incidentes com risco biológico, entre outros.

Todas as metas estabelecidas visam a redução e eliminação dos riscos associados às doenças e incidentes, bem como, melhoria contínua do sistema de maneira sustentada. Anualmente são revistas e redefinidas, com base nos resultados do ano anterior, requisitos legais revistos ou novos, bem como, atualizações dos programas/processos/projetos e diretrizes do planejamento estratégico.

Taxa de Incidentes Típicos com Afastamento	
Descrição	Número de colaboradores afastados do trabalho por decorrência de incidentes durante a execução das suas atividades, a partir de 1 dia perdido, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas. Não são considerados alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de incidentes com afastamento no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Homens horas trabalhadas no período (fornecido pelo RH)
Fórmula	Taxa de Incidentes Típicos com Afastamento = (Número de incidentes com afastamento no período / Homens horas trabalhadas no período) * 1.000.000

Taxa de Gravidade de Incidentes Típicos com Afastamento	
Descrição	Número de perdidos em incidentes típicos com afastamento, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas. Não são considerados casos envolvendo alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de dias perdidos em incidentes típicos com afastamento no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Homens horas trabalhadas no período (fornecido pelo RH)
Fórmula	Taxa de Gravidade de Incidentes Típicos com Afastamento = (Número de dias perdidos em incidentes típicos com afastamento no período/ Homens horas trabalhadas no período) * 1.000.000

Taxa de Incidentes de Trajeto com Afastamento	
Descrição	Número de colaboradores afastados do trabalho por decorrência de incidentes durante o seu trajeto (residência – trabalho – residência), a partir de 1 dia perdido, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas. Não são considerados alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de incidentes de trajeto com afastamento no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Homens horas trabalhadas no período (fornecido pelo RH)
Fórmula	Taxa de Incidentes de Trajeto com Afastamento = (Número de incidentes de trajeto com afastamento no período / Homens horas trabalhadas no período) * 1.000.000

Taxa de Gravidade de Incidentes de Trajeto com Afastamento	
Descrição	Número de perdidos em incidentes de trajeto com afastamento, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas. Não são considerados casos envolvendo alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de dias perdidos em incidentes de trajeto com afastamento no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Homens horas trabalhadas no período (fornecido pelo RH)
Fórmula	Taxa de Gravidade de Incidentes de Trajeto com Afastamento = (Número de dias perdidos em incidentes de trajeto com afastamento no período/ Homens horas trabalhadas no período) * 1.000.000

Taxa de Incidentes com Risco Biológico	
Descrição	Número de colaboradores envolvidos em incidentes com risco biológico, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas. Não são considerados alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de incidentes com risco biológico no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Homens horas trabalhadas no período (fornecido pelo RH)
Fórmula	Taxa de Incidentes com Risco Biológico = (Número de incidentes com risco biológico no período / Homens horas trabalhadas no período) * 1.000.000

Taxa de OACs (Observação e Abordagem Comportamental)	
Descrição	Número de OACs realizadas, mensalmente, por observador devidamente treinamento na metodologia. Não são considerados alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de OACs realizadas no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Número de Observadores no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Fórmula	Taxa Mensal de OACs = (Número de OACs realizadas no período / Número de Observadores no período). A taxa acumulada será a média das taxas mensais dos meses do período

Políticas, Procedimentos e Regras

Criação, implantação e manutenção das 5 Regras de Ouro da Segurança do Colaborador e do Paciente. Estas regras representam o comportamento mínimo esperado por todos que atuam em nome da SBIBAE.

As Regras de Ouro foram criadas em 2015 e atualizadas em 2018. São elas: Segurança, Consciência, Atenção, Mobilidade e Comunicação e se resumem no descritivo abaixo:

Regra 1 – SEGURANÇA

Execute sua atividade sempre com segurança.

- Antes de iniciar uma atividade, verifique se você está devidamente capacitado/treinado e se conhece adequadamente todos os procedimentos a serem seguidos e que você irá executar.

- O ambiente de trabalho é muito importante para o sucesso da sua atividade. Portanto, olhe ao seu redor e verifique se há condições seguras para que a sua atividade seja executada.
- Tenha certeza de que você tem os materiais e os recursos adequados para executar a sua tarefa.
- Não arrisque a sua vida e a vida do paciente. Peça ajuda sempre que necessário.
- Caso ocorra uma mudança durante a execução da tarefa, pare e reavalie o risco para que novas medidas preventivas possam ser determinadas e seguidas.

Regra 2 – CONSCIÊNCIA

Tenha sempre a consciência dos riscos e analise cuidadosamente todas as situações. Seja um "vigilante da segurança".

Nunca ignore uma situação ou comportamento inseguro – Todos têm autoridade e dever para interromper ou corrigir atividades e comportamentos inseguros.

Situações inseguras podem ser: obstrução da passagem de pessoas e pacientes; armazenamento de materiais de forma insegura ou em locais inadequados; profissionais não familiarizados com a tarefa; informações incompletas sobre o paciente e falhas de comunicação; descartes incorretos de materiais.

Se você identificar qualquer situação insegura, procure ajuda para resolver. Acione o gerenciamento de conflitos ou a referência de segurança da sua área. Isso também é responsabilidade sua.

Comportamentos inseguros podem ser: não seguir as normas e procedimentos; correr ou caminhar sem atenção; não descartar materiais nos locais adequados; não utilizar os EPIs adequadamente; não movimentar pacientes da forma adequada; não trocar a caixa de perfurocortante quando necessário; não realizar a higienização das mãos; não identificar e/ou não conferir a identificação do paciente; avaliar inadequadamente os pacientes; comportamentos disruptivos (comportamentos que quebrem as regras de civilidade), entre outros. Se você identificar um comportamento inseguro, procure reorientar o profissional e, se necessário, busque ajuda para resolver. Acione o gerenciamento de conflitos ou a referência de segurança do colaborador ou paciente da sua área.

Você pode e deve interromper qualquer atividade que gere riscos aos colaboradores, aos pacientes ou ao ambiente. Você é um "vigilante da segurança". Sua iniciativa faz toda a diferença.

Regra 3 – ADESÃO

Mantenha-se atualizado e siga sempre os regulamentos, sinalizações, boas práticas, protocolos e procedimentos determinado pela Instituição.

Atender a esta regra ADESÃO significa melhorar a segurança e os desfechos, pois reduz danos, complicações e desperdícios.

Ao realizar uma tarefa, concentre-se em seguir os protocolos e em usar os recursos disponíveis de forma correta.

Regra 4 – MOBILIDADE

Preste atenção ao caminhar. Dentro ou fora da Instituição. Não corra. Use o corrimão ao descer e subir escadas. Ao caminhar, dirigir ou prestar assistência ao paciente, não use o celular.

Evite distrações durante suas atividades.

O uso do corrimão ao subir e descer escadas é obrigatório.

Não é permitido o uso do celular (falando ou digitando) ao mesmo tempo em que se caminha, dirige ou realiza procedimentos. Se houver necessidade de usar o telefone, pare em local seguro e somente após desligar, continue o seu caminho ou atividade.

Ao caminhar ou transportar pacientes, equipamentos, carrinhos e materiais, tenha certeza de seu caminho está seguro, que há espaço suficiente para você passar e que a segurança do pedestre será garantida.

Observe muito bem o seu caminho para certificar-se de que está seguro, atentando-se às diferenças de níveis, irregularidades no piso, riscos de escorregões, entre outros.

Ao identificar que um paciente possui restrição em sua mobilidade, ofereça ajuda e suporte. Verifique também se será necessária ajuda de outros profissionais.

Se identificar, no ambiente de circulação de pessoas, algo que ofereça risco de queda, sinalize e notifique a área responsável.

Ao utilizar o transporte público e/ou fretados: somente acesse ou saia dos veículos quando os mesmos estiverem parados; certifique-se de que está seguro ao caminhar no interior dos veículos (use as barras de segurança); atente-se à diferença de nível entre o veículo e o ponto de embarque e desembarque.

Uso sempre o cinto de segurança.

Mesmo com pressa, ande! Não corra!

Observe atentamente o calçamento das vias públicas (buracos, desníveis, lixos e dejetos).

Sempre utilize a faixa de pedestre ao atravessar as ruas ou circular pelos estacionamentos.

Regra 5 – COMUNICAÇÃO

A comunicação deve ser clara e objetiva.

As falhas de comunicação são causas frequentes de incidentes. Por isso, tenha certeza de que sua mensagem foi compreendida.

Qualquer tipo de incidente deve ser imediatamente comunicado para que possa ser tratado.

Ouça atentamente seus colegas, suas equipes, seus pacientes e familiares.

Realize as passagens de plantão e assegure-se de que todas as informações importantes foram dadas e entendidas.

Evite ruídos e dispersões durante a comunicação.

Ouça e considere o que está sendo dito. Caso não entenda a mensagem, questione. Repita a mensagem recebida – isso facilita a compreensão de quem ouve e a confirmação de quem fala.

Todo e qualquer incidente com colaborador, paciente ou ambiente deve ser imediatamente compartilhado com a liderança, notificado, independentemente de sua gravidade ou consequência, para que possa ser tratado.

A maneira de comunicar e manter as regras gira em torno da entrega de cartilhas com os conteúdos e perguntas para que o profissional pergunte a si mesmo até onde a sua rotina está em linha com os conteúdos e expectativas da SBIBAE. Além disso, os profissionais recebem um crachá com o resumo das regras para ter sempre à mão. Os conteúdos são disponibilizados na Intranet. Os materiais de comunicação interna em Segurança e Saúde contemplam os logos das regras específicas ou o logo geral das 5 Regras de Ouro. As ações diversas em Segurança e Saúde são associadas à uma ou mais regras.

A elaboração de regras em conjunto com a Segurança do Paciente visa ter um entendimento de que a segurança e saúde do profissional impacta na segurança do paciente e que, por isso, quanto mais seguro e saudável estiver o profissional, melhor será a assistência aos pacientes.

Criação, revisão, implantação e manutenção dos principais Procedimentos de Gestão de Riscos, entre eles, com detalhamentos para alguns documentos

- Análise Preliminar de Riscos
- Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes com e sem Lesão
- Controle de Energia Perigosa – LOTO
- EPI - Equipamento de Proteção Individual e EPC - Equipamento de Proteção Coletiva
- Gestão da Ergonomia
- Gestão de Produtos Químicos – descreve diretrizes para manuseio, o armazenamento, o uso adequado e seguro destes materiais, assim como o modo correto de descarte de resíduos perigosos ou não com segurança;
- Inspeções de SSMA
- Movimentação Segura de Paciente
- Permissões de Trabalho (PT)
- Política de Biossegurança
- Procedimento de Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente para Prestadores de Serviços
- Reconhecimento das Áreas em Performance de Segurança do Colaborador
- Segurança e Saúde do Colaborador e Meio Ambiente na Gestão de Mudanças – define como os riscos devem são identificados e avaliados durante as atividades de construção, reforma, demolição e outras atividades, onde aplicável;
- Trabalho a Quente
- Trabalho em altura
- Trabalho em Serviço com Eletricidade
- Trabalho em Espaços Confinados
- Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e Dispositivos Complementares na Assistência
- Programa de Gerenciamento de Riscos – define como identificar e documentas a avaliação de riscos com base na Norma Regulamentadora 1, indicando como realizar a priorização dos riscos, estabelecimento de metas e implementação das melhorias para reduzir e eliminar riscos identificados.

Definição de temas para projetos anuais, com base na análise crítica dos incidentes, nas estratégicas da SBIBAE, nos resultados alcançados, requisitos legais e outras demandas. O time da Segurança do Colaborador é dividido por temas. Cada grupo de trabalho possui um líder, que, com base em uma estrutura básica de projeto (objetivo, investimento necessário, indicadores de desempenho e plano de ação), atua no tema específico com ações para todas as unidades.

Estabelecimento de rondas e intervenções nas áreas, nos diversos temas de Segurança do Colaborador (como prevenção de quedas de mesmo nível, descarte correto do perfurocortante,

segurança das mãos, uso correto dos EPIs, higienização das mãos, manutenção do distanciamento onde necessário, posições seguras, movimentação segura de materiais, entre outros), estimulando o comportamento seguro, a identificação e eliminação de condições inseguras, entre outros. Estas atividades são informais, executadas pelos times de Segurança do Colaborador, mas também, com participação, em diversos momentos, de integrantes das CIPAs (Comissões Internas de Prevenção de Acidentes), entre outros.

Também fazendo parte do bloco Políticas, Procedimentos e Regras, estão o suporte técnico na definição da sinalização de segurança, onde aplicável, nos diversos locais das unidades da SBIBAE.

A rotina de participação em frentes específicas como Mesas de Crise (COVID 19, por exemplo) e Grandes Projetos (novas aquisições de unidades, por exemplo), garantem a inclusão de requisitos de segurança, onde aplicáveis.

Criação e manutenção de Encontros Estratégicos como Encontro de Cipeiros (para estimular a participação de novos cipeiros e compartilhar boas práticas), Encontro de Multiplicadores da Consciência Segurança (para discutir sobre o avanço nas iniciativas em prol do comportamento seguro, mostrar resultados e boas práticas), Grupos de Estudos Técnicos, entre outros, fazem parte deste bloco.

Comitês, liderados pelos times de Segurança do Colaborador, para temas específicos também fazem parte deste bloco. São eles: Comitê de Ergonomia, Comitê do Programa de Radioproteção, Comitê de Segurança com Perfurocortantes e Contato Biológico.

Planos e Programas exigidos por lei ou por rotinas internas estão incluídos neste bloco como, por exemplo: Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), PPR (Programa de Proteção Respiratória), PCA (Programa de Conservação Auditiva), LTCAT (Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho), Laudos de Insalubridade, Laudos de Periculosidade, PPRA_MAPE (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais com Materiais Perfurocortantes).

Este bloco também considera a rotina de participação de integrantes dos times de Segurança do Colaborador em comitês locais de segurança, liderados pelas áreas ou unidades, com o objetivo de atualizar informações e discussões diversas de melhorias.

Treinamento e Comunicação que comporta, entre outras ações

A SBIBAE possui um processo robusto de treinamento e capacitação dos seus profissionais para que as atividades sejam realizadas da maneira mais adequada e segura. As áreas do Ensino e de Recursos Humanos detém esta etapa. Porém, dentro do bloco Treinamento de Comunicação como parte do Direcionador Gestão e Processos do SESSCO, há uma série de iniciativas e ações de responsabilidade direta do time de Segurança do Colaborador, com foco na sensibilização, percepção e eliminação dos riscos de doenças e incidentes, atendimento a requisitos legais, entre outros, e que estão listados abaixo:

➢Integrações de SSMA (Segurança, Saúde e Meio Ambiente) para novos colaboradores e prestadores de serviços, com conteúdo atualizado periodicamente, retratando os principais tópicos a serem discutidos e que os profissionais devem estar atentos para o início das suas atividades. A integração institucional (colaboradores) é no formato on line e é organizada pelas áreas do Ensino de RH, com conteúdo validado pelas áreas. Periodicamente os times de SSMA são solicitadas a atualizar os materiais, deixando-os cada vez mais focados, interativos e de fácil absorção e entendimento. A integração de prestadores de serviços de atividades de risco não assistencial (manutenção, obras, entre outros) são conduzidas integralmente pelo time da Segurança do Colaborador, da mesma maneira, com materiais atualizados e focados em riscos específicos.

➢Trilhas anuais de aprendizagem conduzidas pela área do Ensino com conteúdo enviado pelos times de SSMA, focando nos principais tópicos do SESSCO e do Sistema de Gestão Ambiental e Sustentabilidade.

➢Criação e implantação das sensibilizações para todos os profissionais, em temas estratégicos, que são chamadas de Treinamentos 100%. São utilizados meios diferenciados como jogos (ZIB – zero incidente biológico; Bezehirut – prevenção de quedas e segurança no trajeto), teatro (como o espetáculo "Minha Vida"), exposição de fotos reais como o Metamorfose, concurso de paródias, circuito vivencial, cenário tipo "escape", entre outros. Nestes eventos são levados os temas mais ofensores para lesões e doenças.

➢Treinamentos em atendimento aos requisitos legais aplicáveis aos grupos específicos como, por exemplo, Trabalho em Altura (NR 35), Trabalho em Espaços Confinados (NR 33), SEP e Segurança em Instalações Elétricas (NR 10), entre outros.

➢Treinamentos para grupos específicos como o Treinamento Especializado para Motociclistas, financiado 100% pela SBIBAE e disponível para todos os profissionais que utilizam a motocicleta para locomoção no seu dia-a-dia.

➢SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho), onde, anualmente, uma semana é dedicada a temas específicos (prevenção geral de acidentes, CIPA, DSTs) entre outros adicionais, realizada em conjunto com o grupo vigente da CIPA, com o objetivo de sensibilizar e trazer as equipes a uma reflexão ainda maior para a prevenção de incidentes e doenças.

➢Treinamentos desenvolvidos pelas equipes das próprias unidades/áreas para temas específicos (por exemplo: manuseio de gaiolas de enxoval, manuseio de cilindros, entre outros).

➢Estímulo à percepção de riscos com a Oficina de Percepção de Riscos que compõe de painéis ilustrando o que é um perigo, o que é um risco, maneiras existentes na SBIBAE para eliminação dos riscos. Em seguida, painéis com fotos reais de cenários montados são apresentados, estimulando as equipes (intervenções em pequenos grupos nos locais de trabalho) a, em um pequeno espaço de tempo (1 a 2 minutos), identificar os riscos e informar a maneira de

controle/gestão. Posteriormente, a mesma foto, mas com os riscos identificados, é apresentada, validando o que foi descoberto pela equipe e/ou informando riscos não identificados.

Estes são modelos de painéis utilizados nas Oficinas de Percepção de Riscos.

A seguir, um modelo de cenário montado para o único fim de treinamento das equipes:

➢ Comunicação ao longo dos meses focada nos principais temas (projetos já listados acima), reforço no cumprimento de procedimentos, chamadas para treinamentos, datas especiais, vídeos institucionais, convocações pela Saúde do Trabalho, entre outros, com apoio da área de Comunicação Interna da SBIBAE para a peças internas e, para peças externas, sob a condução da área de Marketing. São utilizados os diversos meios de comunicação, entre outros, quadros de avisos, TVs, quadros especiais, intranet, e-mails, Workplace para comunicação interna; mídias diversas como o LinkedIn, Facebook e Instagram para comunicação externa.

➢ O Book de Diálogos de Segurança, Saúde e Meio Ambiente, no meio físico e eletrônico, também faz parte deste bloco. O material traz 14 capítulos com os principais temas da área de SSMA, com foco na eliminação de todos os incidentes, doenças e impactos negativos ao meio ambiente.

➢ O Relatório Anual de Sustentabilidade é um meio importante também a ser considerado de comunicação de diversos temas voltados para Segurança e Saúde do Colaborador.

➢ Lições Aprendidas: para os principais incidentes ocorridos, especialmente com afastamento típico e de trajeto e os com risco biológicos, são criadas Lições Aprendidas ou Aconteceu, de modo que as áreas não envolvidas possam "aprender" com o evento e, preventivamente, avaliar seus processos e agir, evitando novas ocorrências. Alguns exemplos foram incluídos no Book de Diálogos de SSMA descrito anteriormente neste documento.

➢ Comunicações geradas pelos Projetos listados acima como meio de avançar nas ações, sensibilizar grupos específicos para a reflexão sobre o tema, complemento da comunicação institucional por ser mais localizada. São utilizados meios como e-mail, WhatsApp em celulares corporativos, reuniões locais, entre outros.

➢ Intranet é um de destaque de Comunicação em Segurança e Saúde do Colaborador. Frequentemente há matérias em destaque no banner rotativo, modelo eletrônico do Book de Diálogos de SSMA, link para notificações de incidentes e um link com diversos materiais instrutivos para líderes e suas equipes.

<u>Investigação de Incidentes</u>

Este bloco contempla todo o processo desde a comunicação até a definição das ações a serem implantadas decorrentes da investigação. Há um procedimento específico para esta atividade que é denominado de Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes com e sem Lesão, que dita todas as regras a serem seguidas. É estimulada a comunicação, como determina a Regra de Ouro 5 Comunicação, de todos os incidentes com e sem lesão, até mesmo, os quase incidentes, condições e comportamentos inseguros, que possam gerar uma lesão.

A SBIBAE possui um sistema via intranet, que é o meio oficial de comunicação destes eventos. Denomina-se de Sinapse.

Gestão de Segurança, Saúde e Meio Ambiente para Contratadas

Um bloco dedicado a todas as ações de SSMA voltadas para os Prestadores de Serviços. Todo este processo de gestão está detalhado no Procedimento de Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente para Prestadores de Serviços.

Este módulo contempla, entre outros pontos:

- Documentação necessária para atuação na SBIBAE
- Processo de integração de SSMA
- Análises de Riscos e Permissões de Trabalho
- Riscos Específicos • Indicadores

Reconhecimento

Um sistema de gestão não estaria completo sem que houvesse o reconhecimento positivo dos resultados alcançados. Por isso, o último bloco do Direcionador Gestão e Processos do SESSCO é o Reconhecimento. Duas são as principais iniciativas, lideradas pelo time de Segurança e Saúde do Colaborador:

A primeira delas está descrita no Procedimento Reconhecimento das Áreas em Performance de Segurança do Colaborador. Neste processo, mensalmente, durante o Comitê de SSMA e Energia para Líderes, são reconhecidas 2 áreas que não tiveram, em determinado período, conforme critério do padrão, qualquer lesão típica.

A premiação é representada pela entrega de um troféu personalizado que contém selos, indicando o alcance da área conforme demonstrado abaixo:

À medida que área vai conquistando novos períodos, o troféu é recolhido pelo time da Segurança do Colaborador, um novo selo é aplicado e a área é novamente reconhecida.

Outra iniciativa, é o Oscar da Segurança do Colaborador e do Paciente. Trata-se de um evento, criado em 2015, com o objetivo de formalizar um processo amplo de reconhecimento dos profissionais destaques, projetos e unidades/áreas nas práticas de prevenção de incidentes com colaboradores e pacientes.

São definidas categorias e critérios que auxiliam na definição dos finalistas e ganhadores. Entre outras, as categorias (que são revistas e atualizadas a cada ano) para Segurança do Colaborador são:

- Melhor Projeto em Segurança do Colaborador
- Área com Maior Aderência à OAC (Observação e Abordagem Comportamental)
- Empresa Parceira destaque em Segurança do Colaborador
- Área com Maior Adesão aos Treinamentos 100% de Segurança do Colaborador
- Área com Maior Redução de Incidentes
- Líder Destaque em Segurança do Colaborador
- Profissional Destaque em Segurança do Colaborador

Os ganhadores recebem o troféu em uma Cerimônia especialmente preparada para este fim, com a presença da alta direção, demais líderes, equipes e convidados. Alguns registros estão demonstrados abaixo:

Direcionador Condições Físicas

Este direcionador comporta todos os processos voltados a manter condições ambientais adequadas aos profissionais, sejam eles colaboradores ou prestadores de serviços, para que atuem de maneira segura, com riscos devidamente controlados ou eliminados.

Irregularidades ou condições inseguras podem ser comunicadas no Sinapse (como descrito acima no bloco de Investigação de Incidentes). Para assuntos relacionados à manutenção, engenharia clínica, combate a incêndio e facilities, deve-se também abrir o chamado no Portal do Manusis, para a devida tratativa e correção pelas áreas responsáveis.

Condições físicas adequadas incluem, mas não esgotam: mobiliários, estrutura predial, iluminação, conforto térmico, equipamentos, ferramentas, EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), EPCs (equipamentos de proteção coletiva), entre outros.

Direcionador Cultura e Comportamento

Este direcionador fecha a tríade do SESSCO. A SBIBAE acredita que, para um ambiente seguro e saudável, é necessário que se tenha Gestão e Processos definidos e implantados, Condições Físicas adequadas ao desenvolvimento seguro das atividades e que os profissionais sejam continuamente estimulados ao Comportamento Seguro como parte de um processo de implantação e consolidação da Cultura de Segurança da SBIBAE.

O Protocolo FoCo (Foco na Consciência) compõe este direcionador.

Este modelo foi construído em parceria com o Instituto do Cérebro da SBIBAE e tem como objetivo principal a ampliação da consciência situacional e da cultura de cuidado. O Protocolo FoCo traz:

- Um exercício de Tomada da Consciência
- Estímulo ao Cuidado Próprio, do Outro e de Se Deixar Cuidar e
- Estímulo às Observações e Abordagens Comportamentais

Detalhando cada componente do FoCo (Foco na Consciência)

➢Tomada da Consciência: consiste em um exercício, preferencialmente a ser realizado no início de cada turno, que dura de 3 a 5 minutos com o seguinte script:

Sentado ou em outra posição confortável e segura, feche os olhos, perceba como me sente física e mentalmente, respire fundo por 3 vezes de forma plena, lenta e atenta (inspire e expire devagar), e, em seguida, deixe a respiração entrar no ritmo natural..., relaxe a testa, músculos ao redor dos olhos, mandíbula, músculos ao redor dos lábios... Contraia os ombros para cima e ... Solte... Relaxe...Volte a prestar atenção na respiração e fique tranquilo... Repasse mentalmente as principais rotinas do dia, lembrando de fazê-las com atenção e segurança (dar uns 20-30 segundos) Lembre-se de ser gentil consigo mesmo e com as pessoas com quem conviverá durante o dia, falando com clareza, quando necessário. Que este dia seja pleno, cheio de aprendizados e que você possa contribuir para seu bemestar e daqueles com quem estará durante o dia ... Durante a sua rotina, sempre que se perceber agitado, desatento, estressado, volte para a respiração e a Tomada da Consciência.…

➢Licença para Cuidar: todos os profissionais da SBIBAE estão autorizados a interromper atividades com riscos não controlados, a orientar profissionais, entre outros, como descrito na Regra de Ouro 2 - Consciência.

➢O componente Licença para Cuidar do Protocolo FoCo vem a reforçar esta prática e é apresentado da seguinte maneira:

Somos responsáveis pelo autocuidado (Cuidado Próprio) e também pelo Cuidado com o Colega de trabalho. O Licença para Cuidar visa estimular um convívio acolhedor. Fique à vontade para falar com um colega que esteja agindo de forma insegura e/ou desatenta para que haja com segurança e atenção. É fundamental não sermos invasivos, ao percebermos que alguém da equipe "não parece bem". Converse com ele/ela se sentirem que é adequado, ou solicite a um colega próximo desta pessoa ou ao líder da equipe que verifique se ele/ela precisa de alguma ajuda pessoal ou profissional.

➢OAC (Observação e Abordagem Comportamental): a OAC é uma ferramenta implantada em 2016 na SBIBAE que tem o objetivo de capacitar a liderança (e referências técnicas), com base em um método COACH (por Scott Geller - autor de 27 livros, entre outras publicações dedicadas ao desenvolvimento e evolução em intervenções comportamentais), em parceria com uma profissional especializada em Psicologia do Trabalho, a dialogarem com suas equipes sobre riscos e seus controles. É uma ferramenta para conversar com as pessoas sobre os riscos presentes na realização do seu trabalho. Não é uma inspeção, auditoria ou avaliação. É um processo organizado de observação e abordagem de comportamentos.

A OAC tem como objetivos principais:

- Aprimorar a abordagem e comunicação sobre os comportamentos em segurança do trabalho
- Trabalhar com maior profundidade no entendimento nos ativadores ou causas do comportamento
- Criar um ambiente de confiança que favoreça os comportamentos de segurança em área (Diálogo Aberto)
- Auxiliar os líderes a dialogar de maneira eficaz sobre segurança com seus colaboradores
- Melhorar a percepção de risco de líderes e liderados
- Utilizar o conhecimento e experiência do próprio colaborador a favor da solução dos comportamentos de risco encontrados, tornando-o mais autônomo e responsável
- Romper o ciclo de dependência e co dependência

O observador treinado no método COACH vai até a área com o objetivo de observar um colaborador realizando uma atividade e depois dialoga sobre os aspectos de segurança observados nesta atividade.

A OAC tem um foco educativo, de consciência e de auto cuidado. O COACH representa a sigla da sequência da OAC:

- **C**uidado Ativo
- **O**bservação
- **A**nálise
- **C**omunicação
- **H**elp

Para cada etapa há uma série de passos que são seguidos até a finalização da OAC. Além da abordagem de possíveis comportamentos de risco, identificando os seus ativadores, há um esforço para o reconhecimento dos comportamentos positivos, bem como, do controle de eventuais riscos identificados pelo próprio profissional observado.

A OAC também valida a evolução na percepção de riscos que é o objetivo da Oficina de Percepção de Riscos, explanada no bloco de Treinamento e Comunicação do Direcionador Gestão e Processos já detalhado acima.

Os registros das OACs são realizados em um portal exclusivo (https://app.einstein.br/PortalOAC/home/login) com perfil de acesso definido. A manutenção da ferramenta, bem como a sua melhoria, é de responsabilidade direta da Saúde do Trabalho.

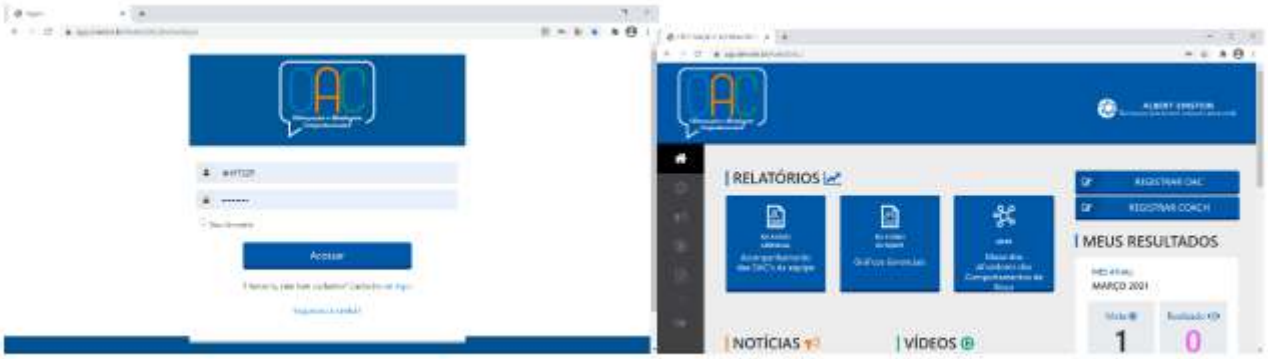
Os resultados das OACs, especialmente os Ativadores dos Comportamentos de Risco, podem ser utilizados tanto pela Equipe da Segurança do Colaborador quanto pela Liderança para identificar oportunidades de melhoria e eliminação das causas destes comportamentos, reduzindo a chance de ocorrência e incidentes.

Há diversos materiais que compõe o treinamento e a manutenção da OAC: crachás, folder, cartilha de treinamento (preparada pela SBIBAE), vídeos institucionais, encontros com os Observadores, entre outros.

Ela encerra o Protocolo Foco pois é a forma de validar o crescimento dos comportamentos seguros, reduzir dos comportamentos de risco e estimular o Exercício da Tomada da Consciência e o Licença para Cuidar.

Materiais de Apoio:

Portal de Registro de Dados da OAC



Vídeo da OAC disponível no *Sou Einstein* e no Portal da OAC.

Os benefícios esperados com o FoCo vão além da prevenção de incidentes no trabalho. Podem impactar na redução de doenças, de incidentes fora do trabalho, melhorar as relações e muito mais.

Processo de Melhoria Contínua do SESSCO

O SESSCO é avaliado constantemente: diariamente pela performance, mensalmente nos comitês, anualmente no planejamento estratégico. Continuamente se busca a evolução deste sistema que também espelha a estrutura da norma ISO 45.001 (Sistema de Gestão de Saúde e Segurança Ocupacional), pois seu modelo está pautado na abordagem da melhoria contínua, representada aqui pelo ciclo do PDCA – Plan – Do – Check – Act (Planejar, Fazer, Checar e Agir), de tal forma que:

- Planejar (Plan): etapa onde ocorre a identificação e avaliação dos riscos ocupacionais; definição de objetivos e metas; estabelecimento dos processos e projetos para o alcance dos resultados.
- Fazer (Do): corresponde à etapa da execução do planejado, ou seja, dos projetos, treinamentos, avaliações, etc;
- Checar (Check): por meio dos resultados alcançados, avaliar o alcance dos objetivos e metas;
- Agir (Act): com as verificações, esta etapa corresponde a tomada de decisão de se ajudar processos e projetos, reforços em ferramentas ou outras ações aplicáveis para que se alcance os resultados definidos; ainda, decide-se pela manutenção das práticas com bons resultados, porém, sempre tendo em vista, complementos para a consolidação dos processos e melhoria contínua do desempenho em segurança e saúde.

Traduzindo o PDCA no SESSCO:

- Planejar (Plan): entradas do planejamento estratégico, atualização dos requisitos legais e outros requisitos, análises críticas dos resultados e o Direcionador Gestão e Processos, especialmente os blocos Compromisso da Liderança e Objetivos e Metas.
- Fazer (Do): o Direcionador Gestão e Processos, especialmente os blocos Políticas, Procedimentos e Regras, Treinamento e Comunicação, Investigação de Incidentes e Gestão de SSMA para Contratadas. Aqui o direcionador Condições Físicas por inteiro é parte integrante desta fase do PDCA.
- Checar (Check): o Direcionador Cultura e Comportamento é parte integrante desta fase, bem como, complemento do Direcionador Gestão e Processos, especialmente os blocos Compromisso da Liderança e Objetivos e Metas.
- Agir (Act): dois Direcionadores são parte desta fase – Cultura e Comportamento (quando da ação diante dos riscos) e Gestão e Processos, especialmente os blocos de Compromisso da Liderança, Políticas, Procedimentos e Regras, Investigação de Incidentes e Gestão de SSMA para Contratadas. Como ação aos desempenhos positivos, ainda no Direcionador Gestão e Processos, o bloco Reconhecimento é parte integrante desta fase.

Estrutura Pessoal para Viabilização do SESSCO

A equipe de Segurança e Saúde do Colaborador responsável direta pelo SESSCO é composta por profissionais das diversas categorias com responsabilidades específicas, considerando os profissionais com atuação mais direta no SESSCO, ou seja, a Equipe de Segurança e Saúde do Colaborador, com Médicos, Equipe de Enfermagem, Engenheiros, Equipe de Técnicos de Segurança, Fisioterapeuta, Educador Físico, Ergonomista, Analista e Dados, Equipe Administrativa, Consultora e Equipe de Meio Ambiente e Sustentabilidade.

As responsabilidades gerais deste time (Segurança e Saúde do Trabalho) estão descritas neste documento e visam consolidar e melhorar continuamente o modelo do SESSCO, contribuindo para o alcance de todos os seus resultados.

7. RESPONSABILIDADES

As principais responsabilidades derivadas deste procedimento estão descritas a seguir:

Alta Direção

- Liderar o processo dentro da SBIBAE, promovendo a cultura de segurança e saúde dos profissionais • Suportar as decisões adequadas
- Promover a liberação dos investimentos e recursos necessários e adequados para as diversas ações do SESSCO, em especial, ao atendimento aos requisitos legais e outros aplicáveis
- Garantir mão-de-obra especializada necessária para a manutenção do sistema • Promover a aplicação contínua da Política de Saúde e Segurança do Colaborador na Organização
- Suportar todo o processo de comunicação em segurança dos profissionais
- Garantir, onde aplicável e necessária, a participação dos profissionais em consultas de Segurança e Saúde, entre outras oportunidades
- Estimular, especialmente a liderança, no cumprimento de todos os requisitos do SESSCO e considerar este desempenho nos diversos processos de avaliação de desempenho disponíveis na Organização
- Estabelecer um Planejamento Estratégico da SBIBAE que considere Segurança e Saúde do Colaborador como fator de decisão

Segurança do Colaborador (Segurança e Saúde do Trabalho)

- Manter o procedimento devidamente atualizado.
- Garantir a execução adequada das rotinas diárias aplicáveis à Segurança do Colaborador, entre outras:
    - Interagir constantemente com os profissionais, buscando o incentivo ao comportamento seguro

  - Fazer a gestão dos riscos de segurança
  - Promover sensibilizações para as práticas seguras como o uso correto dos EPIs, trajeto seguro, segurança das mãos, manuseio seguro dos materiais perfurocortantes, movimentação segura
  - Implantação e manutenção das diversas ferramentas como Oficinas de Percepção de Riscos, OAC, FoCo, Diálogos de SSMA, Diálogos Específicos, Intervenções Diversas (Blitz), entre outros
  - Realizar liberações de serviços de risco e o devido acompanhamento
  - Investigação de incidentes conforme procedimento padrão Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes Com e Sem Lesão
  - Atender às diversas fiscalizações externas e demandas jurídicas
  - Promover e participar de reuniões de alinhamento
  - Manter grupos ativos como a CIPA, Observadores da OAC, Multiplicadores do FoCo etc.
  - Manter comitês específicos ativos como Comitês de Ergonomia, Comitê de Segurança com Materiais Perfurocortantes, entre outros
  - Fazer parte de comitês diversos como Programa Acelerador, Comitês Locais de Segurança, comitês de Prevenção de Quedas, entre outros
  - Elaborar relatórios diversos e atualizar as áreas com dados, resultados, entre outras necessidades
  - Fazer a gestão de contratos diversos associados às demandas de SST
  - Manter documentações padrões atualizadas como, por exemplo: mapas da CIPA, laudos diversos, registro do SESMT, entre outros
- Estabelecer, com base nos requisitos legais vigentes e aplicáveis, políticas institucionais, requisitos e orientações de modelos de acreditações como JCI, ONA, CAP e outros, necessidades e expectativas de partes interessadas, planejamento estratégico da SBIBAE, Plano Diretor de Sustentabilidade e boas práticas disponíveis no mercado, projetos, treinamentos, ações anuais e indicadores de segurança e saúde do colaborador
- Desenvolver e estabelecer programas e rotinas que fortaleçam o SESSCO e orientem ao alcance dos objetivos traçados
- Manter, continuamente, por meio do SESSCO, a identificação e gestão dos riscos e perigos associados às atividades desenvolvidas nas unidades da SBIBAE
- Promover a comunicação dos principais pontos do SESSCO no Comitê periódico de SGI para Líderes e nos diversos outros meios
- Promover a evolução e avaliação do SESSCO por meio das reuniões do Comitê Estratégico Mensal de Segurança e Saúde do Colaborador, contribuindo para a melhoria do desempenho de Segurança e Saúde do Colaborador

- Garantir a comunicação do SESSCO para todas as partes interessadas
- Buscar, continuamente, as melhores práticas de segurança e saúde do colaborador, disponíveis e aplicáveis à SBIBAE

Liderança

- Participar das ações do SESSCO promovidas pela equipe da Segurança e Saúde do Colaborador
- Estimular e viabilizar a participação dos seus times nas diversas chamadas de atividades e cuidados do SESSCO que envolvem informações e diretrizes sobre as instalações, como reduzir riscos, como comunicar situações que representam risco (condições e/ou comportamentos inseguros)
- Sugerir e implantar ações para a gestão ou eliminação de riscos à segurança e à saúde dos profissionais
- Planejar espaço, equipamentos e os recursos necessários nos locais de trabalho, de maneira a apoiar a realização das atividades de forma segura e eficaz
- Liderar pelo exemplo em Segurança do Colaborador

Colaboradores

- Participar das ações do SESSCO promovidas pelas equipes da Segurança do Colaborador
- Cumprir com as políticas, procedimentos e regras associadas à Segurança no Trabalho
- Participar de todos os processos e iniciativas de educação em Segurança de modo a identificar e reduzir (até eliminar) os riscos ocupacionais das atividades ou de situações que possam representar algum risco ocupacional
- Utilizar as ferramentas disponíveis em sua área como contribuinte a um ambiente seguro
- Participar e estimular os diálogos diários de segurança
- Comunicar imediatamente para a sua liderança ou referência, incidentes com e sem lesão e seguir os fluxos estabelecidos, além de participar do processo de investigação, onde aplicável

Prestadores de Serviços

- Participar das ações do SESSCO promovidas pelas equipes da Segurança do Colaborador
- Cumprir com as políticas, procedimentos e regras associadas à Segurança no Trabalho do Einstein e da sua empresa
- Utilizar as ferramentas disponíveis em sua área como contribuinte a um ambiente seguro e saudável
- Participar e estimular os diálogos diários de segurança

- Comunicar imediatamente para a sua liderança ou referência, incidentes com e sem lesão e seguir os fluxos estabelecidos, além de participar do processo de investigação, onde aplicável

Médicos do Corpo Clínico Aberto

- Participar das ações do SESSCO promovidas pelas equipes da Segurança do Colaborador
- Cumprir com as políticas, procedimentos e regras associadas à Segurança no Trabalho
- Utilizar as ferramentas disponíveis em sua área como contribuinte a um ambiente seguro

Voluntários

- Participar das ações do SESSCO promovidas pelas equipes da Segurança do Colaborador
- Cumprir com as políticas, procedimentos e regras associadas à Segurança no Trabalho do Einstein e da sua empresa
- Utilizar as ferramentas disponíveis em sua área como contribuinte a um ambiente seguro
- Comunicar imediatamente para a sua liderança ou referência, incidentes com e sem lesão e seguir os fluxos estabelecidos, além de participar do processo de investigação, onde aplicável

Residentes, Alunos e Demais Grupos de Profissionais

- Participar das ações do SESSCO promovidas pelas equipes da Segurança do Colaborador
- Cumprir com as políticas, procedimentos e regras associadas à Segurança no Trabalho do Einstein e da sua empresa
- Utilizar as ferramentas disponíveis em sua área como contribuinte a um ambiente seguro
- Participar e estimular os diálogos diários de segurança
- Comunicar imediatamente para a sua liderança ou referência, incidentes com e sem lesão e seguir os fluxos estabelecidos, além de participar do processo de investigação, onde aplicável

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica

13. ANEXOS

Não se aplica

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Planejamento Estratégico da SBIBAE (2021 – 2025)

Norma ISO 45.001:2018

Capítulo Gerenciamento das Instalações e Segurança (FMS) da JCI na sua versão mais atual

Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho nas suas versões mais atuais

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento Gestão da Ergonomia

PPP Perfil Profissiográfico Previdenciário

Permissões de Trabalho PT

Política de Biossegurança

Procedimento de Inspeção de Segurança, Saúde e Meio Ambiente

Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e dispositivos complementares na assistência

Programa de Proteção Respiratória (PPR)

Controle de Energia Perigosa – LOTO

Procedimento para Elaboração do Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR

Realização e Gestão da OAC (Observação e Abordagem Comportamental)

Inspeção do Ambiente Hospitalar

EPI – Equipamento de Proteção Individual e EPC – Equipamento de Proteção Coletiva

Gestão de Produtos Químicos

Análise Preliminar de Risco (APR) Segurança do Trabalho

Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes com e sem Lesão

Manusis

COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital é um órgão técnico criado para atender a Resolução CONARQ n° 22, de 30 de junho de 2005 e ao Decreto Nº 10.148, de 2 de dezembro de 2019, que dispõem sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

Art. 2º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) é vinculada à Superintendência do Hospital instituída a partir de portaria emitida pela mesma.

Art. 3º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital tem por finalidade dispor de um conjunto de ações e procedimentos referente à avaliação documental nas unidades do Hospital.

Art. 4º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) tem os seguintes objetivos:

I. Orientar e realizar a análise, avaliação e seleção de documentos produzidos e acumulados nas unidades do Hospital mediante:

a. Conhecimento da estrutura e o funcionamento da instituição detentora dos documentos;

b. Conhecimento da organização dos conjuntos documentais a serem avaliados, incluídos os métodos de classificação adotados, bem como sua importância para fins de prova, de informação, e de estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais;

c. Conhecimento da terminologia e os procedimentos da área médica, bem como de suas especialidades;

d. Conhecimento da legislação pertinente à concessão de direitos relativos aos indivíduos portadores de necessidades especiais e de doenças graves e terminais.

II. Garantir a destinação final dos documentos nos termos da legislação vigente.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º À Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) compete:

I. Adequar os códigos de classificação de documentos e as tabelas de temporalidade e destinação de documentos à legislação;

II. Aplicar e orientar a aplicação do código de classificação de documentos e a tabela de temporalidade e destinação de documentos das atividades-meio;

III. Orientar as unidades geradoras de documentos, analisar, avaliar e selecionar o conjunto de documentos produzidos e acumulados pela instituição, tendo em vista a identificação dos documentos para guarda permanente e a eliminação dos documentos destituídos de valor;

IV. Analisar os conjuntos de documentos para a definição de sua destinação final, após a desclassificação quanto ao grau de sigilo;

V. No que se refere ao estabelecimento de temporalidade e destinação final dos prontuários de pacientes, independente da forma ou do suporte, compete à Comissão de Documentação Médica e Estatística:

a) analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação;

b) identificar os valores primário e secundário, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo;

c) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final;

d) elaborar Listagem de Eliminação de Documentos, Edital de Ciência de Eliminação e Termo de Eliminação de Documentos, quando for o caso, e relatório final da Comissão;

e) revisar, periodicamente, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos, e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

Art. 9º São atribuições do Presidente da Comissão:

a. Convocar e presidir as reuniões.

b. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

c. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.

d. Fazer cumprir o regimento.

e. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

f. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

g. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência. Art. 10 São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a. Organizar a ordem do dia.

b. Receber e protocolar os processos e expedientes.

c. Lavrar a ata das sessões/reuniões.

d. Organizar e manter o arquivo da comissão.

e. Preparar a correspondência.

f. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 11 As Reuniões da Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) acontecerão de forma ordinária mensalmente, na segunda quarta-feira do mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente ou por solicitação de um terço dos membros, sob as seguintes condições:

I. As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes, por meio de votação aberta;

II. O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões;

III. Todos os assuntos discutidos serão registrados em Ata, contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas a ser colocado no SEI, posteriormente;

IV. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, o Presidente da CDME poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou privados e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.

V. Na ausência do presidente, o vice assume suas funções na reunião. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

Art. 12 A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Art. 13 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 14 A participação na Comissão de Documentação Médica e Estatística será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15 Os casos omissos, não previstos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CDME.

Art. 16 O presente regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 17 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) será compostas pelos seguintes Profissionais:

I. Colaborador arquivista ou colaborador responsável pelos serviços arquivísticos, que a presidirá; e

II - Colaboradores multiprofissionais das unidades organizacionais às quais se referem os conjuntos de documentos a serem avaliados e destinados para guarda permanente ou eliminação.

§ 1º Os membros da CDME serão designados pela Direção do órgão ou da entidade dentre os seus servidores.

§ 2º O secretário da CDME será escolhido entre os Membros da Comissão.

§ 3º O Presidente da Comissão de Documentação Médica e Estatística poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou privados e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.

Art. 6º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada a qualquer momento em que houver alteração na sua composição.

Art. 7º A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Diretoria do hospital, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

PROPOSTA DE REGIMENTO

INTRODUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Res CNS 466/12-VII.2)

Cabe ao CEP, avaliar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, com prioridade nos temas de relevância pública e de interesse estratégico da agenda de prioridades do SUS, com base nos indicadores epidemiológicos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre orientado, dentre outros, pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional, evitando redundâncias que resultem em morosidade na análise (Res CNS 466/12-VIII.1).

De acordo com a legislação brasileira um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deve ser constituído por um colegiado com número não inferior a 7 (sete) membros. Sua constituição inclui a participação de profissionais da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição, respeitando-se a proporcionalidade pelo número de membros. Pode variar na sua composição, dependendo das especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem analisadas. Deve ter caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional e participando pessoas dos dois sexos. Pelo menos metade dos membros deve possuir experiência em pesquisa.

OBJETIVO

Garantir a estrutura adequada e qualidade dos membros de um Comitê de Ética permitindo uma representação apropriada nas avaliações de projetos de pesquisa de acordo com as leis, regulamentações, códigos e manuais.

OBSERVAÇÕES

A instituição garante a independência e a autoridade do Comitê de Ética em Pesquisa para:

-Aprovar, requerer modificações e reprovar qualquer atividade de pesquisa realizada e conduzida na Instituição;

-Suspender ou cancelar uma pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que não esteja sendo
conduzida de acordo com os requerimentos das resoluções vigentes ou que apresente danos sérios e não esperados ao participante do estudo;
-Observar e/ou avaliar o processo de aplicação do termo de consentimento ou a condução do estudo.
Constituição da Comissão de Ética em Pesquisa
Com base nas regulamentações vigentes (Norma Operacional 001/2013) o Comitê de Ética do Hospital Israelita

A (CEP) deve conter:
• Um ou mais membros não filiados;
• Um ou mais membros que representem a perspectiva geral dos participantes;
• Um ou mais membros sem conhecimento científico;
• Um ou mais membros que tem experiência e conhecimento científico;
• E quando se faz necessária avaliação de projetos que envolvam população vulnerável deve se ter um ou mais membros que conheçam esta população.
Os líderes de um Comitê de Ética devem ser qualificados assim como seus membros especializados e funcionários. Sua composição deve ser avaliada periodicamente e ajustada de acordo com a necessidade.
A nomeação dos membros do CEP/Einstein será através de ato do Superintendente do Instituto de Ensino e Pesquisa, a partir da inscrição voluntária de pessoas que tenham relação com atividades de pesquisa, ouvidas as gerências dos setores que compõem o HIAE, as Ações Sociais e o IIEP.
O mandato dos membros do CEP/Einstein será de 3 anos, sendo permitida a recondução, sendo esta revalidação emitida pela CONEP.
Não será permitida, a cada ano, a renovação de mais de metade dos membros do CEP/Einstein.
O CEP/Einstein será coordenado por um dos membros indicado pelos seus pares na primeira reunião plenária de cada nova composição.
- Será dispensado, automaticamente, o membro que, sem comunicação prévia de suas ausências, deixar de comparecer a 06 (seis) reuniões durante o ano (sendo elas consecutivas ou intercaladas), sendo solicitada nova indicação.
O CEP poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos. (Ver procedimento para escolha de membro "ad hoc")
Formação dos membros do CEP
A formação mínima inicial deve incluir:

• Leitura das Resoluções do CNS sobre ética em pesquisa, do Regimento Interno do CEP e do Manual Operacional dos Comitês de Ética em Pesquisa;

• Discussão (através do Treinamento Inicial) sobre a importância dos CEPs para proteger a dignidade e os direitos dos participantes da pesquisa e para contribuir com o desenvolvimento de pesquisas relevantes, acentuando ainda o papel educativo para os pesquisadores;

• Obtenção de indicação de literatura e de endereços eletrônicos de interesse, incluindo o site da Conep (http://conselho.saude.gov.br);

• Participação em discussões ou exposições sobre normas nacionais e internacionais relevantes às pesquisas envolvendo seres humanos.

A atividade permanente de avaliação de protocolos se constitui no melhor meio para formação contínua dos membros de um CEP. O estudo de aspectos éticos e dilemas mais frequentemente identificados favorece o aprofundamento no tema e deve ser pauta específica das reuniões. Torna-se, portanto, imprescindível que se procurem meios de valorizar, incentivar e financiar a formação continuada dos membros para a melhor apreciação dos protocolos de pesquisa pelos CEPs, preparando-se membros atuais e futuros, inclusive por meio de programas dos cursos de graduação e pós-graduação. De qualquer modo, esta política visa assegurar que os membros que compõe o colegiado, sejam capazes de avaliar os projetos de pesquisa respeitando os princípios éticos, preservando a segurança e a integridade do participante.

Além disso, o CEP deve realizar seminários, pelo menos anuais, para discutir os diversos aspectos éticos das pesquisas. Além disso, deve ser incentivada a utilização de meios eletrônicos (página eletrônica, grupos de discussão, divulgação de bibliografias) para troca de experiências entre os membros de diferentes CEPs e CONEP, além de obtenção e leitura de bibliografia atualizada sobre o tema.

É dever do CEP enviar a CONEP relatórios semestrais que contemplam as atividades exercidas pelo colegiado.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Esta política será aplicada a cada 3 anos seguindo os prazos de renovação indicados pela CONEP e/ou na nomeação de novos membros para compor o colegiado.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

PROPOSTA DE CRONOGRAMA

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Seleção e introdução dos membros do CEP • Estabelecimento do estatuto incluindo escopo e objetivos • Revisão da legislação e normas relacionadas.
Fevereiro	Reunião 2	• Elaboração de manuais, diretrizes e políticas do CEP • Definição de formulários documentação, fluxo de trabalho e submissão de projetos
Março	Reunião e Treinamento 3	• Treinamento de ética em pesquisa, regulamentação e revisão de protocolos
Abril	Reunião 4	• Abertura oficial do CEP para receber submissões de protocolos de pesquisa • Discussões critérios avaliações éticas
Maio	Reunião 5	• Revisão ética dos protocolos submetidos • Ajustes formulários, protocolos e diretrizes
Junho	Reunião 6	• Revisão ética dos protocolos submetidos • Ajustes formulários, protocolos e diretrizes
Julho	Reunião e treinamento 7	• Treinamento sobre questões éticas • Revisão ética dos protocolos submetidos
Agosto	Reunião 8	• Revisão dos relatórios e projetos em andamento • Revisão ética dos protocolos submetidos
Setembro	Reunião 9	• Revisão dos relatórios e projetos em andamento • Revisão ética dos protocolos submetidos • Implantação de melhorias no processo
Outubro	Reunião e auditoria 10	• Auditorias internas e externas
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual • Revisão dos relatórios e projetos em andamento • Revisão ética dos protocolos submetidos
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

RESPONSABILIDADES

Coordenador do CEP e Diretoria Institucional

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - 4.ª edição. 2008

Resolução CNS 466/2012

Norma operacional 001/2013

COMISSÃO EMTN (Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional)

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

1)INTRODUÇÃO

Este Regimento visa formalizar e regularizar as atividades da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital, aqui denominada EMTN/Hospital. A EMTN desta instituição tem natureza normativa, consultiva, assistencial, acadêmica e científica, mediante atuação multidisciplinar, multiprofissional e multissetorial e tem por objetivo, prestar assessoria institucional no que diz respeito à Terapia Nutricional. Assim será responsável por sistematizar indicações, utilização e controle do suporte nutricional; divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da área de saúde; promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados do hospital; racionalizar o custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações.

O presente Regimento entrará em vigor após acordado pela maioria simples de votos dos membros e após aprovação da Diretoria Geral. O presente Regimento poderá ser modificado em parte ou no todo.

1. Unidade Hospitalar (UH): estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à população na promoção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.
2. Empresas Prestadoras de Bens e/ou Serviços (EPBS): Organização capacitada, de acordo com a Legislação vigente, para oferecer bens e/ou serviços em Terapia Nutricional.
3. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN): grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional-TN.
4. Terapia Nutricional (TN): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral e ou Enteral.
5. Nutrição Enteral (NE): alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não,

utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

6. Nutrição Parenteral (NP): solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.
7. Terapia de Nutrição Enteral (TNE): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE.
8. Terapia de Nutrição Parenteral (TNP): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NP.
9. Prescrição médica da Terapia de Nutrição Enteral-TNE: determinação das diretrizes, prescrição e conduta necessárias para a prática da TNE, baseadas no estado clínico nutricional do paciente.
10. Prescrição dietética da NE: determinação de nutrientes ou da composição de nutrientes da NE, mais adequada às necessidades específicas do paciente, de acordo com a prescrição médica.

2. OBJETIVOS

1. Normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;
2. Padronizar os insumos relacionados à TN;
3. Promover a prevenção e o tratamento da desnutrição nos pacientes
4. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;
5. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação;
6. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

7. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TN - Terapia Nutricional;
8. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TN visando a garantia de sua qualidade;
9. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TN.

3. COMPOSIÇÃO

A EMTN do Hospital é constituída por:

a) Coordenador Técnico Administrativo / Nutricionista
b) Coordenador Clínico / Médico Nutrólogo
c) Outros médicos
d) Enfermeiros
e) Farmacêuticos
f) Fisioterapeuta
g) Fonoaudiólogo

O coordenador técnico-administrativo e coordenador clínico, integrantes da equipe, com possibilidade de ambos serem representados pela mesma pessoa, são escolhidos pelos componentes da equipe, sendo obrigatoriamente o coordenador clínico um profissional médico.

Os membros da EMTN garantirão a privacidade e a confidencialidade das informações às quais terão acesso.

4. Atribuições e responsabilidades

4.1 Atribuições Gerais da EMTN

1. Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição.
2. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de Terapia Nutricional (TN), a serem encaminhados aos cuidados da EMTN.
3. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico assistente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos.

4. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TN, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos.
5. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
6. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TN.
7. Documentar todos os resultados de controle e de avaliação da TN visando a garantia de sua qualidade.
8. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da EMTN, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TN.
9. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TN.
10. Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da TN.

4.2 Atribuições específicas dos membros

4.2.1 Compete ao Coordenador Técnico - Administrativo:

a) Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dos profissionais da mesma, visando, prioritariamente, a qualidade e eficácia da TN;
b) Representar a equipe em assuntos relacionados com as atividades da EMTN;
c) Promover e incentivar programas de educação continuada, para os profissionais envolvidos na TN, devidamente registrados;
d) Padronizar indicadores de qualidade da TN para aplicação pela EMTN;
e) Gerenciar os aspectos técnicos e administrativos das atividades de TN;
f) Analisar o custo e o benefício da TN no âmbito hospitalar.

4.2.2 Compete ao Coordenador Clínico:

a) Coordenar os protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TN;
b) Zelar pelo cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas nas Boas Práticas de Manejo de Nutrição Enteral (NE) e Parenteral (NP);
c) Assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados à TN e sua aplicação;
d) Garantir que a qualidade dos procedimentos de TN prevaleça sobre quaisquer outros aspectos.

4.2.3 Ao Médico compete:

a) Indicar a TNE e TNP;
b) Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a TNE e estabelecer a melhor via, incluindo ostomias de nutrição por via cirúrgica, laparoscópica e endoscópica;
c) Estabelecer o acesso intravenoso para a administração da NP e preceder o acesso intravenoso central, assegurando sua correta localização;
d) Orientar pacientes e os familiares ou o responsável legal quanto aos riscos e benefícios do procedimento;
e) Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado à TN;
f) Garantir os registros da evolução e dos procedimentos médicos;
g) Acompanhar o controle clínico e laboratorial do paciente em TN contemplando ingresso de nutrientes, interações fármaco-nutriente, sinais de intolerância à NE ou NP, alterações bioquímicas, hematológicas e hemodinâmicas, assim como modificações em órgãos, sistemas e suas funções;
h) Discutir casos clínicos com a equipe multidisciplinar;
i) Participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TN.

4.2.4 Ao Enfermeiro compete:

a) Orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TN;
b) Preparar o paciente, o material e o local para o acesso enteral ou para inserção do cateter intravenoso;
c) Prescrever os cuidados de enfermagem na TN, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar;
d) Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica;
e) Proceder ou assegurar a punção venosa periférica, incluindo a inserção periférica central;
f) Assegurar a manutenção das vias de administração;
g) Receber a NP (da farmácia) e a NE (da nutrição) e assegurar sua administração e conservação até a completa infusão;
h) Avaliar e assegurar a administração da NE observando as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição médica;
i) Avaliar e assegurar a administração da NP e da NE, observando os princípios de assepsia;
j) Assegurar a infusão correta do volume prescrito da NE e NP;

k) Detectar, registrar e comunicar à EMTN e ou o médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e ou administrativa;
l) Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto ao peso, sinais vitais, tolerância digestiva e outros que se fizerem necessários;
m) Garantir a troca do curativo e/ou fixação da sonda enteral, com base em procedimentos preestabelecidos;
n) Efetuar e/ou supervisionar a troca do curativo do cateter venoso, com base em procedimentos preestabelecidos;
o) Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores;
p) Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionadas à TN;
q) O enfermeiro deve participar da seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TN;
r) Zelar pelo perfeito funcionamento das bombas de infusão;
s) Discutir casos clínicos com a equipe multidisciplinar;
t) Assegurar que qualquer outra droga e ou nutriente prescritos, sejam administrados na mesma via de administração da NE, conforme procedimentos preestabelecidos e que não sejam infundidos na mesma via de administração da NP sem a autorização formal da EMTN.

4.2.5 Ao Nutricionista compete:

1. Na TNP:

a) Avaliar o estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo preestabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional e estimar, quantitativa e qualitativamente, as necessidades de nutrientes;
b) Acompanhar a evolução nutricional dos pacientes em TN, independentemente da via de administração;
c) Acompanhar o controle clínico e laboratorial do paciente em TNE contemplando ingresso de nutrientes, interações fármaco-nutriente, sinais de intolerância à NE, alterações antropométricas, bioquímicas, hematológicas e hemodinâmicas, assim como modificações em órgãos, sistemas e suas funções;
d) Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente;
e) Discutir casos clínicos com a equipe multidisciplinar;

f) Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores.

2. Na TNE:

a) Avaliar o estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo preestabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional e estimar, quantitativa e qualitativamente, as necessidades de nutrientes;
b) Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TN, independente da via de administração, até a alta nutricional estabelecida pela EMTN;
c) Adequar a prescrição dietética, em consenso com o médico, conforme meta, evolução nutricional e tolerância digestiva apresentadas pelo paciente;
d) Acompanhar o controle clínico e laboratorial do paciente em TNE contemplando ingresso de nutrientes, interações fármaco-nutriente, sinais de intolerância à NE, alterações antropométricas, bioquímicas, hematológicas e hemodinâmicas, assim como modificações em órgãos, sistemas e suas funções;
e) Garantir o registro claro das informações relacionadas à evolução nutricional do paciente;
f) Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar;
g) Qualificar fornecedores e assegurar que a entrega dos insumos e NE industrializada seja acompanhada do certificado de análise emitido pelo fabricante;
h) Assegurar que os rótulos da NE apresentem todas as informações necessárias;
i) Atender aos requisitos técnicos na manipulação da NE;
j) Organizar e operacionalizar as áreas e atividades de preparação;
k) Discutir casos clínicos com a equipe multidisciplinar;
l) Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores, bem como para todos os profissionais envolvidos na preparação da NE;
m) Fazer o registro, onde conste, no mínimo: data e hora da manipulação da NE; nome completo e registro do paciente; número sequencial da manipulação; número de doses manipuladas por prescrição; identificação (nome e registro) do médico e do manipulador; prazo de validade da NE;
n) Desenvolver e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos aspectos operacionais da preparação da NE;
o) Supervisionar e promover inspeção nas rotinas operacionais da preparação da NE.

4.2.6 Ao Farmacêutico compete:

a) De acordo com os critérios estabelecidos pela EMTN, adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NP industrializada e manipulada, quando estas atribuições, por razões técnicas e ou operacionais, não forem da responsabilidade do nutricionista;
b) Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade droga-nutriente em NE e NP;
c) Assegurar que os rótulos da NP apresentem de maneira precisa, as informações necessárias: nome do paciente, número do leito, data de nascimento e registro hospitalar, composição qualitativa de todos os componentes, osmolaridade, volume total, velocidade de infusão, via de acesso, data e hora da manipulação (se for o caso), prazo de validade, número sequencial de controle e condições de temperatura para conservação e transporte, nome e o número do Conselho Regional de Farmácia do farmacêutico responsável;
d) Participar de estudos de fármaco-vigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutriente e nutriente-nutriente, a partir do perfil fármaco-terapêutico registrado em NE e NP;
e) Discutir casos clínicos com a equipe multidisciplinar;
f) Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores.

5. RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO

A EMTN subordina-se diretamente a diretoria do Hospital.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

1. Os membros da EMTN do Hospital serão nomeados pela Diretoria Técnica, mediante Ato de Nomeação.
2. Pelo menos um membro da Comissão deverá ser habilitado com treinamento especifico para a prática da Terapia Nutricional.
3. Será substituído o membro cuja categoria deixar de comparecer sem justificativa por escrito a três reuniões seguidas ou a quatro intercaladas durante o ano.
4. A EMTN terá um Coordenador Técnico Administrativo e um Coordenador Clínico, podendo ser o mesmo profissional, eleito pelos seus membros, com mandato de dois anos, podendo ser reeleito. O Coordenador Clínico deve ser, obrigatoriamente, profissional médico.

5. O mandato dos membros será de tempo indeterminado. Em caso de saída de algum membro, um substituto deverá ser nomeado pelos coordenadores técnico e/ou clinico, ou pelos membros da EMTN. Sua nomeação deverá constar em Ata. Os representantes propostos terão sua nomeação efetivada pelo Diretor do Hospital.

6. formalização dos atos da comissão

1. Os coordenadores da EMTN reunir-se-ão a cada dois meses junto à Diretoria do Hospital Órion, para apresentação de resultados, discussão de metas e novos projetos.

2. A EMTN reunir-se-á em forma de Comissão, ordinariamente mensalmente na primeira quarta-feira do mês, ou extraordinariamente sempre que necessário, por convocação do plenário da EMTN, por solicitação do Coordenador Técnico Administrativo e/ou Clínico, ou em decorrência de requerimento de mais de um dos membros.

3. Semanalmente, os membros da EMTN reunir-se-ão em formato de Safety Huddle para discussão de casos ou situações que necessitam de intervenções específicas.

4. Nas atas das reuniões, elaboradas pela EMTN, deverão constar todos os membros presentes, e as principais decisões discutidas e definidas em reunião.

5. As reuniões da comissão ocorrerão dentro da seguinte estrutura e dinâmica:

5.1. Local apropriado, previamente agendado para uso, com capacidade para acomodar todos os membros da EMTN e convidados de outras áreas conforme necessidade específica.

5.2. Quórum mínimo com presença dos membros efetivos ou seus representantes.

5.3. Duração de até 60 minutos.

5.4. Pautas determinadas pelos membros da EMTN e em concordância com os Coordenadores técnico-administrativo e clínico.

5.5. As deliberações serão devidamente registradas em ata e disponibilizadas a comissão. Nas atas deverão constar todos os membros presentes, e as disposições principais resolvidas e/ou discutidas em reunião.

5.6. Nas reuniões são analisados casos de não conformidade relacionados ao uso de Terapia Nutricional, discutindo a estratégia de acompanhamento dos indicadores de qualidade.

5.7. Além das discussões de protocolos, serão analisadas a implantação das resoluções adotadas nas reuniões anteriores.

6. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

A EMTN do Hospital está pautada sob as condições mínimas exigidas pela legislação vigente (Portaria nº 272, de 8 de abril de1998; RCD n° 63, de 6 de julho de 2000).

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria MS/SNVS n. 272, de 8 abril de 1998. **Regulamento técnico para terapia de nutrição parenteral**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs1/1998/prt0272_08_04_1998.html Acesso em: fevereiro 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC no 63, de 6 de julho de 2000. **Regulamento técnico para terapia de nutrição enteral**. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-da-diretoria colegiada-rcd-n-63-de-6-de-julho-de-2000 Acesso em: fevereiro 2020.

ANEXO

O Diretor Geral do Hospital no uso de suas atribuições legais e com fundamento na **Portaria Nº 272** que trata do Regulamento Técnico para Fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Parenteral, de 08 de abril de 1998 do Ministério da Saúde, RESOLVE: Nomear a composição da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações previstas no Regimento Interno da Comissão.

Os **membros consultores** serão representantes dos seguintes serviços:

1. Médico Nutrólogo, coordenador clínico desta Comissão
2. Nutricionista, coordenadora administrativa desta Comissão
3. Médica
4. Médica
5. Nutricionista
6. Nutricionista
7. Enfermeira
8. Farmacêutica
9. Fonoaudióloga
10. Enfermeira
11. Enfermeira
12. Fisioterapeuta

Goiânia, xx de de 2023.

_____

Diretor Geral/ Técnico

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMITÊ DE RADIOPROTEÇÃO

PROPOSTA DE REGIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO
Razão Social:
CNPJ:
Endereço:

RESPONSÁVEIS

2.1. Responsável legal:
Dr.

2.2. Responsável técnico:
Dr. X . Radiologia e diagnóstico por imagem RQE: 9388

2.3. Responsável Radioproteção:

2.4. Supervisor de proteção radiológica: XX CRBM XX
Supervisor substituto: XX ABFM-RX-532/XX

DESCRIÇÃO DO PARQUE DE EQUIPAMENTOS RADIOLÓGICOS

Os equipamentos radiológicos (para fins de diagnóstico) atualmente instalados e em operação no hospital são mostrados nas tabelas abaixo:

Patrimônio	Marca / Modelo	Nº série	mA máx / kV máx	Tipo de equipamento
			120kV	Angiógrafo
			320mA / 1250kV	RX portátil
			320mA / 1250kV	Rx portátil
			320mA / 1250kV	Rx portátil
			320mA / 1250kV	Rx portátil
			140kV	Tomografia

				Computadorizada
			800mA / 125kV	RX Convencional
			6mA / 110kV	Arco Cirúrgico
			6mA / 110kV	Arco Cirúrgico
			Etc	Etc

SISTEMAS DE REGISTRO DE IMAGENS

Todos os sistemas de aquisição de imagens por raios X usados no Hospital são sistemas digitais, a saber:

Tomografia: detectores digitais.

Radiologia: detector digital e CR (radiografia computadorizada)

Etc

As imagens são enviadas e arquivadas através do sistema X do Hospital.

Sistema X – Sistema que recebe, armazena e distribui as imagens médicas provenientes dos equipamentos que realizam os exames de imagem (chamada de modalidade). Por exemplo: Tomógrafo, Ressonância, US, CR, etc.

CONTROLE DE DOSES OCUPACIONAIS

O controle de doses ocupacionais é realizado através da leitura mensal de Dosímetros OSLD (luminescência opticamente estimulada) usados pelos funcionários ocupacionalmente expostos à Radiação Ionizante. A leitura é feita por empresa terceirizada que efetua a troca mensal dos dosímetros e fornece um relatório das doses individuais. Os relatórios são avaliados pela Física Médica, que determina os casos em que ocorreram as seguintes situações, definidas pela Norma CNEN NE-3.01:

Dosímetro obteve leitura superior ao nível de Investigação (> 1,00 mSv): Neste caso, são examinadas as situações que provocaram a leitura e tomadas as devidas ações corretivas, quando necessárias

Dosímetro obteve leitura superior ao limite mensal (> 4,0 mSv): Neste caso, é feita também uma investigação da causa da leitura e, caso fique comprovado que o funcionário realmente recebeu a dose ou, ainda, caso haja dúvida se ele recebeu mesmo a dose ou não, o funcionário é encaminhado para a Segurança do Trabalho e para a Centro de Saúde Corporativa onde ele será submetido ao exame médico especial.

Os relatórios originais são arquivados na Física Médica e cópias são entregues nos setores para acesso dos usuários. Uma vez por ano são enviados relatórios com as doses acumuladas dos últimos cinco anos para cada usuário de dosímetro.

Exposições Acidentais ou de Emergência:

Em caso de acidente envolvendo radiação, os funcionários expostos deverão ter seus dosímetros enviados para leitura urgente e serão encaminhados para a Segurança do Trabalho e Centro de Medicina Corporativa.

SINALIZAÇÃO

Todas as salas radiológicas do Hospital e unidades externas possuem sinalização luminosa externa (lâmpada vermelha) indicando a presença de radiação ionizante durante os procedimentos radiológicos, avisos para pacientes e/ou acompanhantes grávidas, símbolo internacional indicando a presença de radiação ionizante e que a área é restrita e avisos para acompanhantes.

O padrão de símbolo internacional, sinal luminoso e aviso para pacientes são os mesmos para todo o hospital. Os avisos para eventuais pacientes grávidas, também são afixados nas salas de espera dos setores que fazem o uso de radiação ionizante em suas rotinas diárias de trabalho.

Figura 1. Sinalização padronizada de Área Restrita utilizada no Hospital

Figura 2. Sinalização padronizada de aviso às pacientes gestantes colocadas nas salas de espera do Hospital

Figura 3. Placa de aviso aos acompanhantes / Grávidas

ACESSÓRIOS E VESTIMENTA DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Para proteger trabalhadores e pacientes da radiação ionizante são utilizados os acessórios plumbíferos listados abaixo, e que são distribuídos conforme a utilização da sala e/ou tipo de equipamento de RX, conforme tabela abaixo:

Avental Plumbífero: 0,5 mm de Pb

Protetor de Gônadas: 1,0 mm de Pb

Protetor de Tireoide: 0,5 mm de Pb
Óculos Plumbíferos: 1,1 mm de Pb
Saiotes para pacientes: 0,5 mm de Pb

Tipo de Equipamento	Equipamentos de Radioproteção disponíveis
RX Convencional	Aventais plumbíferos Saiotes plumbíferos Protetores de tireoide Protetores de gônadas Óculos plumbíferos Luva plumbífera
Tomografia	Aventais plumbíferos Protetores de tireoide Saia para tomografia Óculos plumbíferos
Arco Cirúrgico	Avental plumbífero Protetor de tireoide

Conforme exigências normativas, são realizadas anualmente avaliações da integridade da borracha plumbífera dos acessórios. Os acessórios que apresentarem a borracha comprometida são retirados de uso para reforma ou substituição, conforme o caso. Em caso de suspeita da integridade do acessório plumbífero, o setor deve acionar a Física Médica para avaliação das condições do material protetor.
A aquisição de novas vestimentas plumbíferas é feita de acordo com as especificações técnicas da RDC Nº 611 e também seguindo Norma Regulamentadora NR 06, a qual estabelece que todo equipamento de proteção individual deve conter indicação de Certificado de Aprovação (CA) expedido pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

INSTRUÇÕES DE RADIOPROTEÇÃO

INSTRUÇÕES GERAIS

- Só podem ter acesso às salas de raios X os funcionários que possuam autorização para tal;
- Antes de iniciar o procedimento, certifique-se de que a luz vermelha sinalizadora da porta da sala esteja acesa e que a porta esteja bem fechada;
- Certifique-se de que você está usando o seu dosímetro pessoal na altura do tórax;
- O feixe de raios X deve ser cuidadosamente posicionado no paciente de forma que o feixe útil esteja limitado à menor área possível e consistente com os objetivos do exame;

- O campo de radiação deve ser no máximo do tamanho do receptor de imagem;
- O tamanho do receptor de imagem deve ser o menor possível, consistente com o tamanho do objeto de estudo;
- Utilize a blindagem adequada (protetores plumbíferos) nos órgãos mais radiosensíveis tais como gônadas, tireoide e cristalino, quando, por necessidade, eles estiverem diretamente no feixe primário de radiação ou até 5 cm dele, a não ser que tais blindagens excluam ou degradem informações diagnósticas importantes;
- Durante a realização de procedimentos radiológicos, somente o paciente a ser examinado e a equipe necessária ao procedimento médico podem permanecer na sala de raios X. Todos os profissionais que permanecerem na sala durante o procedimento deverão usar as vestimentas plumbíferas de proteção;
- Havendo necessidade da permanência de acompanhante do paciente na sala durante a realização do exame, certifique-se de que ele esteja devidamente protegido com o avental plumbífero;
- Somente realize as exposições que tenham sido autorizadas pelo médico;
- Não dobre as vestimentas plumbíferas. Quando não estiverem em uso, elas devem ser mantidas de forma a preservar a sua integridade, sobre superfície horizontal ou no suporte de parede.

SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Na eventualidade de um equipamento de raios X não interromper o feixe de exposição durante um exame, o mesmo deverá ser desligado imediatamente, acionando-se a chave de emergência "stop" ou chave geral do aparelho;

Em caso de exposição acidental de trabalhador(es), deverá ser efetuado o mais rápido possível o cálculo/estimativa da dose recebida, e o(s) mesmo(s) deverá(ão) ser encaminhado(s) pelo médico responsável para realização de exame de sangue na data adequada para a colheita e o acidente apurado e registrado em ficha apropriada.

INSTRUÇÕES DE RADIOPROTEÇÃO PARA EQUIPAMENTOS PORTÁTEIS

INSTRUÇÕES DE RADIOPROTEÇÃO PARA EQUIPAMENTOS DE RAIOS X PORTÁTEIS

Este é um equipamento emissor de radiação X. Ao realizar um exame, tome as seguintes precauções:

- Mantenha as pessoas afastadas uma distância mínima de 2 metros do paciente a ser radiografado (*);
- Nunca deixe ninguém ficar na direção do feixe primário durante o disparo;
- Ao efetuar o disparo, posicione-se na distância máxima que permite o cabo extensor do botão de disparo;
- Caso seja necessária a ajuda de um auxiliar para segurar o paciente, a pessoa deverá utilizar o avental plumbífero e o protetor de tireoide durante o disparo.

(*) Esta distância foi estabelecida com base em medidas de exposição realizadas pelo Instituto de Eletrotécnica e Energia da Universidade de São Paulo (IEE-USP) e pela empresa GMP Consultoria. Os relatórios destas medidas e da medida de Radiação de Fuga da cúpula estão nos arquivos da Física Médica (ramal: 72311/70083).

Figura 4. Documento com instruções de radioproteção

LEVANTAMENTO RADIOMÉTRICO E RADIAÇÃO DE FUGA

Para avaliar a eficácia da blindagem das salas radiológicas e garantir que os níveis de radiação nas vizinhanças de uma sala contendo um equipamento de RX não ultrapassam os limites impostos pela RDC Nº 611, são realizados os Levantamentos Radiométricos. Estes levantamentos são realizados nas seguintes situações:

- Instalação de equipamento novo;
- Reforma da sala;
- A cada 4 anos;

Equipamentos portáteis não necessitam de laudos de Levantamento Radiométrico. A avaliação da Radiação de Fuga do cabeçote é a determinação da quantidade de radiação que escapa da cúpula protetora do tubo de raios X. Esta avaliação deve ser realizada em todo equipamento de RX novo e quando houver troca do tubo de raios X do equipamento.

O Levantamento Radiométrico e a Avaliação da Radiação de Fuga são realizados por empresa terceirizada.

Abaixo as medidas feitas nos equipamentos radiológicos fixos:

Equipamento de Raios X Phillips Compacto 800

Foram avaliadas as blindagens com base no cálculo de 3466 pacientes por semana e nas distâncias indicadas na planta apresentada na Figura 5.

Os níveis radiométricos foram medidos com os controles do equipamento configurados para as condições mais comuns de uso na sala. O esquema da sala, com a descrição dos pontos medidos, está ilustrado na Figura 5.

RESULTADO DAS MEDIDAS

Nome do Ponto medido	*Exp (µGy)*	*mAs medida*	*T . U.*	*mAs exames*	*Exp. µGy/mês*	*Resultado (#)*
X					*13,48*	*Adequado*
X					*20,83*	*Adequado*
X					*Bg*	*Adequado*
X					*Bg*	*Adequado*
X					*Bg*	*Adequado*
Xx					*Bg*	*Adequado*
X					*Bg*	*Adequado*
X					*Bg*	*Adequado*
X					*Bg*	*Adequado*

T = Fator de ocupação:1 para escritórios, laboratórios, lojas, enfermarias, etc. (ocupação total), 1/4 para salas de espera, corredores internos (ocupação parcial), 1/16 para banheiros, estacionamentos, corredores externos, escadas, área externa, 1/32 para casa de máquinas e jardins cercados

U = fator de uso: 1 para piso e para paredes

S* = satisfatório para área restrita a pessoal ocupacionalmente exposto à radiação

& = medida realizada com o tubo inferior

Bg = radiação equivalente a radiação de fundo

(#) = adequado para público em geral para o número de exames mencionados no Item I erro na medida em dose acumulada = 0.0007mR = 0.7 microR = 7Sv

Figura 5: Layout da sala de Raios X. As medidas foram realizadas utilizando-se uma câmara de ionização Radcal, modelo 9015, com 180cc., no modo dose acumulada em microGray para uma exposição.
[BG] = exposição equivalente à radiação de fundo no local

Equipamento de Tomografia G&E Revolution 64ch

Para o cálculo das blindagens, foi considerado um total de 3466 pacientes por semana e as distâncias mostradas na planta abaixo. As medições dos níveis radiométricos foram conduzidas com os controles do equipamento configurados para as condições mais comuns nesta sala. O esquema da sala, com a descrição dos pontos de medição, é mostrado na Figura 6.

RESULTADO DAS MEDIDAS

Nome do Ponto medido	*Exp (µGy)*	*mAs medida*	*T . U.*	*mAs exames*	*Exp. µGy/mês*	*Resultado (#)*
					Bg	*Adequado*
					Bg	*Adequado*
					Bg	*Adequado*
					Bg	*Adequado*
					9,73	*Adequado*
					Bg	*Adequado*
					Bg	*Adequado*

T = Fator de ocupação: 1 para escritórios, laboratórios, lojas, enfermarias, etc. (ocupação total), 1/4 para salas de espera, corredores internos (ocupação parcial), 1/16 para banheiros, estacionamentos, corredores externos, escadas, área externa, 1/32 para casa de máquinas e jardins cercados
U = fator de uso: 1 para piso e para paredes
S* = satisfatório para área restrita a pessoal ocupacionalmente exposto à radiação
& = medida realizada com o tubo inferior
Bg = radiação equivalente a radiação de fundo
(#) = adequado para público em geral para o número de exames mencionados no Item I erro na medida em dose acumulada = 0.0007mR = 0.7 microR = 7Sv
Figura 6 : Layout da sala de Tomografia

CONTROLE DE QUALIDADE - TESTES DE ESTADO

A - EQUIPAMENTOS GERAIS:

Acessórios e vestimentas de proteção individual:

Avaliação anual da integridade da borracha plumbífera é realizada através avaliação da imagem fluoroscópica da borracha plumbífera. Os acessórios que apresentarem a borracha comprometida são retirados de uso para reforma ou substituição, conforme o caso.

B - EQUIPAMENTOS ESPECÍFICOS:

Radiologia – Equipamentos de Raios X, Ressonância Magnética e Ultrassom:

Os testes de controle de qualidade dos equipamentos são feitos conforme exigência da Normativa RDC 611 e Instruções Normativas. A relação dos testes desempenhados, suas periodicidades e tolerância estão detalhados no documento Programa de Garantia de Qualidade e Radioproteção em Diagnóstico por Imagem (documento código PR.TEC.1866.4).

C- RESULTADOS

Os resultados dos testes realizados por empresa terceirizada são apresentados em forma de relatório, cuja análise e tomada de ações corretivas é feita pela Física Médica.

Os resultados dos testes realizados pela Física Médica são apresentados em planilhas de Excel e/ou no Sistema Informatizado de Gerenciamento de Manutenção.

D- AÇÕES CORRETIVAS

As ações corretivas para os equipamentos que apresentarem resultados fora do esperado podem ser feitas através da abertura de uma Ordem de Serviço ou durante a próxima Manutenção Preventiva do equipamento.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O programa de educação permanente e reciclagem para os IOE contempla boas práticas e princípios de proteção radiológica, dosimetria, efeitos das radiações e outros requisitos da RDC Nº 611. Os registros desses treinamentos ficam armazenados no Departamento de Recursos Humanos.

HIGIENIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOSE CONTROLE DE INFECÇÃO

Para equipamentos e materiais compartilhados entre pacientes é necessário realizar limpeza e desinfecção conforme documentação institucional: Limpeza de materiais e equipamentos.

Procedimentos Recomendados para higienização das vestimentas plumbíferas

As vestimentas plumbíferas podem estar expostas a agentes infecciosos durante o atendimento dos pacientes nos serviços de saúde e devem ser submetidas ao processo de higienização. A higienização destes itens de uso compartilhado consiste em:

a. Limpeza concorrente:

Procedimento: realizar a limpeza e desinfecção imediata do local contaminado com produto detergente desinfetante padronizado na Instituição.

Periodicidade: sempre que a vestimenta apresentar alguma sujidade visível. E após o atendimento de pacientes em precaução durante o contato.

b. Limpeza terminal:

Procedimento: realizar a limpeza e desinfecção com produto detergente , /desinfetante padronizado na instituição.

Periodicidade: a limpeza terminal deve ser realizada semanalmente em dia pré- definido em cada setor.

Após a limpeza concorrente e terminal das vestimentas deve ser realizado o registro em impresso padronizado disponível e controlado em cada setor.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A COMPOSIÇÃO SERÁ CONSTITUÍDA POR TIME MULTIPROFISSIONAL

Sendo no mínimo um médico radiologista; técnicos em raio x; membros do SESMET; física; biomédico.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMITÊ DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

PROPOSTA DE REGIMENTO

1. OBJETIVO

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da instituição tem como atribuição auxiliar o time de Gestão de Resíduos (facilities) na implementação de práticas e procedimentos descritos no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS; avaliar o PGRSS da unidade, visando adequá-lo a realidade local; supervisionar as ações realizadas referente a Gestão de Resíduos; promover a capacitação dos colaboradores direta e indiretamente; entre outros.

2. TERMOS E DEFINIÇÕES

PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
Facilities: Setor responsável pelas operações que englobam a gestão de resíduos
SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

3. DESCRIÇÃO DOS RESÍDUOS

Nas unidades hospitalares da SBIBAE é obrigatória a segregação do resíduo no momento da geração de acordo com sua classificação, para evitar a contaminação e possibilitar a destinação final ambientalmente adequada.

3.1.Grupo A – Resíduos Infectantes

A segregação dos resíduos do grupo A é feita na origem. São descartados em lixeiras de cor branca dotada de tampa de vedação e acionamento por pedal. As lixeiras são revestidas por saco plástico resistente de cor branco leitoso com simbologia universal de perigo biológico, conforme definido na ABNT NBR 9191:2008.

3.1.1. Fluidos Corporais

Tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia que gere este tipo de resíduo, fluídos corporais na forma livre e outros resíduos líquidos que se apresentem na forma líquida devem ser inicialmente descartados em frasco estanque que impeça o seu vazamento.

3.1.2. Meios de Cultura

Resíduos gerados em laboratórios como culturas e estoques de microrganismos, meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas e

resíduos de laboratórios de manipulação genética devem ser inicialmente descartados em sacos plásticos para autoclave para que os resíduos sejam submetidos à tratamento interno, antes da disposição final ambientalmente adequada.

3.1.3. Bolsas de Sangue e Hemoderivados

De acordo com a RDC n° 222/2018 as bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação; com prazo de validade expirado, e aquelas oriundas de coleta incompleta, sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre podem ser encaminhadas para tratamento externo.

3.1.4. Vacinas

Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas devem ser descartados em coletores para materiais perfurocortante de acordo com a ABNT NBR 13853:1997.

3.1.5. Resíduo Contaminado por Microrganismo de relevância ou doença emergente

Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4 (alto risco individual e para a comunidade), microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

Devem ser acondicionados em saco plástico resistente de cor branco leitoso, com simbologia universal de perigo biológico que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas.

3.1.6. Peças Anatômicas

A RDC n° 222/2018 determina que as peças Anatômicas (membros) do ser humano devem ser destinados para sepultamento, cremação, incineração ou outra destinação licenciada pelo órgão ambiental competente.

3.2.Grupo B – Resíduos Químicos

De acordo com a RDC n° 222/2018 são resíduos que possuem, em sua composição, substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

3.2.1. Medicamentos

Os medicamentos vencidos, com prazo de validade expirado ou fora de especificação representam o maior montante de resíduos químicos dentro de estabelecimentos de saúde. Os resíduos de medicamentos, de acordo com suas características, recebem classificação adicional para que o manejo seja efetivo e seguro em todas as etapas, conforme descrito posteriormente.

3.2.1.1. Resíduo Perigoso de Medicamentos (RPM)

São considerados RPM os resíduos de medicamentos que possuem em sua composição antineoplásicos, imunossupressores, antivirais e antimicrobianos. Estes medicamentos são considerados perigosos por representar risco ocupacional, ambiental e à saúde pública.

3.2.1.2. Resíduo de medicamentos não perigosos

São todos os resíduos de medicamentos que não se enquadram na categoria anterior. As embalagens primárias (blister, cartelas, frascos) devem ser descartadas da mesma forma. Os medicamentos líquidos devem ser mantidos em sua embalagem original para o descarte sendo vedado o descarte na rede pública de esgoto (ralo, vaso sanitário etc.).

3.2.1.3. Resíduo de medicamentos controlados

São resíduos de medicamentos ou substâncias com ação no sistema nervoso central e capazes de causar dependência física ou psíquica, controlados pela Portaria MS n° 344/1998 e suas atualizações.

3.2.2. Resíduos Gerados no Laboratório

São compostos basicamente por reagentes químicos e soluções geradas no processamento de amostras laboratoriais. São em sua maioria perigosos por apresentar características tóxicas, corrosivas e inflamáveis. Devem ser dispostos em recipiente estanque compatível com o material a ser acondicionado.

3.2.3. Lâmpadas Fluorescentes

Por possuírem mercúrio em sua composição as lâmpadas fluorescentes, tubulares e compactas, devem ser submetidas à descontaminação antes de serem submetidas a reciclagem. Quando queimadas as lâmpadas devem ser acondicionadas nas embalagens primárias daquelas que forem utilizadas para sua substituição.

3.2.4. Pilhas e Baterias

São dispositivos eletroquímicos usados para fornecer energia elétrica a dispositivos eletrônicos, sendo as pilhas descartáveis e não recarregáveis, enquanto as baterias são projetadas para serem recarregadas e reutilizadas. Ambas devem ser descartadas de maneira adequada para minimizar impactos ambientais.

3.2.5. Películas Radiológicas

As películas radiológicas possuem alta concentração de metais pesados.

3.2.6. Aerossóis

Aerosóis químicos são suspensões de partículas sólidas ou líquidas dispersas em um meio gasoso, geralmente o ar. Essas partículas podem variar em tamanho e composição e são dispersas no ar de forma fina e homogênea.

3.2.7. Material Contaminado com Óleos e Graxas

São gerados em processos de manutenção de maquinários onde geralmente são contratados terceiros para realizar as atividades.

3.2.8. Óleo Lubrificante

Óleo lubrificante é um tipo de fluido utilizado para reduzir o atrito entre superfícies móveis, como as partes metálicas de máquinas e motores. Sua principal função é proporcionar uma camada de lubrificação entre as peças em movimento, reduzindo o desgaste e o calor gerados pelo atrito, bem como facilitando o funcionamento suave e eficiente das máquinas.

Eles desempenham um papel crucial na manutenção preventiva, prolongando a vida útil das máquinas e garantindo seu funcionamento eficiente. Além disso, contribuem para a redução do atrito e, consequentemente, para a economia de energia e a redução de emissões de poluentes.

3.3.Grupo C – Rejeito Radioativo

Rejeitos radioativos são materiais que contêm substâncias radioativas ou nucleares e não têm uso ou valor econômico imediato. Esses materiais são gerados em várias atividades humanas que envolvem o uso de materiais radioativos, como na geração de energia nuclear, na medicina nuclear, na pesquisa científica com radioatividade, na indústria nuclear e em outros processos.

Os rejeitos radioativos podem assumir diversas formas, incluindo sólidos, líquidos ou gases, e podem variar em níveis de radioatividade.

3.4.Grupo D - Resíduo Comum

3.4.1. Resíduo Não Reciclável

Resíduos não recicláveis, também conhecidos como resíduos não recuperáveis, são materiais descartados que não podem ser processados ou transformados em novos produtos ou matérias-primas de forma econômica ou ambientalmente viável por meio de métodos de reciclagem convencionais.

Esses resíduos geralmente incluem materiais que não são passíveis de serem separados, limpos ou transformados em outros produtos devido a características como contaminação, complexidade estrutural, baixo valor econômico ou falta de tecnologias adequadas para reciclagem.

3.4.2. Resíduo Reciclável

Resíduo reciclável é um tipo de material descartado que pode ser coletado, processado e transformado em novos produtos, matérias-primas ou recursos úteis através de métodos de reciclagem. Esses materiais são separados e recolhidos para serem reintroduzidos na cadeia produtiva, reduzindo a necessidade de extrair novos recursos naturais e minimizando o impacto ambiental.

Exemplos: Plástico, Papel, Metal, Vidro, Madeira, Óleo Vegetal

3.5.Grupo E - Resíduo Perfurocortante

Resíduos perfurocortantes são materiais que apresentam pontas afiadas, bordas cortantes ou que podem perfurar a pele quando manuseados de forma inadequada. Esses resíduos incluem objetos como agulhas, seringas, lâminas de bisturi, vidros quebrados, ampolas de vidro, entre outros itens médicos, laboratoriais ou industriais que podem representar riscos de acidentes e contaminação se não forem tratados e descartados de maneira apropriada.

3.6.Outros Resíduos

3.6.1. Resíduos de Entulhos

Resíduos da construção civil, também conhecidos como entulho ou resíduos de construção e demolição (RCD), são materiais resultantes de obras e demolições de edificações e infraestruturas. Esses resíduos incluem uma variedade de materiais, como concreto, tijolos, blocos, madeira, metal, plástico, gesso, vidro, cerâmica, entre outros, que são descartados durante a construção, reforma ou demolição de estruturas.

3.6.2. Resíduo da Limpeza de Caixa de Gordura

Resíduos da caixa de gordura são materiais sólidos e líquidos que se acumulam no interior de uma caixa de gordura, um dispositivo instalado em sistemas de encanamento para separar gorduras, óleos e graxas (Fog) da água que flui a partir de pias de cozinha e áreas onde alimentos

são preparados, como restaurantes e cozinhas industriais. A função da caixa de gordura é evitar que essas substâncias gordurosas entrem na rede de esgoto, onde podem causar obstruções e danos aos encanamentos públicos e sistemas de tratamento de água.

3.6.3. Resíduo de Equipamento Elétrico e Eletrônico (REEE)

Resíduo de Equipamento Elétrico e Eletrônico (REEE), também conhecido como lixo eletrônico ou e-lixo, refere-se a qualquer equipamento alimentado por eletricidade ou pilhas que tenha atingido o final de sua vida útil e, portanto, se tornou um resíduo. Isso inclui uma ampla gama de dispositivos eletroeletrônicos, desde aparelhos domésticos, como geladeiras, televisões e máquinas de lavar roupa, até dispositivos de tecnologia da informação e comunicação, como computadores, smartphones, tablets e impressoras.

Os REEE podem conter componentes perigosos, como metais pesados (por exemplo, mercúrio, chumbo, cádmio) e substâncias químicas tóxicas, o que os torna preocupantes para o meio ambiente e a saúde humana quando descartados de maneira inadequada.

4. FINALIDADES, DEFINIÇÕES E COMPETÊNCIA

A comissão de Gerenciamento de Resíduos deve constituir diversas atividades, sendo:

4.1. Planejamento e Coordenação

Desenvolver planos e estratégias para a gestão de resíduos, coordenar as atividades relacionadas e garantir a implementação eficaz das políticas de gerenciamento de resíduos.

4.2. Minimização na geração de resíduos

Desenvolver estratégias para reduzir a geração de resíduos na fonte, incentivando práticas de consumo consciente e a adoção de tecnologias mais limpas.

4.3. Coleta seletiva

Implementar sistemas de coleta seletiva para separar resíduos recicláveis, orgânicos e não recicláveis, facilitando o reaproveitamento e a reciclagem.

4.4. Reciclagem

Promover a reciclagem de materiais e garantir que os resíduos recicláveis sejam encaminhados adequadamente para os centros de reciclagem.

4.5. Compostagem (quando aplicável)

Estabelecer programas de compostagem para transformar resíduos orgânicos em adubo, reduzindo a quantidade de resíduos enviados para aterros sanitários.

4.6. Gestão de resíduos perigosos

Auxiliar as áreas no gerenciamento adequado dos resíduos perigosos, garantindo sua coleta, armazenamento e disposição segura, em conformidade com regulamentações ambientais.

4.7. Educação e conscientização

Desenvolver campanhas educacionais para informar a comunidade, funcionários ou colaboradores sobre a importância da gestão de resíduos e promover a participação ativa na separação adequada e na redução de resíduos.

4.8. Monitoramento e avaliação

Acompanhar o progresso das iniciativas de gerenciamento de resíduos por meio da coleta de dados e relatórios regulares, auxiliando na tomada de decisões e na identificação de áreas que precisam de melhorias.

4.9. Conformidade regulatória

Assegurar que a organização esteja em conformidade com as leis e regulamentos ambientais relacionados ao gerenciamento de resíduos junto ao time de meio ambiente.

4.10. Redução de custos

Identificar oportunidades de redução de custos por meio da otimização do gerenciamento de resíduos, como a diminuição da taxa de descarte em aterros sanitários.

4.11. Sustentabilidade ambiental

Contribuir para a preservação do meio ambiente, reduzindo a poluição do solo, da água e do ar, bem como minimizando os impactos negativos associados à gestão inadequada de resíduos.

4.12. Responsabilidade Social

Melhorar a responsabilidade social da organização ou comunidade, demonstrando preocupação com a gestão ambiental e o bem-estar da população.

5. INTERFACE COM AS ÁREAS

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos deverá atuar diretamente com o time de Facilities (gestão de resíduos), controle de infecção e meio ambiente. As outras áreas serão envolvidas conforme demanda.

6. PERIODICIDADE

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos atuará em tempo integral, com periodicidade de revisão da equipe de um ano.

7. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

Portaria Nº 01/2023

O Diretor Geral do Hospital XX no uso de suas atribuições legais, com fundamento na Lei Federal Nº 12.305 de 2010, Resolução Conama 358 de 2005, RDC 306 de 07 de dezembro de 2004 e RDC Nº 33 de 25 de fevereiro de 2003 que "Estabelece e Regulamenta o Gerenciamento de Serviços de Saúde", e por força do Contrato de Gestão 001/2023 - SES.

Resolve:

Nomear a sua composição, conferindo aos membros autonomia, responsabilidade e poder para executar as ações previstas na legislação e no regimento interno da comissão.

Os membros da Comissão serão:

Presidente
Nome completo – Formação - Cargo
Vice-Presidente
Nome completo – Formação - Cargo
Membros
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo

Art. 3° - Esta portaria entrará em vigor na data de sua assinatura e publicação.

Goiânia, XXXXX

_____

Dr

Diretor Geral/Técnico

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	**Atividade**	**Detalhamento**
Janeiro	Reunião 1 - Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão; • Definição dos objetivos da comissão; • Revisão da legislação e normas relacionadas; • Divisão de tarefas entre os membros;
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais; • Definição de diretrizes para a comissão; • Designação de subcomites ou grupos de trabalho;
Março	Reunião 3 e Treinamento	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários;
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas; • Coleta de feedbacks dos membros; • Revisão das atividades realizadas;
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho; • Revisão e ajuste de procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário;
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação;
Julho	Reunião 7 e Treinamento	• Monitoramento dos protocolos; • Introdução das melhorias e ajustes; • Treinamentos necessários;
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho; • Discussão sobre novas iniciativas;
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos;
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações

Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o proximo ano; • Revisão do relatório anual;
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação do relatório anual; • Revisão do planejamento para o próximo ano; • Discussão das melhorias;

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO EMPREENDIMENTO

1.1. Identificação do empreendedor:

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

CNAE: 86.10-1-01 - Atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgência, entre outros.

Área Construída:

Funcionamento: 24 horas/dia

1.2. Localização:

Endereço:

Ponto de referência:

1.3. Caracterização das atividades, dos serviços gerais/administração, instalações prediais do empreendimento

As atividades realizadas no Hospital são diversas, desde administrativas até operacionais; possui 345 leitos construídos, destes, 57 leitos de terapia intensiva (destes 02 para isolamento) e o restante são apartamentos de internação para Clínica Médica e Cirúrgica e Leitos de Observação no Pronto Socorro; Centro Cirúrgico com 10 salas; Central de Esterilização de Material; Laboratório Clínico; Medicina Diagnóstica;Unidade de Pronto Atendimento e 10 Consultórios Médicos e multiprofissionais.

2. IDENTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS E SUAS DESTINAÇÕES FINAIS

Tabela **1**: Identificação dos resíduos

Grupo	**Tipologia**	**Acondicionamento**	**Empresa de Coleta**	**Frequência de coleta**	**Destinação Final**
A e E	Peças Anatômicas (partes do corpo humano ou	Saco de lixo vermelho com identificação de "Peças Anatômicas" e	Funerária	Ocasional	Paciente ou familiar (destino final para sepultamento ou cremação)

Grupo	Tipologia	Acondicionamento	Empresa de Coleta	Frequência de coleta	Destinação Final
	produto de fecundação sem sinais vitais)	encaminhado para o Refrigerador instalado no Morgue	Resíduo Zero	Ocasional	Incineração – Incinera (contratada pela Resíduo Zero). Posteriormente as cinzas vão para o Aterro Classe I - Resíduo Zero
	Resíduos Infectantes	Lixeira com tampa e acionamento por pedal e saco branco leitoso com simbologia universal de risco biológico	Resíduo Zero	Diário	Autoclavagem - Resíduo Zero. Posteriormente para o Aterro Sanitário Classe II – Resíduo Zero
	Resíduos Perfurocortantes	Acondicionamento em clean box amarela/laranja, ambas com simbologia universal de risco biológico	Resíduo Zero	Diário	Incineração – Incinera (contratada pela Resíduo Zero). Posteriormente as cinzas vão para o Aterro Classe I - Resíduo Zero
B e E	Resíduos Químicos Sólidos	Saco de lixo laranja com simbologia universal de risco químico (não perfurocortantes)	Resíduo Zero	Sob demanda	Aterro Classe I - Resíduo Zero

Grupo	Tipologia	Acondicionamento	Empresa de Coleta	Frequência de coleta	Destinação Final
	Resíduos Químicos Líquidos	Galão plástico com tampa de vedação e etiqueta de identificação			
	Resíduos Químicos Perfurocortantes	Clean box laranja com simbologia universal de risco químico	Resíduo Zero	Diário	Aterro Classe I - Resíduo Zero
B	Películas Radiográficas	Caixa de acrílico	Resíduo Zero	Sob demanda	Incineração – Incinera (contratada pela Resíduo Zero). Posteriormente as cinzas vão para o Aterro Classe I - Resíduo Zero
	Lâmpadas	Caixas de papelão identificadas	Resíduo Zero	Sob demanda	Aterro Classe I - Resíduo Zero
	Eletrônicos, sucata de equipamentos médicos, pilhas e baterias	Bombona azul com identificação	Resíduo Zero	Sob demanda	Aterro Classe I - Resíduo Zero
	Gordura proveniente de caixa separadora	Não se aplica	Contratada sob demanda (ainda não houve necessidade)	Sob demanda	Estação de Tratamento de Esgoto específica

Grupo	Tipologia	Acondicionamento	Empresa de Coleta	Frequência de coleta	Destinação Final
	Óleos Lubrificantes	Vasilhame original	DCCO	Sob demanda	DCCO Empresa contratada para realizar a manutenção dos geradores
D	Resíduo Não Reciclável	Lixeira com tampa de vedação e acionamento por pedal e saco na cor preta ou inox	Globo Ambiental	Diariamente	Aterro Classe II - Resíduo Zero
	Papel, plástico e Metais	Lixeira com tampa de vedação e acionamento por pedal e saco na cor azul	Globo Ambiental	Diariamente	Aterro Classe II - Resíduo Zero
	Resíduos de Construção e Demolição	Caçambas	Contratada sob demanda dos terceiros responsáveis pela obra	Sob demanda	Aterro Classe II ou usina de reciclagem e/ou reutilização contratada pelo terceiro responsável pela obra

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein, 2022.

3. CARACTERIZAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO APROXIMADA DOS RESÍDUOS GERADOS PELA ATIVIDADE

Durante as atividades são gerados os seguintes resíduos: infectante, químico, comum e perfurocortante, divididos em grupos: A, B, D e E conforme a Resolução RDC n° 222/2018, e desses, os grupos A, B e E (Infectante, químico, e perfuro cortante) são classificados como resíduos perigosos pela ABNT NBR 10.004:2004 e por isso seu manejo difere dos demais.

Todos os resíduos caracterizados no PGRSS são monitorados de forma a se obter controle sobre a geração, e dessa forma, os resíduos são pesados antes de sua apresentação à coleta externa. Os resultados do monitoramento e controle de pesagem são utilizados para a confecção de indicadores institucionais sobre a geração dos RSS do Hospital.

A higienização dos carros coletores de resíduos deve ocorrer de acordo com o procedimento interno da unidade e o Programa de Infecção Hospitalar.

Tabela 2: Dados dos Resíduos Gerados e pesados pelo Hospital no ano de 2022 (Kg)

Mês	Infectante A	Perfurocortante E	Não Reciclável	Reciclável	Químico B	Total
Janeiro	9864	148	7918	1846	403	**20179**
Fevereiro	9392	127	8256	2150	428	**20353**
Março	8911	181	8334	1882	456	**19764**
Abril	7245	85	7220	1708	745	**17003**
Maio	6944	60	6993	1695	713	**16405**
Junho	5648	424	6563	1518	937	**15090**
Julho	6206	355	6609	1850	734	**15755**
Agosto	5838	244	8418	1536	838	**16873**
Setembro	3094	150	4867	1035	401	**9547**
Outubro	3831	238	5483	1423	318	**11293**
Novembro	3743	178	5016	1733	358	**11029**
Dezembro	3983	188	6150	2763	361	**13446**
ACUMULADO	**74700**	**2379**	**81828**	**21139**	**6692**	**186737**

Fonte: Inventário de Resíduos, 2022. Exemplo do HIAE

4. EMPRESAS ENVOLVIDAS

No empreendimento atuam várias empresas e são gerados diversos tipos de resíduos e suas destinações e tratamentos possuem diferentes responsáveis, além disso, o hospital está localizado dentro de um condomínio que possui sua central de resíduos.

NOME DA EMPRESA

Razão Social: XXX

CNPJ: XXX. Telefone: XXXX

Atividade desenvolvida: XXXX

Endereço: XXXXX

Licença ambiental n° XXXX emitida pela Secretaria de XXXXX

5. RESPONSABILIDADES

5.1. ELABORAÇÃO DO PGRSS

Analista de Meio Ambiente e Sustentabilidade

Nome: E-mail:

_____

Responsável pela Elaboração do PGRSS

OBS. Responsabilidade técnica vinculada exclusivamente à elaboração do plano de gerenciamento de resíduos, não envolvendo, desta forma, atividades de execução e/ou função técnica no empreendimento, conforme Assinatura de Responsabilidade Técnica – ART anexo.

5.2. RESPONSABILIDADE TÉCNICA E LEGAL

Diretor Médico do Hospital

Nome:; **E-mail: Conselho de classe:**

_____

Responsável Técnico e Legal

OBS. Responsabilidade técnica e legal vinculada ao funcionamento das atividades realizadas no Hospital, conforme Certificado de Regularidade do CREMEGO anexo.

5.3. RESPONSABILIDADE OPERACIONAL

Coordenador de Operações - Responsável Operacional

Nome: E-mail:

_____

Responsável Operacional

OBS. Responsabilidade técnica vinculada à gestão e operação das ações determinadas no plano de gerenciamento de resíduos.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMITÊ TRANSUSIONAL

Proposta de Regimento

A Comissão de Normas e de Qualidade em Hemoterapia (CNQH) –do Hospital tem como finalidade determinar as normas para uso racional e seguro de sangue e hemocomponentes dentro do Hospital x, assim como auditar a prática hemoterápica do corpo clínico deste hospital.

1. OBJETIVO

Direcionar ações que ampliem e aprimorem a segurança nas transfusões sanguíneas.

2. Composição

O Comitê será composto por:

- Médicos hematologista;
- Enfermeiro responsável pela Agência transfusional;
- Enfermeira coordenadora do Pronto Atendimento;
- Enfermeira Coordenadora da Clínica Médica/UTI;
- Enfermeira Coordenadora do Centro Cirúrgico/CME e Hemodinâmica.

3. Atribuições e responsabilidades

Avaliar a política transfusional do hospital;

- Definir os critérios para uso de sangue e hemocomponentes baseando-se na literatura médica internacional e nacional da área hemoterápica;
- Difundir as diretrizes para o uso de sangue e hemocomponentes, mantendo a prática atualizada com o conhecimento científico vigente;
- Avaliar evolutivamente a adequação às diretrizes preconizadas;
- Acompanhar os indicadores e as estatísticas de reações adversas e erros, auxiliando na definição e implantação de ações corretivas.

4. Relacionamento hierárquico

A CNQH possui em sua estrutura interna: Presidente, membros ativos e membros convidados.

Presidente: O Presidente da CNQH é escolhido pelas diretorias médica e clínica em comum acordo com a gerência e coordenação médica do Hospital..

Na impossibilidade da presença do Presidente em alguma atividade, este deverá indicar dentre os membros um substituto.

Na impossibilidade de o Presidente assumir a função, o Diretor Clínico do Hospital indicará sua substituição.

A) Membros ativos: são membros com participação ativa na revisão de prontuários e dos quais se espera assiduidade superior a 80% das reuniões:

- Médicos do corpo clínico definidos pela Diretoria Clínica, gerência e coordenação médica do Hospital;
- Médico(s) da equipe médica do Banco de Sangue do Hospital;
- Coordenador técnico do Banco de Sangue do Hospital;
- Enfermeiro do setor de transfusão do Banco de Sangue do Hospital;
- Enfermeiro do setor de clínico médico cirúrgico.

Os membros ativos devem justificar por escrito as ausências nas reuniões. Esta justificativa deve ser entregue ao presidente da CNQH. Três ausências não justificadas implicam desligamento automático da comissão.

B) Membros convidados: são profissionais convidados por qualquer membro da CNQH para participação eventual nas reuniões. O convite deverá ser formalizado ao Presidente e/ou Vice-Presidente com antecedência e o objetivo da participação deverá ser exposto no início da reunião, aos demais membros.

6. RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

Funções do Presidente:

- Representar a CNQH e divulgar seus objetivos em reuniões internas e externas;
- Promover a educação do corpo clínico quanto ao uso do sangue e hemocomponentes**;**
- Convocar reuniões extraordinárias;
- Encaminhar as propostas aprovadas nas reuniões da CNQH aos membros administrativos e conselhos técnicos do hospital;
- Dirigir as reuniões, organizando a ordem do dia;
- Contatar os médicos do corpo clínico auditados.

Funções dos outros membros:

- Participar das reuniões;
- Realizar revisões de prontuário, sempre que necessário, para esclarecimentos pertinentes;
- Divulgar os objetivos da CNQH.
- Assiduidade superior a 80% das reuniões. Os membros ativos devem justificar por escrito as ausências.

7. Eleição e mandato dos membros

Os membros são designados pelas Diretorias Clínica e Médica, gerência e coordenação médica do Hospital em comum acordo com a coordenação do Banco de Sangue.

8. Formalização dos atos da comissão

Descrever dados sobre o funcionamento do Comitê descrito no Regimento, como por exemplo: periodicidade das reuniões; registros das deliberações: atas, relatórios, etc; tratamento quanto ao sigilo das informações e demais informações aplicáveis.

9. Correlação com a Legislação e Regulamentação Governamental

A existência de uma comissão auditora da prática transfusional se faz mandatória, conforme Portaria de Consolidação n° 5 Regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde.

10.FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO

I- **Reuniões Permanentes:**

A CNQH reúne-se a cada 2 meses, ou sempre que necessário.

- As atas das reuniões serão elaboradas durante a mesma e registradas. Todos os membros têm direito a consultá-la e/ou questioná-la.
- No início de cada reunião será lida a ata anterior para sua aprovação.
- Nas atas deverão constar todos os membros ausentes, presentes e que justificaram sua falta além, das disposições principais resolvidas e/ou discutidas em reunião.
- Nas reuniões são analisados os relatórios encaminhados pelo serviço de hemoterapia com os casos de não conformidades relacionados ao uso de sangue e hemocomponentes, bem como as reações transfusionais ocorridas.
- Nas reuniões será analisada a implantação das resoluções adotadas nas reuniões anteriores.
- Semestralmente, será apresentado no Comitê um relatório evolutivo das transfusões não conformes especificando-se também o hemocomponente transfundido, local de administração (leito/Centro cirúrgico), especialidade responsável.

I- **Direitos, Deveres e Poderes da CNQH**:

- É dever desta Comissão definir os critérios para uso de sangue e hemocomponentes e promovera divulgação para o corpo clínico.

- É direito desta Comissão ter acesso a todas as informações do corpo clínico, necessárias ao exercício da sua finalidade.
- Esta comissão tem como único poder assegurar o cumprimento da boa prática da hemoterapia pelo corpo clínico do Hospital.
-

11. Referências Bibliográficas

Ministério da Saúde – Portaria de Consolidação n° 5 - 28 de setembro de 2017, Regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

Manual de Orientação para o Uso de Sangue, Hemocomponentes e Aféreses Terapêuticas, 3ª edição, 2004. Haynes S.L, Torella, F. Transfusion Medicine Reviews 2004; 18: 93-104

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Diretor-Geral do Hospital, no uso de suas atribuições legais e com fundamento na Portaria Nº 158, de 2016, que trata do Regulamento Técnico de procedimentos hemoterápicos, de 05 de fevereiro do Ministério de Saúde, RESOLVE:

Nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações previstas no Regimento Interno da Comissão.

O membro presidente:

Artigo 2º. **Os membros da Comissão** serão representantes dos seguintes serviços:

Presidente

1. Médico Hematologista
2. Biomédico responsável pelo serviço de Hemoterapia
3. Coordenador de enfermagem da Agência transfusional
4. Coordenadora da unidade de Pronto Atendimento (UPA)
5. Coordenadora de enfermagem da clínica médica cirúrgica
6. Coordenadora de enfermagem da unidade de terapia intesiva (UTI) , Centro Cirúrgico, Hemodinâmica e CME.

Goiânia, XX de de 2023

_____

Diretor-Geral/ Técnico

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

PROPOSTA DE REGIMENTO

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo.

Dados do Instituto de Medicina (IOM) indicam que erros associados à assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 disfunções a cada ano nos hospitais dos EUA[1]. E que a estimativa de mortes prematuras associadas a danos evitáveis decorrentes ao cuidado hospitalar estariam entre 210.000 e 400.000 americanos por ano[2].

Estudos recentes mostram que no Brasil a incidência de Eventos Adversos (EAs) também é alta. A ocorrência desse tipo de incidente no País é de 7,6%, dos quais 66% são considerados evitáveis[3].

Sendo assim, a qualidade e a segurança são indispensáveis para a manutenção de um ambiente hospitalar seguro. A utilização de protocolos clínicos, a gestão eficiente baseada em evidências e suportada por uma base de indicadores robusta e confiável, um capital humano qualificado podem propiciar bons resultados na área de segurança do paciente[4].

Com o propósito de ampliar as ações de segurança e qualidade em serviços de saúde em abril de 2013, foi lançado o *Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*, pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013[5].

O PNSP visa, especialmente, prevenir, monitorar e reduzir a incidência de eventos adversos nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde do País[5].

Um dos objetivos da Portaria nº 529/2013[5] envolve a promoção e apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos *Núcleos de Segurança do Paciente (NSP)* dos serviços de saúde[5].

Ainda em 2013, com a finalidade de apoiar as medidas do PNSP, a ANVISA publicou a RDC nº 36[6], de 25 de julho de 2013, destacando a obrigatoriedade de constituição de NSP nos serviços de saúde.

Essas regulamentações nacionais tendem a reforçar o importante papel do NSP como instância promotora de prevenção, controle e mitigação de eventos adversos nos serviços de saúde.

2. OBJETIVO

Com o intuito de ser uma instância responsável por apoiar a direção do serviço na condução das ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente e também como forma de cumprir

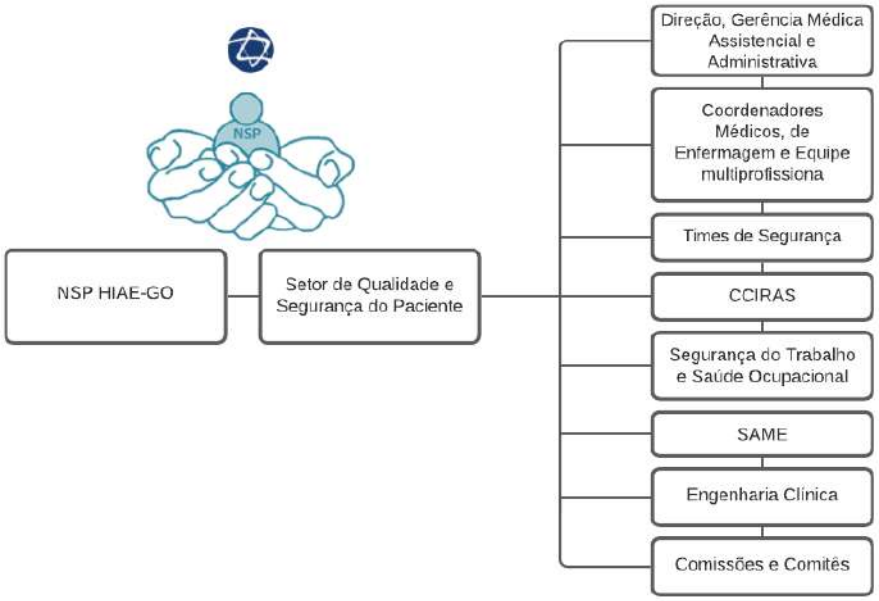
as normas estabelecidas pelas RDC 36[6], 25 de julho de 2013 em 07/11/2019 foi instituído o Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Israelita Albert Einstein – Unidade Goiânia (HIAE-GO).

O Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) visa instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade no hospital. Este Núcleo atua de maneira a atender inteiramente à Resolução – RDC Nº 36[6], de 25 de julho de 2013.

Para o alcance dos nossos objetivos, utilizaremos o Diagrama Direcionador que é uma ferramenta da Ciência da Melhoria que descreve os objetivos, os direcionadores primários, secundários e os conceitos de mudanças necessários para se atingir a melhoria.

3. Composição

Atualmente, o NSP do HIAE-GO é composto pela equipe multiprofissional do Setor de Qualidade e Segurança, capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde e também conta com representantes das áreas descritas na figura abaixo, cuja nomeação está registrada em ata.



4. Atribuições e responsabilidades do nsp

O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

• A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

De acordo com a RDC nº 36/2013, o NSP do HIAE-GO segue as seguintes competências:

• Promove ações para a gestão de risco de saúde;

• Apoia ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

• Participa da melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologia em saúde;

• Promove mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

• Auxilia a implementação das ações propostas no Plano de Segurança do Paciente do HIAE-GO;

• Acompanha e apoia a implantação de Protocolo de Segurança do Paciente, bem como o monitoramento dos seus indicadores;

• Contribui no estabelecimento de barreiras para a prevenção de incidentes em suas áreas de concentração;

• Acompanha e promove a participação em programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade;

• Analisa e avalia os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação de serviço local;

• Participa da disseminação sistemática da cultura de segurança;

• Compartilha e divulga os resultados de análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos locais;

• Acompanha os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

• Realiza o registro das notificações por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa).

Mantém sob sua guarda e disponibiliza à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EAs;

O NSP atua como articulador e incentivador das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementaridade e sinergias neste âmbito.

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO HIAE-GO

O PSP é um documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo hospital para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Além das ações previstas na RDC nº 36/2013[6], outras ações como, atividades para o treinamento e a capacitação das equipes e a comunicação efetiva entre profissionais do hospital devem ser consideradas.

DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS[6]

Art. 6º - O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NUSP.

Art. 7º - A notificação dos eventos adversos deve ser realizada mensalmente pelo NUSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

5. RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO

O NSP é composto por membros consultores e membros executores. Os membros consultores são os representantes dos diversos setores do hospital.

Para preencher as representações, os candidatos deverão ser funcionários ou médicos cadastrados da instituição.

Os membros executores constituem os Times de Segurança e o setor de Qualidade e Segurança do paciente.

Membros convidados: é permitido que os membros do NSP convidem pessoas (profissionais de saúde) para participar das reuniões, desde que este convite seja formalizado ao Coordenador no NSP, com antecedência. O objetivo da participação deve ser exposto no início da reunião aos demais membros.

6. ELEIÇÃO E MANDATO DOS MEMBROS

O coordenador do NSP deverá ser escolhido pelo Diretor Geral. O mandato dos membros do NSP corresponderá a um período indeterminado, ficando à sua recondução ao cargo ou sua substituição a critério do Diretor Geral.

7. FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO

As reuniões do NSP são realizadas de forma bimestrais com discussões amplas, considerando os eventos adversos, protocolos gerenciados e outros temas que apoiem a construção da uma cultura de segurança do hospital e processos de gestão de riscos para a segurança do paciente.

Os integrantes também participam das reuniões com outras áreas que gerenciam aspectos da qualidade, reguladas por legislação específica, tais como, as Comissão e Comitês do hospital.

O NSP deve entrar em consenso sobre as decisões tomadas, ações e mudanças de processos necessários para o atendimento dos objetivos traçados.

As reuniões do NSP são registradas em formato de ata relacionada com os membros presentes, pauta da reunião, pontos discutidos, resoluções, prazos e responsáveis.

As atas são arquivadas pelo coordenador do NSP e são transferidas a cada nova gestão.

Nas atas das reuniões elaborada, deverão constar todos os membros presentes e principais decisões discutidas e definidas em reunião.

Conforme Art. 8º 6- O presente Regimento foi aprovado pela Coordenação de Qualidade e Segurança e Direção Geral do HIAE-GO, com vigência a partir desta data, revogando as disposições existentes em contrário.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011

Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013

RDC nº 36, de 25 de julho de 2013

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohn LY, Corrigan JM, Donaldson MS, Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press; 2000.

2. James JT. A new, evidence-base estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf. 2013. Sep;9(3):122-8.

3. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. International Journal for Quality in Health Care. 2009; 21(4):279-84.

4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

5. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr 2013.

6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

10. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Plano de Segurança

Ata de nomeação do Núcleo de Segurança do Paciente

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Diretor-Geral do Hospital, no uso de suas atribuições legais e com fundamento na RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 do Ministério da Saúde, RESOLVE:

Art. 4º Constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

Os membros consultores serão representantes dos seguintes serviços:

Nome	Cargo	Órgão
	Diretor técnico	
	Gerente médico	
	Gerente Assistencial	
	Coordenador Médico Pronto Atendimento	
	Coordenador Médico Patologia Clínica	
	Coordenador Médico Serviço de Intervenção	
	Coordenador Médico serviços de Hemodinâmica	
	Coordenadora de Facilites	
	Enfermeira Epidemiologista e Coordenadora do SCIH	
	Coordenadora da Farmácia	
	Coordenadora de Qualidade, Segurança do Paciente	
	Clínica Médica e Cirúrgica	
	Coordenadora de enfermagem do Centro Cirúrgico, Hemodinamica e CME	
	Supervisora da Central Material e Esterilização	
	Coordenadora do Pronto Atendimento	
	Coordenadora do Medicina Diagnóstica	
	Coordenadora da equipe multiprofissional	
	Coordenadora de Nutrição	
	Biomédica responsável técnica do Laboratório	
	Coordenador da Engenharia e Manutenção	
	Técnico de Segurança do Trabalho	
	Coordenadora de Enfermagem de UTI	
	Biomédico responsável pelo Serviço de Hemoterapia	
	Supervisor da Hotelaria hospitalar-Facilites	

Artigo 4º. – Os membros executores serão representados pelo Departamento de Qualidade e Segurança do Paciente e pelos Times de Segurança do HIAE – GO:

	Enfermeira Coordenadora de Qualidade, Segurança do Paciente	
	Médico intensivista referência em Gestão de riscos	
	Enfermeira plena Gestão de Riscos	
Times de segurança	Departamental conforme definição do Plano de Segurança do Hospital	

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

1. PROPOSTA DE REGIMENTO

I. FINALIDADE

Art.1º O núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar (NVEH) é responsável pelo planejamento, orientação e execução das ações de epidemiologia hospitalar das doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) e outros fatos de interesse de saúde pública.
Art.2º Objetiva realizar a Vigilância Epidemiologia hospitalar no âmbito do através da coleta, análise e interpretação sistemática de dados de saúde dos pacientes e colaboradores atendidos na instituição.
Art.3º Os dados gerados proporcionam aos gestores elementos importantes para as tomadas de decisões estratégicas e a recomendação de medidas de prevenção e controle.
Art.4º O NVHE participa da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH), segundo Portaria n.º 2.529, de 23 de novembro de 2004, posteriormente revogada pela Portaria n.º 2.254, de 5 de agosto de 2010).

II. REUNIÕES

Art.6º As reuniões do núcleo serão realizadas com os membros nomeados, que poderão solicitar a presença de pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgarem necessário. Ocorrerão reuniões mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos
discutidos, decisões tomadas e lista de presença. É facultado aos membros do núcleo, solicitar o reexame de qualquer decisão tomada em reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

III. FUNCIONAMENTO E/OU ORGANIZAÇÃO

Art.7º O funcionamento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar será de segunda a sexta-feira das 11 horas e 15 minutos e das 17 horas e 30 minutos, exceto finais de semana e feriados, sendo alocado na sala do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

IV. ATRIBUIÇÕES

Art.8º Compete a todos os membros do núcleo:

1) Realizar a busca ativa de pacientes internados ou atendidos em unidades de urgência e emergência do HABF, para detecção de doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória, conforme Lista Estadual e Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, constantes na Portaria nº 115-R, DE 04 DE AGOSTO DE 2022;
2) Realizar a notificação e investigação epidemiológica, em tempo oportuno, nos sistemas E-SUS- VS e SIVEP-GRIPE, dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, eventos e agravos constantes na Portaria nº 115-R, DE 04 DE AGOSTO DE 2022, que forem detectados no HABF;
3) Comunicar, em até 24 horas a partir do conhecimento do evento, para Secretaria Estadual de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, a ocorrência de doenças ou agravos de saúde pública de Notificação Compulsória Imediata (NCI) detectados no HABF;
4) Participar das atividades de interrupção de surtos e da interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Estadual de Saúde (SES), elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para a sua contenção;
5) Participar, conforme solicitado, das comissões de setores estratégicos da unidade hospitalar;
6) Definir indicadores operacionais e de resultados sobre as atividades de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
7) Promover um trabalho integrado com o Laboratório do hospital e outros laboratórios de referência, estabelecendo o fluxo de encaminhamento das amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às Doenças de Notificação Compulsórias (DNC);
8) Monitorar no GAL (Gerenciamento de Ambiente Laboratorial) e no Laboratório do HABF, os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória;
9) Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;
10) Realizar monitoramento, avaliação e divulgação do perfil de morbimortalidade hospitalar, com a finalidade de subsidiar o processo de planejamento do gestor do hospital, e do gestor municipal e estadual dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

11) Elaborar e divulgar Informes de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde para os profissionais de saúde do estabelecimento hospitalar;
12) Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e isolamentos" em casos de notificação de DNC;

V. DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.9º O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), através da maioria de seus membros, submetida ao coordenador. **Art.10º** O funcionamento do núcleo, além dos critérios, regras e recomendações contidas nesse regimento, observará a legislação brasileira pertinente. Assuntos referentes a normas e rotinas do núcleo serão tratados em documentos próprio (IT's).

VI. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.693, de 23 de julho de 2021. Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH). PORTARIA GM/MS Nº 1.693, DE 23 DE JULHO DE 2021 - PORTARIA GM/MS Nº 1.693, DE 23 DE JULHO DE 2021 - DOU - Imprensa Nacional

2. BRASIL. Portaria MS/GM 2.254, de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

3. PROPOSTA DE COMPOSIÇÃO

A O núcleo de vigilância epidemiológica do hospital será composto pelos seguintes membros:

1) Enfermeiro (a);
2) Médico (a);

A equipe multidisciplinar, será dimensionada e estruturada conforme as necessidades da instituição, tendo formação superior, preferencialmente com conhecimento de vigilância epidemiológica.

4. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

5.

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Seleção e introdução dos membros do CEP • Estabelecimento do estatuto incluindo escopo e objetivos • Revisão da legislação e normas relacionadas.
Fevereiro	Reunião 2	• Elaboração de manuais, diretrizes e políticas do CEP • Definição de formulários documentação, fluxo de trabalho e submissão de projetos
Março	Reunião e Treinamento 3	• Treinamento de ética em pesquisa, regulamentação e revisão de protocolos
Abril	Reunião 4	• Abertura oficial do CEP para receber submissões de protocolos de pesquisa • Discussões critérios avaliações éticas
Maio	Reunião 5	• Revisão ética dos protocolos submetidos • Ajustes formulários, protocolos e diretrizes
Junho	Reunião 6	• Revisão ética dos protocolos submetidos • Ajustes formulários, protocolos e diretrizes
Julho	Reunião e treinamento 7	• Treinamento sobre questões éticas • Revisão ética dos protocolos submetidos
Agosto	Reunião 8	• Revisão dos relatórios e projetos em andamento • Revisão ética dos protocolos submetidos
Setembro	Reunião 9	• Revisão dos relatórios e projetos em andamento • Revisão ética dos protocolos submetidos • Implantação de melhorias no processo
Outubro	Reunião e auditoria 10	• Auditorias internas e externas
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual • Revisão dos relatórios e projetos em andamento • Revisão ética dos protocolos submetidos
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO INTERNA DA QUALDIADE

PROPOSTA DE REGIMENTO

1. INTRODUÇÃO

O Manual da Qualidade é o documento de especificação para o Sistema de Gestão da Qualidade de uma Organização. Tem a responsabilidade de documentar o funcionamento do Sistema de Gestão da Qualidade e demonstrar como a Organização deve agir para assegurar a qualidade de seu produto e/ou serviço, demonstrando, de forma geral, as regras e as boas práticas que orientam a execução dos processos.

2. OBJETIVO

Este Manual tem por objetivo assegurar a sistematização do Sistema de Gestão de Qualidade e Segurança, sendo referência permanente para sua implantação e manutenção, incluindo o seu devido monitoramento.

3. DEFINIÇÕES

- ***On the job:*** treinamento em que o colaborador aprende competências na própria área de trabalho.

4. APLICABILIDADE

Este Manual é aplicável a todos os colaboradores e pessoas que atuam para ou em nome do Hospital e tem abrangência em todas as suas atividades exercidas, especialmente as que abordam a qualidade e segurança assistencial.

5. DESCRIÇÃO

1.1.1.1 Estrutura do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança

O Sistema Einstein de Qualidade e Segurança (SEQS) possui como pilares estratégicos os direcionadores descritos na figura 1, abaixo:

Figura 1: Sistema Einstein de Qualidade e Segurança (SEQS)

Os elementos do Sistema Qualidade baseiam-se na missão, visão e propósito da Sociedade, princípios da qualidade e requisitos presentes nas normas e padrões de acreditações e certificações e referências normativas,

Referência Normativa

O Sistema de Qualidade e Segurança foi desenvolvido, utilizando-se de documentos de referência das acreditações e certificações implementadas na Sociedade, a saber:

- Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar da *Joint Commission International (JCI)* – 7ª edição – janeiro de 2021.
- Manual Corporativo
- Padrões para outras acreditações específicas.
- Livros, textos e publicações científicas.
- Leis e regulamentos vigentes municipais, estaduais e federais.

Os princípios norteadores abaixo foram estabelecidos em atendimento ao Sistema Einstein de Qualidade e Segurança e devem orientar a decisão em relação à melhor forma de agir:

6 Dimensões para Qualidade no Cuidado de Saúde estabelecidos pelo *Institute of Medicine (IOM*):

- **Assistência Focada no Paciente:** prover assistência que atenda e respeite as preferências, necessidades e valores dos pacientes.
- **Assistência no Tempo Adequado:** reduzir esperas e atrasos, por vezes prejudiciais, àqueles que recebem e prestam os cuidados.
- **Eficiência:** evitar desperdícios e mau uso de suprimentos, equipamentos, ideias e energia.
- **Equidade:** respeitar a igualdade de direito de cada um. Prover assistência, cuja qualidade não varie em função de características pessoais, tais como: gênero, etnia, condições socioeconômicas
- **Efetividade:** prover serviços adequados àqueles que deles se beneficiarão; Uso responsável dos recursos; evitar uso excessivo ou insuficiente.
- **Segurança do Paciente:** evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente.

***Quintuple Aim*® (ou quíntuplo objetivo):**

Conceito criado pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI) que define que as instituições devem atuar em cinco frentes para entregar valor em Saúde:

- Melhorar a Experiência do Cuidado: ao fornecer assistência segura, eficaz e confiável, para cada paciente, em todas as oportunidades;
- Melhorar a saúde das populações: concentrando-se na prevenção e no bem-estar;
- Reduzir o custo per capita dos cuidados de saúde: melhoria contínua e aplicação do conhecimento científico para eliminar desperdício, futilidade e aplicar os recursos de modo mais eficiente e eficaz.
- Cuidado ao trabalhador de saúde: adotar estratégias para melhorar a experiencia dos profissionais de saúde em reconhecimento ao crescente desafio do esgotamento (ou seja, exaustão, cinismo e insatisfação profissional) entre médicos e outros membros da força de trabalho de saúde.
- **Equidade:** promoção da equidade em saúde.

A busca pela Governança *Quintuple Aim* ® deve ser constante e consiste no exercício diário das lideranças e equipes de trabalho em desenvolver e atualizar projetos de melhorias dentro do triplo objetivo.

1.1.1.2 Organização de Alta Confiabilidade (HRO)

Por meio da centralização de esforços e busca pela alta confiabilidade nas operações e processos, as Organizações de Alta Confiabilidade são organizações que operam em domínios complexos e de alto risco por longos períodos sem acidentes graves ou falhas catastróficas *(Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ).* Os cinco elementos da Alta Confiabilidade são:

- **Intolerância às falhas:** pensar ativamente sobre o que pode dar errado e estar alerta aos sinais de problemas potenciais.
- **Relutância em simplificar:** buscar explicações mais profundas do que superficiais para as falhas nos processos.
- **Consciência situacional:** entender o contexto das suas atividades dentro da organização e dentro deste contexto que podem reforçar ou ameaçar a segurança.
- **Valorização do conhecimento dos profissionais da operação:** Escutar aqueles que realizam e, portanto, conhecem a atividade no detalhe.
- **Compromisso com a resiliência:** assumir que os sistemas não são confiáveis, identificar ameaças rapidamente, respondendo antes que os problemas causem dano.

Escopo das Acreditações e Certificações

Acreditações e Certificações	Objetivo
Acreditação Hospitalar *Joint Commission International* (JCI)	Garantir padrões internacionais hospitalares de excelência, qualidade e segurança
ISO 9001	Garantir os padrões de qualidade e segurança do Departamento de Voluntários.

Acreditações e Certificações	Objetivo
ISO 14001/2015	Garantir padrões nacionais para a Gestão Ambiental e Sustentabilidade
ISO 50.001/2018	Garantir padrões definidos pela norma dos Sistemas de Gestão Energética
Acreditação Hospitalar Organização Nacional de Acreditação (ONA) Nível 3	Garantir padrões nacionais de excelência, qualidade e segurança
p***A****i****m***a***eric***C***an***o***A***n***ss***t***oc***ria***t***oio***l***n o***a***f*** d***Bl***a***ood*** ***Banks*** **(AABB)**	Garantir a qualidade e segurança das atividades transfusionais e terapia celular
College of American Pathologists **(CAP)**	Garantir qualidade no processo de diagnóstico clínico no laboratório
Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC)	Programa de acreditação voltado aos processos laboratoriais clínicos, promovendo qualidade dos serviços laboratoriais prestados a pacientes e usuários
American Society for Histocompatibility and Immunogenetics (ASHI)	Garantir qualidade e segurança no processo de Histocompatibilidade e Imunogenética

American College of Radiology **(ACR)**	Garantir qualidade nos serviços de diagnóstico por imagem.

Acreditações e Certificações	Objetivo
Foundation for The Accreditation of Cellular Therapy (FACT) TMO e Cordão	Garantir qualidade e segurança no Transplante de Medula Óssea, coleta, processamento e armazenamento do cordão umbilical
Planetree	Garantir a experiência e Cuidado Centrado na Pessoa (Paciente, Colaborador, Familiar)
Association for Assessment and Accreditation of Laboratory Animal Care International **(AAALAC)**	Garantir as boas práticas no tratamento e uso responsável de animais em testes laboratoriais do Centro de Experimentação e Treinamento em Cirurgia
Selo Amigo do Idoso - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	Garantir as iniciativas de adequação da infraestrutura, capacitação de profissionais e familiares, engajamento comunitário e estímulo à prevenção em saúde do idoso
Society for Simulation in Healthcare **(SSH)**	Garantir as boas práticas do Centro de Simulação Realística no treinamento e capacitação de equipes.

Cópia Controlada

***Association for the Accreditation of Human Research Protection Programs* (AAHRPP)**	Garantir a aplicação das melhores práticas de pesquisas em humanos.
Magnet Recognition Program	Garantir a disseminação de práticas e estratégias de enfermagem bem-sucedidas, sendo o maior reconhecimento pela excelência em enfermagem.

Clientes e *Stakeholders* da Sociedade

O Sistema Einstein de Qualidade e Segurança da SBIBAE possui os seguintes clientes internos e externos:

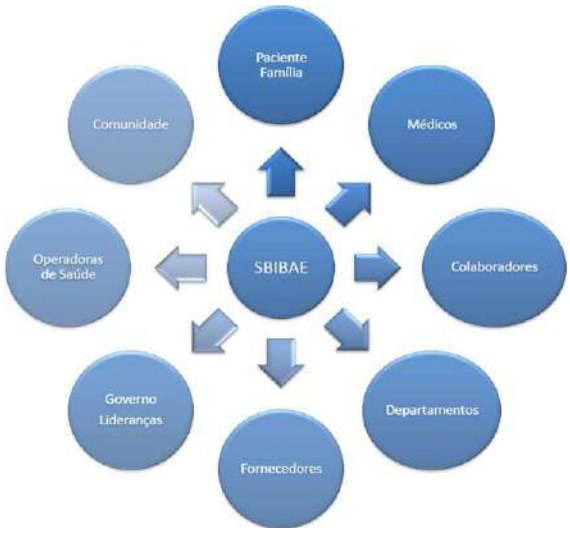


Figura 2: Clientes e Stakeholders da Sociedade

Os requisitos dos clientes, os quais devem ser atendidos, estão implícitos na Documentação do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança, Procedimentos e Rotinas específicas das áreas.

Política da Qualidade e Segurança

As políticas da qualidade e segurança da SBIBAE preveem que os líderes e demais colaboradores da Sociedade devem gerenciar e prestar uma assistência ao paciente de forma a atender as Dimensões de IOM, *Quintuple Aim* e Alta Confiabilidade conforme citados acima, com ênfase na Melhoria Contínua e no Gerenciamento e Vigilância dos Riscos ao paciente, colaborador e ao ambiente. O conceito de assistência neste Manual é abrangente e inclui o atendimento prestado por todos os colaboradores assistenciais, administrativos e de serviços de apoio da Sociedade.

Planejamento da Qualidade e Segurança

O planejamento da qualidade e segurança define e documenta como os direcionadores primários e secundários são implementados e mantidos, com base nas referências normativas adotadas, além dos padrões preconizados pela *Joint Commission International.*

O planejamento é alinhado às diretrizes e recomendações do Comitê desdobramentos das diretrizes são traduzidos e incorporados aos planos de gestão de cada unidade de negócio, onde a liderança define e delega as atribuições, revendo processos e identificando oportunidades, novos recursos e tecnologias necessárias.

O planejamento do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança leva em consideração:

- Os princípios da Qualidade;
- O compromisso com a melhoria contínua;
- A descrição e desdobramento dos processos internos e críticos;
- A preparação de rotinas e procedimentos que estabelecem métodos e critérios de execução das diversas atividades;
- As técnicas, equipamentos e capacitações necessários para o atendimento de qualidade e segurança estabelecidos;
- A análise dos requisitos de qualidade e segurança determinados pelos clientes;
- O estabelecimento de padrões aceitáveis para os diversos processos;
- A identificação de pontos de verificação nas diversas etapas de processo;
- A identificação e preparação de registros de qualidade e segurança;
- O acompanhamento e análise dos indicadores globais de desfecho, processo, equilíbrio, desempenho e produtividade;
- A segurança dos pacientes, colaboradores e visitantes;
- Análise e implantação de ações oriundas do sistema de notificação de eventos e relatório de não conformidades das avaliações de certificação.

1.1.1.3 Documentação Normativa Institucional

O Sistema Einstein de Qualidade e Segurança está estruturado e formalizado por meio de cinco tipos de documentos normativos que se organizam hierarquicamente em função de seu caráter estratégico ou operacional. A ilustração abaixo traz as definições dos 5 tipos de documentos normativos, sua hierarquia e respectivos locais de guarda.

Figura 3: Estrutura dos Documentos Normativos

Requisitos e Controle de Documentos

Os documentos normativos do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança são elaborados, aprovados, atualizados, disponibilizados e controlados, de acordo com os critérios estabelecidos na Política Institucional de Gestão de Documentos Normativos.

O mecanismo de controle assegura que estejam disponíveis aos usuários somente documentos em sua versão vigente, com a respectiva gestão das versões obsoletas.

Os documentos normativos devem ser amplamente divulgados aos grupos de interesse ou a toda instituição, quando o conteúdo for aplicável a todos os colaboradores.

Documentos de origem externa como normas técnicas, instruções de trabalho externas, leis e regulamentos, manuais de equipamentos, informações sobre reagentes e relatórios de qualificações podem ser registradas no sistema de documentação normativa institucional, quando aplicável, ou ainda ser controladas pelas próprias áreas.

Os registros decorrentes da operação do Sistema de Gestão dos Normativos são mantidos para evidenciar seu funcionamento e para servir de subsídios à análise de sua eficácia e orientação de ações corretivas, preventivas e de melhoria.

Demais registros, relativos a outros sistemas, podem tanto ser feitos em papel, como nas diversas mídias eletrônicas disponíveis na sociedade.
Os métodos para elaborar, codificar, aprovar, publicar, armazenar, proteger e recuperar os documentos normativos, a fim de assegurar sua preservação, estão estabelecidos na Política de Gestão Institucional de Documentos Normativos.

1.1.1.4 Responsabilidade e Autoridade

As responsabilidades, autoridades e inter-relações são definidas em cada Diretoria, determinadas e comunicadas em todos os níveis da estrutura organizacional.
O organograma, estrutura organizacional, principais responsabilidades e Políticas da Sociedade podem ser visualizadas a partir do acesso à Intranet. As competências, assim como os requisitos necessários para o desempenho das funções estão definidos nas Descrições de Cargos. As descrições de cargos dos colaboradors encontram-se no SAP e é acessado via Portal do Funcionário.

Responsabilidades comuns a todos os colaboradores

- Identificar circunstâncias de risco com a finalidade de evitar e prevenir a ocorrência de não conformidades relacionadas aos processos de prestação de serviços e ao sistema da qualidade e segurança;
- Identificar, registrar no sistema de notificação de eventos, avaliar e comunicar os envolvidos quaisquer situações de não conformidades, problemas ocorridos e eventos adversos;
- Acompanhar e implementar o plano de ação definido para não conformidades;
- Zelar pela confidencialidade de informações e dados, como por exemplo, resultado de exames laboratoriais e dados pessoais de clientes.

2.1.1.3 Comunicação Efetiva

A comunicação do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança se dá através do sistema de gestão documentação normativa institucional, treinamentos institucionais, encontros com lideranças assistenciais estratégicas e táticas, Comitês de Segurança do Paciente, Comitê de Qualidade, Assistência e TI, alertas de qualidade e segurança, Safety Huddle Local e de Diretoria, Workplace de Qualidade e Segurança, Exposição da Qualidade e Segurança, entre outros fóruns.

Comunicação Interna

Por meio dos portais corporativos e/ou serviços de atendimento ao cliente (SAC, SAC-RH, Central de Relacionamento-Corpo Clínico), estabeleceram-se canais de comunicação para todos os

usuários - pacientes, visitantes, médicos e demais colaboradores da SBIBAE. Todas as informações apresentadas são analisadas e tratadas, visando a melhoria contínua dos processos.
A comunicação interna com os colaboradores também acontece por meio da Intranet, de murais, quadros de
O Sistema de Notificação de eventos é uma ferramenta para o registro de Eventos Adversos e Ocorrências. Todas as áreas da SBIBAE têm acesso ao sistema de notificação, por meio da intranet, para registrar incidentes e acidentes.
A Política de Gerenciamento de Informações tem a finalidade de definir a estrutura, acesso, segurança e monitoramento dos processos relativos à segurança dos sistemas de informações da SBIBAE.

Comunicação ao Cliente
A comunicação com os clientes da Sociedade sobre as temáticas de qualidade e segurança são realizadas por meio de folders, malas diretas, banners, correio eletrônico, foros específicos, conselhos consultivos, aplicativos como "Meu Einstein", website, além dos veículos de comunicação utilizados pela área de Marketing da Sociedade. As reuniões departamentais de relevância são registradas e as atas ficam sob responsabilidade das lideranças da área, quando aplicável.

2.1.1.4 Foco no Cliente

Dentro da SBIBAE os pacientes recebem um atendimento individualizado, respeitando sua privacidade, confidencialidade, integridade física, emocional e condições socioeconômicas. Os atributos que são almejados para nortear o desempenho qualificado dos colaboradores são, além da excelência técnica e eficiência, a cortesia, a dedicação, o sigilo, o respeito à condição e necessidades dos pacientes, segurança, atenção aos detalhes e paixão em servir.
Os médicos, enfermeiros, serviços externos e demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente são igualmente clientes devendo, portanto, ter suas necessidades e expectativas atendidas.

<u>Planejamento do Atendimento aos Clientes</u>
O planejamento do atendimento ao paciente inicia-se na definição do escopo dos serviços oferecidos pelas áreas, desenho do processo, suas especificações, pontos de verificação, controle e registros, de maneira a atender os requisitos de qualidade e segurança.
Esta atividade de planejamento leva em consideração:

- Mapeamento dos principais processos e seus respectivos subprocessos;
- Identificação dos requisitos dos respectivos clientes;

- Determinação das entradas e saídas;
- Determinação dos controles e treinamentos necessários para o desenvolvimento dos colaboradores;
- Padronização de atividades, através da formalização de rotinas e procedimentos;
- Implementação de registros da qualidade necessários;

Processos Relacionados aos Clientes

- As áreas buscam identificar, periodicamente, as necessidades e expectativas dos clientes da Sociedade, mediante a avaliação dos indicadores realizados pela área de Experiência do Paciente e Família (SAC) e ou pesquisas de busca ativa e sugestões de clientes.
- Adicionalmente, pessoas designadas coordenam e identificam requisitos aplicáveis de órgãos reguladores, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Sociedades Específicas e Ministério da Saúde.
- As áreas analisam criticamente as requisições para determinar a capacidade para o atendimento quantitativo e qualitativo destas solicitações.
- Os critérios de avaliação e de aceitabilidade destas solicitações, assim como os requisitos de entrega, estão descritos nos Procedimentos e Rotinas das áreas.
- Os critérios de avaliação aplicáveis são informados aos clientes por meio dos informativos e/ou dos Termos de Consentimento, existentes em cada área da SBIBAE. Quando uma determinada solicitação não se encontra de acordo com os critérios estabelecidos, entra-se em contato com o médico responsável pelo paciente para adequação das informações e de possíveis divergências da prática a serem resolvidas.
- Nos processos em que estejam presentes propriedades de clientes (informações contidas nos prontuários, pertences pessoais, identificação do cliente), deve-se preservar suas características e integridade.
- Exames anteriores e/ou outros pertences fornecidos pelos pacientes e/ou familiares são identificados e armazenados de maneira adequada. Após sua utilização pelos profissionais das áreas ao longo do processo da prestação de serviços, estes são responsáveis por sua guarda, integridade e sigilo das informações.
- Da mesma maneira, qualquer dano, extravio ou inadequação de tais propriedades é registrado como uma não-conformidade e comunicado ao paciente e/ou familiares.

- A Política Institucional do Prontuário do Paciente determina regras específicas e providências relacionadas às informações contidas no prontuário. A definição de prontuário inclui os dados e laudos de exames, imagens e filmes de cirurgias e medicina diagnóstica.

1.1.1.5 Gestão de Recursos

Os materiais necessários ao pleno funcionamento do Sistema Einstein de Qualidade são identificados e previstos no orçamento anual de cada área, sendo planejados pelas lideranças e validados por aprovação junto a Diretoria.

A provisão de recursos humanos é realizada pela diretoria de Recursos Humanos, em conjunto com a gestão da área, levando em consideração o planejamento do orçamento e análise de investimentos relativos à necessidade de aumento da demanda e ampliações coerentes com o planejamento estratégico. No processo de determinação de recursos necessários, são levados em consideração a necessidade de treinamento e capacitação adequados às funções envolvidas na qualidade e a segurança dos serviços prestados.

Recursos Humanos

O quadro de colaboradores da SBIBAE é constituído por profissionais qualificados, de diversas áreas de formação, assegurando que as atividades técnicas, administrativas e de coordenação gerencial sejam desempenhadas eficazmente dentro das políticas de boas práticas estabelecidas pela Instituição, de acordo com a categoria profissional e respectivas responsabilidades.

Competência, conscientização e treinamento

Os requisitos para qualificação médica estão descritos no documento Política Médica de Qualificação e Treinamento. Os requisitos para atuação da equipe de enfermagem estão descritos no documento Conhecimentos Requeridos para atuação da Equipe de Enfermagem.

No início das atividades de cada colaborador é enviado um *link* para conhecimento e aprovação da descrição do cargo para que este tenha ciência das expectativas e necessidades de desenvolvimento na sua área de atuação.

Esta descrição encontra-se disponível eletronicamente no Portal SAP para o colaborador e/ou liderança imediata e pode ser aceita pelo colaborador e pelo responsável direto.

As exigências de qualificação (licença profissional ou certificação oficial) são solicitadas pela área de RH da SBIBAE no momento da admissão e em casos de alterações de cargo. Todos os

Normativos relativos aos processos de Recursos Humanos Institucionais estão disponíveis na Intranet.

Especificamente para a contratação de médicos PJ, são seguidas as diretrizes descritas na Política de Contratação e Gestão de Médicos PJ Através de Terceiros.

Treinamento de novos colaboradores

Para garantir que o treinamento de novos colaboradores seja padronizado e nenhum processo importante seja esquecido, são utilizados *Checklist* Admissionais disponibilizados pela área de Atração e Seleção, que permitem, além do treinamento, a avaliação e conscientização das expectativas da área.

O *checklist* admissional preenchido é encaminhado ao serviço de RH para guarda no prontuário do colaborador. São disponibilizados no Programa de Integração Institucional, coordenados pela Equipe de Recursos Humanos, cursos e palestras destinados a proporcionar aquisição de conhecimentos, competências e ferramentas necessárias ao desenvolvimento profissional e pessoal.

O Ensino Corporativo é a área responsável pelo planejamento, organização e implementação dos treinamentos corporativos e assistenciais da SBIBAE. A finalidade dos treinamentos assistenciais é a capacitação do profissional para o exercício de atividades específicas de cada disciplina e/ou área da saúde da SBIBAE, além de oferecerem apoio ao desenvolvimento dos colaboradores em suas competências e no seu crescimento profissional, favorecendo o desempenho de suas atividades com qualidade e segurança, por meio de estratégias educacionais para promoção e retenção de aprendizagem. As demandas de treinamento e capacitação podem ser deflagradas por determinações de políticas e requisitos da Prática de Qualidade e Segurança, por determinação de leis e regulamentos externos ou decorrentes dos padrões de acreditações e certificações institucionais e/ setoriais.

As informações sobre treinamentos institucionais e registros dos mesmos podem ser acessadas no Portal de Gestão de Pessoas (PGP), no módulo Aprendizagem.

As áreas possuem autonomia para fazer treinamentos internos com suas equipes. Estes treinamentos devem ser registrados na área e/ou encaminhados ao Ensino Corporativo, para inclusão no PGP.

O treinamento e/ou retreinamento de cada colaborador é motivado pelo seu desejo pessoal, pela necessidade inerente à atividade e/ou serviço, pela detecção de falhas na prática assistencial, pela necessidade de desenvolvimento das competências profissionais e em resposta aos indicadores estratégicos para melhora do desempenho e resultados.

No sistema de saúde Einstein, ações crescentes vêm fortalecendo a aprendizagem e o progresso da Enfermagem. Nesse propósito, o Grupo de Apoio ao Desenvolvimento da Enfermagem (GADE) foi estruturado com o objetivo de prover o desenvolvimento dessa categoria profissional,

facilitando as interfaces do conhecimento com as melhores práticas assistenciais, rumo ao cuidado de excelência. Este grupo é constituído por uma coordenadora; uma especialista de Práticas Assistenciais e seis Enfermeiros Seniores especialistas clínicos e referências das áreas Materno infantil, Clínica médica cirúrgica, Oncologia, Pacientes Graves, Centro cirúrgico, unidades de pronto atendimento e medicina diagnóstica. Em seu portifólio, lideram iniciativas vinculadas ao novo colaborador, suporte ao processo de seleção do Enfermeiro Júnior, Programa de Estagiários e Aprimorandos de Enfermagem, Prova Técnica institucional de Enfermagem e capacitações "*on the job*". São os implementadores e responsáveis pelo Programa de Transição de Prática Assistencial (Programa por Pares).

Avaliação da Eficácia dos Treinamentos

Em relação aos novos colaboradores, a eficácia do treinamento é verificada através da avaliação do Checklist
Admissional, por parte da liderança responsável pelo acompanhamento inicial.
Todos os treinamentos realizados para os colaboradores têm sua eficácia comprovada com a observação direta dos coordenadores de validações práticas, da verificação periódica das atividades desenvolvidas e da avaliação anual de desempenho.
A avaliação de eficácia dos treinamentos também considera a existência de registro de não conformidades do
colaborador em relação a algum processo.
Treinamento Institucional
Para os treinamentos Institucionais, cabe à liderança a análise dos programas/temas disponibilizados pela SBIBAE, bem como a descrição das políticas de qualificação profissional e de conhecimentos requeridos, a fim de se priorizar o que é necessário ao desenvolvimento de suas equipes. Cabe, ainda, à liderança, engajar seus colaboradores para a participação nos treinamentos.
Os treinamentos são incluídos no PGP para registro da participação dos colaboradores e acompanhamento pela liderança da participação de sua equipe.

Treinamentos e Cursos Externos
As solicitações de Treinamentos e Cursos Externos são analisadas pela Liderança da área e, após a aprovação, são encaminhados para o Ensino Corporativo.

Avaliação de Desempenho e Capacitação Profissional
Anualmente são realizadas as Avaliações de Desempenhos Institucionais nas quais todos os colaboradores são avaliados por fatores coorporativos e fatores específicos da área, no qual

liderança e colaborador definem as necessidades de capacitação e respectiva conscientização para o exercício da função.

Adicionalmente, em intervalos anuais também é realizada a Avaliação Técnica, que tem como objetivo avaliar os profissionais assistenciais da SBIBAE de acordo com seu conhecimento teórico sobre padrões específicos da prática assistencial.

Infraestrutura e Equipamentos

A estrutura física das áreas foi projetada de forma a atender as regulamentações internas e externas, conforme leis e regulamentos aplicáveis.

Na determinação dos recursos materiais e da infraestrutura necessários, são levados em consideração os seguintes aspectos nas perspectivas da qualidade e segurança:

- Os equipamentos de suporte (informática, comunicação etc.) necessários ao desempenho das diversas atividades ligadas aos processos de prestação dos serviços pela Unidade;
- As necessidades de infraestrutura civil e predial e sua contínua manutenção;
- A avaliação da infraestrutura necessária quanto às instalações físicas no que se refere ao funcionamento das áreas.
- A avaliação e monitoramento da capacitação e da conduta dos profissionais na utilização e manutenção das instalações, recursos de segurança e equipamentos.

OCsoenqutipramoelntaosdtéacnicos utilizados na SBIBAE são dos mais variados níveis de automação e sofisticação,

comparáveis aos mais modernos disponíveis nos países desenvolvidos, cujo desempenho é assegurado por programas monitorados de manutenção preventiva e calibração. Para os procedimentos críticos existe duplicidade de equipamentos disponibilizados.

Anualmente, as áreas da SBIBAE realizam um planejamento de investimentos em Tecnologia, que é encaminhado à Diretoria para aprovação e mobilização. Esse planejamento é realizado pela gestão e é embasado nas necessidades de atualização ou implementação de novos métodos, detectados pela equipe para acompanhar avanços tecnológicos da área ou necessidades específicas de clientes, a fim de garantir qualidade e segurança.

Os contratos específicos de instalação, manutenções preventivas e corretivas são acordados em parceria com a Gerência de Engenharia Clínica, Diretoria de Suprimentos e Engenharia. O status e acompanhamento destes contratos, bem como a solicitação de serviços, pode ser verificado em sistema.

Aquisição de Produtos, Insumos e Serviços

Todos os produtos, insumos ou serviços utilizados nas áreas e que podem impactar na qualidade e segurança dos processos, são adquiridos de fornecedores qualificados e verificados conforme procedimentos de controle estabelecidos pela área responsável pela sua homologação e de acordo com a Política Institucional de Compras de Serviços e Materiais.

Todo processo de contratação é realizado por meio de contrato, instrumento que formaliza direitos, obrigações. responsabilidades e o compromisso de ambas as partes com a manutenção da qualidade e segurança dos serviços prestados e o nível de serviço contratado, servindo de base para o monitoramento contínuo do desempenho do fornecedor.

A requisição de compras é realizada por meio de requisições internas via sistema SAP no qual se encontram definidos os dados necessários a serem informados. No momento do recebimento de produtos e insumos, inspeções são realizadas conforme rotinas específicas de cada área.

Identificação e Rastreabilidade

Nos diversos processos que integram as áreas, são definidas sistemáticas que garantem, onde aplicável, as identificações necessárias para assegurar rastreabilidade dos serviços prestados.

Em algumas áreas, como Medicina Diagnóstica Ambulatorial, Clínica de Imunizações e Unidades Externas que realizam processos rastreáveis, os insumos utilizados em exames e os materiais críticos aos processos são identificados por meio do número de lote e do número de fabricante, assegurando sua efetiva rastreabilidade nos casos em que seja necessária, por qualquer motivo, a recuperação dessas informações.

Os materiais e insumos utilizados no desenvolvimento dos processos são identificados de modo a permitir seu reconhecimento, estado para uso e riscos, armazenamento em locais apropriados e manuseio adequado, de modo a garantir a sua preservação, evitando sua deterioração ou danos à sua integridade.

Nos casos específicos das áreas de Patologia Clínica e Cirúrgica e Unidades Externas (posto de coleta), as amostras coletadas dos pacientes internos e ambulatoriais também possuem sistemática de identificação, manuseio e armazenamento definidos de modo a garantir a consistência do resultado do exame. Nesses casos, no processo de descarte são tomadas medidas apropriadas para evitar a contaminação do meio ambiente. A garantia da preservação do produto está implícita em procedimentos específicos das áreas.

Ambiente de Trabalho

A estrutura física das áreas foi projetada de forma a atender as regulamentações da Vigilância Sanitária e outras regulamentações aplicáveis. Periodicamente a estrutura é reanalisada, a fim de se manter as condições necessárias para o alcance da conformidade dos requisitos dos produtos/serviços.

Os responsáveis pelas áreas determinam e gerenciam as condições do ambiente de trabalho com base na legislação aplicável e normas internas da SBIBAE, de modo a assegurar a adequação desse ambiente às condições necessárias à conformidade dos serviços prestados.
Neste sentido, o ambiente de trabalho também leva em conta as necessidades dos colaboradores em relação a regras e orientações referentes à segurança e à saúde ocupacional, incluindo o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), ergonomia e aspectos ligados a cuidados com higiene e limpeza. As orientações referentes à segurança e à saúde ocupacional, a cargo da área de Segurança do Trabalho da SBIBAE, levam em consideração normas e diretrizes legais que se integram à realidade das atividades desempenhadas, adotando, quando necessário, os cuidados previstos em rotinas e procedimentos técnicos do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança.
As necessidades de melhoria nas condições do ambiente de trabalho são sugeridas, avaliadas e implementadas pelas Lideranças das áreas podendo também ser detectadas através das auditorias internas e externas, como ISO 14001, *Joint Commission International*, Vigilância Sanitária, entre outras.

1.1.1.6 Qualidade e Segurança da Prática Assistencial

Os processos de prestação de serviços são realizados sob condições controladas, de modo a assegurar sua qualidade e segurança. Isso inclui:

- Manuais de Rotinas e Procedimentos e outros documentos institucionais: descrevem de maneira detalhada, todas as atividades realizadas com impacto direto na qualidade;
- Profissionais treinados e capacitados para a realização das atividades previstas nesses documentos;
- Ambiente adequado de trabalho: possibilitando o desenvolvimento adequado de cada atividade respeitando os princípios de limpeza, higiene e organização;
- Equipamentos atualizados e de alta tecnologia: escolhidos com base nas necessidades dos processos desenvolvidos, procurando-se aqueles com respaldo na literatura médica especializada e centros de referência
- Realização das atividades em conformidade com as normas internas vigentes, recomendações e procedimentos escritos e com práticas consideradas como referências ou evidências reconhecidas;
- Monitoramento e medição das etapas de cada processo: controle dos processos através de registros;
- Manutenção de equipamentos: todos os equipamentos são cadastrados internamente e possuem seu controle coordenado pela Gerência de

Engenharia Clínica, sendo que suas manutenções preventivas e corretivas são controladas e registradas através do sistema MANUSIS. São mantidos registros referentes às saídas das diversas etapas de execução, conforme descrito em procedimentos específicos do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança.

Periodicamente, as atividades relacionadas aos processos produtivos são revisadas, considerando-se a adequação ao resultado do produto/ serviço de acordo com rotina específica de cada área.

1.1.1.7 Melhoria Contínua: Monitoramento, Análise e Melhorias

Para assegurar que os procedimentos estabelecidos pelas áreas estejam sendo cumpridos de acordo com o Sistema Einstein de Qualidade e Segurança, estão estabelecidos, em cada área, a forma adequada de medição, criação de indicadores e implementação de ações que visam à melhoria dos processos.

Monitoramento da Satisfação dos Clientes

Externos: A avaliação da percepção dos clientes da Sociedade é realizada por meio das informações fornecidas pela área de Experiência do Paciente e Família (SAC). Está área é responsável por reportar mensalmente todas as manifestações sejam elas, reclamações, sugestões e elogios advindos de pacientes, familiares, visitantes e médicos.

A medição dos níveis de satisfação dos clientes, bem como suas sugestões, reclamações e elogios, são obtidas através dos seguintes canais de contato:

- Pela disponibilidade de e-mail, internet, urnas de avaliação de atendimento/caixas de sugestões, contato presencial, carta, redes sociais, WhatsApp, Reclame Aqui, conselhos consultivos de pacientes e canal de comunicação com a *Joint Commission International*.
- Pela realização de pesquisas pós-atendimento, que avalia o indicador NPS e a satisfação dos clientes.

Os dados provenientes destas fontes são estruturados em forma de indicadores que permitem aos gestores aferirem o desempenho das suas áreas e atuarem no processo de evolução das atividades e serviços prestados com *report* periódico para a alta liderança do hospital.

Internos

Sistema de Notificação de Eventos

A SBIBAE dispõe de sistema informatizado para registro, classificação e monitoramento dos eventos adversos que ameaçam a segurança dos pacientes, colaboradores e visitantes. O sistema está acessível via intranet e prevê a notificação de eventos por tipo de evento.

O sistema foi estabelecido com base em algumas premissas:

- Estabelecer Central de Gerenciamento do Sistema de Notificação de Eventos na SBIBAE, por meio do recebimento, triagem, distribuição, controle e comunicação.
- Permitir notificações anônimas.
- Focar as notificações e tratamento dos eventos para a melhoria da qualidade e segurança do paciente na SBIBAE.
- Permitir pré-classificação pelo usuário, no momento da notificação, dos eventos essenciais para a Segurança do Paciente – Evento Adverso Grave, broncoaspiração, complicação de acesso, erro de medicação, parto adequado, lesão por pressão, queda, alergia, outros eventos.
- Acompanhar a implementação das ações planejadas, decorrentes da análise de causa raiz.
- Disponibilizar, periodicamente, os relatórios e indicadores relacionados com os principais eventos e ações estabelecidas pelas áreas.
- Disponibilizar canais complementares de notificação para Corpo Clínico e Equipe Multidisciplinar
- Manter o gerenciamento dos eventos específicos, sob gestão local das áreas e serviços, com auditorias e relatórios de acompanhamento periódico para análise.
- Incentivar a notificação de eventos na SBIBAE.

<u>Monitoramento de Processos e Serviços</u>

Na execução dos processos, são realizados verificações e monitoramentos de forma a assegurar que os requisitos e as atividades planejadas foram atendidos.

Os pontos de verificação e monitoramento dos serviços prestados estão determinados nos documentos do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança.

As verificações executadas durante todo o processo permitem acompanhar as atividades desempenhadas pelas diversas especialidades que a compõem, de modo a identificar não conformidades e impedindo a continuidade da atividade não conforme. Isto assegura que as próximas atividades apenas sejam realizadas após a verificação das etapas anteriores.

Os procedimentos e rotinas ligados a estas atividades descrevem os pontos de verificação e os respectivos critérios de aceitação, técnicas de controle da qualidade, de inspeção e ensaios e nec

essidades de medições. As verificações realizadas ao final de cada processo garantem que todas as etapas anteriores de verificação foram cumpridas. Todos os pontos de verificação, os critérios de aceitação, as responsabilidades do executor e a situação destas verificações (ou "*status*") estão identificados nos procedimentos, assegurando a conformidade das atividades realizadas com os requisitos de qualidade definidos.

Nas áreas da Diretoria de Medicina Diagnóstica Ambulatorial, para assegurar que os procedimentos executados atendam ao pedido médico e possibilite uma análise ideal da condição clínica do paciente, os resultados de exames somente são liberados após a realização das devidas verificações ao longo das fases pré-analíticas e pós-analíticas.

Auditorias Internas

As auditorias internas da qualidade são utilizadas para verificar se as atividades do sistema da qualidade e seus resultados estão em conformidade com os procedimentos estabelecidos e se estão adequados com padrões de acreditações e certificações, determinando a eficácia deste sistema e prática assistencial. O planejamento das auditorias prevê sua realização em intervalos definidos e leva em consideração a importância e a situação atual dos pontos do sistema de qualidade e segurança a serem auditados.

As auditorias são realizadas por pessoal qualificado e com independência com relação às funções e/ou atividades que estão sendo auditadas.

Os resultados das auditorias realizadas são registrados em relatório próprio e disponibilizados a todos os responsáveis pelas áreas envolvidas. Estes responsáveis tomam, em tempo hábil, as ações corretivas necessárias e apropriadas para sanar os problemas levantados em sua área de atuação.

A implementação e a eficácia das ações corretivas, resultantes das constatações de auditorias internas da qualidade, são acompanhadas em conjunto com as lideranças da unidade, dentro da sistemática de ações corretivas ou preventivas, ou ainda de melhorias definidas no próprio procedimento.

Os resultados das auditorias internas são importantes fontes de informação para a análise crítica do sistema da qualidade e segurança por parte das lideranças.

Análise Crítica e Melhoria Contínua

Ao longo de todas as fases de seus processos de prestação de serviços, e em etapas posteriores, são coletados e analisados dados e informações para determinar a adequação e a eficácia do

Sistema Einstein de Qualidade e Segurança, identificando oportunidades de melhoria em sua performance.

Estas informações incluem:

- Características dos processos e suas tendências;
- Informações acerca da satisfação e da insatisfação das partes interessadas;
- Indicadores sobre a conformidade dos serviços prestados por áreas internas e fornecedores;

Estes dados são avaliados periodicamente pelas áreas e servem de subsídios para realização das reuniões de Análises Críticas, podendo ser evidenciadas através das atas de reuniões.

Anualmente, é realizada a avaliação do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança, visando à melhoria da eficácia do sistema e seus processos, assim como as melhorias em relação aos requisitos dos clientes e revisão das necessidades de recursos. Esta análise baseia-se em:

- Verificar o atendimento da política e dos objetivos da qualidade e segurança estabelecidos;
- Avaliar a conformidade do desempenho das diversas atividades e conformidade dos produtos/ serviços;
- Analisar e propor ações de melhoria mediante os resultados das auditorias internas da qualidade e das auditorias realizadas pelos órgãos certificadores;
- Analisar os resultados das avaliações de Pesquisa de Satisfação do Cliente, realizadas pelos avaliadores;
- Acompanhar ações de análises críticas do Dashboards de Qualidade e Segurança e do Planejamento Estratégico;
- Acompanhar a implementação de ações (corretivas ou preventivas) bem como identificar novos métodos e/ou tecnologias para a melhoria contínua do sistema, com o objetivo de melhorar a assistência prestada aos pacientes;
- Analisar recomendações para melhoria na qualidade e segurança do paciente, colaborador e ambiente.

A análise sistemática destes grupos de informações proporciona uma forma de identificar continuamente oportunidades melhoria de processos. Isto permite a área planejar e gerenciar o processo de melhoria contínua do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança e inclui a revisão, sempre que necessária, da política e direcionadores.

Caso necessário, reuniões extras podem ser realizadas a qualquer momento sob análise e validação dos Gestores das áreas. Essas reuniões podem ser necessárias quando ocorrem mudanças significativas no Sistema Einstein de Qualidade e Segurança ou nos processos e atividades da área ou, ainda, quando houver alguma pendência a ser discutida.

Validação dos dados

Para a SBIBAE, a confiabilidade dos dados é fundamental para garantir a eficácia dos esforços de melhoria e assegurar a utilidade das informações. Para isso, a instituição utiliza um processo de validação dos dados que acontece em casos de implementação de uma nova medida, divulgação pública dos dados, modificação da metodologia utilizada, variações inexplicáveis de resultados ou mudança do responsável pela coleta dos dados. Cada área da Sociedade que produza indicadores de qualidade e segurança deve ser responsável também pela validação destes indicadores, seguindo o Procedimento institucional de Metodologia de Validação de Dados. Esta política é desenvolvida pela Governança de Dados e sua implementação é monitorada pela Economia da Saúde, mediante fluxo definido para publicação de indicadores.

Nos casos de eventuais medições realizadas por equipamentos que se encontrem fora de calibração, em que tal condição somente seja detectada após a realização destas, a validade dos resultados obtidos deve ser avaliada.

Os equipamentos são mantidos, durante sua utilização, em condições ambientais adequadas à preservação de suas características operacionais. Os equipamentos são descritos em procedimento específico, de forma a garantir que a exatidão e a adequação ao uso sejam mantidas.

Ação Corretiva e Ação Preventiva

Os eventos adversos e não conformidades de processo ou não conformidade sistêmica recebem tratamento adequado, impedindo sua ampliação ou minimizando consequências indesejáveis aos clientes da Sociedade.

Todas as não conformidades são identificadas, avaliadas, documentadas, dispostas e notificadas às áreas envolvidas. Onde praticável, produtos ou insumos não conformes são segregados dos demais para evitar seu uso não intencional.

Detectada a não conformidade, através de auditorias do sistema da qualidade ou por qualquer colaborador da unidade, o processo de análise crítica estabelece a disposição (ação imediata) para a resolução do problema.

As atividades ou serviços que forem readequados, em consequência da não conformidade, são inspecionados e reavaliados conforme os mesmos critérios utilizados nas verificações originais.

A mesma sistemática é adotada, com as devidas adaptações, a insumos adquiridos junto a fornecedores e que tenham apresentado alguma não conformidade com relação

aos requisitos especificados. As causas de não conformidades detectadas são identificadas a partir de:

- Relatórios de não conformidade e eventos adversos;
- Reclamações de clientes (pacientes, médicos, acompanhantes etc.);
- Auditorias do Sistema da Qualidade e Segurança.

Estas causas são investigadas através da análise das não conformidades e são adotadas ações corretivas, de modo a evitar sua reincidência.

Problemas potenciais são também identificados e analisados com relação a suas causas, de forma a se adotar ações preventivas que evitem sua ocorrência na prática. São utilizadas fontes apropriadas de informações sobre os processos envolvidos na prestação de serviços, como procedimentos, registros, relatórios de auditorias e mapeamento de riscos.

Em ambos os casos, ações corretivas e ações preventivas são implementadas a partir de planos de ação que estabeleçam as responsabilidades e os controles necessários. É feito o acompanhamento de todo o processo de implementação da ação, sendo verificada sua efetividade e seus resultados registrados.

As rotinas e os procedimentos do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança são passíveis de alteração em função de implementação de ações corretivas e preventivas.

Acompanhamento de Projetos

As atividades de controle de projetos se aplicam às áreas corporativas que orientam e monitoram os projetos institucionais de melhoria contínua na metodologia *Lean Six Sigma* ou Modelo de Melhoria IHI, conjuntamente com as áreas de gestão, cujo objetivo é responder de modo eficaz e eficientemente às necessidades e expectativas dos clientes e melhorar a qualidade e segurança dos processos críticos assistenciais. As atividades de acompanhamento do projeto abrangem:

- Planejamento do projeto;
- Entradas e Saídas do projeto;
- Ideias de Mudança e Ações de Melhoria;
- Indicadores e Análise Crítica do projeto;
- Verificação de projeto;
- Validação de projeto.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

Atribuição do COMEX e da Diretoria de Prática Médica, Qualidade e Segurança (DPMQS) Os membros do COMEX têm a função garantir a execução do plano estratégico e

implantação das decisões tomadas pelo Comitê da Qualidade, Assistência e TI além de garantir a comunicação entre os diversos níveis da estrutura organizacional.

O COMEX, por meio da DPMQS, responde pelo planejamento estratégico e desdobramento das diretrizes de qualidade e segurança estabelecidas pelo Comitê de Qualidade, Assistência e TI para todas as áreas do Hospital.

1.1.1.8 Atribuições da Diretoria de Prática Médica, Qualidade e Segurança (DPMQS)

As atribuições Diretoria de Prática Médica, Qualidade e Segurança (DPMQS) são tático-operacionais e contam com o suporte dos Serviços, Comissões, Comitês e Conselhos que integram o Programa da Qualidade e Segurança. As atribuições incluem:

- Identificar e propor prioridades para o Sistema Einstein de Gestão da Qualidade e Segurança e para o Programa de Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança.
- Propor planos, políticas, diretrizes e práticas necessárias para a implementação, gerenciamento, monitoramento e melhorias do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança.
- Propor a implementação de novos sistemas e processos necessários para melhoria da qualidade e segurança, assim como a modificação dos já existentes.
- Prever recursos necessários ao desenvolvimento da qualidade e segurança na SBIBAE e implementação das ações propostas no Programa de Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança.
- Prever treinamento e qualificação necessários ao desenvolvimento e segurança dos profissionais para a prática médica e assistencial, incluindo os envolvidos nos serviços de alto risco, garantindo a implementação de ações propostas no Programa de Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança desde a admissão, com a Trilha Institucional do Sistema Einstein de Qualidade e Segurança
- Propor indicadores clínicos e administrativos, medidas de processo, resultado ou equilíbrio, para o monitoramento dos serviços em consonância com o Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança;

- Dar suporte às lideranças para a análise crítica dos resultados, analisar e apoiar as ações de melhorias propostas pelas áreas envolvidas e acompanhar as implementações das ações.

- Propor ferramentas de qualidade e segurança a serem empregadas no SEQS.

- Realizar auditorias internas de qualidade e segurança.

- Dar suporte às áreas para a implementação de novas acreditações e certificações no hospital, incluindo coordenar, apoiar e acompanhar as auditorias externas das certificações existentes;

- Mapear processos essenciais e críticos para o negócio e propor redesenho quando pertinente por meio de projetos e/ou em parceria com a área de Melhoria Contínua.

- Coordenar o Sistema de Gerenciamento e Vigilância dos Riscos.

- Identificar os pacientes e serviços de alto risco da Instituição, cooperando para o desenvolvimento de diretrizes e procedimentos para estes cuidados, além de avaliar os serviços de alto risco como parte integrante do programa de melhoria da qualidade;

1.1.1.9 Atribuições das Lideranças de áreas assistenciais, administrativas e de apoio:

- Implementar o Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança nas unidades/serviços.

- Adotar os padrões de qualidade e metodologias para a melhoria contínua, em conformidade com as diretrizes do SEQS.

- Mover a equipe para a cultura orientada para a segurança e a melhoria contínua da qualidade.

- Garantir a notificação, registro e análise dos Eventos Adversos (EAs) e participar da análise de Eventos Adversos Graves e Catastróficos (EAG) conduzidos pelo time do GVR (Gerenciamento e Vigilância do Risco). Além disso, garantir a implementação das ações necessárias para a melhoria e segurança dos processos.

- Assegurar ambiente de aprendizado nas unidades e a transparência das informações para um ambiente livre de punições e o estabelecimento da cultura de segurança.

- Agir proativamente para a análise, redução ou eliminação de riscos que comprometam a segurança dos pacientes, familiares, colaboradores e ambiente.

- Promover a comunicação efetiva com a equipe e a comunicação entre a equipe e as estruturas da organização.

- Garantir treinamento e qualificação para todos os níveis de profissionais da área

- Garantir o monitoramento efetivo da segurança na área e ser ágil na implementação de ações e solução de problemas

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

1. PROPOSTA DE REGIMENTO

O grupo de atenção à enfermagem em feridas e estomias (GAEFE) é um grupo de suporte, que realiza as avaliações e acompanhamentos de todas as lesões que acometem a pele e as estomias, dos pacientes e implementa medidas para garantir a integridade da pele.

O grupo exerce também uma função educativa, através de treinamentos e organização de eventos relacionados ao tema.

A constituição do grupo são enfermeiros de múltiplas áreas do Hospital que participaram do curso de formação anual.

2. OBJETIVOS

Orientar a forma de acionamento do GAEFE para avaliação e tratamento de pacientes com feridas, acometimentos na pele e estomias.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Cópia Controlada

Indicações: O acionamento deverá ser realizado, para todos os pacientes com acometimento cutâneo, que

necessite de uma avaliação e acompanhamento, esse acionamento dependerá do tipo da complexidade da lesão para acionar um profissional especifico. (anexo1 e 2)

ATENÇÃO: NOTIFICAÇÃO NO SISTEMA DE NOTIFICAÇÕES SERÁ REALIZADA PARA CASOS DE LESÃO POR PRESSÃO (LP), DEMAIS LESÕES REALIZAR NOTIFICAÇÃO NO FORMULÁRIO "OUTROS EVENTOS".

4. RESPONSÁVEIS

Equipe de enfermagem

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Conhecimento sobre o fluxo de acionamento

DOCUMENTO OFICIAL

6. MATERIAL

NA

7. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Paciente: O paciente será informado que receberá a visita de um enfermeiro para realizar a avaliação e acompanhamento da lesão ou estomia.

Enfermeiro Assistencial

- Responsável em acionar o grupo;

- Atualização da prescrição de enfermagem com a conduta descrita pelo enfermeiro do GAEFE;

- Acompanhamento da conduta descrita, para execução correta pela equipe de enfermagem;

- Acionamento para reavaliação de rotina ou s/n;

- Realizar notificação no sistema de notificação, quando aplicado;

Enfermeiro GAEFE

- Deverá explicar o processo de avaliação e acompanhamento;

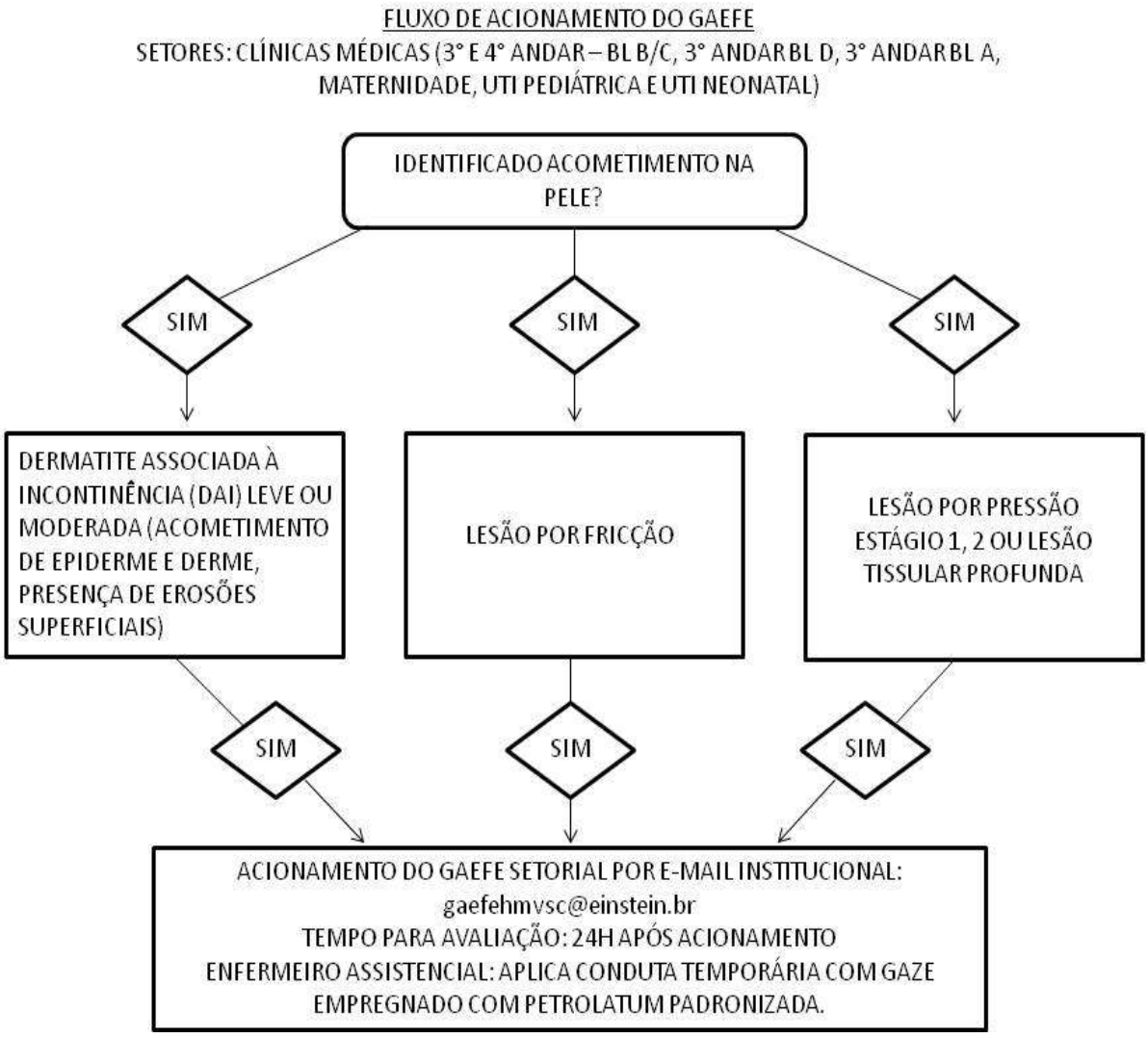
- Prescrever os cuidados para a realização do curativo, para o paciente e cuidadores;

- Evoluir a lesão com suas características das lesões;

- Evoluir as condutas e data de reavaliação;

- Acompanhar a evolução das lesões;

- Orientar notificações no sistema eletrônico.



PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

Enfermeira estomatoterapeuta

Enfermeiros membros do GAEFE

Coordenadores de enfermagem

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE PACIENTES COM RISCO DE LONGA PERMANÊNCIA

PROPOSTA DE REGIMENTO

1. INTRODUÇÃO

As condições crônicas são responsáveis por cerca de 60% das mortes por doenças não transmissíveis no mundo (OMS), assim como por incapacidade e perda funcional. Pacientes com faixa etária de 70 anos podem apresentar de cinco a sete ou mais, condições crônicas como comorbidades (OMS). Globalmente, as doenças crônicas serão responsáveis por 69% de todas as mortes globais, em 2030 (IOM).

A estruturação do Programa de Gestão de Pacientes Crônicos e com Risco de Longa Permanência Hospitalar (GPC) tem como foco a visita diária junto com time do Fluxo do paciente para avaliar possibilidades de alta, continuidade de tratamento em domicílio, ou ambulatorial, ou transferência para serviço de internação de pacientes de longa permanência, diminuindo o risco de hospitalização dos pacientes e fazendo o uso racional do leito hospitalar. Os paciente são considerados de longa permanência acima de 30 dias de internação hospitalar. Porém, pela característica do Hospital, pacientes acima de 10 dias de internação já serão avaliados.

2. OBJETIVO

Esta política tem como objetivo padronizar as condutas aos pacientes em condições crônicas no Hospital por meio de um Modelo de Atenção que considera a avaliação inicial do paciente, o plano terapêutico multiprofissional, plano educativo e plano de alta, a organização e a articulação entre os recursos humanos, físicos, tecnológicos e recursos da comunidade disponíveis para prestação e transição do cuidado.

Os principais objetivos do programa são:

- Auxiliar no planejamento de alta de pacientes internados, com estabilidade clínica, visando a transição segura de cuidados, contribuindo para uma maior adequação e racionalização de cuidados e otimizando o tempo de permanência hospitalar.
- Identificar todos os pacientes internados estáveis clinicamente com risco de longa permanência hospitalar ou internados por tempo superior a 10 dias.

- Acompanhar a visita do fluxo do paciente para conhecer as pendências dos setores que podem atrasar a alta, conhecer as previsões de alta para as próximas 72, 48 e 24 horas, apoiando o time local na solução de eventuais pendências.
- Receber e tramitar da maneira adequada os relatórios médicos para desospitalização (pedidos de assistência domiciliar).
- Avaliar a possibilidade do paciente ter risco paliativo aberto para ser avaliado.
- Desenvolver e participar de estratégias para redução da readmissão hospitalar em 30 dias.
- Monitorar e publicar indicadores de longa permanência hospitalar.

3. DEFINIÇÕES

A doença crônica, em termos gerais, é uma condição que possui progressão lenta, tempo de duração longo, sem possibilidade de resolução espontânea, e que muitas vezes limita a função, produtividade e qualidade de vida de quem vive com ela. (IOM)

A definição de longa permanência hospitalar: pacientes com tempo de internação superior a 30 (noventa) dias. Já a definição de pacientes em risco de longa permanência é definida por critérios clínicos e sociais combinados identificados pela equipe assistencial a partir do primeiro dia de internação com notificação direta ao GPC.

4. Rastreamento e Identificação de Pacientes em longa permanência ou com risco de longa permanência:
    - O rastreamento dos pacientes elegíveis é realizado através de busca ativa de pacientes com mais de 10 dias de permanência identificados no censo de internação e durante a visita do fluxo do paciente.
    - Nos pacientes com menos de 10 dias, o monitoramento é reativo e desencadeado por solicitações de:
        - Equipe assistencial e médicos que acompanham o devido a critérios clínicos e sociais identificados
        - Paciente e família que solicite apoio para desospitalização de pacientes com necessidade de suporte assistencial para o cuidado pós-alta
5. Avaliação dos Pacientes.

O Modelo de Atenção de pacientes em condições crônicas considera a seguintes Diretrizes:

- A assistência centrada no paciente e família;
- Um processo assistencial integrado com acompanhamento da transição do paciente entre os serviços e considerando os estágios da pré-doença, doença, perda funcional, incapacidade e final de vida; As necessidades de diferentes tipos de cuidado como o

ambulatorial, hospitalar e domiciliar com a garantia da continuidade do tratamento;

- Plano assistencial interdisciplinar e sempre que possível atuação das equipes: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico, educador físico e assistente social;
- O acesso aos recursos da comunidade para continuidade do cuidado;
- As estratégias e materiais educacionais que favoreçam a retenção do conhecimento, adesão às orientações e mudança do hábito de vida dentro do contexto da prevenção e/ou do tratamento;
- O gerenciamento da informação por meio de indicadores assistenciais, indicadores financeiros, indicadores de resolutividade e gerenciamento do caso.

Todos os pacientes elegíveis são avaliados inicialmente pela time do GPC. Os dados são coletados durante visitas à unidade de internação, visitas diretas ao paciente e seus familiares, análise de prontuário e em discussões com equipe responsável. Após esta avaliação inicial é identificado as principais barreiras que possam influenciar na transição destes pacientes e é realizado um plano de ação.

É realizado o monitoramento do tempo de permanência, condição clínica e quando há estabilidade clínica para transição é dado o suporte e orientação para avaliação das necessidades de recursos humanos e estruturais para a desospitalização.

6. Funções do Gerenciamento dos Pacientes Crônicos

A equipe participa ativamente das intermediações e das negociações para a transição segura de cuidados dos pacientes elegíveis, isto é, trabalhar para a transferência dos pacientes para o domicílio ou para outros serviços de saúde, planejando o suporte de recursos estruturais e humanos de acordo com as necessidades dos pacientes.

- Captação, análise e gerenciamento dos pacientes com Risco de Longa Permanência ou Readmissão com a finalidade de monitorar os indicadores;
- Análise das condições clínicas e do plano terapêutico de pacientes com potencial para transição segura de cuidados ou risco para longa permanência hospitalar.
- Identificação dos casos complexos e participação das discussões de ações estratégicas para melhoria dos desfechos.

- Interação com o corpo clínico, rede de saúde e família e ou responsável para alinhar os recursos estruturais e humanos necessários para a transição segura do paciente.
- Intermediação das questões que interferem na transição de cuidados dos pacientes, envolvendo o corpo clínico e a equipe assistencial, , a família, os responsáveis ou o próprio paciente.
- Geração de conhecimento através participação e organização de aulas, cursos de formação e especialização relacionados à área, eventos e congressos externos e internos, e da geração de estudos científicos no hospital e em outros centros de excelência.

6.1. Abordagens Equipe GPC

Atua de acordo com o plano de ação individualizado realizando as seguintes ações:

- Abordagem da equipe médica responsável pela internação;
- Abordagem da equipe assistencial responsável;
- Interlocução com a rede;
- Abordagem familiar e ou de responsáveis pela internação;

Quando necessário, realizam-se discussões conjuntas com as partes envolvidas visando à alta médica segura (equipe médica, paciente/familiares e rede de saúde).

6.2. Intermediação de solicitações de assistência domiciliar.

A equipe do GPC é responsável pelo encaminhamento das solicitações de assistência domiciliar emitidas pelas equipes médicas responsáveis às respectivas unidades de saúde.

6.2.1. O pedido preenchido, carimbado e assinado pelo médico é encaminhado pela equipe do setor de internação por e-mail para o grupo da longa permência ;

6.2.2. O pedido é avaliado pelo grupo quanto às necessidades do paciemte e serviços disponíveis na rede de atendimento;

6.2.3. A equipe do GPC verifica quais pacientes com solicitação de desospitalização registrada receberam alta hospitalar. Os pacientes que permanecem internados continuam sendo monitorados pelo grupo.

7. Proposta de teleacompanhamento pós-alta

Ferramenta utilizada pelo enfermeiro que tem como objetivo orientar os cuidados e esclarecer possíveis dúvidas que o paciente, familiar e ou acompanhante possam ter na chegada ao

domicilio. Tem o intuito de promover uma desospitalização mais segura e reduzir as readmissões por causas evitáveis.

O primeiro contato ocorre em até 72h após a alta, sendo os contatos subsequentes a serem definidos frente as demandas encontradas ou opcionais de acordo com a avaliação do profissional de referência. Preferencialmente realizar total de 3 contatos dentro dos primeiros 7 a 10 dias após a alta (período de maior taxa de readmissão por causa evitável).

A chamada de vídeo é realizada no setor do GPC, podendo ter a participação de algum outro membro da equipe multiprofissional e o paciente, familiar e ou acompanhante do mesmo.

O atendimento é gratuito, sem custos adicionais ao paciente.

7.1. Indicações

A equipe assistencial e o GPC são responsáveis em identificar os pacientes que poderão ter benefícios com o atendimento, são eles: pacientes que apresentaram mudança no quadro clínico/funcional nesta internação, prescrição de cuidados complexos, lesões de pele complexas, novos dispositivos, pacientes que entraram para o protocolo de monitorização de risco de suicídio ou que apresentem fatores de risco que relacionados aumentem a possibilidade de readmissão (disfagia, ICC, distúrbios neurológicos como AVC e/ou demências, DPOC ou PNM aspirativa, Infecções frequentes do trato urinário, alto risco de queda).

7.2. Contra-Indicação

-Saídas para outros serviços de saúde;

-Barreiras relacionadas á tecnologia exigida, não sendo possível realizar caso o paciente/familiar/acompanhante não possua celular, tablet, notebook e/ou acesso à rede.

- Recusa do paciente.

8. CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Este programa correlaciona com as recomendações do Estatuto do Idoso.

RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html

9. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

9.1. Taxa de pacientes com longa permanência (>ou igual 30 dias)

Numerador: número de Pacientes com permanência maior ou igual a 30 dias.

Denominador: número de saídas hospitalares - somatória das altas, transferências externas e óbitos do hospital no mês.

10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Nacional de ações básicas de Saúde. Conceitos e definições em saúde. Brasília: 1977.
2. Associação Nacional de Hospitais Privados. Publicação ANAHP. Os desafios na gestão de leitos de longa permanência. Rev Panorama. 2015 Maio-Jun: 18-24.
3. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saúde Pública. 2004 Abr; 38 (5): 687-94.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados.
5. Noel et al. BMC Family Practice (2020). Tele-transitions of care (TTOC): a 12-month randomized controlled trial evaluating the use of Telehealth to achieve triple aim objectives. https://doi.org/10.1186/s12875-020-1094-5.
6. Carolina de Lima Pires (12/03/2021 12:22:24 PM) - Inclusão do tele-acompanhamento pós alta. e revisão do processo de atuação do time de gestão do paciente crônico. Revisão realizada por Carolina de lima Pries, Tatiana Pinheiro da Costa Rozino e Vivian Valéria de Oliverira

PROPOSTA DE COMPOSÇÃO

o Comitê deverá ser composto por no mínino um enfermeiro; um farmacêutico; um assistente social; um psicólogo; um fisioterapeuta; um nutricionista; e médicos representantes das unidades de internação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Equipe e planejamento	• Definição equipe de gerenciamento • Estabelecer indicadores chave • Desenvolvimento do escopo de atuação e diretrizes
Fevereiro	Reunião 2	• Implantar práticas para gerenciamento de pacientes de longa permanência • Definição de relatórios de controle
Março	Reunião e Treinamento 3	• Treinamento cuidados e gestão de pacientes de longa permanência • Busca ativa de pacientes com internação acima de 15 dias
Abril	Reunião 4	• Implantação e acompanhamento diretrizes • Busca ativa de pacientes elegíveis • Integração com outras comissões
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores • Feedback das unidades de internação • Busca ativa de pacientes elegíveis
Junho	Reunião 6	• Revisão das diretrizes e ajustes • Busca ativa de pacientes
Julho	Reunião 7	• Integrações com rede de apoio • Busca ativa de pacientes elegíveis • Acompanhamento dos indicadores
Agosto	Reunião 8	• Integrações com rede de apoio • Busca ativa de pacientes elegíveis • Acompanhamento dos indicadores
Setembro	Reunião e treinamento	• Treinamento setoriais e equipe multiprofissional • Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual • Busca ativa de pacientes elegíveis
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias • Busca ativa de pacientes elegíveis

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMITÊ DO FLUXO DO PACIENTE e NIR

PROPOSTA DE REGIMENTO

INTRODUÇÃO

O fluxo de pacientes representa a capacidade do sistema de saúde em atender os pacientes de forma eficiente, respeitando as movimentações nos diferentes níveis de cuidados. Sempre que um paciente espera para o acesso ao próximo passo no local menos apropriado, existe desperdício, e os custos desses desperdícios impactam, de forma significativa, sobre a qualidade dos cuidados que um paciente recebe.

Além disto, a utilização de leitos por pacientes que poderiam estar de alta hospitalar deve ser evitada, uma vez que a não utilização correta da capacidade levará ao resultado de demanda maior que a capacidade, levando ao acúmulo de pacientes aguardando leito e menor disponibilização de vagas para o Complexo Regulador.

OBJETIVO

Garantir atendimento de pacientes, visitantes e acompanhantes com efetividade mantendo interface entre as áreas assistenciais e apoio considerando foco na experiência do paciente.

Garantir o uso correto dos recursos, com pacientes alocados nos locais mais adequados e permanecendo no Hospital o menor tempo possível.

DEFINIÇÕES

Considerado a efetividade da entrada do paciente, visita e acompanhantes pela recepção, direcionamento da sua acomodação mediante gestão de leitos e regulação (NIR), bem como controle das remoções; interface com as áreas viabilizando transporte interno; segmentação do tratamento garantindo agendamento de consultas; e, atuação no desfecho da experiência dos pacientes e familiares sob controle do nível de satisfação do usuário e/ou acolhimento e direcionamento no fluxo do óbito.

RESPONSABILIDADES

1. SAC

O Serviço de atendimento ao cliente oferece um canal de comunicação entre o cliente e o hospital. As manifestações recebidas, após triagem, são direcionadas para o gestor da unidade para análise da causa raiz, tratativa e parecer ao cliente. Os indicadores desta área auxiliam os gestores na implantação de ações para melhoria de processo existentes.

Atuação com o comitê da experiência do paciente com objetivo de garantir melhorias no atendimento e infraestrutura através do olhar dos clientes e representantes da comunidade. Interação com o voluntariado para realização de comemorações de datas festivas e acolhimento enquanto indicação de internação.
Interface com Canal de Ouvidoria do Município – 156, com emissão de relatórios trimestrais e devolutiva das demandas espontâneas seguindo tratativa citada com gestor e área envolvida.

2. ATENDIMENTO

Área responsável pelo cadastro nas recepções e identificação do paciente, garantindo direcionamento e acolhimento com qualidade dos pacientes, familiares, visitantes, fornecedores e colaboradores.

3. RECEPÇÃO AMBULATORIAL:

Cadastro e identificação de pacientes para consultas, exames e procedimentos. Entrega de receitas e pedidos médicos arquivados para retirada conforme convocação da enfermagem. Cadastro e identificação de pacientes para realização de exames laboratoriais e procedimentos eletivos e para consultas com equipe multidisciplinar.
Cadastro e identificação de pacientes de demanda espontânea para triagem e atendimento clínico na classificação de risco.

4. RECEPÇÃO VISITANTES:

Controle de acessos de visitantes e acompanhantes mediante horários acordados com as unidades e para casos de exceção, contato realizado imediato para confirmação da liberação. Controle de acesso de fornecedores e colaboradores.

5. RECEPÇÃO INTERNAÇÃO:

Admissão de pacientes com internações eletivas e provenientes da UPA para as unidades assistenciais.

6. AGENDAMENTO

Agendamento presencial de consultas, exames e procedimentos de enfermagem, com orientação dos preparos quando pertinentes. Direcionamento dos casos que necessitam de encaixe garantindo a atualização do cadastro para contatos futuros.

7. BACKOFFICE AGENDAMENTO:

Realiza remanejamentos de agendas ambulatoriais mediante bloqueios por necessidade médica; gestão dos encaixes com interface das equipes médicas; agendamentos de consultas

ambulatoriais de pacientes pós alta hospitalar; contato com paciente para atualização das atividades realizadas para atualização do retorno.

8. BACKOFFICE AMBULATORIAL:

Responsáveis pela organização dos consultórios, solicitação de materiais; bem como suporte para backoffice agendamento para as devolutivas aos pacientes referente agendamentos realizados.

9. BACKOFFICE Pronto Socorro:

Responsáveis pela organização dos consultórios, solicitação de materiais, alta administrativa dos prontuários físicos e encaminhamento para o SAME. Organização das documentações para internação de pacientes aceitos em outros serviços.

NIR – NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Funcionamento 24 horas, 7 dias na semana, fazendo a interface interna entre os setores e a interface do Hospital com atores externos.

GESTÃO DE LEITOS: gerenciamento dos leitos operacionais em interface com higiene e rouparia. Responsável pelas reservas cirúrgicas e eletivas. Realiza as movimentações internas de leito, com apoio do SCIH. Comunicação diária com a Diretoria e Gerência referente taxa de ocupação do hospital no dia.

REGULAÇÃO: recebimento e encaminhamento de pacientes via Central de Regulação e solicitação de ambulâncias para transferências externas de pacientes. Reporte diário com Diretoria e Gerência referente capacidade operacional versus demanda da Regulação.

TRANSPORTE INTERNO: responsável por viabilizar e realizar transporte interno de pacientes para atendimento das necessidades das unidades assistenciais.

REMOÇÕES: responsável pelas reservas e solicitação de remoções para transferência externa de pacientes e contratação do serviço terceirizado.

MORGUE

Área responsável pelo controle de saída do óbito e gestão da capacidade operacional conforme demanda diária. Processo de liberação do óbito e orientação aos familiares junto ao serviço funerário.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

NR-32 Segurança e Saúde do trabalho em Serviços de Saúde.

NR-17 Trabalho em Teleatendimento/ Organização do Trabalho e Ergonomia.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

ORGANOGRAMA DA ÁREA

DIMENSIONAMENTO DO SETOR

RECURSOS HUMANOS

Coordenador de atendimento

Analista de Informações Pleno

Médico

Enfermeiro Sênior

Enfermeiro Pleno

Técnico de Controle de Leitos

Auxiliar de Transporte

Líderes de Atendimento

Técnicos Administrativos I

Assistente de Atendimento I

Aprendizes

Mensageiros

ESTRUTURA FÍSICA

RECEPÇÕES:

- posições de atendimento
- computadores

SALAS ADMINISTRATIVAS:

- posições de atendimento
- computadores/notebooks

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Os indicadores e representam os principais resultados do fluxo do paciente. Todos indicadores possuem ficha técnica e análise periódica dos resultados.

SAC

NPS

Pesquisa de Satisfação do Cliente

Manifestação por Classificação e Área

Taxa de Retorno do Gestor à Tratativa

ATENDIMENTO

Tempo Médio de Espera

Tempo Médio de Atendimento

Produtividade de Atendimento

Volumetria de Atendimento

TRANSPORTE INTERNO

Tempo de Atendimento do Transporte para o Centro Cirúrgico

Tempo de Atendimento do Transporte para as Unidades Assistenciais

CESTA FLUXO DO PACIENTE (inclui pacientes de longa permanência)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM PERFUROCORTANTES

PROPOSTA DE REGIMENTO

1. OBJETIVO

Não se aplica

2. TERMOS E DEFINIÇÕES

Não se aplica

3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Capítulo I – Da Missão

Art.1 O Comitê de Prevenção de Acidentes com Material Perfurocortante tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da elaboração, implantação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes no hospital.

Capítulo II – Das Finalidades

Art.2 Estabelecer diretrizes para a elaboração e implantação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes com probabilidade de exposição a agentes biológicos, visando à proteção, segurança e saúde dos colaboradores no serviço de saúde, bem como, daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Capítulo III – Das Definições

Art.3 Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

Art.4 Materiais perfurocortantes são aqueles utilizados na assistência à saúde que têm ponta ou gume, ou que possam perfurar ou cortar.

Art.5 O dispositivo de segurança é um item integrado a um conjunto do qual faça parte o elemento perfurocortante apresentado como tecnologia capaz de reduzir o risco de acidente, seja qual for o mecanismo de ativação do mesmo (ativo ou passivo).

Capítulo IV – Das Competências

Art.6 Ao Comitê compete:

a) Análise dos acidentes de trabalho ocorridos e das situações de risco com materiais perfurocortantes:

b) Estabelecimento de prioridades, considerando obrigatoriamente os seguintes aspectos:
    1) situações de risco e acidentes com materiais perfurocortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;
    2) frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfurocortante específico;
    3) procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes; e
    4) número de colaboradores expostos às situações de risco de acidentes com materiais perfurocortantes.
c) A adoção das medidas de controle, devendo obedecer à seguinte hierarquia:
    1) substituir o uso de agulhas e outros perfurocortantes quando for tecnicamente possível;
    2) adotar controles de engenharia no ambiente (por exemplo, coletores de descarte);
    3) adotar o uso de material perfurocortante com dispositivo de segurança, quando existente,
    4) disponível e tecnicamente possível; e
    5) mudanças na organização e nas práticas de trabalho.
d) Seleção e mantimento para uso dos materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança.
e) Capacitação dos colaboradores.
f) Cronograma de implementação do plano de prevenção de riscos de acidentes com perfurocortante baseado nas ações diversas de prevenção a partir do PPRA.
g) Monitoramento do plano.
h) Avaliação da eficácia do plano.

Capítulo V – Da Organização

Art.7 Conforme a Portaria nº 1.748, de 30 de agosto de 2011: O empregador deve elaborar e implantar

Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, conforme as diretrizes

estabelecidas no Anexo III da Norma Regulamentadora número 32.

Capítulo VI – Dos Membros

Vide proposta de constituição

Capítulo VII – Das funções

Art.9 O Comitê de Prevenção de Acidentes com Material Perfurocortante se reunirá obrigatoriamente trimestralmente e ordinariamente quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, devendo ser lavrado em ata.

Art.10 A presença nas reuniões é obrigatória a todos os membros. O membro que não puder comparecer deverá enviar um representante da área. E os convites de participação espontânea passarão a ser abertos a outros colaboradores da assistência e áreas correlacionadas desde que haja a possibilidade da acomodação dos mesmos em local previamente reservado e adequado para o recebimento.

Capítulo VII – Adendo de referência ao documento MAPE no PGR

Art.11 Em consequência de uma alteração na portaria da norma supracitada nós atribuímos no ano de 2019 o cumprimento na inserção de um mapeamento documentado anexo ao Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR dos estabelecimentos de Serviços de Saúde, onde, além das especificações técnicas exigidas da NR32, segue nomeado como MAPEAMENTO DOS PERFUROCORTANTES – MAPE. Esta terminologia abarcada em nossa documentação física no PGR localizado no SESMT relaciona uma apresentação do mapa de risco possível de verificar a relação dos insumos perfurocortantes contemplados e as medidas preventivas destacadas com base no documento vigente anexo ao PGR do HMMD.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A comissão deve ser constituída, sempre que aplicável, pelos seguintes membros:

a) o empregador, seu representante legal ou representante da direção do serviço de saúde;
b) representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, conforme a Norma Regulamentadora n.º 4;
c) vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora n.º 5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPA;
d) representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
e) direção de enfermagem;
f) direção clínica;
g) responsável pela elaboração e implantação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;
h) representante da Central de Material e Esterilização;
i) representante do setor de compras;
j) representante do setor de padronização de material (CPMMMES);
k) representante Gestão da Qualidade& Segurança.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

1. INTRODUÇÃO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital - CFT HO é responsável pela condução técnica, política e administrativa de todo o processo de avaliação de incorporação de medicamentos no âmbito hospitalar alinhado com as práticas do Conselho Federal de Farmácia. As reuniões ocorrem com periodicidade de 2 meses ou de acordo com as demandas identificadas (se necessário realizar reunião extraordinária) e devem contar com a presença dos membros definidos na Portaria de nomeação (Anexa ao documento) e membros consultores convocados conforme demanda da CFT.

2. OBJETIVO

Promover e elaborar a padronização de medicamentos, baseado no conceito de eficácia, toxicidade e custos, auxiliando na consolidação de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos e outros insumos farmacêuticos e aprovando a aquisição de medicamentos com valor terapêutico comprovado, racionalizando o uso de medicamentos dentro do Hospital, assim como a aprovação de novas terapêuticas medicamentosas comprovadas e assessorando a equipe de saúde em assuntos relacionados a medicamentos.

3. COMPOSIÇÃO

Presidente:

- Convocar e coordenar as reuniões da Comissão, bem como aprovar a pauta.
- Indicar os membros e colaboradores.
- Subscrever os documentos e resoluções da Comissão.
- Representar a Comissão perante a Diretoria e Corpo Clínico.
- Eleger um terceiro especialista para análise de processos em que há conflito de posições.
- Coordenar o processo de revisão da padronização de medicamentos para uso no Hospital Órion.
- Alinhar toda inclusão de nova padronização para o Hospital
- Promover a integração da CFT entre demais CFT de outras unidades
- Redigir juntamente com os membros da CFT o documento sobre utilização de medicamentos sem base científica.

Farmacêutico(a):

- Comunicar aos membros da Comissão, a data e local das reuniões.
- Auxiliar o presidente com relação a definição de pauta.
- Preparar os assuntos e materiais a serem discutidos na reunião conforme pauta definida.
- Registrar em ata as resoluções.
- Manter documentação pertinente, arquivada e disponível.

- Divulgar as resoluções tomadas.
- Assessorar o Presidente na coordenação dos processos de revisão da padronização de medicamentos e do Manual Farmacêutico.
- Encaminhar os processos de padronização recebidos, elaborando uma análise farmacoeconômica focando os critérios definidos como GAFO, segurança do item, efetividade do medicamento, entre outros.

Membros:

- São os colaboradores: Gerente Assistencial, coordenadores médicos, coordenador farmacêutico, coordenadores enfermagem, farmacêutico, enfermeiro qualidade, enfermeiro MDA, médico SCIH, médico anestesista, médico MDA, gerente de suprimentos como representante administrativo.
- Comparecer às reuniões da Comissão.
- Analisar os processos encaminhados, emitindo parecer técnico oficial a respeito.
- Participar da tomada de decisão das resoluções da CFT.

Colaboradores / Consultores:

- São todos os colaboradores pertencentes a qualquer especialidade pertinente às demandas levantadas, como fisioterapeuta, nutricionista, anestesista, entre outros.
- Quando acionados, devem colaborar na análise das resoluções e processos encaminhados através de parecer técnico sobre o assunto.

4. ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

Estabelecer critérios e normas para a utilização e padronização de medicamentos alopáticos (inclusão e exclusão de itens).

- Estabelecer critérios para a utilização / prescrição de medicamentos não padronizados, não alopáticos e não inscritos na ANVISA sendo que os mesmos deverão passar por análise extraordinária da CFT.
- Elaborar a relação de medicamentos padronizados, atualizá-la e divulgá-la periodicamente, enfatizando seu uso como instrumento básico para a prescrição médica.
- Elaborar, revisar, editar, contribuir e distribuir o Manual Farmacêutico .
- Alinhar junto à comissão de ética e pesquisa sobre a utilização de novos medicamentos para garantir a rastreabilidade dos mesmos.
- Promover estudos de utilização de medicamentos (como está sendo utilizado, perfil de gastos, aplicação de indicadores).
- Divulgar toda informação sobre medicamentos que possa estar relacionada ou interfira nos resultados esperados da terapia medicamentosa.
- Embasada em aspectos técnicos e/ou legais, a CFT pode determinar a exclusão de um medicamento da relação de itens padronizados, bem como coibir sua utilização mesmo não

sendo padronizado e se necessário acionar o fluxo de gerenciamento de conflitos (para casos de medicamentos próprios e que não possuem comprovação científica).

- Incentivar a farmacovigilância, como forma de detecção e prevenção de eventos adversos relacionados a medicamentos através da notificação de reações adversas.
- Participar das investigações de eventos adversos graves relacionados ao uso de medicamentos ou outros insumos farmacêuticos;
- Desenvolver e apoiar ações de promoção do uso racional de medicamentos e demais insumos farmacêuticos;
- Colaborar e participar das atividades de educação permanente da equipe de saúde;
- Participar das atividades de auditorias ou monitoramento sobre a utilização de medicamentos de uso restrito;
- Elaborar e divulgar instrumentos educativos;
- Construir e monitorar indicadores do uso de medicamentos selecionados.

5. Relacionamento hierárquico

É um órgão de assessoria diretamente vinculado ao Diretor tendo a composição à Presidente à Membros Consultores.

6. Eleição e mandato dos membros

Não se aplica.

7. Formalização dos atos da comissão

a) Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizados reuniões mensais.
b) A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.
c) As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Resolução CFF 449/2006 – Dispõe sobre a atuação do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica

Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

9. Referências Bibliográficas

Resolução CFF 449/2006 – Dispõe sobre a atuação do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica

Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

10. Documentos relacionados

Formulário Padrão para Inclusão de novos medicamentos

Formulário Padrão para Inclusão de novas tecnologias

11. INDICADORES

Taxa de reuniões realizadas à nº de reuniões realizadas no período / n° reuniões programadas no período x 100

Taxa de itens incluídos à nº de itens incluídos no período / nº de itens padronizados x 100

Taxa de itens excluídos à nº de itens excluídos no período / nº de itens padronizados x 100

12. ANEXO

CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICAE

O Diretor Geral do Hospital, no uso de suas atribuições legais e com fundamento na Resolução CFF 449/2006 que "Dispõe sobre a atuação do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica" e na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004, que "Estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica". Resolve:

Artigo 1º. - Nomear a Comissão de Comissão De Farmácia e Terapêutica, que será responsável pela condução técnica, política e administrativa de todo o processo de avaliação de incorporação de medicamentos no âmbito do Hospital.

Artigo 2º. – Os membros da Comissão serão representantes dos seguintes serviços:

Presidente

1. Coordenadora da Farmácia

Farmacêutica

2. Farmacêutica

Membros consultores

3. Coordenadora do Medicina Diagnóstica Ambulatorial e Pronto Atendimento
4. Coordenador médico da Medicina Diagnóstica Ambulatorial

5. Coordenador da Unidade Pronto Atendimento
6. Médica Infectologista
7. Coordenadora Médica da Anestesia
8. Coordenadora de enfermagem da UTI e Clínica Médica e Cirúrgica.
9. Coordenador Médico da UTI
10. Coordenadora de Qualidade e Segurança do Paciente
11. Patrícia Freite Cavalcante – CRM GO 20909 – Médica
12. Gerente de suprimentos
13. Gerente Assistencial.

Goiânia, xx de XX de 2023.

_____

Diretor Geral/ Técnico

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMITÊ DE TERMINALIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

INTRODUÇÃO

Reconhecendo as controvérsias e inseguranças geradas na assistência ao paciente terminal e na administração de cuidados paliativos entre os médicos e a equipe assistencial e para que questões não resolvidas de natureza assistencial, ética e jurídica não sejam empecilhos para o melhor tratamento destes pacientes, o Comitê de Terminalidade e Cuidados Paliativos tem como propósito ser a referência para a definição, implantação e monitoramento dos padrões que regem a Terminalidade e os Cuidados Paliativos na SBIBAE.

ATRIBUIÇÕES

1. Definir as políticas e padrões para a prática em Terminalidade e em Cuidados Paliativos;
2. Planejar, implantar e monitorar as ações relacionadas à assistência ao paciente em Terminalidade e em Cuidados Paliativos;
3. Acompanhar, analisar, aprimorar e discutir os indicadores definidos para Terminalidade e Cuidados Paliativos;
4. Definir requisitos para capacitação profissional em Terminalidade e Cuidados Paliativos;
5. Promover eventos e fóruns de discussão e atualização profissional;
6. Atuar como estrutura de integração das práticas das diversas áreas assistenciais da SBIBAE;
7. Atuar como moderador, mediador e árbitro nos casos de conflitos assistenciais relacionados a Terminalidade e a Cuidados Paliativos;
8. Apoiar a equipe contratada para atuação na prática de Terminalidade e Cuidados Paliativos.

RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO

Matricialmente, o Comitê está subordinado a Gestão de Pacientes com Condições Crônicas e Idosos da Diretoria do Hospital Israelita Albert Einstein e, localmente, a Diretoria do HOSPITAL.

RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

As responsabilidades dos membros são:

1. Participar das reuniões ativamente emitindo pareceres dos assuntos abordados.
2. Manter sigilo das informações discutidas e pareceres.
3. Atuar como multiplicador difundindo as condutas relativas a Terminalidade e Cuidados Paliativos que podem melhorar a assistência em pacientes necessitados.

4. Garantir o desenvolvimento e a implantação do Plano de Ação.

As responsabilidades do coordenador são:

1. Coordenar as atividades do Comitê de Terminalidade e Cuidados Paliativos com vistas à consecução de suas funções.
2. Representar o Comitê de Terminalidade e Cuidados Paliativos, quando se fizer necessário.
3. Convocar reuniões extraordinárias e cancelar as reuniões ordinárias.
4. Dirigir as reuniões organizando a pauta do dia.
5. Validar a ata do dia junto com o secretário para posterior divulgação.
6. Aprovar as medidas que se mostrarem urgentes.

O Núcleo de Apoio a Terminalidade tem como propósito esclarecer dúvidas em casos específicos e fornecer orientações, apoio e respaldo institucional para as condutas.

i. Os membros ou delegados da DPM, Anestesia, Comissão de Bioética, CTI, Centro de Oncologia e Hematologia, Residencial (ILP) / Crônicos, Pediatria compõem o Núcleo de Apoio a Terminalidade que poderá ser acionado pelo médico contratado e/ou pelo médico titular a qualquer momento, seja pessoalmente ou por telefone.

- O subgrupo de Práticas Assistenciais em Cuidados Paliativos e Terminalidade, responde ao Comitê e tem como propósito desenvolver e operacionalizar as propostas relacionadas a padrões e práticas assistenciais.

O coordenador do Comitê é eleito pelos membros e tem o mandato de um ano.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

☐ Código de ética médica CFM 1931/2009

☐ Resolução CFM 1805/2006

☐ Resolução CFM 1995/2012

FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO

1. O Comitê se reunirá mensalmente e de acordo com as demandas;
2. As reuniões deverão ter pauta divulgada anteriormente e ata divulgada em um prazo de sete dias;
3. O Comitê deverá realizar relatórios de atividades e dos resultados semestralmente.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Comitê de Terminalidade e Cuidados Paliativos Matricial é composto por representantes das equipes multiprofissionais das seguintes áreas / especialidades.

☐ Comissão de Bioética

- ☐ Comissão de Ética Institucional
- ☐ Departamento Jurídico
- ☐ DPM
- ☐ DPAQSMA
- ☐ Diretoria Clinica
- ☐ Centro de Oncologia e Hematologia
- ☐ CTI
- ☐ CMC
- ☐ Residencial (ILP) / Crônicos – validar Maluf
- ☐ Serviço de Atenção Domiciliar (Home Care)
- ☐ Departamento de Pediatria
- ☐ Departamento de Anestesia
- ☐ Grupo de Rastreamento de Riscos de Condições Crônicas
- ☐ Equipe contratada para atuação em Terminalidade e Cuidados Paliativo

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO

PROPOSTA DE REGIMENTO

INTRODUÇÃO

A Comissão de integração do Hospital tem como finalidade contribuir no aprimoramento técnico, administrativo e ético das Comissões Hospitalares. É um órgão de assessoria ligada diretamente à Diretoria do Hospital.

ATRIBUIÇÕES

O presidente da Comissão de Integração será o interlocutor da diretoria junto às Comissões Hospitalares, garantindo assim o pleno funcionamento dessas e mantendo o caráter confidencial das informações processadas.

RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO

A Comissão de Integração está ligada diretamente à Diretoria do Hospital, terá na sua composição: todos os Presidentes e Representantes das Comissões e Comitês do Hospital podendo contar com o apoio da secretaria da diretoria caso necessite.

RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

Funções do Presidente:

- Representar a comissão de integração;
- Acompanhar o desenvolvimento de cada Comissão Hospitalar mediante cronograma de reuniões, relação de participantes em cada reunião, atas de reuniões, outros quesitos e indicadores;
- Convocar trimestralmente reuniões periódicas com todas as Comissões e Comitês;
- Convocar reuniões extraordinárias com uma ou mais comissões, caso for necessário;
- Participar das Reuniões das Comissões, caso julgar necessário;
- Encaminhar trimestralmente a diretoria os relatórios recebidos pelas Comissões, além de encaminhar um relatório o sobre o desempenho de cada Comissão;
- Monitorar todas as Comissões Hospitalares o cronograma de atividades e o calendário semestral de todas as reuniões.

Funções dos Presidentes e representantes das comissões e comitês

- Elaborar regimento interno das comissões;
- Comunicar a saída de um membro das comissões, por qualquer motivo à Comissão de Integração, já com o nome do novo substituto;

- Entregar documentos relacionados conforme cada comissão e comitê. Com prazos estipulados pelos mesmos;

ELEIÇÃO E MANDATO DOS MEMBROS

O Presidente da comissão de integração é escolhido pela diretoria do hospital e com tempo e mandato de 2 (dois) anos, podendo ser renovado.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

As Comissões e Comitês constituídos são baseados por portaria e monitorados pela Comissão de Integração do Hospital

FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO

Reuniões Permanentes

A Comissão de integração reúnem-se a cada três meses ou sempre que necessário em caráter excepcional com a participação de todos os membros.

1. As atas das reuniões serão elaboradas durante a mesma e disponibilizadas a comissão.
2. Nas atas deverão constar todos os membros presentes, e as disposições principais resolvidas e/ou discutidas em reunião.
3. Nas reuniões são analisados os relatórios como os casos de não conformidade relacionados a estratégia de acompanhamento dos indicadores de qualidade.
4. Nas reuniões serão analisadas a implantação das resoluções adotadas nas reuniões anteriores.
5. Em caso de três faltas consecutivas, sem justificativa, às reuniões desta Comissão, o Presidente irá comunicar a falta à diretoria e solicitar a indicação outra pessoa para representá-lo.

Direitos, Deveres e Poderes

É **dever** desta Comissão :

- Padronizar e monitorar as rotinas e condutas
- Definir os indicadores de qualidade.
- Incentivar a Educação Continuada

É **direito** desta Comissão: ter acesso a todas as informações necessárias ao exercício da sua finalidade.

Esta comissão tem como único **poder** assegurar o cumprimento dos indicadores de qualidade por ela definidos.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO
PRESIDENTE E SECRETARIOS DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

REGIMENTO DO NÚCLEO DE GERENCIAMENTO DE EVENTOS ADVERSOS COMPORTAMENTAIS – NUGEAC

PROPOSTA DE REGIMENTO

1. INTRODUÇÃO

A criação do Núcleo de Gerenciamento de Eventos Adversos Comportamentais (NUGEAC) tem por objetivo apoiar e subsidiar as análises e tomadas de decisão da diretoria, gerência médica e assistencial em situações onde há suspeita e/ou comprovação de comportamentos não alinhados ao padrão institucional. O escopo de atuação do NUGEAC envolve a avaliação de eventos assistenciais comportamentais julgados como disruptivos de profissionais médicos, de enfermagem, de fonoaudiologia, nutricionista, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de serviço social, de psicologia e farmacêuticos.

Incluem-se no escopo reclamações referentes à postura comportamental do profissional, não cumprimento dos processos administrativos e éticos institucionais, casos de imprudência, negligência, imperícia ou quaisquer situações que envolvam infrações ou violações. Tais condições podem representar riscos administrativos, jurídicos, relacionados à experiência do cuidado do paciente e à imagem da Sociedade Brasileira Israelita Albert Einstein (SBIBAE).

Comportamentos disruptivos referem-se ao estilo de interação de um profissional com outros indivíduos, incluindo profissionais do ambiente hospitalar, pacientes e membros de sua família, que interferem no cuidado do paciente e afetam de forma adversa, a habilidade da equipe multidisciplinar de trabalhar de forma efetiva. Trata-se de comportamento que atinge a moral, o foco, concentração, colaboração e comunicação da equipe médica, de enfermagem e multidisciplinar, com consequências diretas na qualidade do atendimento, continuidade do cuidado e segurança do paciente.

O NUGEAC faz a análise pormenorizada da situação em verificação, para diferenciar atitude assertiva de atitude disruptiva. A atitude assertiva deriva da consciência situacional de uma situação em que a tomada de decisão se faz necessária. Por vezes, em situações como essa, o tom de voz alto, rápido, a postura direta e objetiva, podem ser confundidos com atitude disruptiva. Em condições de alta complexidade como complicações agudas em cirurgia, atendimentos de emergência, a assertividade deve prevalecer.

Não é escopo de atuação do NUGEAC apurar aspectos técnicos relacionados a eventos adversos assistenciais, cuja abordagem é realizada pelo Grupo de Gerenciamento e Vigilância ao Risco (GVR); e, apuração de casos de assédio sexual cometidos são tratados pela Comissão de Assédio Sexual.

O Gerenciamento de Eventos Adversos Comportamentais é o processo que padroniza o fluxo de apuração e de responsáveis pela verificação detalhada das notificações de eventos dentro do escopo.

2. Padrão de análise do NUGEAC

As notificações podem chegar para o NUGEAC por diversos canais, sendo eles:

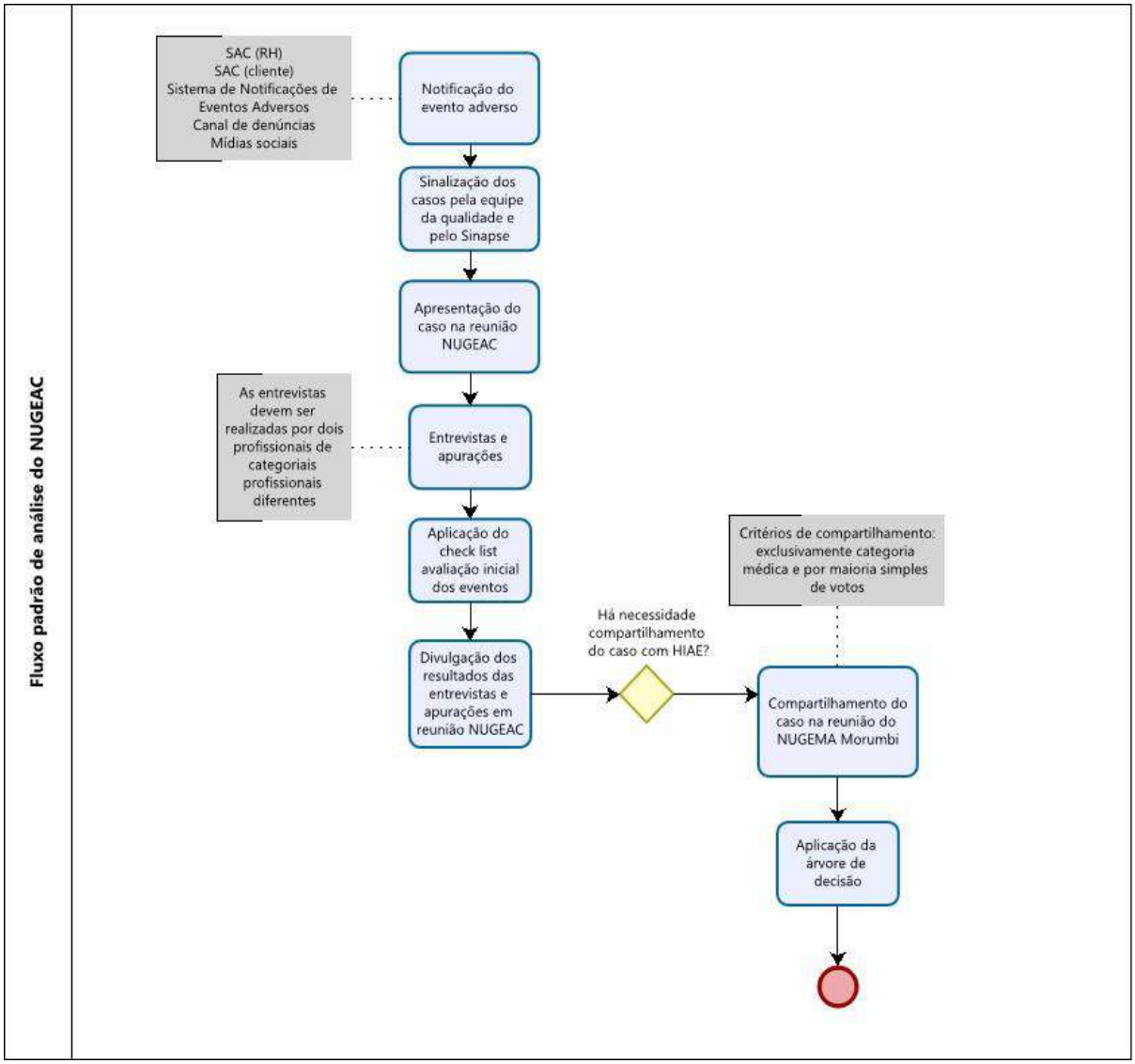
- Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU-CLIENTE);
- SAC-Recursos Humanos (SAC-RH);
- Canal de Denúncias;
- Compliance;
- Sistema de Notificação de Eventos Adversos (GVR e Sinapse);
- Outros canais presenciais, telefone e/ou por meios eletrônicos .

Os pontos chaves abaixo norteiam a avaliação dos eventos:

Pontos chaves	**Detalhamento**
Adequação da avaliação inicial	• Todos os envolvidos foram entrevistados? • Os prontuários e nomes foram checados? • Foi garantida avaliação do histórico dos envolvidos? • O evento está relacionado ao GVR?
Cultura justa	• A ação foi intencional? • Houve violação de algum procedimento padronizado? • Há relação com o uso de substâncias ilícitas ou álcool pelo profissional envolvido? • O profissional envolvido tem alguma condição médica de base que possa ter ocasionado a atitude? • O profissional tinha informações sobre as melhores práticas e foi treinado para a ação? • Houve injúria racial ou não respeito à diversidade?
Avaliação do fator humano	Quando necessária a entrevista é realizada juntamente à psicologia do NUGEAC e, se preciso, as imagens das câmeras de segurança poderão ser requeridas

Tabela 1: pontos chaves norteadores para avaliação de eventos

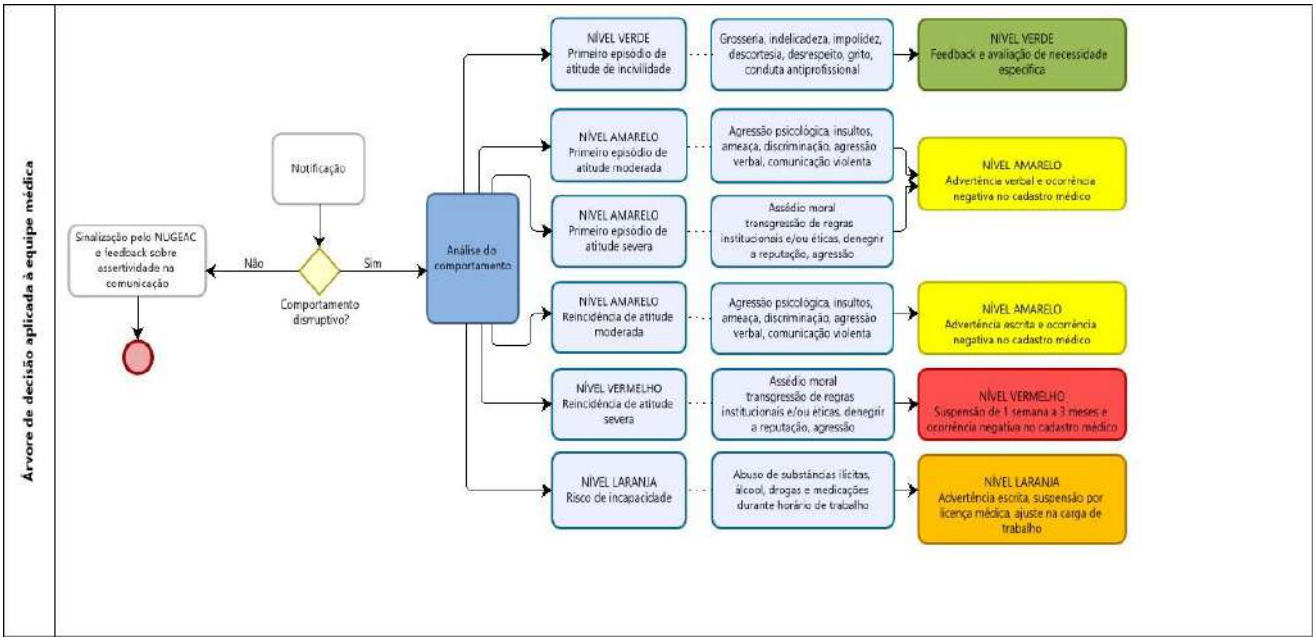
O fluxo abaixo representa o padrão de atendimento de eventos assistenciais comportamentais que constam no escopo desse documento.

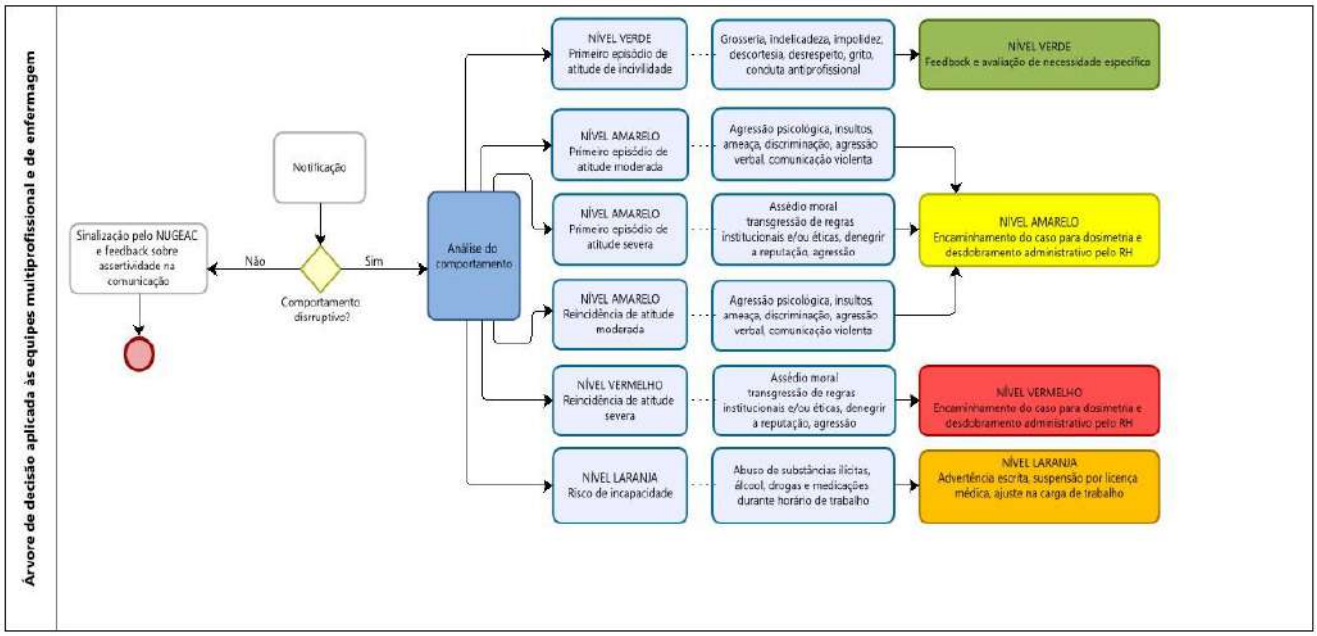


Fluxo1: Fluxo padrão de análise do NUGEAC

3. Árvores de decisão de incidentes do NUGEAC

A árvore decisão de incidentes, auxilia os membros do NUGEAC, na tomada de decisão relacionada à escolha da atitude a ser tomada perante o profissional ou equipe envolvida no evento. A árvore de decisão está correlacionada à categoria profissional do envolvido: equipe médica ou multiprofissional/enfermagem





Fluxo 2: Árvores de decisão aplicadas

4. Metas

Seguem as metas do processo de avaliação de eventos assistenciais comportamentais:

- Prazo de 10 dias úteis para o agendamento das entrevistas a partir da análise da discussão em reunião ordinária do NUGEAC;

- Em casos de necessidade de respostas por escrito, dá-se o prazo de 30 dias corridos para manifestação dos envolvidos;
- Deverá ser realizada entrevista com partes envolvidas em 100% dos casos, deliberação de ações e finalização dos processos. O feedback é garantido para todos os entrevistados, podendo ser realizado já na primeira entrevista, ou em situações posteriores, se for o caso. Este retorno feedback será realizado pelo NUGEAC e terá apoio da liderança, sempre que necessário
- Gerar indicador de atitudes disruptivas para utilização
- A responsabilidade da documentação dos indicadores será da coordenação da Prática Médica Assistencial, Qualidade e Segurança (PMAQS)
-

5. OBJETIVO

Descrever a atuação do NUGEAC

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

COMPOSIÇÃO

O Núcleo de Gerenciamento de Eventos Adversos Comportamentais (NUGEAC) é formado por:
Liderança: Diretoria Técnica e Gerência de Práticas Médicas;
Equipe Fixa: Compõe a equipe fixa:

Quantidade	Função
1	Responsável pela coordenação assistencial
1	Responsável pela gerência médica
1	Responsável pela gerência assistencial
1	Responsável pela prática assistencial
2	Responsáveis pela prática médica
1	Responsável pela equipe multiprofissional
1	Representante da equipe de enfermagem
1	Analista de práticas assistenciais e médicas
1	Representante da psicologia
1	Responsável pelos recursos humanos

Tabela 2: composição da equipe fixa

Além da equipe fixa, podem fazer parte do Núcleo, sob demanda, pareceristas e outros profissionais que o Núcleo considerar relevantes para a correta condução dos casos avaliados.

Atribuições e responsabilidades

São responsabilidades do NUGEAC:

- Divulgação do processo de avaliação de desvios de comportamento através de apresentações em reuniões sigilosas e com presença restrita coordenadas pela prática médica, assistencial e diretoria técnica;
- Rastreamento de potenciais problemas relacionados a patologias psico-cognitivas como depressão, ansiedade, *burnout*, uso de substâncias psicoativas, álcool etc; podendo ser sugerido ao(s) indivíduos apoio de saúde mental;
- Engajamento de profissionais formadores de opinião, para auxílio na conscientização do problema dos comportamentos disruptivos e prevenção deles;
- Aplicação das árvores de decisão, relacionadas à tomada de atitude perante o profissional(is) envolvido(s) no evento.

São responsabilidades dos membros:

- Escuta do(s) profissional(is) envolvido(s), em ambiente reservado e sigiloso;
- Avaliar as novas notificações;
- Realizar a análise dos eventos baseada no conceito de *cultura justa*. A *cultura justa* é o pilar da cultura de segurança, que tem por base a confiança e o valor das pessoas, encorajadas a oferecer informações sobre a segurança do paciente e que, ao mesmo tempo, têm exata noção da linha divisória entre o comportamento aceitável e o inaceitável. A cultura justa não é sinônimo de remoção da culpa ou da responsabilidade individual pelos atos. Trata-se da maneira em que a forma de pensar voltada à segurança, promove a atitude questionadora, a resistência à complacência, tem compromisso com a excelência e fomenta a responsabilidade pessoal e a autorregulação corporativa nos assuntos de segurança do paciente;
- Preparar o plano de apuração do caso para arquivamento e se necessário compartilhamento com gerência, com detalhes de causa-raiz e o apontamento de implicações ou possíveis consequências ao paciente, às equipes e ao Hospital Albert Einstein, tornando a avaliação objetiva e direcionada;
- Realizar o feedback para equipe ou profissional que notifica o evento (se este não tiver sido feito de forma anônima) ou participa do mesmo;
- Gerar indicador de atitudes disruptivas, que passa a fazer parte do processo de análise de indicadores para mapeamento e da cultura comportamental da instituição.

6. RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO

Não se aplica

7. ELEIÇÃO E MANDATO DOS MEMBROS

Os membros da equipe fixa e liderança são indicados pelas gerências médica e assistencial.

8. FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO

As reuniões do NUGEAC ocorrem semanalmente. As análises e deliberações são formalizadas em banco de dados que contém descrição detalhada do evento, da apuração e desfecho. Considerando que as informações formalizadas são sigilosas, esse banco de dados tem acesso restrito aos integrantes do NUGEAC.

9. CORELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Códigos de ética médico, de enfermagem, de fonoaudiologia, de nutrição, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de serviço social, de psicologia e farmácia;

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cochran A, Elder W. A Model of disruptive surgeon behavior in the perioperative environment. J Am Coll Surg 2014;219:390-398

Dang D, Bae SH, Karlowicz K et al. Do clinician disruptive behaviors make an unsafe environment for patients ? J Nurs Care Qual 2016;31:115-123

Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Hants, England: Ashgate Publishing. 2016

Rosenstein A, Karwaki T, King K. Legal entanglements in dealing with disruptive behavior. Phys Lead Journal 2016; may/jun edition: 46-51

Rosenstein A. Taking a new approach to reduce the incidence of physician disruptive behaviors. Hosp Pract 2015;43:221-225

Rosenstein A. The quality and economic impact of disruptive behavior on clinical outcomes of patient care. Am J Med Qual 2011;26:372-379

Sanchez L. Disruptive Behaviors Among Physicians. JAMA 2014;312:2209-10

Watcher R. Understanding patient safety. Second Edition. McGraw Hill. 2012

11. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Códigos de Ética médico, de enfermagem, de fonoaudiologia, de nutrição, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de serviço social, de psicologia e farmácia;
- Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética;
- Núcleo de Gerenciamento de Eventos Médicos Adversos – NUGEMA;
- Regimento da Gerência Assistencial do Hospital;
- Regras Gerais para Atividade Médica.

Tais documentos regem a prática profissional no hospital.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

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

PROPOSTA DE REGIMENTO

INTRODUÇÃO

O Ministro da Saúde, através da publicação da Portaria Nº. 2.600, de 29 de Outubro de 2009, determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecida a seguinte classificação:

I - CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico;

II - CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não- oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e

III - CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão.

OBJETIVO

Artigo 1º. Este regimento estabelece a finalidade, composição e competência da Comissão de Intra- Hospitalar de Transplantes do Hospital, que tem como principais atividades a detecção de potenciais doadores de órgãos e tecidos, avaliação de potenciais doadores, manutenção hemodinâmica, realização de entrevista familiar e viabilização das doações de órgãos e tecidos. Bem como organização das atividades de orientação e conscientização sobre doação de órgãos e tecidos.

5.1ATRIBUIÇÕES

Da competência:

Representar ou fazer representar os interesses e deliberações da Comissão nas instâncias ou órgãos superiores do Hospital.

São atribuições desta comissão:

I - Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II- Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

III - Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das unidades de tratamento intensivo e urgência e emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV - Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

V - Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme resolução do CFM sobre o tema;- Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que

VI não se trate de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;

VII - Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;

VIII - Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

IX - Articular-se com os respectivos IML E SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;

X- Articular-se com as respectivas CNCDOS, OPOS e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XI - Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames

laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a lei nº 9.434, de 1997;

XII - Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a lei nº 9.434, de 1997;

XIII - Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados conforme os formulários i e ii do anexo v da portaria 2.600 de 29 de outubro de 2009;

XV - Apresentar mensalmente os relatórios à CNCDO, conforme o formulário iii do anexo v da portaria 2.600 de 29 de outubro de 2009;

XVI - Nos casos em que se aplique, articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CNCDO das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

XVII - Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se apliquem, inclusive os registros de seguimento de doadores vivos;

XVIII - Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIX cada processo de doação, informações constantes na ata do processo doação/transplante, do formulário i do anexo iv da portaria 2.600 de 29 de outubro de 2009.

5.2RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO

A presente Comissão está vinculada diretamente à Gerência Médica do Hospital e está composta em ato formal por 6 membros, sendo um médico designado como Coordenador Intra-Hospitalar de transplante.

5.3RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

Da finalidade:

Esta comissão tem como finalidade organizar, no âmbito hospitalar, o processo de captação de órgãos .

5.4ELEIÇÃO E MANDATO DOS MEMBROS

Da composição e organização:

A presente Comissão está vinculada diretamente à diretoria clínica do Hospital e está composta em ato formal por 6 membros, sendo um médico designado como Coordenador Intra-Hospitalar de transplante.

Tempo de permanência da Comissão: Serão 2 (dois) anos, podendo permanecer por mais 2 (dois) anos se assim for decidido pelo grupo de escolha;

Formação/substituição dos membros da Comissão: Os nomes deverão ser indicados pela CIHDOTT vigente, baseada na experiência das atividades de captação e dinâmica do funcionamento do hospital; Os nomes deverão ser submetidos à aprovação da Direção do Hospital;

Do funcionamento:

As reuniões serão anuais de forma ordinária e excepcionalmente de acordo com a necessidade. A data, horário e pauta deverá ser comunicada com antecedência a todos os membros da Comissão, quando da convocação das reuniões.
Todos os membros devem estar presentes pontualmente, justificando ao Presidente sua falta ou Atraso. No caso de 3 (três) faltas injustificadas, de qualquer membro da comissão, será sugerida a sua substituição.

O Coordenador será o responsável pelo desenrolar das atividades da Comissão, respondendo oficialmente por toda ação desenvolvida e suas consequências; Será o elo de ligação com o Coordenador da CNCDO; Será o representante legal perante a Direção do Hospital; Deverá assinar toda correspondência enviada; Deverá assinar os relatórios oficiais a serem enviados a CNCDO.

5.5CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Lei 8.849/1992 – Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras previdências.

Lei 9.434/1997 – Dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências

Decreto 2.268/1997 – Regulamenta a Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

Resolução 1.480/1997 - Estabelece os critérios para o diagnóstico de morte encefálica.

Medida Provisória 1.718/1998 – Acresce parágrafo ao artigo 4 da Lei 9.434, de 4 de Fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

Parecer do CFM 9.692/1999 – Composição da equipe de verificação de morte encefálica.

Lei 10.211/2001 – Altera dispositivos da Lei 9.434 de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

Portaria 1.752/2005 – Determina a constituição da comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

Portaria 1.226/2006 – Aprova o regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).

Resolução 1.826/2007 - Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suporte terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador.

Portaria 2.600/2009 – Aprova o regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Resolução SS 114/2014 – Dispõe sobre a estrutura organizacional do Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo
FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO
Atas:

Nas atas deverão constar todos os membros presentes, ausentes, justificativas de falta e as disposições principais discutidas em reunião.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

O Diretor Geral do Hospital no uso de suas atribuições legais e com fundamento na PORTARIA Nº 158, que trata do Regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, de 05 de Fevereiro do Ministério de Saúde, RESOLVE: Nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações previstas no Regimento interno da comissão.
O membro presidente:
Médico Hematologista

Os membros consultores serão representados dos seguintes serviços:

1. Biomédico responsável pelo Serviço de Hemoterapia;
2. Coordenador de Enfermagem da Agência transfusional;
3. Coordenadora de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento (UPA);
4. Coordenadora de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, (UTI) e Unidade do Centro Cirúrgico;
5. Analista de Práticas de Qualidade e Segurança do Paciente
6. Analista de Práticas Assistenciais.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO MATERIAIS E MEDICAMENTOS

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

INTRODUÇÃO

A Comissão de padronização de materiais e medicamentos do Hospital tem como finalidade contribuir para o processo de teste, homologação e padronização de novos materiais e medicamentos, visando aprimoramento técnico, administrativo e ético. É um órgão de assessoria ligada diretamente à Diretoria do Hospital.

ATRIBUIÇÕES

Elaborar a padronização de materiais médicos e medicamentos hospitalares, estabelecer critérios técnicos de avaliação e análise na inclusão e exclusão para padronização de materiais e medicamentos, aprovar a inclusão ou exclusão de materiais e medicamentos padronizados, avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, com evidência científica publicada como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua farmacoeconomia como mais um critério para sua padronização. A padronização de medicamentos e materiais deverá considerar o custo e efetividade de aquisição, armazenamento, dispensação e controle, a fim de, garantir qualidade e assistência segura ao paciente.

RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO

A Comissão de padronização está ligada diretamente à Diretoria do Hospital, seus membros são escolhidos em comum acordo entre o presidente da comissão e os Coordenadores dos Departamentos e Chefes dos Serviços abaixo relacionados.

RESPONSABILIDADES DOS MEMBROS

Funções do Presidente:

Representar a comissão de padronização
Acompanhar o desenvolvimento de cada cronograma de reuniões, relação de participantes em cada reunião, atas de reuniões, outros quesitos e indicadores que poderão ser solicitados.
Convocar reuniões periódicas com todos os membros da comissão;
Encaminhar as atas para diretoria e membros da comissão. Monitorar todas as ações e atividades da comissão.

ELEIÇÃO E MANDATO DOS MEMBROS

O Presidente da comissão é escolhido pela diretoria do hospital e com tempo de mandato de 2 (dois) anos, podendo ser renovado.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

A Comissão de padronização de materiais médicos e medicamentos hospitalares são baseados por portarias quanto as que vierem a ser criada e monitorada pela Comissão de Integração do Hospital.

FORMALIZAÇÃO DOS ATOS DA COMISSÃO

Reuniões permanentes

A Comissão de padronização reúnem-se semanalmente ou sempre que necessário em caráter excepcional com a participação de todos os membros.

1. As atas das reuniões serão elaboradas durante a mesma e disponibilizadas a comissão.
2. Nas atas deverão constar todos os membros presentes, e as disposições principais resolvidas e/ou discutidas em reunião.
3. Nas reuniões são analisados os materiais e medicamentos a serem padronizados como os casos de não conformidade os itens são reprovados.
4. Nas reuniões serão analisadas a implantação das resoluções adotadas nas reuniões anteriores.
5. Em caso de três faltas consecutivas, sem justificativa, às reuniões desta Comissão, o Presidente irá comunicar a falta à diretoria e solicitar a indicação outra pessoa para representá-lo.

Direitos, Deveres e Poderes

1. É **dever** desta Comissão :

§ Padronizar e monitorar materiais e medicamentos
§ Definir os indicadores de qualidade se necessários.
§ Incentivar a Educação Continuada

2. É **direito** desta Comissão ter acesso a todas as informações necessárias ao exercício da sua finalidade.
3. Esta comissão tem como único **poder** assegurar o cumprimento dos indicadores de qualidade por ela definidos.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

Composição mínima:

2. Médico
3. Enfermeiro
4. Farmacêutico e/ou Representante da Farmácia / Líder de Farmácia
5. Representante da Equipe Multiprofissional
6. Representante do Serviço de Suprimentos
7. Representante da Diretoria
8. Representante do Setor de Compras
9. Representante do Setor de Custos

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Atividade	Detalhamento
Janeiro	Nomeação da Constituição e Planejamento	• Nomear e apresentar os membros da comissão • Definição dos objetivos da comissão. • Revisão da legislação e normas relacionadas. • Divisão de tarefas entre os membros.
Fevereiro	Reunião 2	• Discussão e aprovação dos protocolos iniciais. • Definição de diretrizes para a comissão. • Designação de subcomitês ou grupos de trabalho.
Março	Reunião e Treinamento 3	• Avaliação e execução dos treinamentos necessários.
Abril	Reunião 4	• Implementação dos protocolos e diretrizes estabelecidas. • Coleta de feedback dos membros. • Revisão das atividades realizadas
Maio	Reunião 5	• Avaliação dos indicadores de desempenho • Revisão e ajuste dos procedimentos, protocolos e diretrizes se necessário.
Junho	Reunião 6	• Discussão de melhorias e cronograma de implantação
Julho	Reunião e treinamento 7	• Monitoramento dos protocolos • Introdução das melhorias e ajustes. • Treinamentos necessários
Agosto	Reunião 8	• Avaliação dos indicadores de desempenho. • Discussão sobre novas iniciativas.
Setembro	Reunião 9	• Revisão e atualização dos protocolos.
Outubro	Reunião 10	• Discussão dos resultados e implantações
Novembro	Reunião 11	• Planejamento para o próximo ano • Revisão do relatório anual
Dezembro	Reunião 12	• Apresentação relatório anual • Revisão do planejamento para o próximo ano • Discussão das melhorias

* O cronograma será revisado de acordo com as especificidades do hospital ao longo do ano, além das reuniões mensais pode ser necessário reuniões extraordinárias conforme demanda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PPRA – MAPE

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES

2023

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

SUMÁRIO

1. DADOS DA EMPRESA	
2. APRESENTAÇÃO	
3. OBJETIVO	
4. DIRETRIZES	
5. DESENVOLVIMENTO	
6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	
7. METAS E AÇÕES PARA 2023	
8. ENCERRAMENTO	

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE CONFORME NR-32

1. Dados da empresa

Razão Social:	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
Endereço:	Avenida Albert Einstein, 627 – Jardim Leonor
Fone:	(11) 2151-1233
Ramo de Atividade (CNAE):	Atividades de Atendimento Hospitalar
Código de Atividade (CNAE):	86.10-1/01
Grau de Risco (Quadro I /NR 4):	03
CNPJ:	60.765.823/0001-30
Inscrição Estadual:	109.953.066.118
Nº de Funcionários:	20.379 (fevereiro/2023)

2. Apresentação

Incidentes envolvendo materiais perfurocortantes representam importantes riscos ocupacionais em estabelecimentos de saúde, com possibilidade de transmissão de doenças infectocontagiosas, entre elas, as hepatites virais e a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana).

Estratégias de prevenção e acompanhamento de casos expostos são importantes medidas para mitigação do risco e promoção da saúde dos trabalhadores e devem fazer parte dos Programas de Segurança e Saúde do Trabalho.

Sabe-se, entretanto que estas estratégias permeiam por diversos processos institucionais e, por esta razão, devem ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional,
organizadas de forma sistemática, estruturada e comunicadas a todos os colaboradores da instituição.

As ações descritas neste documento aplicam-se a toda a SBIBAE, incluindo o Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC), Parcerias Públicas, Ensino e Pesquisa, Colaboradores com vínculo Einstein que atuam no Hospital Municipal Moises Deutsh (HMMD), Unidades Avançadas, Einstein Goiânia, *onsites* e demais unidades situadas no Estado de São Paulo e em outros estados do Brasil. Na existência de particularidades dessas áreas, estas serão detalhadas e/ou atualizadas nos campos pertinentes, mediante envio das informações pelos coordenadores ou supervisores de segurança destes serviços.

3. Objetivo

O presente documento tem por objetivo, sistematizar as ações de prevenção de incidentes com materiais perfurocortantes e mitigação do risco de transmissão de doenças veiculadas por materiais biológicos após exposição, para toda Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, em atendimento à **Norma Regulamentadora 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde,** em especial ao item 32.2.4.16, onde *O empregador deve elaborar e implementar Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, conforme as diretrizes estabelecidas no Anexo III desta Norma Regulamentadora. (Alterado pela Portaria GM n.º 1.748, de 30 de setembro de 2011).*

Fundamenta-se na responsabilidade conjunta de todos os profissionais da instituição, em colaborar com a eliminação dos incidentes perfurocortantes das nossas atividades laborais. Assim:

- A responsabilidade pela coordenação do programa é do SESMT e as tratativas são compartilhadas entre a Diretorias Assistenciais da SBIBAE, representadas e mencionadas pelas diversas áreas no item 5 desse documento.
- A participação das lideranças locais (coordenadores e gestores) é de fundamental importância, para demonstrar o empenho da instituição para o bom andamento do programa.
- Todas as áreas de riscos potenciais para ocorrência de incidentes perfurocortantes estão incluídas no Programa.
- Direcionamentos para o atendimento imediato a colaboradores e terceiros, vítimas de incidentes de trabalho, dentre eles, o biológico, permanecem à disposição dos usuários da SBIBAE no Sistema de Documentação Institucional (dmDocs) na plataforma *Sou Einstein*, entitulado: "*Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes com e sem lesão*", com fluxos específicos conforme a unidade de origem do colaborador acidentado.

4. Diretrizes

A SBIBAE é responsável por oferecer um local de trabalho seguro a todos os seus colaboradores contratados, terceiros, prestadores de serviços, voluntários, docentes, alunos, estagiários, corpo clínico, residentes, pacientes, acompanhantes, familiares e meio ambiente.
Este programa abrange diretrizes gerais e específicas como:

- Incidentes e enfermidades causadas pelo trabalho podem e devem ser prevenidas;
- Toda a alta direção, começando pelo Presidente, está comprometida com esta filosofia;
- As áreas da SBIBAE envolvidas ou relacionadas direta ou indiretamente aos perfurocortantes, desde a indicação, homologação, aquisição, utilização, armazenamento e descarte, deverão estar representadas;
- Assegurar a disseminação do programa e estabelecer um plano de comunicação, demonstrando o que já foi feito, o que se faz e o que se pretende fazer em relação à redução de incidentes perfurocortantes (meta e cronograma);
- Expandir e consolidar a utilização de produtos com dispositivos de segurança já homologados pela instituição, onde possível e aplicável;
- Formar parceria com os fornecedores para desenvolvimento de novos produtos com dispositivos de segurança e/ou produtos mais seguros;
- Assegurar a implantação, treinamento e capacitação para uso de novos produtos, bem como adotar programas educativos e preventivos de forma contínua;
- Assegurar o treinamento e capacitação para uso dos insumos sem dispositivos de segurança nas unidades dos Programas Governamentais e das *onsites,* cujo fornecimento não pode ser controlado pela SBIBAE, assim como os processos assistenciais que envolvem esse tipo de material e insumos homologados;
- Utilização contínua de ferramentas comportamentais para contribuir com a percepção de risco e desenvolvimento de uma cultura de segurança institucional;
- Promover discussões sobre riscos biológicos com grupos de especialistas;
- Implantar uma subcomissão interdisciplinar a fim de contribuir com:
    a. Identificação de problemas de segurança do produto;
    b. Análise de comportamentos, práticas e tendências;
    c. Planejamento e execução de intervenções;
    d. Coleta de informações e avaliação dos resultados;
    e. Propor recomendações estruturadas, com abrangência organizacional.

5. Desenvolvimento

As estratégias para prevenção de incidentes com materiais perfurocortantes e redução do risco de transmissão de doenças por esta via são desenvolvidas, analisadas e revisadas mensalmente por um subgrupo denominado "***Comitê de Segurança com Perfurocortante e Contato Biológico***. Esse Comitê, (assim como o Comitê de Homologação de Materiais), aborda aspectos da NR-32 relacionados aos perfurocortantes. Os encontros são coordenados pela Segurança do Trabalho, seguindo as recomendações do Anexo III da NR 32 quanto à sua composição e representação:

a) o empregador, seu representante legal ou representante da direção do serviço de saúde;
b) representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT, conforme a Norma Regulamentadora n.º 4;
c) vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPAA ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora n.º 5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPAA;
d) representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
e) direção de enfermagem;
f) direção clínica;
g) responsável pela elaboração e implementação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;
h) representante da Central de Material e Esterilização;
i) representante do setor de compras; e
j) representante do setor de padronização de material.

Os representantes das áreas mencionadas são contatados anualmente, visando a atualização e a garantia da representação nas discussões. Sempre que aplicável, podem ser convocados outros profissionais, para elaboração de pareceres técnicos sobre o assunto a ser debatido.

As áreas mencionadas estão representadas por:

a) o empregador, seu representante legal ou representante da direção do serviço de saúde
b) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT, representado por integrantes dos diversos SESMTs da SBIBAE;

c) vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio – representado pelos vice-presidentes das todas comissões vigentes da SBIBAE, incluindo Goiânia;
d) comissão de Controle de Infecção Hospitalar – representado pelo profissional indicado no mês;
e) direção de enfermagem – representado pelas diretoras de enfermagem convidadas de acordo com o assunto a ser discutido;
f) direção clínica - representado por profissional do corpo clínico convidado de acordo com o assunto a ser discutido;
g) responsável pela elaboração e implementação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde – representado pelo analista indicado pela coordenação da área de Meio Ambiente e Sustentabilidade;
h) central de Material e Esterilização - representado pela técnica de enfermagem, indicada pela atual coordenadora da área;
i) setor de compras – representado pelos compradores e coordenadora da área;
j) setor de padronização de material – representado pelo profissional indicado e pelo gerente responsável por conduzir o "*Comitê de Homologação de Materiais Médicos*".

Este subgrupo se reúne mensalmente para monitorar os eventos ocorridos, repassar status das ações realizadas, propor novas ações, testar novos insumos, definir estratégias e deliberar assuntos relacionados ao tema. Desde o início da pandemia, as reuniões passaram a ser transmitidas exclusivamente na modalidade *on line* (*Teams*) e o *link* para participação é enviado através de convite no *outlook.*

Em virtude da distribuição de insumos nas unidades do IIRS (exceto HMVSC e Vila Mariana) ser realizada pela Prefeitura do Município de São Paulo, sem governabilidade por parte da SBIBAE, apontamos como 'situação de risco para o profissional da saúde' quando do abastecimento dessas unidades com materiais sem dispositivos de segurança e recomendamos máxima cautela no manuseio e descarte dos mesmos. Alertas, alterações pontuais ou treinamentos prévios à substituição de perfurocortantes são realizados pelo fabricante e/ou pela equipe da Qualidade do IIRS, quando aplicável, levando em consideração os itens da NR 32:

> 32.2.4.16.1 As empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes devem disponibilizar, para os trabalhadores dos serviços de saúde, capacitação sobre a correta utilização do dispositivo de segurança. (Alterado pela Portaria GM n.º 1.748, de 30 de setembro de 2011);

32.2.4.16.2 O empregador deve assegurar, aos trabalhadores dos serviços de saúde, a capacitação prevista no subitem 32.2.4.16.1. (Alterado pela Portaria GM n.º 1.748, de 30 de setembro de 2011).

O Hospital Municipal Vila Santa Catarina, assim como Einstein Goiânia e demais unidades, enviam suas ações revisitadas periodicamente para serem incluídas nesse documento, quando necessário.

As ações **concluídas ou canceladas,** com foco na prevenção de incidentes com material perfurocortante na gestão 2022 estão descritas na página 12 deste documento.

As ações citadas que continuam com o *status* **em andamento**, permanecerão no quadro de ações para serem monitoradas, concluídas ou descontinuadas até a próxima versão do documento, em março de 2024. Neste caso, se enquadram as ações de número 1, 3 e 5, que não puderam ser concluídas em 2022 e foram revisitadas e continuadas no plano de ações 2023.

O cenário de pandemia iniciado em 2020 e que perdura em 2023, tem levado a um esgotamento físico e mental dos colaboradores, especialmente os que estão na linha de frente da assistência prestando cuidados diretos ao paciente, condição essa que predispõe à ocorrência de incidentes, especialmente com materiais perfurocortantes, sendo ponto relevante de nossa preocupação.

A partir de março de 2023, definimos novas ações como fundo de trabalho para prevenção de incidentes biológicos com materiais perfurocortantes.

Outras iniciativas para prevenção de incidentes com materiais perfurocortantes são constantemente sugeridas, aperfeiçoadas e implementadas. Os ganhos com os resultados de ações implementadas nos anos anteriores, justifica que sejam continuadas e/ou monitoradas. Assim, a partir de março de 2023, definimos novas ações como fundo de trabalho para prevenção de incidentes biológicos com materiais perfurocortantes (quadro de ações – página 13).

6. Monitoramento e Avaliação do Programa

O monitoramento do Programa será discutido em diversos fóruns internos relacionados à Segurança e Saúde do Trabalho, com acompanhamento dos indicadores e das ações propostas.

Este Programa será revisado na sua totalidade, anualmente, e sempre que se fizer necessário, onde serão registradas as ações macro e seus desdobramentos.

Novas propostas irão surgir, e neste caso, serão incluídas no documento.

Uma cópia impressa do PPRA MAPE é mantida no SESMT - Morumbi, e disponibilizada na versão digitalizada em PDF para as áreas e/ou representantes das áreas citadas no Anexo III da NR 32 (conforme descrito na página 7 desse documento), nos fóruns internos da Instituição, Comitê de Líderes, Comitê de Segurança com Materiais Perfurocortantes e Contato Biológico,

Programa Acelerador – Segurança do Colaborador, Sistema de Documentação Institucional (dmDocs) e onde mais se fizer necessário, pelos meios de comunicação já utilizados na SBIBAE, para ciência e monitoramento a nível estratégico e operacional.

	Ações	Responsável	Status
1.	Propor ações de prevenção junto a médicos do corpo clínico aberto (PJ) e contratado, residentes, alunos e demais prestadores de serviço com risco biológico	Daisy	**Saída do responsável pela ação na instituição, a ação será modificada para 2023**
2.	Propor a inserção de um campo para Segurança do Colaborador e Meio Ambiente nos *templates* da Documentação Institucional no novo sistema de documentação institucional (dmDocs)	Claudia / Daisy	**Descontinuado por entendimento da área no contexto de documentação institucional**
3.	Realizar visitas surpresas do time do projeto nas unidades sorteadas (mais ofensoras e mais críticas), *onsites,* Unidades avançadas etc. com foco em "PREVENÇÃO"	Caio / Estefano	**Em andamento**
4.	Desenvolver conteúdo digital sobre Segurança do Colaborador e riscos biológicos	Danilo / Estefano	**Concluído**
5.	Inserir conteúdo de segurança do colaborador no *check list* do Programa por pares (Morumbi e HMVSC)	Caio / Gabriela Castro	**Em andamento**
6.	Promover grupos de discussões para que em conjunto com a Segurança do Trabalho, fortaleçam a cultura de segurança relacionada ao risco biológico, envolvendo especialistas do Programa de Diabetes, Imunização, Atendimento Domiciliar (Einstein até você/Melhor em Casa), Terapia Intravenosa e outros	Daisy	**Concluído**

7.	Disseminar o Book de boas práticas de SSMA nas áreas que tenham relação com o capítulo de riscos biológicos	Dario / Caio	**Concluído**
8.	Revisitar materiais gráficos com foco nos riscos biológicos e adequá-los ao cenário atual (por exemplo: Mandamentos da Vacinação Segura, uso dos óculos de proteção)	Daisy / Danilo	**Concluído**
9.	Jogo do Ishikawa – Identificação de Riscos Biológicos para a equipe assistencial	Dario / Estefano	**Concluído**
10.	Percepção de Riscos – Descarte de Perfuro e Uso dos óculos de Proteção	Dario / Estefano	**Concluído**
11.	Implementação da OAC e estímulo ao protocolo FoCo em unidades ainda não treinadas	Daisy / Caio	**Concluído**

	Ações	**Responsável**	**Status**
1.	Propor ações de sensibilização e conscientização junto a médicos do corpo clínico aberto (PJ) e contratado, residentes, alunos e demais prestadores de serviço com risco biológico	Gisele	Maio/23
2.	Realizar rondas e visitas nas unidades mapeadas no projeto estratégico Dano Zero (mais ofensoras e mais críticas), com foco em 'prevenção'	Waleria e time do Projeto	Maio/23
3.	Inserir conteúdo de segurança do colaborador em ações institucionais como no *check list* do *Programa por Pares – Magnet* - no Morumbi e HMVSC, Reunião de sêniores, Programa de Diabetes e demais oportunidades internas	Mariana Shoji / Thais / Waleria	Maio/23
4.	Criar um plano de comunicação institucional para disseminar as informações do PPRA MAPE 2023	Daisy	Maio/23
5.	Revisitar estratégias do Ensino Corporativo (Programa Admissional de Enfermagem, Trilhas, Workshops e Certificações) para propor ações com foco na prevenção de incidentes biológicos com novos colaboradores no Morumbi e Goiânia	Daisy e Louis	Abril/23

6.	Substituição de perfurocortantes sem dispositivo de segurança no HMAP	Louis	Abril/23
7.	Reciclar a prática dos colaboradores no acionamento seguro dos dispositivos de segurança: scalp, agulha de insulina e agulha hipodérmica (SBIBAE)	Waleria e time do Projeto Dano Zero	Julho/23
8.	Revisitar o Comitê de Segurança com Perfurocortantes e Material Biológico para propor ações de maior engajamento (participação de diretores em pautas específicas, apresentação das ações concluídas pela liderança das áreas onde ocorreram os incidentes, inserção do PPRA MAPE no PGR, entre outras)	Daisy / Bruna	Maio/23

De forma a contribuir para o alcance da meta proposta, o presente documento foi

7. Metas e Ações para 2023

construído para atender aos requisitos da NR 32, porém, enfatizamos que o valor mais importante para a instituição, é o de preservar a saúde e a vida das pessoas.

Em nossa instituição, buscamos e sempre buscaremos o Zero Incidente. No entanto, a meta estabelecida no *dashboard* pela alta direção e que deverá ser adotada para toda a SBIBAE é limitar a **66** incidentes biológicos até 31 de dezembro de 2023.

8. Encerramento

O presente programa é elaborado pela área de Segurança do Trabalho em concordância com os membros do subcomitê de Segurança com Perfurocortantes e Material Biológico.

Este documento, inicialmente, é constituído de 15 páginas, todas rubricadas e assinadas pelos respectivos responsáveis pelo programa.

São Paulo, 31 de março de 2023.

Waleria de Sá Bezerra	**Rodrigo Pires Biasetto**
Engª Coordenadora de Segurança do Trabalho	Engº Supervisor de Segurança do Trabalho
CREA SP/5069315550	CREA SP/5069471231
João Paulo Rodrigues Gomes	**Luiz Fernando Ribeiro**
Engº Coordenador de Segurança do Trabalho	Engº Coordenador de Segurança do Trabalho
CREA SP/5062590003	CREA SP/5069058086
Alex Victor Pedrosa Borges	**Louis Fernando Messias Gonçalves**
Engº Supervisor de Segurança do Trabalho	Engº Supervisor de Segurança do Trabalho

CREA GO/1019828668D

CREA GO/1020956810D

Edison Daniel Junior

Engº Coordenador de Segurança do Trabalho

CREA SP/5070332245

Daisy M. Suzuki Okada Fernandes

Enfª Consultora de Práticas, Qualidade e Segurança

COREN SP/ 51791

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE AUDITORIA DA GOVERNANÇA

Aprovado em 05 de junho de 2017
Responsável: *Escritório da Governança Corporativa*

CAPÍTULO I

Art. 1º - O Comitê de Auditoria da Governança é um colegiado instituído pela Mesa Diretora da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (Sociedade), de caráter consultivo, com a finalidade de apoiar o cumprimento das atribuições previstas no Capítulo IV, Seção III, do Estatuto Social.

Art. 2º - Este Regimento Interno tem por finalidade disciplinar o funcionamento do Comitê de Auditoria da Governança da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein.

CAPÍTULO II
DA RAZÃO DA EXISTÊNCIA E OBJETIVOS

Art. 3º - O Comitê de Auditoria da Governança tem por missão:

- Buscar a qualidade e a segurança da assistência de acordo com os princípios institucionais;
- Zelar pela manutenção constante de bons controles internos;
- Garantir a mitigação e adequada gestão de riscos no âmbito da sociedade;
- Rever periodicamente e zelar pelo Manual Institucional – Diretrizes de Conduta Ética da Sociedade;
- Orientar para que a atuação e conduta das pessoas vinculadas à Sociedade ocorram dentro dos mais altos padrões de ética; e
- Assegurar que desvios de conduta nos mais diversos níveis da Sociedade sejam corrigidos e suas consequências reparadas.

Art. 4º - Além dos objetivos relacionados no art.2º, o Comitê de Auditoria da Governança é instrumento da Mesa Diretora visando à integração e à coordenação das iniciativas dos trabalhos de auditoria interna, bem como as dos trabalhos dos auditores externos com relação às demonstrações financeiras da Sociedade.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO E DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º - O Comitê de Auditoria é coordenado pela Mesa Diretora e composto pelos seguintes membros através de uma formação mínima:

- Coordenador;
- 2 representantes do Conselho Fiscal;
- 2 representantes da Mesa Diretora;
- 2 representantes da Diretoria Eleita;
- Diretor Geral;
- Diretor de Auditoria, Gestão de Riscos e Compliance.

§ 1º - A participação de membros que não sejam da Mesa Diretora será, a convite dela, determinada pelos respectivos órgãos de administração, afora o Diretor Geral e o Diretor de Auditoria, Gestão de Riscos e Compliance, que são componentes naturais do Comitê de Auditoria.

§ 2º - Além dos membros fixos, outros participantes podem ser convidados pela Mesa Diretora sempre que esta julgar necessário, inclusive por sugestão do Comitê de Auditoria, para aportarem seus conhecimento e recomendações de questões específicas que estejam em pauta.

§ 3º - Os mandatos dos membros do Comitê de Auditoria são coincidentes com o período estatutário, podendo ser substituídos quando se fizer necessário, por sugestão do Coordenador e a critério da Mesa Diretora.

Art. 6º - O Comitê de Auditoria reunir-se-á ordinariamente uma vez a cada três meses, sendo que poderão ocorrer reuniões extraordinárias sempre que necessário.

§ 1º - As reuniões serão instaladas com a presença da metade mais um de seus membros.

§ 2º - Os pareceres serão definidos por maioria de votos, cabendo ao Coordenador, além do próprio voto, o de qualidade no caso de empate.

§ 3º - Os pareceres do Comitê de Auditoria serão registrados em ata e, quando aprovada a sua execução pela Mesa Diretora, esta será acompanhada pela Secretaria da Mesa Diretora e reportada periodicamente ao Coordenador do Comitê de Auditoria.

Art. 7º - As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo Coordenador com antecedência mínima de 7 (sete) dias corridos.

Parágrafo Único - Em havendo necessidade, assuntos específicos poderão ser tratados por e-mail e/ou por telefone.

CAPÍTULO IV
DAS COMPETÊNCIAS DO COMITÊ DE AUDITORIA DA GOVERNANÇA

Art. 8º - Cabe ao Comitê de Auditoria:

I. Aprovar a proposta de Plano Anual de Auditoria e coordenar os esforços da auditoria para assegurar a integridade, abrangência, eficácia e eficiência dos trabalhos na utilização dos recursos de auditoria;

II. Analisar o Resultado das Auditorias realizadas e status dos planos de ação das recomendações de auditoria;

III. Aprovar e revisar Metodologia de Gestão de Riscos da Sociedade;

IV. Aprovar o Mapa de Riscos, deliberar sobre os riscos que devem ser mitigados e acompanhar a evolução dos respectivos planos de ação de monitoramento;

V. Indagar a Administração, a Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e Compliance sobre riscos ou vulnerabilidades significativas, revisar as políticas da Sociedade para avaliação e gerenciamento de riscos e examinar os procedimentos adotados pela Administração para monitorar tais riscos;

VI. Discutir e sugerir à Mesa Diretora a aprovação do Programa de Compliance e dos temas/riscos que serão priorizados no ano;

VII. Zelar pela atualização e pela observância do Manual Institucional – Diretrizes de Conduta Ética;

VIII. Discutir e aprovar eventuais mudanças na Declaração de Conflitos de Interesse;

IX. Identificar, analisar e sugerir à Mesa Diretora a resolução de casos de potencial conflito de interesse no nível executivo ou de Diretoria Eleita;

X. Acompanhar o tratamento dos relatos e resultado da apuração registrados no "Canal de Denúncias";

XI. Revisar as responsabilidades, funções e performance da Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e Compliance; e

XII. Aprovar contratação de Consultoria para auxiliar na execução dos trabalhos de auditoria.

CAPÍTULO V
DAS OBRIGAÇÕES DO COORDENADOR DO COMITÊ DE AUDITORIA

Art. 9º - São responsabilidades do Coordenador do Comitê de Auditoria:

I. Representar o Comitê de Auditoria junto à Mesa Diretora e demais entidades de governança da Sociedade;

II. Reportar os trabalhos e recomendações do Comitê de Auditoria para aprovação da Mesa Diretora;

III. Garantir o bom funcionamento do Comitê de Auditoria, definindo as agendas e coordenando as reuniões;

IV. Promover a constante melhoria da atuação dos membros do Comitê de Auditoria e de suas atividades; e

V. Reunir-se regularmente com a Secretaria da Mesa Diretora para atualização e acompanhamento das ações estabelecidas.

CAPÍTULO VI
DAS OBRIGAÇÕES DOS PARTICIPANTES DO COMITÊ DE AUDITORIA

Art. 10º - São responsabilidades dos participantes do Comitê de Auditoria:

I. Atuar com competência, diligência, compromisso e ausência de conflito de interesse;

II. Participar assiduamente e ativamente das reuniões do Comitê de Auditoria;

III. Colaborar com o Coordenador para o bom andamento e produtividade do Comitê de Auditoria;

IV. Tratar com total discrição e confidencialidade as informações discutidas no Comitê de Auditoria; e

V. Captar e repassar denúncias de desvio de conduta para o Coordenador do Comitê de Auditoria.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11º - Dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão analisadas pela Secretaria da Mesa Diretora e, se for o caso, submetidas ao Coordenador do Comitê de Auditoria.

Art 12º - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pelo Comitê de Auditoria, ficando expressamente revogado o Regimento Interno anterior.

#Macroprocesso>Processo>Subprocesso>_____

1. INTRODUÇÃO

Na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein a Engenharia Clínica é responsável pelo Plano de Gerenciamento de Equipamentos Médicos e tem como objetivo "estabelecer um programa de gerenciamento para garantir o uso seguro e eficaz dos equipamentos médicos selecionados com base no critério de risco".

Portanto a palavra chave dentre os objetivos da Engenharia Clínica é a SEGURANÇA. Todo o trabalho desenvolvido por este departamento visa garantir a segurança para o Paciente e Operador.

2. OBJETIVO

Descrever o papel da Engenharia Clinica na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein.

3. DEFINIÇÕES

Listar, em ordem alfabética**,** os principais termos e siglas presentes ao longo do manual.

4. APLICABILIDADE

Público alvo das informações descritas (Institucional, multisetorial ou setorial). Quando multisetorial e/ ou setorial, informar nome das áreas a que se aplicam.

5. DESCRIÇÃO

Para que o processo de Gerenciamento de Equipamentos Médicos seja completo o mesmo deve cobrir todas as fases da vida útil do equipamento:

- Seleção e Aquisição;
- Instalação;
- Treinamento;
- Manutenção e Inspeção;
- Gerenciamento de gases medicinais;
- Desativação.

5.1.Seleção e Aquisição

Dentro do processo de compra de novas tecnologias a Engenharias Clínica participa desde a criação do Orçamento Anual recomendando substituições de equipamentos que já apresentam evidências de necessidade ou que o momento é adequado de acordo com a vida útil do mesmo. Todas as ocorrências com equipamentos médicos são registradas através de Ordem de Serviço no sistema informatizado de gerenciamento de manutenção, as quais periodicamente são

avaliadas permitindo assim o planejamento e implementação de melhorias através de novas aquisições de equipamentos bem como atualizações.

A Engenharia Clínica é acionada para que possa discutir e definir junto com a área solicitante e departamento de compras a melhor aquisição, são analisadas as especificações exigidas para os processos do Hospital e a melhor tecnologia disponível no mercado para atender estes processos, neste contexto são analisados os seguintes itens específicos:

Quanto as características técnicas:

- Dimensão;
- Potência;
- Tensão de alimentação;
- Estrutura da sala onde abrigará a nova tecnologia;
- Aspectos de segurança;
- Boletins e Alertas;

Quanto à estrutura da empresa fabricante ou representante:

- Porte e estabilidade;
- Estrutura de manutenção;
- Qualidade de serviços prestados;
- Fornecimento de peças e materiais de consumo;

Quanto à características comerciais:

- Custo;
- Tempo de garantia;
- Atualizações;
- Treinamento de técnicos na fábrica;
- Definições de custos para contratos de manutenção após o período de garantia;
- Visita à fábrica/hospitais que tenham a tecnologia implantada;
- Equipamentos para demonstração;
- Treinamentos para usuários.

A compra do equipamento é realizada pelo Departamento de Suprimentos e Logística.

5.1.1. Como posso ajudar no processo de aquisição?

Todas as vezes que iniciar um processo de substituição e seleção de equipamentos médicos, acione a Engenharia Clínica para auxiliá-los.

5.2.Instalação (inventário, identificação, avaliação, cadastramento)

O inventário consiste no cadastro em um sistema informatizado gerenciador de dados e a identificação de TODOS os equipamentos médicos e tem como objetivo registrar todas as ocorrências durante a vida útil.

Os equipamentos devem ser registrados e cadastrados no sistema de gerenciamento de manutenção, onde deve constar a exata localização do equipamento bem como seu centro de custo. Os equipamentos devem possuir identificação única, durável e apropriada de acordo com a natureza e codificação padronizada da Sociedade ou outra específica.

Equipamentos novos devem ser identificados antes de entrar em operação e devem ter uma Ordem de Serviço de Instalação associada registrando os testes de aceitação e informações de instalação. Os equipamentos, conforme exigido pela especificação técnica, devem ser submetidos à exames como a seguir:

- Inspeções de recebimento;
- Testes de aceitação, quando requeridos;
- Avaliação dos riscos para usuário e paciente.

Após cumprimento das exigências técnicas contratuais, o equipamento pode ser aceito e disponível para uso.

O número de inventário consiste normalmente em 4 letras sugerindo o departamento, seguidos de 4 dígitos numéricos sequenciais, por exemplo: **ORIO-0251**.

No inventário é também definido a criticidade do equipamento médico, ou seja, qual o grau de risco que este equipamento gera para pacientes e colaboradores. Assim os equipamentos de alto risco (exemplo: bomba de infusão, cardioversores e ventiladores pulmonares) terão prioridade nos planos de calibrações e manutenções preventivas.

5.2.1. Como posso colaborar com o inventário?

Relacione todos os equipamentos médicos de sua área que não possuem identificação (número de inventário) e acione a Engenharia Clínica para a regularização.

Para os equipamentos que pertencem à terceiros, o processo de inventário também é necessário. Todos os equipamentos pertencentes a terceiros dentro da dependência do Hospital e que forem considerados de alta criticidade devem passar por aferições, inspeções e manutenção preventiva por conta do proprietário do equipamento, uma cópia do documento comprovando a manutenção preventiva do equipamento deverá ser entregue à Engenharia Clínica para análise e arquivo.

5.3.Treinamento e reciclagem

Programas de treinamento devem ser elaborados com parceria com o setor de treinamentos, para os usuários no sentido de:

a) Reciclar os procedimentos de operação dos equipamentos;

b) Treinar os procedimentos de aplicação e operação para equipamentos novos;

c) Orientar sobre os procedimentos de emergência relacionados a falha do equipamento;

d) Comunicar às áreas competentes os problemas encontrados para solução;

e) Orientar sobre testes periódicos e manutenções.

Devem participar destes treinamentos, o pessoal que executa tarefas com diferentes níveis hierárquicos compatíveis para tal.

Os treinamentos devem ser ministrados por pessoal interno capacitado da Engenharia Clínica e/ou por terceiros especialistas contratados e ainda por Fornecedores e fabricantes de equipamentos e todos devem ser registrados em Ordem de Serviço de Treinamento.

No programa de treinamento devem ser contemplados os seguintes itens:

a) Operação;

b) Aspectos de segurança;

c) Técnicas emergenciais;

d) Cuidados de desinfecção e esterilização.

No caso de equipamentos novos, todos os usuários/operadores devem ser treinados.

5.3.1. Como proceder para solicitar treinamento?

Basta entrar em contato com o setor de treinamento e a Engenharia Clínica.

5.4.Manutenção e Inspeção

Abrir um chamado no sistema informatizado de gerenciamento (Tasy) para a Engenharia Clínica, para todas as ocorrências e falhas com equipamentos médicos.

Os equipamentos devem ser encaminhados para a oficina da Engenharia e Manutenção.

5.4.1. Como minimizar riscos

São minimizados os riscos intrínsecos aos equipamentos médicos de alto risco através de inspeções, calibrações e manutenções preventivas sistemáticas de acordo com recomendações dos fabricantes, ECRI e normas vigentes.

Equipamentos requerem verificações periódicas (inspeções, testes e calibração) com a finalidade de avaliar e minimizar riscos clínicos e físicos.

5.4.2. Como a área pode colaborar para minimizar riscos?

Certifique e acompanhe a realização das calibrações acessando diretamente o sistema informatizado de gerenciamento, verifique também a agenda de calibrações dos equipamentos de sua área.

Separe e disponibilize os equipamentos para a calibração o agendamento.

Quando o equipamento estiver em uso em paciente, avise com antecedência a Engenharia Clínica a impossibilidade de realizar a calibração, entretanto assim que o equipamento for liberado, retire de uso e reserve para que seja feito a calibração.

Se no momento da manutenção preventiva o equipamento não for localizado, a área será informada. Se nenhum retorno for dado, a Engenharia Clínica abrirá uma notificação de evento, informando quais equipamentos estão não conforme.

Acione a Engenharia Clínica se localizar algum equipamento com a manutenção preventiva ou calibração vencida.

5.4.3. Situações de emergência

São situações de falha de equipamento de alta criticidade colocando em risco o paciente e/ou o usuário.

Situações de emergência nos equipamentos devem ser tratadas de maneira a garantir o pronto atendimento ao usuário e paciente. O sistema deve prever providências emergenciais que vão desde a reparos imediatos e troca de equipamento até a solicitação de providências clínicas.

Poderão ocorrer situações de treinamento durante procedimentos com o apoio da Engenharia Clínica.

5.4.4. Como posso colaborar?

a) Verifique em seu departamento os equipamentos de alta criticidade como por exemplo: desfibriladores;

b) Certifique se todos os usuários estão treinados e habilitados a utilizar os equipamentos de alto risco;

c) Certifique se todos do departamento sabem onde encontrar um equipamento de alta criticidade igual ou similar pelo departamento.

5.4.5. Alertas/Recall

Alertas e Recall são informações sobre potenciais riscos oferecidos por equipamentos médicos, as quais podem ser recebidas através de comunicações dos próprios fabricantes, dos usuários, de agências privadas, como por exemplo, ECRI ou de órgãos governamentais como ANVISA ou FDA (*Food and Drug AdmiistrationI*).

Essas informações devem ser encaminhadas ao departamento de Engenharia Clínica, que imediatamente deve registrar em Ordem de Serviço e fazer análise crítica adequada para verificar o nível de gravidade do problema e tomar as ações necessárias, inclusive o recolhimento equipamentos e materiais.

5.4.6. Monitoramento e comunicação de incidentes ocasionados por equipamento médico gerando morte, danos ou doenças graves a qualquer indivíduo

Todo incidente grave ocasionado por equipamento médico gerando morte, danos ou doenças graves a qualquer individuo devem ser minuciosamente examinados pela Engenharia Clínica em conjunto com a Comissão de Gerenciamento de Risco, visando analisar a causa fundamental que ocasionou o problema. Cuidados especiais devem ser tomados visando auxiliar o processo de investigação.

5.4.7. Comunicação e investigação de problemas relacionados a gerenciamento do equipamento, falhas e erros do usuário

Falhas e ocorrências em equipamentos relacionados devem ser registradas e gerenciadas pelo sistema de gerenciamento de manutenção, que permite a investigação de causas dos problemas encontrados.

Os usuários e respectivas gerências devem ser informados em tempo compatível com o problema. Estas falhas podem estar relacionadas com: gerenciamento do equipamento, defeitos de fabricação, falhas de operação do equipamento.

5.5.Gerenciamento de gases medicinais

Os gases medicinais e suas instalações são mantidos pela equipe de engenharia clínica, sendo realizadas inspeções periódicas a fim de verificar:

- Vazamentos;
- Níveis dos tanques de gases;
- Análise da qualidade do ar medicinal;
- Disponibilidade do sistema de vácuo;
- Abastecimento das áreas com cilindros de gases.

Periodicamente é avaliado seu dimensionamento, os contratos de fornecimento e nem como das fontes alternativas em caso de desabastecimento.

5.6.Desativação

O equipamento no fim de sua vida útil deve ser destinado para Engenharia Clínica, para que seja feito o processo de desativação de forma correta. Estes devem estar segregados e devidamente identificados quanto à condição e destino, com a devida documentação.

5.7.Resumo

a) Certifique-se que todos os equipamentos médicos possuem etiqueta de inventário;

b) Acompanhe as calibrações e manutenções preventivas através do sistema informatizado de manutenção;

c) Verifique se todos os operadores do departamento estão treinados e habilitados a utilizar diversos equipamentos médicos;

d) Verifique se todos sabem onde encontrar um segundo equipamento médico de alta criticidade, caso de falhar;

e) Em caso de falha em situações de emergência, acione a Engenharia Clínica o mais rápido possível para que possa providenciar o devido reparo e deixar o equipamento em condições de operação e segurança;

f) Para contatar a Engenharia Clínica:

- Entre em contato com o supervisor e/ou técnico que atende diretamente o seu departamento;
- Abra o chamado no sistema informatizado de manutenção.

6. RESPONSÁVEIS

Todas as áreas do hospital são responsáveis para que seja aplicado corretamente as atividades da Engenharia Clínica.

7. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

N/A.

8. REGISTROS DA QUALIDADE

Todos os registros são encontrados no sistema informatizado do hospital.

9. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Manutenção preventiva planejada versus realizada;
- Números de manutenções corretivas.

10. ANEXOS

N/A.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referenciar fontes consultadas que sustentam e fazem prova do que é transmitido no manual.

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Referenciar outros documentos da Instituição que se relacionam com este manual.

#Macroprocesso>Processo>Subprocesso>_____

13. HISTÓRICO DE REVISÕES

Criado em: 27/10/2021 – Renato Koiti Shimoura

Revisado em 11/05/2022-Alex Cordeiro Lins da Silva

#Apoio Assistencial > Gestão de tecnologia médica>_____

1. OBJETIVO

Orientar os colaboradores do serviço engenharia clínica e usuários, quanto a abertura, acompanhamento e alimentação das ordens de serviço. Fixar diretrizes quanto ao atendimento dessas solicitações e suas criticidades.

2. DEFINIÇÃO

Ordem de Serviço – OS

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

O usuário solicitante do serviço pode acompanhar o andamento da atividade via sistema de gerenciamento das ordens de serviço. O colaborador da engenharia clinica deve manter as ordens de serviço no sistema de gerenciamento com etapas atualizadas para acompanhamento dos interessados.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Sistema de gerenciamento de ordens de serviço.

Computador com internet.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Toda solicitação de serviço deve ser feita via sistema de gerenciamento de ordens de serviço.

Em casos de atendimentos que demandem materiais não estocáveis, ou contratação de serviços externos, o solicitante deverá ser informado sobre a situação da solicitação.

Solicitar Avaliação Preliminar de Riscos ao SESMT e Bombeiros, quando se tratar de obras de risco físico considerável (trabalho em altura, espaço confinado, manutenção elétrica em alta tensão ou remoção de materiais pesados, trabalhos a quente) e ao responsável pelo SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) quando se tratar de serviços que possam gerar risco de contaminação aos pacientes/usuários.

6. DESCRIÇÃO

Abaixo a descrição da gestão das demandas de atendimentos:

1. Solicitações de serviço devem ser abertas pelo usuário no sistema de gerenciamento da manutenção;
2. O colaborador da engenharia clinica deve monitorar constantemente o sistema de gerenciamento para acompanhamento das novas demandas no decorrer do plantão e se atendar para a criticidade de cada chamado;
3. Supervisor de posse das solicitações pendentes deverá avaliar e organizar as ordens de serviço de acordo com a criticidade e repassar aos funcionários da equipe para serem realizadas;

#Apoio Assistencial > Gestão de tecnologia médica>_____

4. Equipe da engenharia clinica ao identificar demandas a serem realizadas devem registrar no sistema tanto o serviço realizado como as pendencias que existam;
5. Usuários ao necessitar de atendimentos de urgência deve abrir chamado pelo sistema de gerenciamento e ligar nos ramais da Engenharia Clínica ligar nos ramais 5198, 5199, 5440 ou 62 99576-5813 informando a necessidade.

O descritivo abaixo mostra como classificar a criticidade dos atendimentos para o departamento de Engenharia Clinica. As OS, para fins de gerenciamento, serão divididas em quatro níveis básicos:

1. **Urgente:** São atendimento que colocam em risco a vida do paciente: Imediato.
2. **Alta criticidade:** São os equipamentos de Criticidade A (Alto Risco) conforme tabela padrão de equipamentos. Atendimento em 2 horas
3. **Média criticidade:** São os equipamentos de Criticidade B (Alto Risco) conforme tabela padrão de equipamentos. Atendimento em 6 horas.
4. **Baixa criticidade:** São os equipamentos de Criticidade C (Alto Risco) conforme tabela padrão de equipamentos. Atendimento em até 12 horas.

Observação: O prazo para atendimentos feitos pela Engenharia Clínica em horário de atendimento (Segunda a Quinta das 6h às 23h, Sextas das 6h às 22h, sábados 7h às 17h e domingos 7h às 16h) os citados acima. Fora do horário de cobertura os atendimentos serão atendidos a partir de 2 hora, pois será necessário o deslocamento do técnico, pois a Engenharia Clínica não possui plantão 24h.

7. RESPONSÁVEIS

É responsabilidade do técnico da engenharia clinica acompanhar o sistema de gerenciamento para recebimento, andamento das demandas abertas pelos setores, e manter o sistema com informações atualizadas.
É responsabilidade do usuário abrir OS quando identificado necessidades de atendimento e acompanhar o andamento do serviço pelo sistema.
É responsabilidade do técnico da engenharia clinica ao identificar necessidade de serviços, executa-los quando possível e registrar no sistema de gerenciamento, e/ou registrar a necessidade e a pendencia de execução;
É responsabilidade do técnico identificar os serviços que necessitem do acompanhamento do SESMT, Bombeiros e SCIH.
É responsabilidade do supervisor gerenciar as pendencias, orientando e dando encaminhamento para a resolução completa da demanda.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Todos os serviços devem ser relatados em OS no sistema de gestão.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção.

#Apoio Assistencial > Gestão de tecnologia médica>_____

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

N.A

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tabela Padrão de Equipamentos Médicos.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

09/05/2022 – Criação do documento.

TABELA PADRÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

1. OBJETIVOS

A tabela padrão tem o objetivo de definir claramente e padronizar termos, nomes de equipamentos, vida útil, criticidade, e futuramente serão incluídas informações sobre a necessidade e periodicidade de manutenção preventiva e calibração.

2. RESPONSÁVEIS

Engenharia Clínica: Manter tabela atualizada, fazendo alterações e inclusões necessárias.

3. DEFINIÇÃO

Criticidade:

- Definição da criticidade do equipamento, com foco na segurança do paciente, baseado na RDC 185.

CRITICIDADE A - ALTO RISCO:

- Resultado é uma grandeza que influencia diretamente em uma decisão clínica;
- Risco de dano direto ao usuário, paciente ou operador;
- Entrega direta de energia ao paciente.

CRITICIDADE B - MÉDIO RISCO:

- Resultado pode influenciar decisão clínica, mas é subjetivo;
- Equipamento pode ter contato direto com paciente, porém não apresenta risco direto de dano a ele: Dano indireto (por sequência de fatos ou por estar ligado a um equipamento de criticidade A);
- Equipamento crítico para processo, não para paciente diretamente.

CRITICIDADE C - BAIXO RISCO:

- Resultado não influencia em decisão médica ou somente auxilia;

- Equipamentos de apoio ou de auxílio ao tratamento, sendo substituíveis ou dispensáveis.

Vida Útil:

- Tempo médio de vida útil do equipamento no HIAE, baseado nos dados do AHA e experiência da engenharia clínica.

Produto médico ativo para diagnóstico:

- Qualquer produto médico ativo, utilizado isoladamente ou em combinação com outros produtos médicos, destinado a proporcionar informações para a detecção, diagnóstico, monitoração ou tratamento das condições fisiológicas ou de saúde, enfermidades ou deformidades congênitas.

Produto médico ativo para terapia:

- Qualquer produto médico ativo, utilizado isoladamente ou em combinação com outros produtos médicos, destinado a sustentar, modificar, substituir ou restaurar funções ou estruturas biológicas, no contexto de tratamento ou alívio de uma enfermidade, lesão ou deficiência.

Acessório:

- Produto fabricado exclusivamente com o propósito de integrar um produto médico, outorgando a esse produto uma função ou característica técnica complementar.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O objetivo deste procedimento é garantir que a planilha estará disponível para consulta de todos e na sua versão atualizada. O cadastro de equipamentos está interligado com esta planilha padrão, sendo esta peça fundamental no processo de cadastro.

Como forma de classificação, foi utilizado:

1º nível: Classe geral do equipamento, baseado na norma RDC;

- GERAL
- CIRURGICO
- TERAPIA
- LABORATORIO
- DIAGNOSTICO

2º nível: Tipo de equipamento, caráter geral;

3º nível: Tipo do equipamento específico.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico

Título Documento
TABELA PADRÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	Nome no SAP	VIDA ÚTIL	CRITICIDADE	JUSTIFICATIVA
TERAPIA	ACELERADOR LINEAR			15	A	entrega energia
GERAL	ACESSÓRIOS PLUMBÍFEROS			20	B	risco dano indireto
LABORATÓRIO	AGITADOR	AGITADOR MAGNETICO		10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	AGITADOR	AGITADOR MECANICO		10	B	critico para processo
GERAL	AMALGAMADOR			7	C	substituivel ou dispensável
GERAL	AMBU			5	C	substituivel ou dispensável
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR BACTERIOLÓGICO		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR BIOCROMATICO		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR BIOQUÍMICO		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR D FLUIDOS FISIOLÓGICOS		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR D GLICOHEMOGLOBINA		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR D GLICOSE		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR D HEMOSTASIA		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR D HEPARINA		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR D IONS		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR D QUÍMICA ROBORIZADO		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR D SEMEN		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR DE AMINOÁCIDO		7	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR DE COAGULAÇÃO		7	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR DE CÓRNEA		7	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR DE CULTURA DE SANGUE		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR DE DNA		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR DE ELETRÓLITO		5	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR DE FUNÇÃO PULMONAR		8	B	critico para processo
CIRURGICO	ANALISADOR	ANALISADOR DE GASES		10	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR DE GASOMETRIA SANGUE		8	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	ANALISADOR	ANALISADOR DE O2		10	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR DE URINA		7	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR HEMATOLÓGICO		7	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR HORMONAL		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR IMUNOLÓGICO		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR IMUNOQUÍMICO		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR MICROBIOLÓGICO		7	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR PARA PH E GASES		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR VESTÍBULO-OCULAR ICS		7	B	resultado subjetivo
LABORATÓRIO	ANALISADOR	ANALISADOR/ EXTRATOR MAT. GENÉTICO		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	ANALISADOR PNEUMOVIR	ANALISADOR PNEUMOVIR			B	
GERAL	APARATO	APARATO DE COMPORTAMENTO SONORO		10	C	substituivel ou dispensável
CIRURGICO	APARELHO DE ANESTESIA			12	A	risco de dano direto
TERAPIA	APARELHO PERFORMA KINETEC CPM			10	B	crítico para processo
CIRURGICO	AQUECEDOR	AQUECEDOR DE FLUIDO		10	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	AQUECEDOR	AQUECEDOR DE SANGUE		10	A	grandeza influencia direta
	AQUECEDOR	Aquecedo r de bolsa				
CIRURGICO	ASPIRADOR	ASPIRADOR CIRÚRGICO		10	A	risco de dano direto
CIRURGICO	ASPIRADOR	ASPIRADOR DE FUMAÇA		10	C	substituivel ou dispensável
LABORATÓRIO	ASPIRADOR	ASPIRADOR DE PIPETAS		7	B	critico para processo
GERAL	ASPIRADOR	ASPIRADOR SECREÇÃO		10	B	risco dano indireto
CIRURGICO	ASPIRADOR	ASPIRADOR ULTRASSONICO		7	A	risco de dano direto
DIAGNÓSTICO	AUDIÔMETRO			15	A	grandeza influencia direta
DIAGNÓSTICO	AVALIADOR ISOCINÉTICO			10	B	resultado subjetivo
LABORATÓRIO	BALANÇA	BALANÇA ANALÍTICA		15	B	critico para processo
GERAL	BALANÇA	BALANÇA DE PRECISÃO		15	B	critico para processo
GERAL	BALANÇA	BALANÇA DIGITAL		15	A	grandeza influencia direta
GERAL	BALANÇA	BALANÇA ELETRÔNICA		15	A	grandeza influencia direta
GERAL	BALANÇA	BALANÇA MECÂNICA		15	A	grandeza influencia direta
GERAL	BALANÇA	BALANÇA PEDIÁTRICA		15	A	grandeza influencia direta

Diretoria ENGENHARIA & MANUTENCAO		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado ENMA.PR.QU.029	Código do Documento PR.TEC.2338.4	Versão 4	Data Criação 30/11/2010	Data Revisão 17/06/2019
Elaborador Ana Paula Siqueira Silva	Revisor Diego Marcelo Gomes dos Passos	Parecerista	Aprovado por Berthone Venancio Soares | Antonio Gibertoni Junior	Data Aprovação 17/06/2019

DOCUMENTO OFICIAL

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico

Título Documento
TABELA PADRÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

GERAL	BALÃO INTRA-AÓRTICO			12	A	risco de dano direto
TERAPIA	BANHO	BANHO DE PARAFINA		10	C	substituivel ou dispensável
LABORATÓRIO	BANHO	BANHO MARIA		10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	BANHO	BANHO SECO		10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	BANHO	BANHO ULTRASSONICO		10	C	substituivel ou dispensável
TERAPIA	BARÔMETRO			5	A	grandeza influencia direta
DIAGNÓSTICO	BAROPODÔMETRO			15	B	resultado subjetivo
DIAGNÓSTICO	BAROPODÔMETRO			25	B	resultado subjetivo
TERAPIA	BERÇO AQUECIDO			13	A	entrega energia
TERAPIA	BERÇO AQUECIDO	BERÇO AQUECIDO COM BABY			A	
TERAPIA	BICICLETA ERGOMÉTRICA			10	B	critico para processo
TERAPIA	BICICLETA SUBAQUATICA SB				C	
DIAGNÓSTICO	BILIRRUBINÔMETRO			10	A	grandeza influencia direta
TERAPIA	BIOFEEDBACK			10	B	resultado subjetivo
DIAGNÓSTICO	BIOIMPEDANCIÔMETRO			20	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	BISTURI	BISTURI		12	A	risco de dano direto
CIRURGICO	BISTURI	BISTURI BIPOLAR		10	A	risco de dano direto
CIRURGICO	BISTURI	BISTURI DE VOLATIZAÇÃO		12	A	risco de dano direto
CIRURGICO	BISTURI	BISTURI ELÉTRICO		12	A	risco de dano direto
TERAPIA	BOMBA	BOMBA DE DIETA	BOMBA DE DIETA	12	A	risco de dano direto
TERAPIA	BOMBA	BOMBA DE INFUSÃO	BOMBA DE INFUSAO	12	A	risco de dano direto
CIRURGICO	BOMBA	BOMBA DE IRRIGAÇÃO	BOMBA DE IRRIGAÇAO	10	A	risco de dano direto
CIRURGICO	BOMBA	BOMBA DE VÁCUO	BOMBA DE VACUO	10	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	BOMBA	BOMBA INJETORA	BOMBA INJETORA	10	A	entrega energia
GERAL	BOMBA	BOMBA SUCÇÃO DE LEITE	BOMBA SUCÇAO DE LEITE	10	B	critico para processo
GERAL	BOTIJÃO DE NITROGÊNIO LÍQUIDO			15	B	critico para processo
CIRURGICO	BUDDE HALO			10	A	risco de dano direto
DIAGNÓSTICO	CABINE AUDIOMÉTRICA			15	B	grandeza influencia direta
CIRURGICO	CADEIRA	CADEIRA CIRÚRGICA HIDRÁULICA		15	B	risco dano indireto
GERAL	CADEIRA	CADEIRA GERIÁTRICA		10	B	risco dano indireto
GERAL	CADEIRA	CADEIRA ODONTOLÓGICA		15	B	risco dano indireto
DIAGNÓSTICO	CADEIRA	CADEIRA OFTALMOLOGICA		10	B	risco dano indireto
DIAGNÓSTICO	CALIBRADOR DE DOSES			10	B	risco dano indireto
GERAL	CÂMARA DE CONSERVAÇÃO			10	B	critico para processo
GERAL	CÂMARA DE VACINA			10	B	critico para processo
TERAPIA	CÂMARA HIPERBÁRICA			18	A	risco de dano direto
CIRURGICO	CÂMERA	CÂMERA DE VÍDEO		5	C	não causa risco de dano
GERAL	CÂMERA	CÂMERA DIGITAL		7	C	não causa risco de dano
DIAGNÓSTICO	CAMPÍMETRO	CAMPIMETRO COMPUTADORIZADO		15	B	resultado subjetivo
DIAGNÓSTICO	CAMPÍMETRO			15	B	resultado subjetivo
LABORATÓRIO	CAPELA			15	C	não causa risco de dano
DIAGNÓSTICO	CAPNÓGRAFO			10	A	grandeza influencia direta
CIRURGICO	CARDIOPLEGIA			3	A	risco de dano direto
TERAPIA	CARDIOVERSOR	CARDIOVERSOR MONITORIZAÇÃO MULTIPA		10	A	entrega energia
TERAPIA	CARDIOVERSOR		CARDIOVERSOR	10	A	entrega energia
TERAPIA	CARRO METABÓLICO			10	A	grandeza influencia direta
CIRURGICO	CAUTÉRIO	CAUTÉRIO DERMATOLÓGICO		7	A	risco de dano direto
CIRURGICO	CAUTÉRIO	CAUTÉRIO GINECOLÓGICO		7	A	risco de dano direto
GERAL	CENTRAL	CENTRAL DE GASES		15	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	CENTRAL	CENTRAL DE MONITORIZAÇÃO	CENTRAL DE MONITOR.	10	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	CENTRAL	CENTRAL DE TELEMETRIA	CENTRAL DE TELEM.			
LABORATÓRIO	CENTRÍFUGA	CENTRÍFUGA REFRIGERADA		12	B	critico para processo
LABORATÓRIO	CENTRÍFUGA	CENTRÍFUGA VENTILADA		12	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	CICLOTRON			N/A	A	entrega energia
GERAL	CILINDRO	CILINDRO AR		8	B	risco dano indireto
GERAL	CILINDRO	CILINDRO CO2		8	B	risco dano indireto
GERAL	CILINDRO	CILINDRO N2		8	B	risco dano indireto
GERAL	CILINDRO	CILINDRO N2O		8	B	risco dano indireto
GERAL	CILINDRO	CILINDRO O2		8	B	risco dano indireto

Diretoria ENGENHARIA & MANUTENCAO		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado ENMA.PR.QU.029	Código do Documento PR.TEC.2338.4	Versão 4	Data Criação 30/11/2010	Data Revisão 17/06/2019
Elaborador Ana Paula Siqueira Silva	Revisor Diego Marcelo Gomes dos Passos	Parecerista	Aprovado por Berthone Venancio Soares | Antonio Gibertoni Junior	Data Aprovação 17/06/2019

DOCUMENTO OFICIAL

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico

Título Documento
TABELA PADRÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

CIRURGICO	CISTOSCÓPIO			4	C	substituivel ou dispensável
	CITOMETRO DE FLUXO				A	
CIRURGICO	COAGULADOR DE ARGÔNIO			10	A	risco de dano direto
TERAPIA	COLCHÃO TÉRMICO			12	C	substituivel ou dispensável
GERAL	COMPRESSOR	COMPRESSOR DE AR		20	B	critico para processo
TERAPIA	COMPRESSOR	COMPRESSOR DE MEBROS		10	B	risco dano indireto
GERAL	CONCENTRADOR DE O2			7	B	critico para processo
LABORATÓRIO	CONDUTIVÍMETRO			5	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	CONECTOR ESTÉRIL TUBOS			10	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	CONJUNTO OFTALMO/OSCÓPIO			10	C	
LABORATÓRIO	CONTADOR	CONTADOR DE CÉLULAS AUTOMÁTICO		8	B	critico para processo
LABORATÓRIO	CONTADOR	CONTADOR DE CÉLULAS MANUAL		4	C	critico para processo
LABORATÓRIO	CONTADOR	CONTADOR GAMA		10	B	critico para processo
	CONTROLES DE SUOR WESCOR				B	
GERAL	CR			10	B	critico para processo
CIRURGICO	CRIOFTÁLMICO			10	A	entrega energia
	CRIOSTATO				B	
LABORATÓRIO	CROMATÓGRAFO	HPLC		10	A	critico para processo
LABORATÓRIO	CROMATÓGRAFO			7	B	critico para processo
TERAPIA	CRYO CUFF			20	B	critico para processo
TERAPIA	DEBRIDADOR			10	B	risco dano indireto
DIAGNÓSTICO	DECIBELIMETRO			15	B	resultado subjetivo
LABORATÓRIO	DEIONIZADOR			10	B	resultado subjetivo
DIAGNÓSTICO	DENSITOMETRIA ÓSSEA			8	A	entrega energia
DIAGNÓSTICO	DENSITÔMETRO			10	C	substituivel ou dispensável
CIRURGICO	DERMÁTOMO			10	C	não causa risco de dano
	dermatoscópio				B	
GERAL	DESCALCIFICADOR			10	B	resultado subjetivo
LABORATÓRIO	DESCONGELADOR DE PLASMA			10	B	critico para processo
TERAPIA	DESFIBRILADOR	DESFIBRILADOR		7	A	entrega energia
TERAPIA	DESFIBRILADOR	DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO	DEA	10	A	
LABORATÓRIO	DESTILADOR			10	B	critico para processo
GERAL	DETECTOR DE RADIAÇÃO			20	B	resultado subjetivo
DIAGNÓSTICO	DETECTOR DIGITAL DRX			10	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	DETECTOR FETAL			7	B	resultado subjetivo
TERAPIA	DIATERMIA			10	A	entrega energia
GERAL	DIGITALIZADORA DE FILMES			20	B	critico para processo
GERAL	DIGITALIZADORA DE IMAGENS			10	B	critico para processo
TERAPIA	DINAMÔMETRO			20	B	resultado subjetivo
LABORATÓRIO	DISPENSADOR			10	B	critico para processo
CIRURGICO	DOPPLER	BISTURI A LASER		12	A	risco de dano direto
DIAGNÓSTICO	DOPPLER			7	B	resultado subjetivo
	DOSÍMETRO				B	
DIAGNÓSTICO	ECOCARDIÓGRAFO			7	B	resultado subjetivo
DIAGNÓSTICO	ELETROCARDIÓGRAFO			12	A	grandeza influencia direta
DIAGNÓSTICO	ELETROENCEFALÓGRAFO			10	B	resultado subjetivo
DIAGNÓSTICO	ELETROMIÓGRAFO			7	B	resultado subjetivo
TERAPIA	ELETROTERAPIA			10	A	entrega energia
GERAL	ELEVADOR DE PACIENTE			10	A	grandeza influencia direta
DIAGNÓSTICO	EMISSOR OTOACÚTICO			15	B	resultado subjetivo
	EQUIPAMENTO DE MANOMETRIA	EQUIPAMENTO DE MANOMETRIA		8	A	
DIAGNÓSTICO	ESFIGMOMANÔMETRO			15	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	ESPECTROFOTÔMETRO	ESPECTROFOTÔMETRO		10	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	ESPECTROFOTÔMETRO	ESPECTROFOTÔMETRO DE MASSA		7	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	ESPECTRÔMETRO	ESPECTRÔMETRO DE MASSA		7	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	ESPECTROSCÓPIO			10	B	resultado subjetivo
TERAPIA	ESPIRÔMETRO			5	A	grandeza influencia direta
GERAL	ESTABILIZADOR			10	C	não causa risco de dano
LABORATÓRIO	ESTAÇÃO DE RECUPERAÇÃO ANTIGÊNICA			7	B	critico para processo
GERAL	ESTATIVA			20	C	substituivel ou dispensável
TERAPIA	ESTEIRA ERGOMÉTRICA			15	B	critico para processo
CIRURGICO	ESTEREOTÁXICO			12	C	substituivel ou dispensável
GERAL	ESTERILIZADORA / AUTOCLAVE	ESTERILIZADORA BANCADA		15	B	critico para processo
GERAL	ESTERILIZADORA / AUTOCLAVE	ESTERILIZADORA BARREIRA		15	B	critico para processo

Diretoria ENGENHARIA & MANUTENCAO		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado ENMA.PR.QU.029	Código do Documento PR.TEC.2338.4	Versão 4	Data Criação 30/11/2010	Data Revisão 17/06/2019
Elaborador Ana Paula Siqueira Silva	Revisor Diego Marcelo Gomes dos Passos	Parecerista	Aprovado por Berthone Venancio Soares | Antonio Gibertoni Junior	Data Aprovação 17/06/2019

DOCUMENTO OFICIAL

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico

Título Documento
TABELA PADRÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

DIAGNÓSTICO	ESTETOSCÓPIO			10	C	substituivel ou dispensável
CIRURGICO	ESTIMULADOR	ESTIMULADOR DE NERVOS		10	A	entrega energia
TERAPIA	ESTIMULADOR	ESTIMULADOR MUSCULAR		10	A	entrega energia
TERAPIA	ESTIMULADOR DE NERVOS			10	A	somente auxilia decisão
GERAL	ESTUFA			10	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	EVIDENCIADOR DE VEIAS			10	C	resultado subjetivo
CIRURGICO	EXCIMER LASER			5	A	risco de dano direto
CIRURGICO	EXTRACORPÓREA			8	A	risco de dano direto
LABORATÓRIO	EXTRATOR DE PLASMA			10	B	critico para processo
CIRURGICO	FACOEMULSIFICADOR			7	A	entrega energia
CIRURGICO	FIBRA ÓPTICA			3	B	risco dano indireto
CIRURGICO	FIBROSCÓPIO			3	B	risco dano indireto
GERAL	FLUXO LAMINAR			15	A	risco de dano direto
GERAL	FLUXÔMETRO	FLUXÔMETRO AR		5	B	critico para processo
GERAL	FLUXÔMETRO	FLUXÔMETRO CO2		5	B	critico para processo
GERAL	FLUXÔMETRO	FLUXÔMETRO N2		5	B	critico para processo
GERAL	FLUXÔMETRO	FLUXÔMETRO N2O		5	B	critico para processo
GERAL	FLUXÔMETRO	FLUXÔMETRO O2		5	B	critico para processo
CIRURGICO	FOCO	FOCO CIRÚRGICO		15	B	critico para processo
CIRURGICO	FOCO	FOCO CIRÚRGICO PORTÁTIL		10	B	critico para processo
GERAL	FOCO	FOCO CLÍNICO		10	C	substituivel ou dispensável
CIRURGICO	FOCO	FOCO FRONTAL	FOTOFORO	10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	FONTE	FONTE DE ELETROFORESE		7	B	critico para processo
GERAL	FONTE DE LUZ			10	A	substituivel ou dispensável
CIRURGICO	FONTE DE LUZ FRIA			10	C	substituivel ou dispensável
LABORATÓRIO	FORNO	FORNO DE PARAFINA		15	B	critico para processo
CIRURGICO	FOTOCOAGULADOR			5	A	risco de dano direto
GERAL	FOTOPOLIMERIZADOR			7	C	substituivel ou dispensável
TERAPIA	FOTOTERAPIA			13	A	risco dano indireto
GERAL	FREEZER	ULTRAFREEZER		15	B	critico para processo
GERAL	FREEZER			15	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	GAMA CÂMARA			12	B	resultado subjetivo
DIAGNÓSTICO	GAMA CONTADOR			8	B	resultado subjetivo
GERAL	GERADOR			20	C	não causa risco de dano
	GRAVADOR	GRAVADOR DE PNI	GRAVADOR DE PNI		C	
GERAL	GRAVADOR	ELETRO-CORROSÃO GRAVAMET		15	C	substituivel ou dispensável
GERAL	GRAVADOR	GRAVADOR DE DVD		10	C	substituivel ou dispensável
TERAPIA	HEMODIALISADORA			10	A	risco de dano direto
TERAPIA	HEMOFILTRADORA			10	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	HEMOFOTÔMETRO			10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	HEMOGLOBINÔMETRO			7	B	resultado subjetivo
LABORATÓRIO	HIBRIDIZADOR			7	B	critico para processo
GERAL	HIDROTERAPIA			10	B	risco dano indireto
TERAPIA	HIPERTERMIA			12	A	risco de dano direto
TERAPIA	HIPOTERMIA			12	A	risco de dano direto
DIAGNÓSTICO	GRAVADOR	GRAVADOR DE HOLTER	GRAVADOR DE HOLTER	7	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	HOMOGENEIZADOR	HOMOGENEIZADOR DE TUBOS		10	B	critico para processo
GERAL	IDENTIFICADOR RADIOGRÁFICO			10	C	substituivel ou dispensável
DIAGNÓSTICO	IMPEDANCIÔMETRO			10	B	resultado subjetivo
GERAL	IMPRESSORA	IMPRESSORA BSPRINT		7	B	substituivel ou dispensável
DIAGNÓSTICO	IMPRESSORA	IMPRESSORA DRY		10	B	critico para processo
GERAL	IMPRESSORA			5	C	substituivel ou dispensável
LABORATÓRIO	INCUBADORA	INCUBADORA		10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	INCUBADORA	INCUBADORA DE CO2		10	B	critico para processo
TERAPIA	INCUBADORA	INCUBADORA DE TRANSPORTE		13	A	risco de dano direto
TERAPIA	INCUBADORA	INCUBADORA NEONATAL		13	A	risco de dano direto
LABORATÓRIO	INJETOR			10	C	substituivel ou dispensável
CIRURGICO	INSUFLADOR			10	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	LÂMPADA DE FENDA			10	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	LASER	LASER CIRÚRGICO		15	A	risco de dano direto
TERAPIA	LASER	LASER TERAPIA		15	A	risco de dano direto
LABORATÓRIO	LAVADORA	LAVADORA DE CÉLULA		5	B	critico para processo
LABORATÓRIO	LAVADORA	LAVADORA DE GAIOLAS		15	C	não causa risco de dano
CIRURGICO	LAVADORA	LAVADORA ULTRASSÔNICA		5	B	critico para processo
GERAL	LAVADORA			10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	LAVADORA			8	B	critico para processo

Diretoria ENGENHARIA & MANUTENCAO		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado ENMA.PR.QU.029	Código do Documento PR.TEC.2338.4	Versão 4	Data Criação 30/11/2010	Data Revisão 17/06/2019
Elaborador Ana Paula Siqueira Silva	Revisor Diego Marcelo Gomes dos Passos	Parecerista	Aprovado por Berthone Venancio Soares | Antonio Gibertoni Junior	Data Aprovação 17/06/2019

DOCUMENTO OFICIAL

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico

Título Documento
TABELA PADRÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

LABORATÓRIO	LEITOR DE LÂMINAS			10	B	critico para processo
GERAL	LENSÔMETRO			10	B	resultado subjetivo
LABORATÓRIO	LIOFILIZADOR			10	B	critico para processo
CIRURGICO	LIPOASPIRADOR			10	A	risco de dano direto
CIRURGICO	LITOTRIPTOR	LITOTRIPTOR		10	A	entrega energia
CIRURGICO	LITOTRIPTOR	LITOTRIPTOR RENAL		7	A	entrega energia
GERAL	MACA	MACA ORTOPÉDICA		15	C	substituivel ou dispensável
LABORATÓRIO	MALETA HEMOCOMPONENTES			7	C	substituivel ou dispensável
DIAGNÓSTICO	MAMÓGRAFO			12	A	entrega energia
GERAL	MANOVACUÔMETRO			5	C	substituivel ou dispensável
TERAPIA	MANTA TÉRMICA			10	A	entrega energia
TERAPIA	MARCAPASSO			8	A	grandeza influencia direta
TERAPIA	MASSAGEADOR	MASSAGEADOR FISIO		10	C	substituivel ou dispensável
DIAGNÓSTICO	MEDIDOR DE DOSE			10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	MEDIDOR DE PONTO DE FUSÃO	MEDIDOR DE PONTO DE FUSÃO		7	B	não causa risco de dano
TERAPIA	MEDIDOR DE SINAIS VITAIS	MEDIDOR DE SINAIS VITAIS		10	A	
CIRURGICO	MESA	MESA CIRÚRGICA		15	B	risco dano indireto
CIRURGICO	Microdebridador				A	
CIRURGICO	MICROSCÓPIO			15	B	resultado subjetivo
DIAGNÓSTICO	MICROSCÓPIO			15	B	resultado subjetivo
LABORATÓRIO	MICRÓTOMO	MICRÓTOMO DE LÂMINA		10	B	critico para processo
CIRURGICO	MISTURADOR DE GASES			8	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	MONITOR	Iextra		12	B	resultado subjetivo
GERAL	MONITOR	MONITOR APNÉIA		12	B	risco dano indireto
GERAL	MONITOR	MONITOR BISPECTRAL		12	A	grandeza influencia direta
GERAL	MONITOR	MONITOR CARDÍACO		12	A	grandeza influencia direta
CIRURGICO	MONITOR	MONITOR DE COAGULAÇÃO		12	A	grandeza influencia direta
GERAL	MONITOR	MONITOR DE COMPOSIÇÃO CORPORAL		12	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	MONITOR	MONITOR DE GASES		12	A	grandeza influencia direta
GERAL	MONITOR	MONITOR DE GLICEMIA		3	A	grandeza influencia direta
GERAL	MONITOR	MONITOR DE PIC		12	A	grandeza influencia direta
GERAL	MONITOR	MONITOR DE PNI		12	A	grandeza influencia direta
GERAL	MONITOR	MONITOR DÉBITO CARDÍACO		12	A	grandeza influencia direta
GERAL	MONITOR	MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	MONITOR MULT.	12	A	grandeza influencia direta
GERAL	MONITOR	MONITOR MULTIPARAMÉTRICO DE TRANSPORTE	MONITOR DE TRANSPORTE	12	A	grandeza influencia direta
DIAGNÓSTICO	MONITOR	MONITOR PLAQUETÁRIO		12	A	grandeza influencia direta
CIRURGICO	MONITOR	MONITOR VIDEOCIRURGIA		12	B	critico para processo
LABORATÓRIO	MONTADORA DE LÂMINA			10	B	critico para processo
CIRURGICO	MORCELADOR			10	B	critico para processo
CIRURGICO	MOTOR	MOTOR CIRÚRGICO ELÉTRICO		5	A	risco de dano direto
CIRURGICO	MOTOR	MOTOR CIRÚRGICO PNEUMÁTICO		5	A	risco de dano direto
GERAL	MOTOR	MOTOR ODONTOLÓGICO		5	A	risco de dano direto
	NASOFIBROSCÓPIO				C	
GERAL	NEBULIZADOR			10	C	substituivel ou dispensável
DIAGNÓSTICO	OFTALMOSCÓPIO	OFTALMOSCÓPIO		10	C	somente auxilia decisão
DIAGNÓSTICO	OFTALMOSCÓPIO	OFTALMOSCÓPIO INDIRETO		10	C	somente auxilia decisão
TERAPIA	ONDAS CURTAS			10	A	entrega energia
CIRURGICO	ÓPTICAS	BRONCOSCÓPIO		8	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	ÓPTICAS	COLONOSCÓPIO		8	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	ÓPTICAS	COLPOSCÓPIO		8	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	ÓPTICAS	DUODENOSCÓPIO		8	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	ÓPTICAS	GASTROSCÓPIO		8	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	ÓPTICAS	LARINGOSCÓPIO		8	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	ÓPTICAS	NASOFIBROSCÓPIO		8	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	ÓPTICAS	NEFROSCÓPIO		8	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	ÓPTICAS	PELVISCÓPIO		8	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	ÓPTICAS	RINOLARINGOFIBROSCÓPIO		8	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	ÓPTICAS	SISTEMA DE LAPAROSCOPIA		8	B	resultado subjetivo
CIRURGICO	ÓPTICAS	VIDEOLARINGOSCÓPIO		8	B	resultado subjetivo

Diretoria ENGENHARIA & MANUTENCAO		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado ENMA.PR.QU.029	Código do Documento PR.TEC.2338.4	Versão 4	Data Criação 30/11/2010	Data Revisão 17/06/2019
Elaborador Ana Paula Siqueira Silva	Revisor Diego Marcelo Gomes dos Passos	Parecerista	Aprovado por Berthone Venancio Soares | Antonio Gibertoni Junior	Data Aprovação 17/06/2019

DOCUMENTO OFICIAL

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico

Título Documento
TABELA PADRÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

GERAL	OSMOSE	OSMOSE REVERSA CENTRAL		10	B	critico para processo
GERAL	OSMOSE	OSMOSE REVERSA PORTÁTIL		10	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	OTOCALORIMETRO OTOMETRICS				B	
DIAGNÓSTICO	OTOSCÓPIO			10	C	substituivel ou dispensável
DIAGNÓSTICO	OXICAPINÓGRAFO			10	A	grandeza influencia direta
DIAGNÓSTICO	OXÍMETRO DE PULSO			10	A	grandeza influencia direta
	OXÍMETRO DE PULSO				A	
GERAL	PAINEL DE REUSO			10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	PCR			8	B	critico para processo
TERAPIA	PERINEÔMETRO			10	A	grandeza influencia direta
DIAGNÓSTICO	PET-CT			8	A	entrega energia
LABORATÓRIO	PHMETRO			10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	PIPETA			5	B	critico para processo
LABORATÓRIO	PLACA DE AQUECIMENTO			8	B	critico para processo
IMAGEM	POLÍGRAFO TEB SP12HX				A	
DIAGNÓSTICO	POTENCIAL EVOCADO			10	B	resultado subjetivo
LABORATÓRIO	PROCESSADOR DE TECIDO			10	C	não causa risco de dano
LABORATÓRIO	PROCESSADORA DE CÉLULAS			10	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	PROCESSADORA DE IMAGENS			10	B	critico para processo
GERAL	PROCESSADORA DE RAIOS-X			10	B	critico para processo
TERAPIA	RADIÔMETRO			10	A	grandeza influencia direta
DIAGNÓSTICO	RAIOS-X	RAIOS-X ARCO C	RAIOS-X ARCO C	15	A	entrega energia
DIAGNÓSTICO	RAIOS-X	RAIOS-X CONVENCIONAL	RAIOS-X	15	A	entrega energia
DIAGNÓSTICO	RAIOS-X	RAIOS-X DIGITAL	RAIOS-X	15	A	entrega energia
DIAGNÓSTICO	RAIOS-X	RAIOS-X TELECOMANDADO	RAIOS-X TELECOM.	15	A	entrega energia
DIAGNÓSTICO	RAIOS-X	RAIOS-X FLUOROSCOPIA	RAIOS-X	15	A	entrega energia
DIAGNÓSTICO	RAIOS-X	RAIOS-X PANORÂMICO	RAIOS-X PANORAMICO	15	A	entrega energia
DIAGNÓSTICO	RAIOS-X	RAIOS-X ODONTOLÓGICO	RAIOS-X ODONTO	15	A	entrega energia
DIAGNÓSTICO	RAIOS-X	RAIOS-X PORTÁTIL	RAIOS-X PORTATIL	15	A	entrega energia
LABORATÓRIO	REATOR DE MICROONDAS			10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	REPIPETADOR			5	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		RESSONANCIA MAGNETICA	15	A	entrega energia
TERAPIA	RESSUCITADOR AUTOPULSE	RESSUCITADOR			A	
	ressucitador baby puff				A	
DIAGNÓSTICO	RETINOSCÓPIO			10	B	resultado subjetivo
LABORATÓRIO	ROTAEVAPORADOR			10	C	substituivel ou dispensável
	SECADORA DE TRAQUEIA CISA				B	
LABORATÓRIO	SELADORA			5	B	critico para processo
LABORATÓRIO	SEPARADORA DE CÉLULAS			7	B	critico para processo
LABORATÓRIO	SEQUENCIADOR			10	B	critico para processo
GERAL	SERRA	SERRA DE GESSO		10	C	substituivel ou dispensável
IMAGEM	SIMULADOR NURSIN BABY/	SIMULADOR			B	
GERAL	SISTEM TRAT AGUA			15	B	risco dano indireto
	SISTEMA AUT LAMINAS ROCHE				B	
CIRURGICO	SISTEMA DE DRENAGEM LINFÁTICA			10	B	risco dano indireto
GERAL	SISTEMA DE FOTOFERESE			10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	SISTEMA DE ULTRAPURIFICAÇÃO			10	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	SISTEMA ENDOSCOPIA POR CAPSULA			5	B	critico para processo
TERAPIA	SISTEMA TERAPIA FOTODINAMICA			10	B	critico para processo
CIRURGICO	SISTEMA VIDEOCIRURGIA			5	A	risco de dano direto
GERAL	TANQUE	TANQUE DE ÁGUA		20	B	risco dano indireto
GERAL	TANQUE	TANQUE NITROGÊNIO		20	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	TELEMETRIA			8	A	grandeza influencia direta
LABORATÓRIO	TERMOAGITADOR			10	B	critico para processo
LABORATÓRIO	TERMOBLOCO			10	C	não causa risco de dano
LABORATÓRIO	TERMOCICLADOR			10	B	critico para processo
	TERMODESINFECTORA				B	
DIAGNÓSTICO	TERMÔMETRO	TERMÔMETRO DIGITAL		10	B	resultado subjetivo
DIAGNÓSTICO	TERMÔMETRO	TERMÔMETRO ELETRÔNICO		5	B	resultado subjetivo

Diretoria ENGENHARIA & MANUTENCAO		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado ENMA.PR.QU.029	Código do Documento PR.TEC.2338.4	Versão 4	Data Criação 30/11/2010	Data Revisão 17/06/2019
Elaborador Ana Paula Siqueira Silva	Revisor Diego Marcelo Gomes dos Passos	Parecerista	Aprovado por Berthone Venancio Soares | Antonio Gibertoni Junior	Data Aprovação 17/06/2019

DOCUMENTO OFICIAL

Tipo Documental ProcedimentoTecnico
Título Documento TABELA PADRÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

DIAGNÓSTICO	TOMÓGRAFO		TOMOGRAFO	12	A	entrega energia
DIAGNÓSTICO	TONÔMETRO			10	B	resultado subjetivo
TERAPIA	TRISTANDER TRAY			10	A	risco de dano direto
DIAGNÓSTICO	TROLLEY			7	B	critico para processo
LABORATORIO	TROMBOELASTÓGRAFO			7	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	ULTRASSOM		ULTRASSOM	10	B	resultado subjetivo
TERAPIA	ULTRASSOM		ULTRASSOM	10	A	entrega energia
DIAGNÓSTICO	ULTRASSOM	ULTRASSOM PORTÁTIL	ULTRASSOM PORTATIL	10	B	resultado subjetivo
GERAL	UMIDIFICADOR	UMIDIFICADOR		15	C	substituivel ou dispensável
GERAL	UMIDIFICADOR	UMIDIFICADOR AQUECIDO		15	B	risco de dano direto
CIRURGICO	UNIDADE CRIOCIRÚRGICA			10	B	risco dano indireto
GERAL	VÁLVULA	VÁLVULA AR		5	B	critico para processo
GERAL	VÁLVULA	VÁLVULA CO2		5	B	critico para processo
GERAL	VÁLVULA	VÁLVULA N2		5	B	critico para processo
GERAL	VÁLVULA	VÁLVULA N2O		5	B	critico para processo
GERAL	VÁLVULA	VÃVULA O2		5	B	critico para processo
CIRURGICO	VAPORIZADOR			10	B	risco dano indireto
TERAPIA	VENTILADOR PULMONAR	VENTILADOR BIPAP		12	A	risco de dano direto
TERAPIA	VENTILADOR PULMONAR	VENTILADOR CPAP		12	A	risco de dano direto
TERAPIA	VENTILADOR PULMONAR	VENTILADOR PULMONAR		12	A	grandeza influencia direta
DIAGNÓSTICO	VIDEO PRINTER			10	B	critico para processo
DIAGNÓSTICO	VIDEONISTAGMOGRAFO OTOMETRICS CHARTR 200					
CIRURGICO	VITREÓFAGO			10	A	grandeza influencia direta
GERAL	WORKSTATION			10	B	critico para processo

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RDC-185, material da AHA.

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tabela padrão de equipamentos médicos.

\\Stgisilon\shares\EM\EngClinica\ADMINISTRATIVO&QUALIDADE\PCEC\Tabela Padrão de Criticidade.xls

7. DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Inclusão dos equipamentos que não tinham na lista, que foram cadastrados em Dezembro e Janeiro 2011:

Diretoria ENGENHARIA & MANUTENCAO		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado ENMA.PR.QU.029	Código do Documento PR.TEC.2338.4	Versão 4	Data Criação 30/11/2010	Data Revisão 17/06/2019
Elaborador Ana Paula Siqueira Silva	Revisor Diego Marcelo Gomes dos Passos	Parecerista	Aprovado por Berthone Venancio Soares | Antonio Gibertoni Junior	Data Aprovação 17/06/2019
DOCUMENTO OFICIAL				

CIRURGICO ESTEREOTÁXICO
CIRURGICO ESTIMULADOR ESTIMULADOR DE NERVOS
DIAGNÓSTICO DETECTOR DIGITAL DRX
DIAGNÓSTICO EVIDENCIADOR DE VEIAS
DIAGNÓSTICO MEDIDOR DE DOSE
DIAGNÓSTICO SISTEMA ENDOSCOPIA POR CAPSULA
GERAL BALANÇA BALANÇA DE PRECISÃO
GERAL BALANÇA BALANÇA DIGITAL
GERAL BOTIJÃO DE NITROGÊNIO LÍQUIDO
GERAL DIGITALIZADORA DE IMAGENS
GERAL FOCO FOCO CLINICO
GERAL FREEZER ULTRAFEEZER (ABAIXO DE -80º)
GERAL IDENTIFICADOR RADIOGRÁFICO
GERAL IMPRESSORA IMPRESSORA BSPRINT
GERAL LAVADORA LAVADORA DE GAIOLAS
GERAL MANOVACUÔMETRO
GERAL PROCESSADORA DE RAIOS-X
LABORATÓRIO ANALISADOR ANALISADOR D GLICOHEMOGLOBINA
LABORATÓRIO ANALISADOR ANALISADOR DE CÓRNEA
LABORATÓRIO ANALISADOR ANALISADOR IMUNOQUÍMICO
LABORATÓRIO ASPIRADOR ASPIRADOR DE PIPETAS
LABORATÓRIO BANHO BANHO ULTRASSONICO
LABORATÓRIO CAPELA
LABORATÓRIO CONTADOR CONTADOR GAMA
LABORATÓRIO DINSPENSADOR
LABORATÓRIO ESTAÇÃO DE RECUPERAÇÃO ANTIGÊNICA
LABORATÓRIO FONTE FONTE DE ELETROFORESE
LABORATÓRIO HIBRIDIZADOR
LABORATÓRIO INJETOR
LABORATÓRIO LEITOR DE LÂMINAS
LABORATÓRIO LIOFILIZADOR
LABORATÓRIO MICRÓTOMO MICRÓTOMO DE LAMINA VIBRATORIA
LABORATÓRIO MONTADORA DE LÂMINA
LABORATÓRIO PCR
LABORATÓRIO PLACA PLACA DE AQUECIMENTO
LABORATÓRIO REATOR DE MICROONDAS
LABORATÓRIO ROTAEVAPORADOR
LABORATÓRIO SISTEMA DE ULTRAPURIFICAÇÃO
LABORATÓRIO TERMOAGITADOR
TERAPIA CARRO METABÓLICO

Diego Passos 16.03.2018

1- Atualização do template

2- Incluído link da tabela padrão atualizada

Diego Passos 03.06.2019

- Alteração da vida útil dos equipamentos citados abaixo:

ACELERADOR LINEAR

APARELHO DE ANESTESIA

BALANÇA

CARDIOVERSOR

CENTRIFUGA

ELETROCARDIOGRAFO

ENDOSCOPIOS

MAMOGRAFO

GAMA CAMARA

MONITORES

RAIOS-X

RESSONANCIA MAGNETICA

TOMOGRAFO

ULTRAFREEZER

VENTILADOR PULMONAR

Diego Passos 11.06.2019

- Alterado a criticidade dos equipamentos abaixo conforme estudo P75 e Projeto Lean Six Sigma "Redução da despesa com manutenções envolvendo fornecedores que não possuem contrato":

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
TABELA PADRÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

Categorias analisadas	De	Para
ACELERADOR LINEAR	20	15
ANESTESIA	10	12
BALANÇA	10	15
CARDIOVERSOR	7	10
CENTRIFUGA	10	12
ELETRO	10	12
ENDOSCOPIOS	5	8
MAMOGRAFO	10	12
MEDICINA NUCLEAR	8	12
MONITOR	10	12
RAIOS-X	10	15
RESSONANCIA MAGNETICA	8	15
TOMOGRAFO	8	12
ULTRAFREEZER	10	15
ULTRASSOM	7	10
VENTILADOR PULMONAR	10	12

Diego Marcelo Gomes dos Passos (12/06/2019 01:55:46 PM) - Diego Passos 12.06.2019 - Atualização de procedimento aprovada em comitê.

Diretoria ENGENHARIA & MANUTENCAO		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado ENMA.PR.QU.029	Código do Documento PR.TEC.2338.4	Versão 4	Data Criação 30/11/2010	Data Revisão 17/06/2019
Elaborador Ana Paula Siqueira Silva	Revisor Diego Marcelo Gomes dos Passos	Parecerista	Aprovado por Berthone Venancio Soares | Antonio Gibertoni Junior	Data Aprovação 17/06/2019
DOCUMENTO OFICIAL				

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CHECK LIST PARA DESCARGA DE PRODUTOS PERIGOSOS À GRANEL

DADOS INFORMATIVOS	
Transportadora:	
Data:	**Horário:**
Produto:	**Fornecedor:**
Setor:	**Quantidade:**

MOTORISTA	
Nome:	**RG:**
Número da C.N.H:	**Número da MOPP:**

Possui ajudante; Nome:_____	( ) Sim ( ) Não
Possui habilitação de cargas perigosas;	( ) Sim ( ) Não
Trajado adequadamente (calça, camisa e sapato fechado);	( ) Sim ( ) Não
Apresenta sinais de cansaço, sono ou embriaguez.	( ) Sim ( ) Não

VEÍCULO	
Placa do cavalo:	**Placa da carreta:**

Jogo de ferramentas para reparos de emergência durante a viagem;	( ) Sim ( ) Não
Tacógrafo funcionando;	( ) Sim ( ) Não
Tanque em bom estado (sem sinais de corrosão, amassado ou vazamentos);	( ) Sim ( ) Não
Faixas refletivas nas laterais e na traseira da carroceria;	( ) Sim ( ) Não
Possui ponto para cabo de aterramento;	( ) Sim ( ) Não
Pneus em bom estado de conservação;	( ) Sim ( ) Não
Possui ficha de emergência;	( ) Sim ( ) Não
Possui dreno do tanque;	( ) Sim ( ) Não
Possui duas válvulas de descarga no tanque.	( ) Sim ( ) Não

EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA / PROTEÇÃO			
( )	Um extintor de 8 kg de pó químico seco ou mais	( )	Calços para rodas (mínimo 2)
( )	Um extintor de 6 kg de CO^2 ou mais	( )	Corda de sisal, fita ou corrente de material plástico (mínimo 100 m)
( )	Cavaletes / cones	( )	Placas de sinalização (mínimo 4)
( )	Óculos de proteção	( )	Luvas de PVC forrada / Roupas de proteção
( )	Kit de emergência ambiental		

SINALIZAÇÃO DE SEGURANÇA			
( ) Frente	( ) Lateral Direita	( ) Lateral Esquerda	( ) Traseira

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO		
Nº da ONU:	Nº de Risco:	
( ) Lateral Direita	( ) Lateral Esquerda	( ) Traseira

PROCEDIMENTOS PARA DESCARREGAMENTO			
Inicio da Descarga:	hrs.	Término da Descarga:	hrs.

EPI'S RECOMENDADOS					
( )	Conjunto antiácido	( )	Capacete	( )	Respirador com filtro químico
( )	Bota de borracha	( )	Óculos amplavisão	( )	
( )	Luva de PVC forrada	( )	Protetor auricular	( )	

01	( )	Calçar o caminhão e isolar a área através de fita de sinalização;
02	( )	Usar lanterna à prova de explosão, se o produto for inflamável.
03	( )	Engatar o cabo terra no caminhão e inspecionar estado de conservação das mangueiras;
04	( )	Abrir lentamente o dreno da tubulação de descarga em recipiente adequado e fechá-lo em seguida;
05	( )	Posicionar-se contra o vento;
06	( )	Durante todo o descarregamento verificar o nível do tanque receptor e possíveis vazamentos;
07	( )	Após o descarregamento, verificar se o tanque do caminhão está vazio através da boca de visita;
08	( )	Fechar as válvulas das tubulações do tanque receptor;
09	( )	Desconectar a mangueira e fechar a tampa de selagem do caminhão;
10	( )	Fechar a tampa da boca de enchimento / visita do tanque do caminhão;
11	( )	Lavar e guardar a mangueira adequadamente, retirar a sinalização e guardá-las:
12	( )	No caso de derramamento do produto, utilizar o kit de emergência ambiental;
13	( )	Em caso de dúvida, consultar a área de Segurança e Higiene do Trabalho.

Obs.:

ASSINATURAS		
RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO	MOTORISTA	BOMBEIRO

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Apresentar o fluxo a ser seguido pelo técnico de manutenção do hospital, para o reestabelecimento do funcionamento de elevadores e suas contingências no Hospital Albert Einstein – Unidade Goiânia.

2. DEFINIÇÃO

- HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein
- O.S – Ordem de Serviço

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indiciado para garantir o reestabelecimento do funcionamento dos elevadores e quais contingências podem ser utilizadas no HIAE Unidade Goiânia.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

A equipe técnica envolvida nas atividades descritas deve ter disponível telefone celular com rede estável e com alcance em áreas técnicas.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Todas as manutenções corretivas devem ser registradas na Ordem de Serviço no sistema de gestão.

6. DESCRIÇÃO

Quando identificado que algum elevador está parado, identificar se existem passageiros no seu interior e em qual pavimento está parado. Caso haja passageiros, a equipe de bombeiros do hospital deve ser acionada no telefone 5500 para realizar a abertura da porta e resgate. Os colaboradores da manutenção não devem tentar abrir portas e realizar resgate de pessoas. A equipe de bombeiros deve sempre ser acionada nestes casos.

Para manutenções corretivas nos elevadores e/ou caso a equipe de bombeiros não consiga realizar o resgaste dos passageiros, deve-se acionar da equipe de assistência técnica da Atlas Schindler através do telefone 0800 055 1918, informar o CNPJ do hospital: 60.765.823/0060-90, o código do elevador que necessita manutenção: EEL2006120, EEL2101360, EEL2006130, EEL2006150, EEL2006110, EEL2006310, EEL1970030, EEL2006160, EEL2006330 e informar que se existem passageiros presos no elevador. Caso os passageiros estejam com saúde debilitada, informar as condições ao atendente.

Uma ordem de serviço deve ser aberta no sistema de gestão da manutenção, informando o problema e conclui-la quando finalizado o atendimento.

A Tabela 1 mostra os códigos, os nomes dos elevadores e cada pavimento que eles atendem.

Código	Elevadores	Localização	Observações
EEL1970030	Elevador 4 Interno e Geral (Vai até o heliponto)	-2, 2º, 3º, 4º	Atendimento P.A.
EEL2006110	Elevador 10 Paciente (Gêmeos)	-1, -2, 2, 3, 4	Recepções centrais
EEL2006120	Elevador 11 Paciente (Gêmeos)	-1, -2, 2, 3, 4	Recepções centrais
EEL2006130	Elevador 20 Interno e Geral	-3, -2, 0, 2, 4	Entrada de colabo-radores
EEL2006160	Elevador 22 Baldeação Garagem	-3, -2	Manobrista
EEL2006150	Elevador 23 Interno e Geral	0, MT, M1, 1, 2, 3, 4	Nutrição (cozinha)
EEL2006310	Elevador 24 Interno e Geral	0, MT, M1, 1, 2, 3, 4, 5 ao 14	Uso geral
EEL2006330	Elevador 26 Interno e Geral	0, 1, 2, 3, 4, 5 ao 14	Uso geral
EEL2101360	Elevador 30 Paciente	Recepção do MDA e MT	Recepções Térreo e MT

Tabela 1 – Código e locais que os elevadores atendem

Quando algum elevador estiver inoperante, a contingência abaixo da Tabela 2 pode ser utilizada.

Tabela 2 – Código dos elevadores e suas contingências

Código	Elevadores	Contingência
EEL1970030	Elevador 4 Interno e Geral (Vai até o heliponto)	*Funcionários usar o elevador 20 *Transporte Pacientes utilizar o Elevador 10 ou 11
EEL2006110	Elevador 10 Paciente (Gêmeos)	*Utilizar elevador 11 ou 20
EEL2006120	Elevador 11 Paciente (Gêmeos)	*Utilizar elevador 10 ou 20
EEL2006130	Elevador 20 Interno e Geral	*Utilizar o elevador 4
EEL2006160	Elevador 22 Baldeação Garagem	*Utilizar o elevador 20 ou 24
EEL2006150	Elevador 23 Interno e Geral	*Utilizar o elevador 24 ou 26
EEL2006310	Elevador 24 Interno e Geral	*Utilizar o elevador 23 ou 26

EEL2006330	Elevador 26 Interno e Geral	*Utilizar o elevador 23 ou 24
EEL2101360	Elevador 30 Paciente	*Utilizar o elevador 23 ou 24

7. RESPONSÁVEIS

Técnico de manutenção é responsável por identificar os elevadores que necessitam de intervenção, acionar os bombeiros quando necessário e equipe da Atlas. Supervisor e Coordenador são responsáveis por acompanhar a atividade e informar o hospital em casos interdição de funcionamento e tempo de parada aproximado.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Informar supervisor ou coordenador quais elevadores encontram-se inoperantes.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Em qualquer situação deve-se manter a calma para ser objetivo na tomada de decisão.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

09/05/2022 – Criação do documento.

#Apoio Assistêncial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Apresentar o fluxo a ser seguido pelo técnico de manutenção do hospital, para o reestabelecimento do fornecimento de água no Hospital Albert Einstein – Unidade Goiânia.

2. DEFINIÇÃO

- SANEAGO – Saneamento de Goiás.
- HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indiciado para garantir o reestabelecimento do fornecimento de água no HIAE Unidade Goiânia.

O técnico de manutenção executante das atividades descritas neste documento deve possuir treinamento e certificado válido de NR35.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Os EPIs necessários para realizar as atividades descritas são: luva de proteção física, óculos incolor, botina, uniforme adequado.

Para verificações visuais, uma escada deve estar disponível próximo aos reservatórios.

A equipe técnica envolvida nas atividades descritas deve ter disponível telefone celular com rede estável e com alcance em áreas técnicas.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Equipe de manutenção do hospital deve sempre estabelecer comunicação com o condomínio.

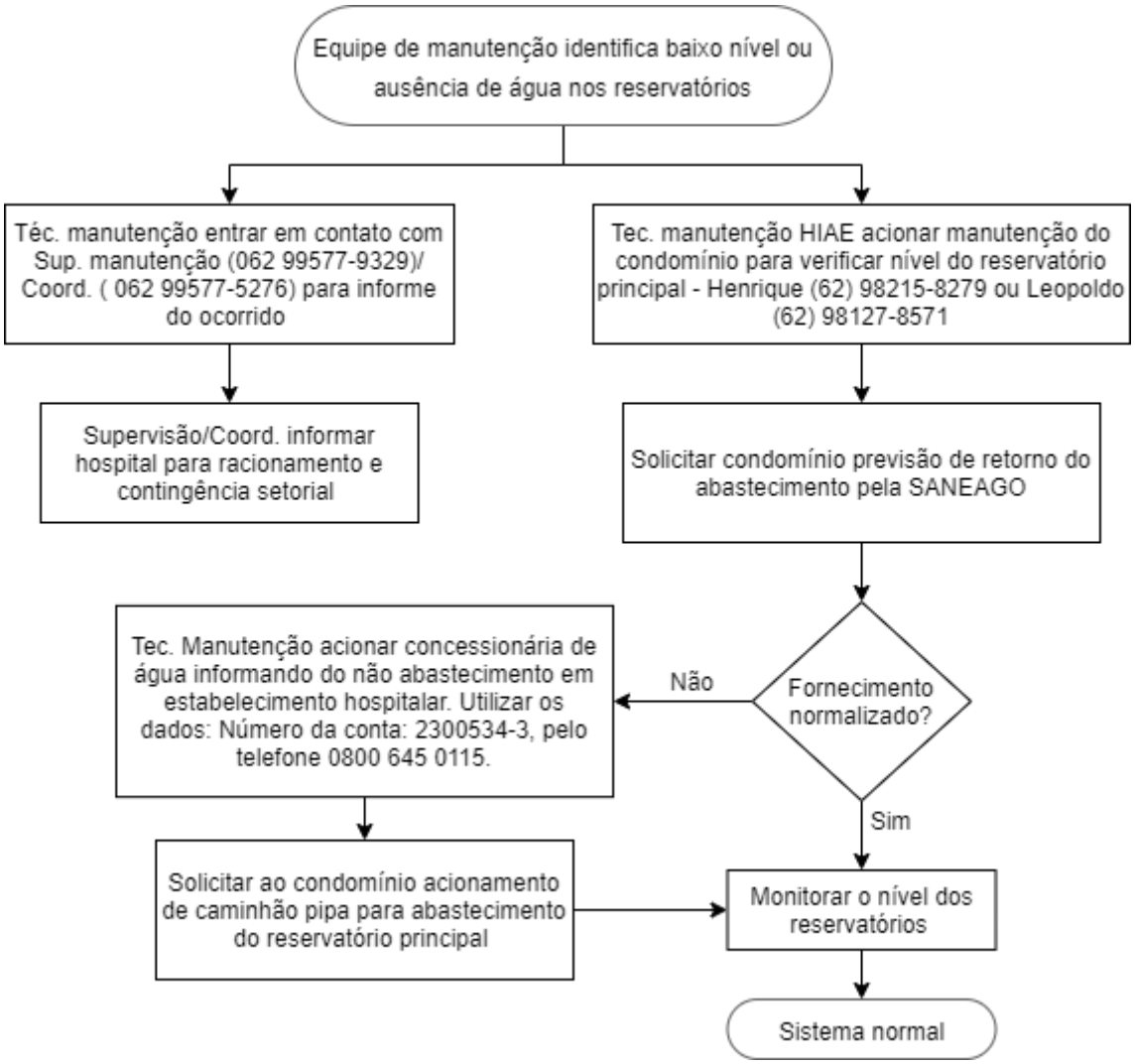
Autonomia dos reservatórios quando em nível cheio é de aproximadamente 20h.

Caso seja falta de fornecimento pela concessionária, abrir chamados na SANEAGO informando da falta de água e que se trata de um estabelecimento hospitalar. Registrar o número do protoloco, independente dos chamados abertos pelo condomínio, utilizando os dados: Número da conta: 2300534-3, pelo telefone 0800 645 0115.

6. DESCRIÇÃO

O fluxograma abaixo apresenta os passos a serem executados pela equipe de manutenção do hospital para reestabelecimento do fornecimento de água no HIAE.

#Apoio Assistêncial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____



7. RESPONSÁVEIS

Responsabilidades para o reestabelecimento do fornecimento de água no HIAE:

Equipe manutenção HIAE: verificar a causa; acionar manutenção do condomínio; realizar manutenção corretiva, acionar concessionária de água; monitorar funcionamento; informar supervisor e coordenador;

Equipe manutenção condomínio: verificar a causa; acionar concessionária de água; monitorar funcionamento; realizar manutenção corretiva; comunicar com equipe de manutenção HIAE, solicitar caminhão pipa;

Supervisor/Coordenador: acompanhar equipe de manutenção HIAE, informar ao hospital o ocorrido para ativação de plano de contigência setorial;

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Tempo de entrega de água pelo caminhão pipa não é acordado, por não se tratar de um contrato.

Os setores devem elaborar seus próprios planos de contingência para falta de água no HIAE, de acordo com suas demandas específicas.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Os reservatórios do hospital são abastecidos pelo reservatório principal administrado pelo condomínio. O primeiro ponto de comunicação é com o condomínio para verificação deste reservatório.

Em qualquer situação deve-se manter a calma para ser objetivo na tomada de decisão.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Ao identificar a falta de água, o técnico em manutenção deve registrar a ordem de serviço via Tasy.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Rotas de verificação

Laudos de potabilidade da água fornecida pelo caminhão pipa.

Plano de contigência para falta de água no reservatório principal.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

23/09/2021- Documento revisado pela supervisão da manutenção, com base no documento da matriz HIAE SP.

1. OBJETIVO

Apresentar o fluxo a ser seguido pelo técnico eletricista da equipe de manutenção do hospital, para o reestabelecimento de energia elétrica diante oscilações e falta de energia elétrica no Hospital Albert Einstein – Unidade Goiânia.

2. DEFINIÇÃO

- ENEL – Concessionária de Energia
- ABL ENERGIA – Gestora interna da energia do complexo
- SLA – Service Level Agreement (Acordo de Nível de Serviço)
- QTA – Quadro de transferência automática
- UBS – Fornecedor de diesel
- HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indiciado para garantir o reestabelecimento do fornecimento de energia elétrica no HIAE Unidade Goiânia.

O técnico eletricista executante das atividades descritas neste documento deve possuir treinamento e certificado válido de NR10.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Os EPIs necessários para realizar as atividades descritas são: óculos incolor, luva isolante NR10, luva de vaqueta, botina NR10, calça e camisa NR10 e manta isolante.

A equipe técnica envolvida nas atividades descritas deve ter disponível telefone celular com rede estável e com alcance em áreas técnicas.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Equipe de manutenção do hospital deve sempre estabelecer comunicação com o condomínio.

Ao identificar falta de energia, enviar mensagem via WhatsApp para o número (62) 98282-0042, este número não recebe ligações. Informar o número do **medidor individual do hospital**: **3248562**, número da unidade **consumidora geral do complexo: 10028662405**, e o **CNPJ do hospital: 60.765.823/0060-90**. Após o contato receberá o número de protocolo do atendimento.

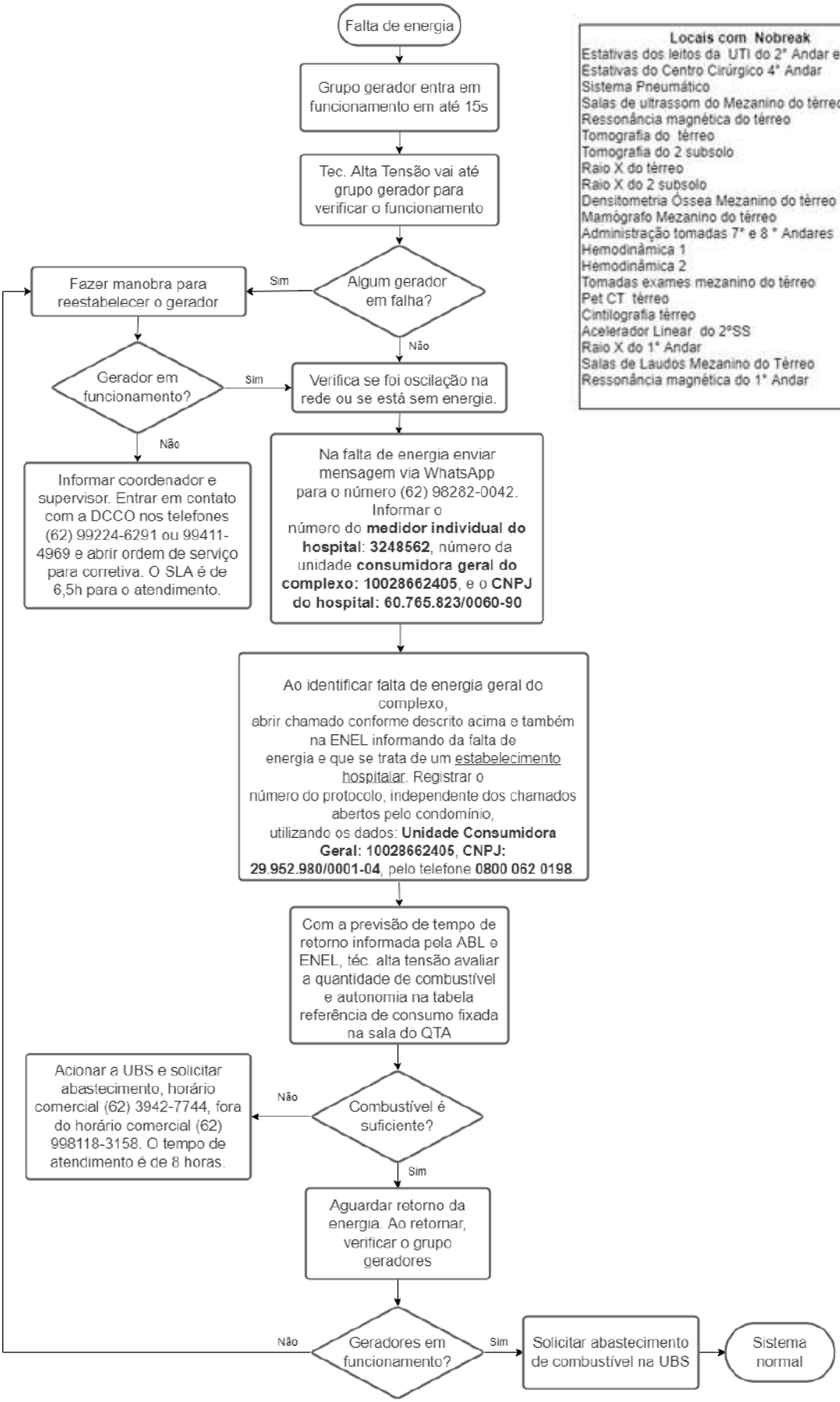
Ao identificar falta de energia geral do complexo, abrir chamado conforme descrito acima e também na ENEL informando da falta de energia e que se trata de um estabelecimento hospitalar. Registrar o número do protocolo, independente dos chamados abertos pelo condomínio, utilizando os dados: **Unidade Consumidora Geral: 10028662405**, **CNPJ: 29.952.980/0001-04**, pelo telefone **0800 062 0198**.

#Apoio Assistêncial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

6. DESCRIÇÃO

O fluxograma abaixo apresenta os passos a serem executados pela equipe de manutenção do hospital para reestabelecimento do fornecimento de energia elétrica no HIAE.

#Apoio Assistêncial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____



7. RESPONSÁVEIS

Responsabilidades para o reestabelecimento do fornecimento de GLP no HIAE:

Equipe manutenção HIAE: verificar a causa; acionar manutenção do condomínio; realizar manutenção corretiva, acionar concessionária de energia; monitorar funcionamento dos geradores e nível de combustível; informar supervisor e coordenador;

Equipe manutenção condomínio: verificar a causa; acionar concessionária de energia; monitorar subestação; realizar manutenção corretiva; comunicar com equipe de manutenção HIAE;

Supervisor/Coordenador: acompanhar equipe de manutenção HIAE, informar ao hospital o ocorrido para ativação de plano de contigência setorial;

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Caso o hospital não estabeleça a energia, ligar para a equipe especializada. Os telefones estão na sala operacionais e sala da manutenção.

Os setores devem elaborar seus próprios planos de contingência para falta de energia elétrica no HIAE, de acordo com suas demandas específicas.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Em qualquer situação deve-se manter a calma para ser objetivo na tomada de decisão.

Realizar todos os procedimentos com os devidos EPIS.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Ao identificar a falta de energia, o técnico eletricista deve registrar a ordem de serviço via Tasy.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Tabela de consumo Diesel em relação a carga								
Gerador	**100% Carga**		**75% Carga**		**50% Carga**		**25% Carga**	
	Cons. em (l)	**Dura em (h)**	**Cons. em (l)**	**Dura em (h)**	**Cons. em (l)**	**Dura em (h)**	**Cons. em (l)**	**Dura em (h)**
GM1	120	4,17	85	5,88	65	7,69	37	13,51
GM2	120	4,17	85	5,88	65	7,69	37	13,51
GM3	120	4,17	85	5,88	65	7,69	37	13,51
GM4	575	0,35	431	0,46	288	0,69	144	1,39

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Ronda de verificação dos geradores e nobreaks.

Plano de contingência para falta de energia na cabine primária.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

23/09/2021- Documento revisado pela supervisão da manutenção, com base no documento da matriz HIAE SP.

#Apoio Assistêncial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Apresentar o fluxo a ser seguido pelo técnico de manutenção do hospital, para o reestabelecimento do fornecimento de Gás Liquefeito de Petróleo (GLP) no Hospital Albert Einstein – Unidade Goiânia.

2. DEFINIÇÃO

- GLP – Gás Liquefeito de Petróleo
- HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indiciado para garantir o reestabelecimento de GLP no HIAE Unidade Goiânia.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

A equipe técnica envolvida nas atividades descritas deve ter disponível telefone celular com rede estável e com alcance em áreas técnicas.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

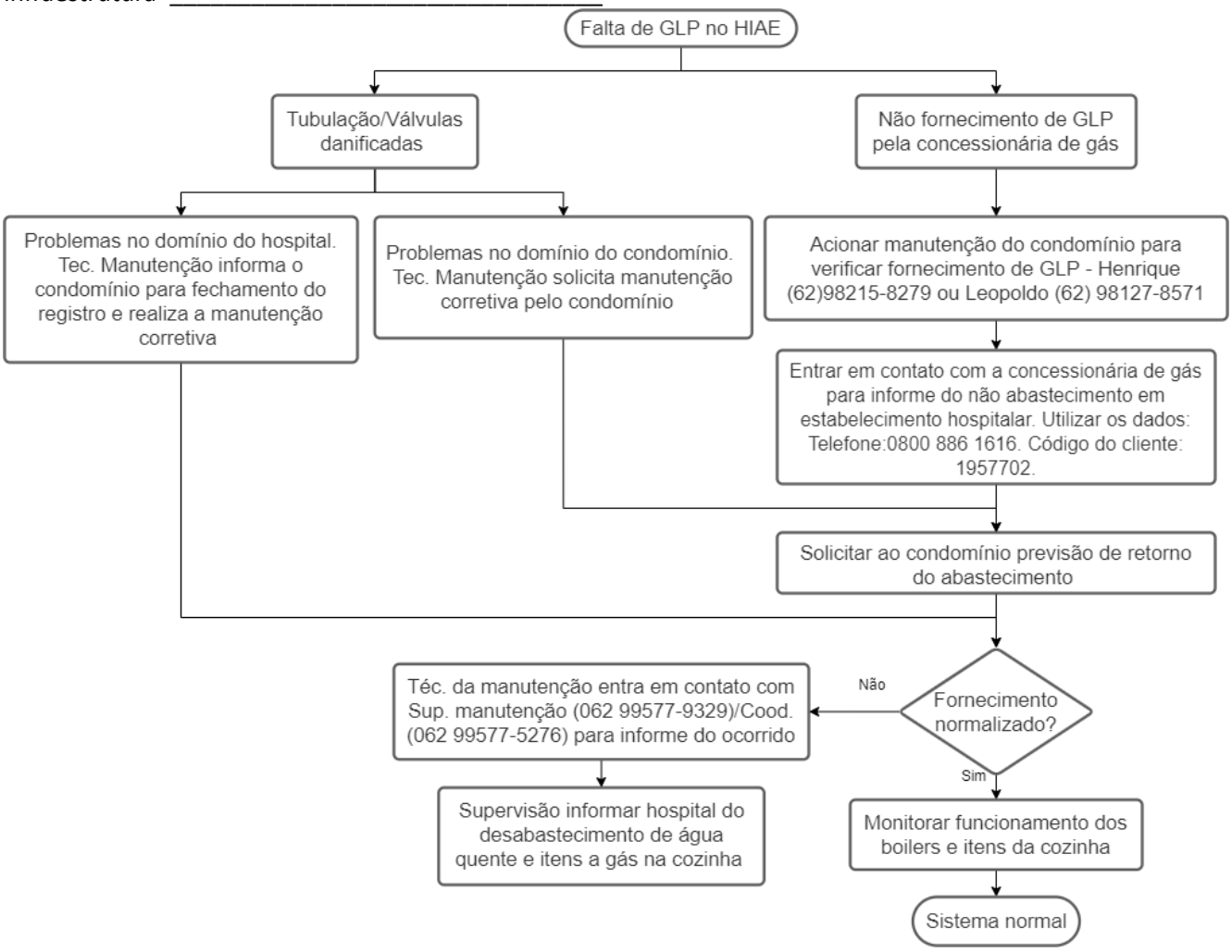
Equipe de manutenção do hospital deve sempre estabelecer comunicação com o condomínio.

Caso seja falta de fornecimento pela concessionária, abrir chamados na Ultragás informando da falta de gás GLP e que se trata de um estabelecimento hospitalar. Registrar o número do protocolo, independente dos chamados abertos pelo condomínio, utilizando os dados: Código do Cliente: 1957702, pelo telefone 0800-886-1616.

6. DESCRIÇÃO

O fluxograma abaixo apresenta os passos a serem executados pela equipe de manutenção do hospital para reestabelecimento do fornecimento GLP no HIAE.

#Apoio Assistêncial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____



7. RESPONSÁVEIS

Responsabilidades para o reestabelecimento do fornecimento de GLP no HIAE:

Equipe manutenção HIAE: verificar a causa; acionar manutenção do condomínio; realizar manutenção corretiva, acionar concessionária de GLP; monitorar funcionamento; informar supervisor e coordenador;

Equipe manutenção condomínio: verificar a causa; acionar concessionária de GLP; monitorar funcionamento; realizar manutenção corretiva; comunicar com equipe de manutenção HIAE;

Supervisor/Coordenador: acompanhar equipe de manutenção HIAE, informar ao hospital o ocorrido para ativação de plano de contigência setorial;

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Os setores devem elaborar seus próprios planos de contingência para falta de GLP no HIAE, de acordo com suas demandas específicas.

#Apoio Assistêncial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

A falta de GLP no HIAE afeta o fornecimento de água quente e cozinha.

Sempre solicitar desligamento dos registros pelo condomínio antes do manuseio em caso de corretiva, para evitar vazamentos de gás.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Em qualquer situação deve-se manter a calma para ser objetivo na tomada de decisão.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Ao identificar a falta de GLP, o técnico em manutenção deve registrar a ordem de serviço via Tasy.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Ronda de verificação de GLP.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

23/09/2021- Documento revisado pela supervisão da manutenção, com base no documento da matriz HIAE SP.

1. OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo descrever o método para a realização de desenergização de instalações elétricas, bem como para a reenergização desta durante atividades de manutenção elétrica no HIAE – unidade Goiânia.

2. DEFINIÇÃO

SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

TST - Técnico de Segurança do Trabalho

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

APR – Análise Preliminar de Risco;

ZL - Zona livre;

ZC - Zona controlada, restrita a trabalhadores autorizados;

ZR - Zona de risco, restrita a trabalhadores autorizados e com a adoção de técnicas, instrumentos e equipamentos apropriados ao trabalho;

PE - Ponto da instalação energizado;

SI - Superfície isolante construída com material resistente e dotada de todos dispositivos de segurança.

3. RECURSOS

Assistência técnica do Fabricante, caso necessário;

Eletricista;

Engenheiro Eletricista;

Técnico de Meio Ambiente;

Técnico de Segurança.

4. EQUIPAMENTOS, FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS

Os equipamentos, ferramentas e instrumentos deverão ser utilizados racionalmente de forma a garantir a execução dos serviços, com o objetivo de atingir a produtividade requerida.

Os instrumentos utilizados deverão estar calibrados e com seus respectivos certificados válidos, em conformidade aos padrões de qualidade adotados no contrato.

Os seguintes equipamentos, ferramentas e instrumentos estão passíveis de uso: alicate volt-amperímetro, multitestes (multímetro) e caixa de ferramentas contendo alicates, chaves de fendas, de bocas, etc., nas dimensões e quantidades necessárias à execução dos serviços.

5. MÉTODO EXECUTIVO

- **Condições Gerais**

Antes de iniciar as atividades do dia, deve ser observado o seguinte:

a) Verificar se o local de trabalho está limpo, desobstruído e liberado para a execução das atividades;

b) Verificar o nível de iluminação ou iluminar o local adequadamente onde será realizado os serviços, para que seja condizente com as necessidades de trabalho de montagem e segurança;

- **OPERAÇÕES A SEREM EXECUTADAS PARA DESENERGIZAÇÃO DA INSTALAÇÃO ELÉTRICA**

Serão consideradas desenergizadas as instalações elétricas liberadas para trabalho, mediante os procedimentos apropriados, obedecida a sequência abaixo:

- **Seccionamento**

Interrupção ou seccionamento da energia elétrica seja por chaves, disjuntores, entre outros dispositivos para tal função;

- **Impedimento de reenergização**

Como medida para que seja impedido a reenergização, deve ser realizado o travamento, por meios mecânicos, com utilização de cadeados, do dispositivo de manobra fixo numa determinada posição, de forma a impedir uma operação não autorizada, a chave do cadeado deve ser guardada em uma caixa de bloqueio onde todos envolvidos devem possuir a chave com um cadeado trancando a caixa de bloqueio, essa chave é única e intransferível e deve ficar com seu portador durante toda atividade. Cartão de bloqueio com assinatura de todos envolvidos

- **Constatação da ausência de tensão**

A constatação da ausência de tensão após o seccionamento tem por finalidade confirmar a ausência de tensão em cada uma das fases por meio de instrumento apropriado.

- **Proteção dos elementos energizados existentes na zona controlada**

Para que sejam evitados contatos acidentais com outros equipamentos, no momento da realização do trabalho, deve ser sinalizada e isolada, para que se evite contato acidental com os outros elementos energizados.

- **Instalação da sinalização de impedimento de reenergização**

A sinalização deve ser adequada para alertar outros funcionários que estejam trabalhando no circuito que não é permitida a reenergização.

Para eventuais alterações e substituições das medidas acima apresentadas, devem ser desenvolvidos procedimentos específicos, com justificativas técnicas por profissional legalmente habilitado e qualificado, que garantam a manutenção do mesmo nível de segurança originalmente preconizado.

- **OPERAÇÕES A SEREM EXECUTADAS PARA A REENERGIZAÇÃO DA INSTALAÇÃO ELÉTRICA**

Para a reenergização do circuito, faz-se necessário seguir a sequência abaixo:

- **Retirada das ferramentas, utensílios e equipamentos**

Deve ser retirado todo o material utilizado no serviço, como ferramentas, utensílios, resíduos decorrentes da atividade, entre outros.

- **Retirada da zona controlada de todos os trabalhadores não envolvidos no processo de reenergização**

Orientar a todos os presentes do processo de reenergização, reunir todos colaboradores que possuem chave para abertura da caixa de bloqueio, liberar a chave para desbloqueio, fazer a conferência do cartão de bloqueio. Na presença trabalhadores não envolvidos no trabalho, retirá-los da zona controlada conforme Anexos I e II deste procedimento,

- **Remoção da sinalização de impedimento de reenergização**

Remoção da sinalização do impedimento de reenergização, mediante autorização da reenergização.

- **Destravamento, se houver, e religação dos dispositivos de seccionamento**

Para eventuais alterações e substituições de medidas acima apresentadas, devem ser desenvolvidos procedimentos específicos, com justificativas técnicas por profissional legalmente habilitado e qualificado, que garantam a manutenção do mesmo nível de segurança originalmente preconizado.

6. REQUISITOS DE SEGURANÇA, SAÚDE OCUPACIONAL E MEIO AMBIENTE

- **Segurança e Saúde Ocupacional**

Todos os funcionários envolvidos neste serviço devem:
Utilizar EPI's de acordo com o especificado para sua função;
Cumprir e fazer cumprir os programas e Planos de Segurança;
Cumprir e fazer cumprir todas as demais normas que forem pertinentes;
Adotar postura adequada na execução do trabalho, atentando às normas de conduta da empresa;
Manter limpo e organizado o local de trabalho;
Obedecer e fazer obedecer à sinalização;

Não permitir a permanência de pessoas estranhas aos serviços;
Só executar o serviço para o qual foi treinado;
Utilizar somente ferramentas em bom estado;
Não transportar ferramentas nos bolsos;
Colaborar na orientação dos novos companheiros de trabalho;

- **Meio Ambiente**

Colaborar com a integridade do meio ambiente;
Utilizar-se dos coletores de lixo seletivo, para descarte dos mesmos (não jogar lixo no chão);
Cumprir e fazer cumprir toda a legislação ambiental que forem pertinentes;
Toda e qualquer anormalidade ambiental deve ser obrigatoriamente informada ao encarregado da frente e à fiscalização;
Cumprir as normas de conduta da empresa;

7. RESPONSÁVEIS

Engenheiro: Responsável técnico pelos trabalhos executados, garantindo a devida aplicação deste procedimento.

Eletricista: Responsável por cumprir com o procedimento para a execução da atividade.

Técnico de Segurança do Trabalho: Responsável por orientar a execução dos serviços a fim de evitar desvios, incidentes e acidentes de segurança e saúde ocupacional.

Técnico de Meio Ambiente: Responsável por orientar a execução dos serviços a fim de evitar desvios, incidente e acidentes ambientais.

Demais Mão-de-Obra: Realizar as atividades de acordo a este procedimento e as instruções recebidas dos níveis superiores.

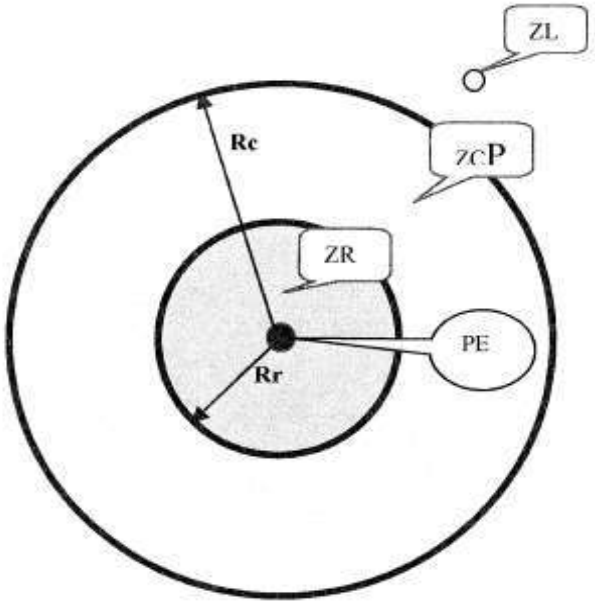
8. ANEXOS

Anexo I – Tabela de raios de delimitação de zonas de risco, controlada e livre;
Anexo II – Zona de Risco, Controlada e Livre;
Anexo III – Zona de Risco, Controlada e Livre com Interposição de Superfície;
Anexo IV – Cartão Bloqueio (Modelo);

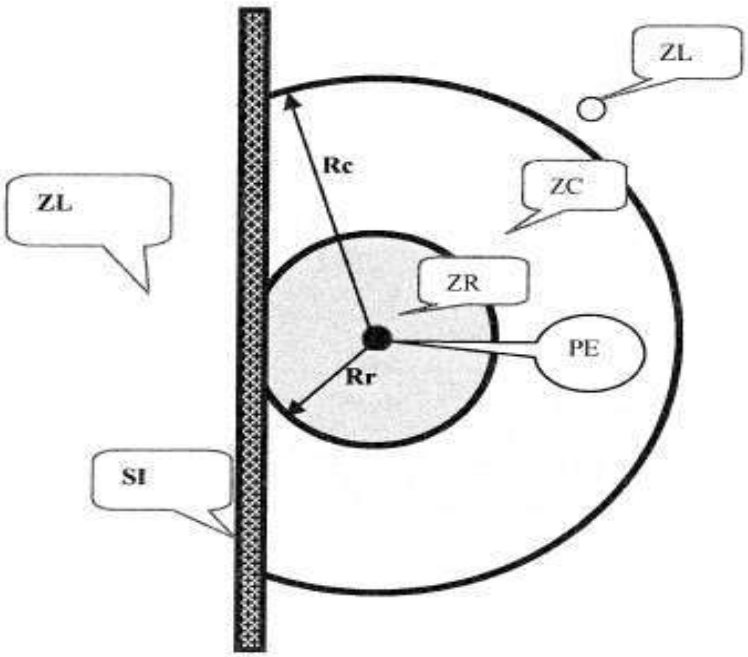
Anexo I – Tabela de raios de delimitação de zonas de risco, controlada e livre

Faixa de tensão Nominal da Instalação elétrica (kV)	Rr - Raio de delimitação entre zona de risco e controlada (m)	Rc - Raio de delimitação entre zona controlada e livre (m)
<1	0,20	0,70
≥1 e <3	0,22	1,22
≥3 e <6	0,25	1,25
≥6 e <10	0,35	1,35
≥10 e <15	0,38	1,38
≥15 e <20	0,40	1,40
≥20 e <30	0,56	1,56
≥30 e <36	0,58	1,58
≥36 e <45	0,63	1,63
≥45 e <60	0,83	1,83
≥60 e <70	0,90	1,90
≥70 e <110	1,00	2,00
≥110 e <132	1,10	3,10
≥132 e <150	1,20	3,20
≥150 e <220	1,60	3,60
≥220 e <275	1,80	3,80
≥275 e <380	2,50	4,50
≥380 e <480	3,20	5,20
≥480 e <700	5,20	7,20

Anexo II - Distâncias que delimitam radialmente as zonas de risco, controlada e livre



Anexo III - Distâncias que delimitam radialmente as zonas de risco, controlada e livre, com interposição de superfície de separação física adequada.



Anexo IV – Cartão de Bloqueio (Modelo)

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Para averiguar e inspecionar os itens de segurança no processo de desenergização e energização de instalações elétricas preenchimento da PTR, disponível no Tasy, a fim de promover um ambiente e condições adequadas de trabalho e eliminando a probabilidade de risco.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NBR 5410 - Procedimentos para Instalações Elétricas em Baixa Tensão;

Portaria 3.214 do Ministério do Trabalho;

NR 10 – Segurança em instalações e serviços em eletricidade;

NBR ISO 9001:2008 – Sistema de gestão da qualidade – Requisitos

NBR ISO 14001:2004 – Sistema de gestão ambiental – Requisitos com orientações para uso

OHSAS 18001:2007 – Sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho – Requisitos

OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo estabelecer os requisitos e as condições mínimas necessárias para a realização de trabalhos com eletricidade ou na sua proximidade, de forma a garantir a segurança e saúde dos seus colaboradores prestadores de serviços. Os objetivos específicos deste documento são:

- Estabelecer medidas preventivas de controle do risco elétrico e de outros riscos adicionais, preservando os seus colaboradores e prestadores de serviços;
- Preservar a integridade das instalações físicas durante a execução das tarefas;
- Auxiliar a identificação dos perigos e riscos da atividade executada;
- Atender aos requisitos legais aplicáveis;

DEFINIÇÃO

SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho;

TST – Técnico de Segurança do Trabalho;

EPI – Equipamentos de Proteção Individual;

APR – Análise Preliminar de Risco;

PROFISSIONAL AUTORIZADO – É o profissional legalmente habilitado, capacitado ou qualificado com designação formal, registro no sistema da empresa e identificação no verso do crachá;

PESSOA ADVERTIDA – Profissional não qualificado e não capacitado para trabalhos em eletricidade, mas é informado ou possui conhecimentos suficientes para evitar os perigos da eletricidade. São exemplos, pintores, pedreiros e mecânicos de refrigeração;

RISCOS ADICIONAIS – Os demais grupos ou fatores de risco, além dos elétricos, específicos de cada ambiente ou processos de trabalho que, direta ou indiretamente, possam afetar a segurança e a saúde dos colaboradores;

ZONA DE RISCO – Entorno de parte condutora energizada, não segregada, acessível inclusive acidentalmente, de dimensões estabelecidas de acordo com o nível de tensão, cuja aproximação só é permitida a profissionais autorizados e com a adoção de técnicas e instrumentos apropriados de trabalho;

ZONA CONTROLADA – Entorno de parte condutora energizada, não segregada, acessível, de dimensões estabelecidas de acordo com o nível de tensão, cuja aproximação só é permitida a profissionais autorizados;

TRABALHO EM PROXIMIDADE – Atividade durante a qual o trabalhador pode entrar na zona controlada, ainda que seja com uma parte do seu corpo ou com extensões condutoras, representadas por materiais, ferramentas ou equipamentos.

SPDA – Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas;

SEP – Sistema Elétrico de Potência;

PAINEL FECHADO – Painel com a tampa encostada a estrutura da caixa, utilizando dispositivo que permite abrir a porta no momento que quiser, ou seja, ela somente estará fechada sem nenhum impedimento de ser aberta;

PAINEL TRANCADO – Painel com a tampa encostada a estrutura da caixa, utilizando dispositivo de bloqueio de abertura que necessita de chave para abri-lo (cadeado ou tranca);

RECURSOS

Assistência técnica do Fabricante, caso necessário;

Eletricista;

Engenheiro Eletricista;

Técnico de Meio Ambiente;

Técnico de Segurança;

EQUIPAMENTOS, FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS

Os equipamentos, ferramentas e instrumentos deverão ser utilizados racionalmente de forma a garantir a execução dos serviços, com o objetivo de atingir a produtividade requerida.

Os instrumentos utilizados deverão estar calibrados e com seus respectivos certificados válidos, em conformidade aos padrões de qualidade adotados no contrato.

Os seguintes equipamentos, ferramentas e instrumentos estão passíveis de uso: alicate volt-amperímetro, multitestes (multímetro) e caixa de ferramentas contendo alicates, chaves de fendas, de bocas, etc., nas dimensões e quantidades necessárias à execução dos serviços.

RESPONSABILIDADES

Supervisão e Engenharia

• Sob avaliação prévia, aprovar qualquer operação que não esteja em conformidade com este procedimento.

• Garantir que todos os empregados qualificados e habilitados para a realização de Trabalhos com Eletricidade, estejam liberados para execução da atividade;

• Sob avaliação prévia, aprovar qualquer operação que não esteja em conformidade com este procedimento;

• Os responsáveis citados neste tópico devem possuir registro junto ao CREA e emitir ART de desempenho de função, quando aplicável;

• Devem gerenciar as atribuições da NR-10 e instalações elétricas de baixa e alta tensão de suas respectivas áreas mantendo-se informados de todas as normas e procedimentos;

• Compete ainda manter a equipe de trabalho atualizada em conformidade com requisitos mínimos estabelecidos, divulgando e promovendo medidas de segurança das instalações elétricas da empresa;

• Autorizar formalmente os colaboradores a trabalhos com eletricidade ou em sua proximidade;

• Gerenciar um levantamento de atividades com risco de exposição a serviços de eletricidade;

• Em caso de férias, desligamento ou ausência do Responsável Legal, o gerente da área automaticamente assumirá as responsabilidades definidas na Designação de Responsabilidade NR-10 e Instalações Elétricas até que este indique e formalize o novo responsável;

• Realizar periodicamente inspeções a fim de certificar as instalações;

Executantes Manutenção Elétrica

• Zelar pela sua segurança e saúde e a de outras pessoas que possam ser afetadas por suas ações ou omissões no trabalho;

• Responsabilizar-se junto à empresa pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares, inclusive quanto aos procedimentos internos de segurança e saúde;

• Comunicar, de imediato, ao responsável pela execução do serviço as situações que considerar de risco para sua segurança e saúde e a de outras pessoas;

• Somente serão considerados autorizados a realizar atividades nas instalações elétricas e/ou em suas proximidades, os trabalhadores que possuírem autorização formal.

• Sempre que ocorrer mudança de empresa, função e/ou área de atuação, o trabalhador deverá providenciar junto ao seu superior imediato a atualização da autorização através do documento de Autorização para

trabalhos em Instalações Elétricas e em suas proximidades. Elaborar ou promover a criação de procedimentos de trabalho local para as intervenções elétricas.

• Efetuar as análises de riscos necessárias para garantir a segurança na realização de trabalhos nas instalações.

Segurança do Trabalho

• Zelar pelo cumprimento dos procedimentos de trabalho e atender as medidas de controle específicas;

• Comunicar de imediato o responsável da área, qualquer risco constatado antes e durante a execução das atividades;

• Interromper imediatamente a atividade sempre que constatar uma condição risco/perigo;

• Fiscalizar, acompanhar os trabalhos em instalações elétricas realizados por empresas contratadas;

• Comunicar ao responsável da área as modificações ou desvios em relação aos Diagramas Unifilares e Prontuários dos Sistemas;

• Participar quando solicitado na elaboração dos procedimentos de trabalho;

• Especificar equipamentos de proteção, com o apoio do setor de manutenção;

• Acompanhar e ministrar treinamentos;

• Participar sempre que necessário, nas avaliações de riscos e definições de medidas de controle;

• Interromper qualquer atividade que represente risco grave e iminente;

• Apoiar na divulgação e cumprimento deste procedimento;

• Manter evidências dos treinamentos realizados;

• Garantir o cumprimento integral deste procedimento;

PRONTUARIO INSTALAÇÕES ELÉTRICAS

O cumprimento dos pontos estabelecidos na NR10 começa com a criação do Prontuário de Instalações Elétricas (PIE), ele é um conjunto de documentos técnicos desenvolvidos e mantidos por um profissional legalmente habilitado. A criação do PIE é estabelecida no item 10.2.4 da NR10, sendo obrigatória em instalações com carga instalada superior a 75 kW. O PIE é a base para o cumprimento da NR10, já que ele estabelece documentos mínimos que devem ser mantidos pela empresa, que são:

• Os procedimentos e instruções técnicas e administrativas de segurança e saúde, implantadas e descrição das medidas de controle existentes.

• Documentação das inspeções e medições do sistema de proteção contra descargas atmosféricas e aterramentos elétricos.

• Especificação dos equipamentos de proteção coletiva e individual e o ferramental aplicáveis ao trabalho em eletricidade, com auxílio de profissional do setor de segurança do trabalho.

• Documentação comprobatória da qualificação, habilitação, capacitação, autorização dos trabalhadores em eletricidade. Histórico e documentação dos Treinamentos realizados pelos trabalhadores em eletricidade.

• Resultados dos testes de isolação elétrica realizados em equipamentos de proteção individual e coletiva.

• Certificações dos equipamentos e materiais elétricos em áreas classificadas.

• Relatório técnico das inspeções atualizadas com recomendações, cronogramas de adequações, contemplando as alíneas de “a” à "f". Os documentos técnicos, relatórios e laudos previstos no Prontuário de Instalações Elétricas devem passar por uma análise crítica realizada por um profissional habilitado, sendo que as ações requeridas nestes documentos devem constar em um plano de ação, e as respectivas ações devem ser rastreadas no sistema oficial da empresa. O setor deverá manter atualizado todos os diagramas unifilares, diagramas de comando, diagramas funcionais, diagramas de interligação, desenhos dimensionais, e também dos estudos de cálculos de curto-circuito, ajustes de seletividade, características dos equipamentos de proteção.

O PIE deve ser organizado, mantido e atualizado pelo RT da unidade, mas pode ser designado formalmente outro responsável pela empresa.

DOCUMENTAÇÃO DA FORMAÇÃO DE COLABORADORES

A autorização é um processo administrativo através do qual a empresa declara formalmente sua autorização por escrito com identificação e assinatura do representante legal da empresa, ou por ele designado.

Todo prestador de serviço, que exerça serviços em instalações elétricas, deverá receber autorização formal da empresa para realizar este tipo de atividade. Estes devem ser devidamente registrados, com a condição de trabalho em instalações elétricas, consignado no sistema de registro de empregados da empresa. A obtenção e manutenção desta identificação devem estar vinculadas à aprovação nos exames médicos e de capacitação.

O trabalhador além de autorizado deverá ser classificado como qualificado, habilitado e capacitado de acordo com as definições adiante. O colaborador deve então fornecer ao Prontuário de Instalações Elétricas (PIE), documentação comprobatória referente a sua classificação, autorização e dos treinamentos realizados.

O colaborador autorizado deverá portar crachá com a autorização para realizar trabalhos em instalações elétricas como também as autorizações para trabalhos específicos e suas respectivas validades. É de obrigação do colaborador o controle das validades dos seus treinamentos.

Profissional Autorizado

É o profissional legalmente habilitado, capacitado ou qualificado com designação formal dada pela empresa.

Profissional Qualificado

É considerado profissional qualificado aquele que comprovar conclusão do curso específico na área elétrica reconhecido pelo Sistema Oficial de Ensino. (Curso profissionalizante/técnico— SENAI, CEFET, ETC.).

Profissional Legalmente Habilitado

É considerado profissional previamente qualificado com registro no competente conselho de classe.

Profissional Capacitado

É considerado trabalhador capacitado aquele que atenda às seguintes condições simultaneamente:

• A capacitação é realizada com a orientação e responsabilidade do Responsável técnico (RT), este também será o responsável por autorizar as ordens de serviço e procedimentos de trabalho para o trabalhador com essa classificação, além de supervisionar suas atividades. A capacitação não necessariamente precisa ser ministrada pelo responsável técnico direto do trabalhador, mas a responsabilidade do processo continua na responsabilidade deste profissional.

• O profissional capacitado deverá apresentar o documento devidamente assinado. Este documento terá validade somente enquanto o trabalhador estiver trabalhando na empresa que o capacitou.

As atividades de manutenção realizadas por profissionais capacitados devem ser documentadas por procedimentos escritos e esses profissionais capacitados devem ser identificados pelo nome, assim como a lista de nomes deve ser aprovada pelo supervisor por um período de, no máximo, três anos antes de ocorrer a sua reavaliação.

A capacitação deve usar para avaliar a competência dos profissionais os critérios:

• Conhecimento em eletricidade.

• Tempo de serviço em eletricidade.

• Entendimento da instalação a ser trabalhada e experiência prática nesse trabalho.

• Consciência dos perigos que podem surgir durante o trabalho e as precauções a serem tomadas;

• Capacidade de sempre reconhecer se é seguro continuar o trabalho;

Trabalhadores não qualificados

É permitida a permanência de trabalhadores não qualificados (Aux. Limpeza, pedreiros, pintores, auditores etc) dentro das subestações elétricas, desde de que seja emitida autorização formal da empresa. Todos os riscos devem ser controlados, e nenhuma atividade elétrica pode acontecer no período de permanência desses profissionais.

Os trabalhadores com atividades não relacionadas às instalações elétricas desenvolvidas em zona livre e na vizinhança da zona controlada, conforme define este procedimento, devem ser instruídos formalmente com conhecimentos que permitam identificar e avaliar seus possíveis riscos e adotar as precauções cabíveis.

Treinamentos

Somente poderão ser autorizados a executar atividades em instalações elétricas, trabalhadores que comprovarem treinamento específico de NR10 (Curso Básico-Segurança em Instalações e Serviços com Eletricidade), com duração mínima de 40 horas;

A comprovação do treinamento deve ser feita mediante a certificado, este deverá constar no mínimo:

• Nome completo do participante com referência a algum documento (CPF ou RG);

• Carga horária;

• Conteúdo Programático conforme ANEXO II da NR10:2004;

• Nome e assinatura do responsável pelo Treinamento.

• Pontuação da avaliação.

Os trabalhadores que exercerão suas atividades em instalações elétricas de alta tensão que se enquadrem no SEP, deverão realizar treinamento complementar da NR10 (Curso Complementar — Segurança no Sistema

Elétrico de Potência (SEP) e em suas proximidades). A carga horária será de 40 horas e o conteúdo programático conforme Anexo II da NR10.

Todos os estagiários de nível técnico ou superior deverão realizar o treinamento de 40 horas antes de iniciarem as atividades nas instalações elétricas.

Treinamento para atividades em áreas classificadas

Os serviços em instalações elétricas nas áreas classificadas somente poderão ser realizados mediante permissão para o trabalho com liberação formalizada.

Os trabalhadores que exercerão essas atividades devem possuir treinamentos específicos de acordo com risco envolvido, conhecendo medidas de supressão do agente de risco que determina a classificação da área.

Quando existir risco acentuado de incêndio ou explosões, devem ser adotados dispositivos de proteção, como alarme e seccionamento automático para prevenir sobretensões, sobrecorrentes, falhas de isolamento, aquecimentos ou outras condições anormais de operação.

Reciclagem

Conforme determina o item 10.8.8.2 da NR10, deve ser realizado no mínimo um treinamento de reciclagem bienal, para treinamento de NR10 básico e SEP, podendo ser antecipado sempre que ocorrer alguma das situações abaixo:

• Quando houver mudança de cargo, desde que o cargo referenciado seja de mesma classificação de risco,ou seja a pessoa já esteja na área de riscos com eletricidade, será feito um complemento para este no mínimo de 2 horas, considerando o teórico e o prático.

• Empregados afastados da empresa com período superior a 3 meses, deverão passar por nova reciclagem, com no mínimo de 2 horas, com conteúdo teórico e prático. Quando constar no projeto modificações complexas, deverá ser feito um complemento de no mínimo mais 2 horas, considerando o teórico e o prático sobre esta modificação.

• Modificações significativas nas instalações elétricas ou troca de métodos, processos e organização do trabalho. A carga horária deste treinamento de reciclagem será de no máximo 16 horas e deverá ser ministrado no mínimo os conteúdos descritos adiante de acordo com o que a motivou:

• Isolamento de Energia Elétrica;

• Sistemas de supressão de incêndio;

• Utilização de EPI's, EPC's e Instrumentos Elétricos;

• Acesso às Subestações e Salas Elétricas;

• Trabalhos em instalações elétricas em áreas classificadas;

• Procedimentos — Segurança em Eletricidade;

• Trabalhos com instrumentos que possuem fontes radioativas;

• Procedimentos de emergência em Subestações e Salas Elétricas;

Os treinamentos de reciclagem terão validade de 2 anos, sendo responsabilidade do empregado a solicitação e a participação no treinamento de reciclagem antes do vencimento.

Caso o trabalhador não tenha realizado o treinamento de reciclagem ou esteja vencido, sua autorização para trabalho em instalações elétricas ou em suas proximidades será automaticamente cancelada até a regularização do treinamento.

Treinamento em novas tecnologias

Na aquisição de novos equipamentos ou tecnologias deverão, se necessário, ser realizados treinamentos específicos para se tornarem capacitados os executantes, de forma a propiciar a realização das atividades sempre de forma segura. Este treinamento deverá ser ministrado por profissional habilitado e autorizado, em um treinamento com a duração de acordo com a necessidade.

Conteúdo programático teórico deverá abordar:

• Manual do equipamento;

• Operação segura;

• Avaliação de Risco;

• Equipamentos de proteção coletiva;

• Equipamentos de proteção individual;

• Prontuário das instalações elétricas;

• Riscos adicionais;

Instruções técnicas e administrativas de segurança

Todas as atividades em instalações elétricas (nas fases de geração, transmissão, distribuição e consumo, incluindo as etapas de projeto, construção, montagem, comissionamento, descomissionamento, operação, manutenção, retorno de serviço, emergência e modificação de equipamentos) devem ser executadas sob supervisão de profissional legalmente habilitado. As atividades devem ser precedidas de Planejamento prévio e Ordem de Serviço, com autorização formal (assinada) de um profissional habilitado. Também é obrigatória a Análise Preliminar de Risco (APR) para todos os trabalhos envolvendo eletricidade e equipamentos elétricos.

As ordens de serviços devem ser arquivadas, fisicamente ou digitalmente, após a realização das atividades por três meses, quando possível arquivar também todo documento específico de controle e mitigação do risco.

Os serviços devem ser planejados e realizados, preferencialmente, em conformidade com procedimentos de trabalho específicos, padronizados, com descrição detalhada de cada tarefa (NR10 item 10.2.4 a). Os procedimentos devem conter medidas de segurança baseadas em análise de risco validada pela área de saúde e segurança do trabalho, para tal deve ser promovida a capacitação dos profissionais envolvidos com esta atividade na aplicação destes procedimentos. Quando forem realizados trabalhos que divergem dos procedimentos padrões definidos ou de atividades em instalações elétricas não rotineiras, deve ser emitida a permissão de trabalho (PT).

O uso da PT também é aplicada em trabalhos executados nas instalações de Sistemas Elétricos de Potência (SEP), acima de 1000VCA e 1500VCC, sob tensão ou sem suas proximidades, onde o trabalhador realiza suas atividades dentro da Zona de Risco.

Deve ser emitida a PT para todos os trabalhos executados em área operacional e atividades gerais executados por profissionais não capacitados dentro ou nas proximidades da zona controlada. Exemplos: Pátios de subestação: capina, limpeza, serviços de alvenaria, pinturas e outros não relacionados com eletricidade.

A execução de atividades em instalações elétricas em áreas classificadas deve ser precedida de treinamento específico, podendo somente ser realizadas mediante emissão da Permissão para Trabalho (PT).

A execução de trabalhos em equipamentos energizados onde não se possa realizar o bloqueio da energia deve ser realizada com o uso da PT.

Inspeções SPDA e aterramento

O item 10.2.4 b da norma NR10 exige a documentação das inspeções de proteção descargas atmosféricas. O registro das inspeções deverá ser feito na forma de relatório com apontamento das inspeções e adequações, quando possível com registro fotográfico. As inspeções deverão ser realizadas de forma periódica, conforme NBR-5419-2015, em intervalos determinados, assim relacionados:

• 1 ano para estruturas locais de permanência de pessoas, estruturas contendo munição ou explosivos, ou em locais expostos à corrosão atmosférica severa (regiões litorâneas, ambientes industriais com atmosfera agressiva), ou ainda estruturas pertencentes a fornecedores de serviços considerados essenciais (energia, água, sinais e outros), com emissão de ART e plano de ação para adequação caso necessário. A medição deve ser realizada com instrumento de medição específico. É necessário que se conheça as condições climáticas durante a medição, ou seja, a temperatura ambiente e a umidade relativa do ar. Dessa forma, as seguintes medições de continuidade elétrica devem ser realizadas:

a) Medição entre subsistema de captação e aterramento;

b) Medição cruzada entre subsistema de captação e aterramento;

c) Medição entre subsistema de captação e BEP (Barramento de Equalização de Potencial);

d) Medição do subsistema de aterramento.

e) Registro Fotográfico e Observações

f) É importante registrar através de foto as condições nas quais o sistema foi encontrado antes da realização da inspeção.

• 3 anos para as demais estruturas, com emissão de ART e plano de ação para adequação;

A montagem de instalações temporárias deve atender às exigências específicas, referentes a proteção contra sobre correntes, grau de proteção contra influências externas, aterramento, proteção contra danos mecânicos e interferência com o trânsito de pessoas, máquinas e veículos, sendo suas características submetidas à avaliação de profissional legalmente habilitado e autorizado.

Equipamentos e medidas de proteção coletiva

As medidas de proteção coletiva são estabelecidas no item 10.2.8.1 na NR10 e replicadas neste procedimento. O objetivo das medidas é eliminar ou reduzir, com controle, eventos indesejáveis com o propósito de

preservar a integridade física das pessoas. A norma estabelece várias formas de proteções coletivas nas instalações elétricas, não somente regulamentadas para proteção dos eletricistas, mas sim de todos os trabalhadores e pessoas que possam estar, direta ou indiretamente, expostos aos efeitos da energia elétrica.

As medidas de proteção coletiva compreendem, prioritariamente, a desenergização elétrica (item 10.2.8.2 da NR10). Na impossibilidade de desenergização elétrica, o emprego de tensão de segurança.

Na impossibilidade de implementação do estabelecido no subitem 10.2.8.2 devem ser utilizadas outras medidas de proteção coletiva, tais como: isolação das partes vivas, obstáculos, barreiras, sinalização, sistema de seccionamento automático de alimentação, bloqueio do religamento automático.

Quando, no desenvolvimento das atividades em instalações elétricas, os sistemas de proteção coletiva forem tecnicamente inviáveis ou insuficientes para controlar os riscos, deverão ser adotados os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) específicos e adequados às atividades desenvolvidas.

Os equipamentos de proteção coletiva como tapetes isolantes, bancadas, mantas isoladas, luvas isolantes e aterramento temporário, deverão passar por ensaios com teste de isolação, realizado por empresa especializada, anualmente, com carência de até 45 dias.

O aterramento das instalações elétricas deve ser executado conforme regulamentação estabelecida pelos órgãos competentes e, na ausência desta, deve atender às Normas Internacionais Vigentes (NR10 item 10.2.8.3).

Equipamentos de proteção individual

Segundo o item 10.2.9.1 da NR10, em instalações elétricas, quando as medidas de proteção coletiva forem tecnicamente inviáveis ou insuficientes para controlar os riscos, devem ser adotados equipamentos de proteção individual específicos e adequados às atividades desenvolvidas, em atendimento ao disposto na NR 6.

Os equipamentos de proteção individual (EPI) devem ser adquiridos de fabricantes de acordo com os padrões e normas de projetos aceitos e aprovados pelo HIAE. Devem ser aprovados com a utilização da indicação do Certificado de Aprovação (CA), expedido pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego. Os EPIs devem ser mantidos e utilizados dentro de padrões definidos pelos fabricantes e estar de acordo com o nível de classe de tensão onde são utilizados.

As vestimentas de trabalho devem ser adequadas às atividades, devendo contemplar a condutibilidade, inflamabilidade e influências eletromagnéticas (NR10 item 10.2.9.2). A especificação das vestimentas de trabalho deve ser precedida de um estudo de arco elétrico, elaborado por profissional legalmente habilitado,

que considerando os níveis de curto-circuito das instalações, efetuará o cálculo da energia incidente e determinará a categoria do traje recomendado. Este cálculo deverá ser acompanhado da respectiva Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), específica para cada sistema, a ser anexada no prontuário de instalações elétricas.

Os equipamentos de proteção individual como capacetes, luvas isolantes e botinas deverão passar por ensaios com testes de isolação realizados por empresa especializada, anualmente, com carência de até 45 dias.

As luvas isolantes devem passar inspeção visual antes da utilização e realizar o teste de insuflamento.

É vedado o uso de adornos pessoais; tais como anéis, correntes, relógios com pulseiras metálicas, e outros; nas atividades em circuitos, quadros de força ou painéis elétricos e no interior das subestações.

Extensões e cabos

Um cabo de extensão deve somente ser usado quando não for possível alcançar uma tomada de parede com o cabo do equipamento. Quando o uso de um cabo de extensão for inevitável, no mínimo, as seguintes verificações devem ser realizadas:

• Toda extensão elétrica deverá ser aprovada no teste de inspeção.

• Somente é permitido utilizar extensões padronizadas pela área de Manutenção Elétrica.

• Devem possuir cabos flexíveis, com material isolante duplo que suporte as correntes exigidas, contínuas, sem rachaduras, falhas ou emendas e os fios não devem ser mantidos dobrados sobre vértices.

• Sempre que estiver sendo usada a extensão deverá estar totalmente desenrolada para evitar o superaquecimento (cabo esticado).

• Devem ser identificadas, com a respectiva tensão elétrica.

• É proibida a ligação simultânea de mais de um aparelho à mesma tomada de energia elétrica, com o emprego de acessórios que aumentem o número de saídas (Exemplos: “Benjamim” ou “T”).

• Nenhum cabo de extensão deve ter mais de 20 metros de comprimento;

• Somente devem ser utilizados cabos de extensão equipados com conectores e plugues devidamente isolados.

• É proibida a ligação em cadeia (conexão em série) de dois ou mais cabos de extensão.

• O cabo de extensão deve ser utilizado com cuidado para evitar qualquer risco de danos durante a operação. Se o cabo tiver que atravessar um percurso, cubra-o com uma fita protetora de borracha, ou use-o de forma superior.

• Sempre verifique se o plugue do cabo de extensão possui disjuntor com capacidade nominal adequada para o que está sendo usado.

• Descarte cabos de extensão danificados, substituindo-os, nunca faça a sua reparação.

• O enrolamento do cabo elétrico (incluindo o cabo de extensão) deve ser feito somente após a desconexão do plugue, para evitar o risco de choque elétrico causado por um cabo danificado (que pode ocorrer durante o uso sem que seja percebido);

Segurança dos plugues

Assim como as extensões, os plugues de tomadas são pontos de atenção, sendo necessário sua verificação regularmente. A inspeção deve ser feita sempre com o plugue desconectado da tomada, e no mínimo, os seguintes pontos devem ser analisados:

• A conexão ao plugue deve estar perfeita, sem folga e sem deixar aparecer os fios coloridos do plugue.

• O plugue para ligação deve ser devidamente isolado e as tomadas devem possuir no mínimo três pinos.

• Não deve haver emendas nem reparos com fita isolante.

• Não pode haver rachaduras ou danos na proteção.

• Não podem existir sinais de superaquecimento, como descoloração da carcaça ou do cabo.

Segurança em trabalhos com atividades em instalações elétricas

Segurança em projetos

Para todo projeto, a ser desenvolvido e executado dentro da unidade operacional, deve ser realizado de acordo com as exigências e descrições mínimas do memorial descritivo de segurança do projeto, estando de acordo com as normas nacionais pertinentes ou de forma a cumprir as obrigações locais.

Deverão ser respeitadas as características originais de projeto (correntes nominais e tempos de atuação das proteções, capacidades de condução de corrente dos condutores, grau de proteção dos invólucros,

equipamentos e da instalação). Quaisquer alterações deverão ser submetidas à avaliação de profissional legalmente habilitado e autorizado.

Devem ser evitados rabiscos e rasuras em desenhos e projetos elétricos disponibilizados nas áreas. Modificações e “as-built” devem ser realizadas para atualização da documentação conforme a necessidade da área, ocorrendo a mesma deve ser encaminhada para área de projetos.

Os projetos devem assegurar que as instalações proporcionem aos trabalhadores iluminação adequada a uma posição de trabalho segura, de acordo com a NR-17 Ergonomia.

A fonte de alimentação elétrica para os equipamentos deve ser projetada de acordo com as regulamentações locais para Instalações Elétricas em Prédios.

Sempre que inovações tecnológicas forem implementadas ou para a entrada em operação de novas instalações ou equipamentos elétricos, devem ser previamente elaboradas análises de risco, desenvolvidas com circuitos desenergizados, e respectivos procedimentos de trabalho.

É obrigatório que os projetos de instalações elétricas especifiquem dispositivos de desligamento de circuitos que possuam recursos para impedimento de reenergização, para sinalização de advertência com indicação da condição operativa.

O projeto elétrico, na medida do possível, deve prever a instalação de dispositivo de seccionamento de ação simultânea, que permita a aplicação de impedimento de reenergização do circuito.

O projeto de instalações elétricas deve considerar o espaço seguro, quanto ao dimensionamento e a localização de seus componentes e as influências externas, quando da operação e da realização de serviços de construção e manutenção.

Os circuitos elétricos com finalidades diferentes, tais como: comunicação, sinalização, controle e tração elétrica devem ser identificados e instalados separadamente, salvo quando o desenvolvimento tecnológico permitir compartilhamento, respeitadas as definições de projetos.

Sempre que for tecnicamente viável e necessário, devem ser projetados dispositivos de seccionamento que incorporem recursos fixos de equipotencialização e aterramento do circuito seccionado.

Todo projeto deve prever condições para a adoção de aterramento temporário.

O projeto das instalações elétricas deve ficar à disposição dos trabalhadores autorizados, das autoridades competentes e de outras pessoas autorizadas pela empresa e deve ser mantido atualizado.

O projeto elétrico deve atender ao que dispõem as Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança no Trabalho, as regulamentações técnicas oficiais estabelecidas, e ser assinado por profissional legalmente habilitado.

- Especificação das características relativas à proteção contra choques elétricos, queimaduras e outros riscos adicionais.

- Descrição do sistema de identificação de circuitos elétricos e equipamentos, incluindo dispositivos de manobra, de controle, de proteção, de intertravamento, dos condutores e os próprios equipamentos e estruturas, definindo como tais indicações devem ser aplicadas fisicamente nos componentes das instalações.

- Recomendações de restrições e advertências quanto ao acesso de pessoas aos componentes das instalações.

- O princípio funcional dos dispositivos de proteção, constantes do projeto, destinados à segurança das pessoas.

- Descrição da compatibilidade dos dispositivos de proteção com a instalação elétrica.

Segurança em Instalações

As instalações elétricas devem ser mantidas em condições seguras de funcionamento e seus sistemas de proteção devem ser inspecionados periodicamente. Todas as tomadas para uso de ferramentas elétricas, devem estar protegidas por Dispositivo Diferencial Residual (DDR). Sendo o uso deste tipo de dispositivo também obrigatório em:

- Pontos de utilização situados em locais contendo banheira ou chuveiro.

- Os circuitos de tomadas internas às edificações, mas que possam vir a alimentar equipamentos no exterior.

- Os circuitos que, em locais de habitação, sirvam a pontos de utilização situados em cozinhas, copas cozinhas, lavanderias, áreas de serviço, garagens e demais dependências internas molhadas em uso normal ou sujeitas a lavagens.

Toda instalação que possui disjuntor diferencial residual deve possuir inspeção visual/testes manuais com verificação de eficácia na proteção contra fuga de corrente, com periodicidade anual, com emissão de relatório técnico apontando possíveis correções, todas as ações devem ser registradas no sistema oficial da empresa. Este plano deve estar registrado no sistema oficial da empresa.

A empresa deve possuir um inventário geral com todos dispositivos DRs mapeados.

Para novas instalações de DDR, o setor de elétrica deve aprovar previamente o projeto, certificando a qualidade e funcionamento do mesmo e emitir parecer técnico/relatório.

Nota:

O botão de teste T, possibilita a verificação do correto funcionamento e instalação do dispositivo DR, gerando uma corrente de fuga interna entre dois terminais de conexão (acionar periodicamente, pois é a garantia de funcionamento do Dispositivo DR).

Sobre o aterramento das instalações, todo equipamento e estrutura metálica mesmo que provisórias (exemplo: andaimes, toldos e outros), incluindo tubulações, deverão estar aterrados e equipotencializados com a malha mais próxima disponível. Deverão ser realizados testes, para garantir o aterramento. Os resultados dos testes devem ser registrados. O equipamento de teste deverá ser calibrado e sua utilização feita somente por um profissional autorizado.

Para atividades em instalações elétricas deve ser garantida ao trabalhador iluminação adequada e uma posição de trabalho segura e de forma a permitir que ele disponha dos membros superiores livres para a realização das tarefas.

O “trabalho em proximidade ”não é idêntico a espaço confinado, pois a definição é mais ampla e pode ser aplicada com mais frequência do que ‘espaço confinado’ (em que, pelo menos, os mesmos regulamentos rigorosos para energia elétrica são aplicáveis).

Nota:

- Painéis elétricos localizados em áreas controladas (Salas elétricas e Subestações) deverão estar fechados.
- Painéis elétricos em áreas não controladas deverão permanecer trancados, possuir chaves padrão elétrica/Cadeado padrão.

Segurança em Instalações elétricas desenergizadas

Somente serão consideradas desenergizadas as instalações elétricas liberadas para trabalho, mediante os procedimentos apropriados, obedecida a sequência abaixo, segundo item da norma NR10:

- Seccionamento.
- Impedimento de reenergização.

- Constatação da ausência de tensão painel.
- Instalação de aterramento temporário com equipotencialização dos condutores dos circuitos.
- Proteção dos elementos energizados existentes na zona controlada.
- Instalação da sinalização de impedimento de reenergização.

Nota:

O impedimento de reenergização, conhecido como bloqueio, somente poderá ser realizado mediante procedimento específico e por trabalhador treinado formalmente na aplicação do mesmo.

O estado de instalação desenergizada deve ser mantido até a autorização para reenergização, devendo ser reenergizada respeitando a sequência de procedimentos abaixo:

- Retirada das ferramentas, utensílios e equipamentos.
- Retirada da zona controlada de todos os empregados não envolvidos no processo de reenergização.
- Remoção do aterramento temporário, da equipotencialização e das proteções adicionais;
- Remoção da sinalização de impedimento de reenergização.
- Destravamento, se houver, e religação dos dispositivos de seccionamento.

Caso seja tecnicamente inviável a aplicação integral dos itens acima, tais medidas podem ser alteradas, substituídas, ampliadas ou eliminadas, por profissional legalmente habilitado e autorizado, mediante justificativa técnica previamente formalizada, desde que seja mantido o nível de segurança originalmente preconizado.

Segurança em Instalações elétricas energizadas

O 'Trabalho em circuito energizado' NÃO É PERMITIDO, exceto para empresas contratadas licenciadas e somente após uma Avaliação de Risco e aprovação formal pelo RT. O 'Trabalho em circuito energizado' inclui o ligamento e desligamento de cabos ou componentes para terminais energizados ou barramentos energizados.

Eventuais situações onde se torne necessária a realização de atividades de manutenção com equipamentos ou sistemas parcial ou totalmente energizados com partes energizadas expostas não dotadas de nenhuma proteção, somente deve ser realizado de acordo com a legislação nacional e demandam emissão de PT

aprovada por um profissional legalmente habilitado e estas atividades não poderão ser executadas individualmente, sendo obrigatória a presença de, pelo menos, dois colaboradores.

Os serviços em instalações energizadas, ou em suas proximidades devem ser suspensos de imediato na iminência de ocorrência que possa colocar os empregados em perigo, ou exista uma situação ou condição de risco não prevista, cuja eliminação ou neutralização imediata não seja possível. Uso de multímetros e outros equipamentos de teste em equipamentos energizados para a resolução de problemas, executados por profissionais devidamente qualificados, não é considerado como 'Trabalho em circuito energizado', mas como 'Trabalho próximo a partes energizadas'. Essas atividades devem ser realizadas com cuidado e de acordo com as melhores práticas de segurança.

Os trabalhos que exigem o ingresso na zona controlada devem ser realizados mediante procedimentos específicos respeitando as distâncias previstas na NR-10. Caso esta atividade seja executada por profissionais de contratada ou que não sejam profissionais da área de elétrica, deverá ser emitida PT e procedimento específico para tal, assinada pelo profissional autorizado responsável pela área.

Para montagens e desmontagens de andaimes, estruturas metálicas ou qualquer equipamento que tenha condutividade elétrica ou esteja próximo a área energizada, respeitando os limites descritos na NR-10, deverá ter barreiras protetoras, eliminando o risco de contato com as partes energizadas. O início do serviço fica condicionado à avaliação dos profissionais do setor de elétrica.

Todo o ferramental isolante, equipamentos de proteção individual e coletiva deverão estar em condições adequadas ao uso com seus respectivos testes de aprovação para trabalho energizado, observando-se para cada um as respectivas classes de proteção — tensão e isolamento.

Segurança em trabalhos com Alta tensão (AT)

Os serviços em instalações elétricas energizadas em AT, bem como aqueles executados no SEP, não podem ser realizados individualmente, sendo necessário o mínimo de 2 pessoas e autorização de profissional habilitado.

Todo trabalho em instalações elétricas energizadas em AT, bem como aquele que interaja com SEP, somente pode ser realizado mediante ordem de serviço específica para data e local sendo arquivada por 3 meses.

Antes de iniciar trabalhos em circuitos energizados em AT, o superior imediato e a equipe, responsáveis pela execução do serviço, devem realizar uma avaliação prévia, estudar e planejar as atividades de forma a atender os princípios técnicos básicos e as melhores técnicas de segurança em eletricidade aplicáveis ao serviço.

Os serviços em instalações elétricas energizadas em AT, devem ser realizados quando houver procedimentos específicos (SOP), detalhados e assinados por profissional habilitado e autorizado.

A intervenção em instalações elétricas energizadas em AT dentro dos limites estabelecidos como zona de risco, somente pode ser realizada mediante a desativação (bloqueio) dos conjuntos e dispositivos de religamento automático do circuito, sistema ou equipamento, os equipamentos e dispositivos desativados devem ser sinalizados com identificação da condição de desativação.

Os equipamentos, ferramentas e dispositivos isolantes ou equipados com materiais isolantes, destinados ao trabalho em alta tensão, devem ser submetidos a testes de isolação ou ensaios de laboratório de forma periódica, obedecendo-se às especificações do fabricante, os procedimentos da empresa e na ausência desses, anualmente, com carência de 45 dias para mais ou para menos.

Todo trabalhador em instalações elétricas energizadas em AT, bem como aqueles envolvidos em atividades no SEP devem dispor de equipamento que permita a comunicação permanente com os demais membros da equipe ou com o centro de operação durante a realização do serviço.

Manutenção de equipamentos

Quando aplicável, deve haver um programa de manutenção preventiva que tenha como características:

- Em intervalo definido, executar e documentar o teste de instalações elétricas por profissionais qualificados no que diz respeito ao nível de isolamento ('Megger'), interruptores de isolamento, fusíveis e seccionadores, botões de desligamento de emergência, chaves de segurança acionados por cabos, entre outros.

- Em um intervalo definido, executar e documentar o teste de funcionamento de todos os dispositivos de segurança presenciado por profissionais autorizados.

Comissionamento/descomissionamento de Equipamentos

Antes que um equipamento possa entrar em operação esta deve ser comissionada de forma que, estejam de acordo com as regras do setor específico e quando aplicável os seguintes pontos devem ser verificados:

- Os documentos pertinentes estão disponíveis, foram estudados e entendidos. São exemplos destes documentos:

a) Documentação do projeto (referência às normas Internacionais e/ou Nacionais).

b) Documentação das instalações.

c) Documentação de diagramas elétricos.

d) Documentação de procedimentos de testes.

e) Documentação de operação de segurança (Manual de Operação).

f) Documentação da manutenção (Manual de Manutenção).

- Executar e documentar o teste de instalações elétricas por profissionais qualificados no que diz respeito ao nível de isolamento (’Megger’), interruptores de circuito por falha de aterramento/dispositivos diferenciais residuais (30mA), fusíveis e seccionadores, botões de desligamento de emergência, chaves de segurança acionados por cabos, entre outros.

- Executar e documentar o teste de funcionamento de todos os dispositivos de segurança comprovados por profissionais qualificados ou habilitados.

- Executar procedimentos de inicialização, operação normal e desligamento de acordo com o Manual de Operações.

- Executar treinamento apropriado de operador e pessoal de manutenção designados para o maquinário específico.

- Os equipamentos devem ser mantidos de acordo com os procedimentos fornecidos pelo fabricante, a menos que requisitos mais rigorosos sejam impostos pelas regulamentações legais ou locais.

Proteção contra incêndio e explosão

As áreas onde houver instalações ou equipamentos elétricos devem ser dotadas de proteção contra incêndio e explosão de acordo com determinado no PSCIP (Processo de Segurança Contra Incêndio e Pânico). Os dispositivos, equipamentos e sistemas elétricos devem atender os seguintes requisitos, quando aplicável:

- Adequados para atmosfera explosiva onde a área for classificada com esse tipo de risco;

- Dotados de detecção e proteção contra incêndio e explosão.

- Dotados de malha de aterramento que limita a corrente que circula no corpo de uma pessoa, durante um curto-circuito, fuga de corrente ou uma descarga atmosférica.

- Dotados de proteção contra descargas atmosféricas conectada à malha de aterramento.

- Dotados de proteção específica e dispositivos de descarga elétrica quando susceptíveis de gerar ou acumular eletricidade estática.

- Ser dotados de dispositivos de proteção como alarme e seccionamento automático para prevenir sobretensões, sobrecorrentes, falhas de isolamento, aquecimentos e outras condições anormais de operação.

Todos os equipamentos deverão ser calibrados conforme manual do fabricante e/ou plano de calibração.

Sinalização de Segurança

Deve ser adotada sinalização adequada de segurança destinada à advertência e à identificação, de forma a atender, dentre outras, as situações a seguir:

- Identificação de circuitos elétricos e classe de risco dos painéis elétrico.
- Travamentos e bloqueios de dispositivos e sistemas de manobra e comandos.
- Restrições e impedimentos de acesso.
- Delimitações de áreas, quando houver a necessidade.
- Sinalização de áreas de circulação.
- Sinalização de impedimento de energização.
- Identificação de equipamento ou circuito impedido.

A sinalização de segurança deve ser durável no ambiente onde será utilizada e ser padronizada em relação à cor, forma, tamanho, tipo de material e fácil identificação.

Painéis elétricos e subestações, deverão ser apropriadamente identificados e inacessíveis às pessoas não autorizadas e estas áreas terão seus acessos controlados.

Áreas classificadas deverão ser sinalizadas com placas de advertência e ter a sua entrada controlada pelo responsável da área.

Emergências

Os cenários emergenciais relacionados a instalações e serviços com eletricidade, sejam de segurança ou meio ambiente, devem sempre ser identificados.

- As ações de emergência que envolvam as instalações e/ou serviços com eletricidade devem constar no Plano Atendimento à Emergência da Unidade.

Os empregados autorizados devem estar aptos a executar o resgate e prestar primeiros socorros a acidentados, especialmente por meio de reanimação cardiorrespiratória, além de manusear e operar equipamentos de prevenção e combate a incêndio, existentes nas instalações elétricas.

Todo equipamento crítico deve possuir uma fonte de energia extra/redundante (Nobreak/bateria e/ou Gerador) para suprir possíveis faltas de energia elétrica. Quando a falta de energia for programada, deve ser usado o fluxo de comunicação oficial da empresa para que todos fiquem cientes da falta de energia elétrica,e em casos específicos sejam desenvolvidas alternativas para suprir o sistema em questão.

Emergências dentro de subestações

É de responsabilidade do profissional autorizado/brigadista eliminar todos os cenários de riscos elétricos dentro da subestação durante uma emergência. O profissional deve intervir no sistema elétrico efetuando o desligamento seguro em cascata das fontes de energia, e se necessário, coordenar o atendimento no interior da subestação, garantindo o acesso seguro dentro da SE para socorristas/brigadistas e pessoas advertidas.

Sendo o profissional autorizado responsável em garantir o desligamento seguro de fontes elétricas sempre que optar por extração do dispositivo (Disjuntor) como forma primaria de desenergização.

Além dos riscos elétricos também podem existir outros cenários, os principais riscos que podem acontecer dentro das subestações são:

- Riscos Biológicos: Animais peçonhentos.
- Riscos Ergonômicos: Esforço físico, postura incorreta.
- Risco a acidentes: Arranjo físico inadequado (quedas, tropeços).
- Arco elétrico.
- Erro de manobra.
- Explosão de algum equipamento energizado.
- Choque elétrico.
- Mal súbito.

Caso haja riscos adicionais ligados, por exemplo, a trabalhos em altura, espaço confinado, áreas classificadas ou condições atmosféricas, estes devem seguir Procedimentos Segurança da unidade.

A documentação prevista na NR-10 neste procedimento deve estar permanentemente à disposição dos trabalhadores que atuam em serviços e instalações elétricas e autoridades competentes

Resultados esperados

Com estas diretrizes espera-se estabelecer medidas preventivas de controle do risco elétrico e de outros riscos adicionais preservando a integridade das pessoas e das instalações na execução das tarefas.

1. OBJETIVO

Orientar os colaboradores do serviço de manutenção no acompanhamento de visitas de prestadores de serviço externo, que realizarão inspeção, manutenção preventiva e/ou corretiva.

2. DEFINIÇÃO

Ordem de Serviço – OS
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT
Serviço de Controle de Infecções Hospitalar – SCIH

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Identificar necessidades especificas para cada tipo de serviço, para acionamento de equipes de apoio como SESMT, SCIH e Bombeiros.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

EPIs adequados (Cinto de Segurança; Capacete; Luvas antichoque; Calçados fechados (sem biqueira de ferro); Óculos de proteção; Protetor Auricular).

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Todos os serviços devem ser registrados na OS.

6. DESCRIÇÃO

1. Supervisor da manutenção, deverá alinhar previamente, com todos setores envolvidos, melhor data e horário para realização do serviço.
2. Supervisor da manutenção, ciente do dia da visita da empresa terceira, organizará colaborador que acompanhará o prestador de serviço, colocando-o à par de todas informações relativas ao serviço a ser realizado.
3. Portaria comunicará e encaminhará, ao setor de manutenção, o prestador de serviço.
4. Quando o serviço a ser executado, envolver trabalho em altura e/ou interação com eletricidade, atividades a quente, espaço confinado, potenciais riscos à saúde de colaboradores e pacientes (exemplo poeira, fumaça etc.), ou outra atividade de risco especifico, colaborador do setor de manutenção, que acompanhará o serviço, deverá primeiramente, acionar acompanhamento da equipe do SESMT, SCIH e Bombeiros.
5. Colaborador do setor de manutenção deverá acompanhar todo o serviço, verificando a qualidade e recomendações específicas do mesmo.
6. Quando for o caso, solicitar ao final da prestação do serviço, um relatório técnico sobre as atividades realizadas.
7. Ao final da manutenção/visita, receber o serviço realizado, com relatório (quando for o caso) e encaminhar/comunicar à Supervisão de Manutenção.

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura >_____

7. RESPONSÁVEIS

É responsabilidade do supervisor de manutenção Supervisor da manutenção alinhar previamente, com todos setores envolvidos, melhor data e horário para realização do serviço.
É responsabilidade do supervisor de manutenção ou técnico de manutenção solicitar acompanhamento da equipe do SESMT, SCIH e Bombeiros quando necessário.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Todos os serviços devem ser relatados em OS no sistema de gestão.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

09/05/2022 – Criação do documento

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura >_____

1. OBJETIVO

Orientar os colaboradores do serviço de manutenção e engenharia clínica nos critérios de avalição de desempenho e vida útil de equipamentos e máquinas.

2. DEFINIÇÃO

Ordem de Serviço – OS

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este documento é indicado para os casos de tomada de decisão da ação a ser tomada avaliando o desempenho e vida útil de equipamentos e máquinas.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Computador.
Equipamento ou máquina a ser avaliado.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Todos os serviços devem ser registrados na OS.

6. DESCRIÇÃO

Quando um equipamento apresenta problemas de funcionamento, passa por avaliação da equipe interna ou equipe terceira, para a elaboração do parecer técnico com as soluções de manutenção corretiva, orçamento para serviços e/ou troca de peças.
Para avaliação e tomada de decisões sobre o desempenho e vida útil destes equipamentos e máquinas, alguns fatores precisam ser avaliados:

1) Fornecimento de peças e acessórios disponíveis no mercado

Os equipamentos e máquinas podem ter fornecimento de peças descontinuados pelo fabricante impossibilitando substituições para manutenções;

2) Manutenção corretiva avaliada em média de 40% do valor de depreciação do equipamento

Os equipamentos e máquinas podem apresentar valor elevador para correções, inviabilizando os reparos quando comparado com valores de mercado para aquisição de um item novo;

3) Representante ou Assistência Técnica Autorizada indisponível

Impossibilidade de correções com equipe interna e não encontrado fornecedores autorizados ou com expertise para serviços necessários nos equipamentos ou máquina, permitindo operação com segurança e confiabilidade;

4) Equipamento com tecnologia já defasada ou incapaz de atender de forma efetiva

Equipamento ou máquina se torna defasado, obsoleto, não permitindo a segurança e confiabilidade necessária em suas funções;

5) Registro do fabricante junto a ANVISA expirados;

Os registros junto aos órgãos reguladores, para os equipamentos e máquinas que precisem desta documentação, podem ser impeditivos para o prosseguimento da utilização por colocar em risco os usuários;

Todos os parâmetros apontados devem ser levados em consideração em uma justificativa para considerar a decisão. Na proposta de avaliação deve também constar sugestões de substituição, mostrando à administração as opções de tecnologias existentes e o valor do investimento para a aquisição, instalação e operação de cada uma delas.

7. RESPONSÁVEIS

É responsabilidade do supervisor e coordenador elaborar, quando necessário, a avaliação técnica de equipamentos e máquina.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Todos os serviços devem ser relatados em OS no sistema de gestão.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

09/05/2022 – Criação do documento

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Orientar os colaboradores do serviço de manutenção e usuários, quanto a abertura, acompanhamento e alimentação das ordens de serviço. Fixar diretrizes quanto ao atendimento dessas solicitações e suas criticidades.

2. DEFINIÇÃO

Ordem de Serviço – OS

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

O usuário solicitante do serviço pode acompanhar o andamento da atividade via sistema de gerenciamento das ordens de serviço. O colaborador da manutenção deve manter as ordens de serviço no sistema de gerenciamento com etapas atualizadas para acompanhamento dos interessados.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Sistema de gerenciamento de ordens de serviço.

Computador com internet.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Toda solicitação de serviço deve ser feita via sistema de gerenciamento de ordens de serviço.

Em casos de atendimentos que demandem materiais não estocáveis, ou contratação de serviços externos, o solicitante deverá ser informado sobre a situação da solicitação.

Solicitar Avaliação Preliminar de Riscos ao SESMT e Bombeiros, quando se tratar de obras de risco físico considerável (trabalho em altura, espaço confinado, manutenção elétrica em alta tensão ou remoção de materiais pesados, trabalhos a quente) e ao responsável pelo SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) quando se tratar de serviços que possam gerar risco de contaminação aos pacientes/usuários.

6. DESCRIÇÃO

Abaixo a descrição da gestão das demandas de atendimentos:

1. Solicitações de serviço devem ser abertas pelo usuário no sistema de gerenciamento da manutenção;
2. O colaborador da manutenção deve monitorar constantemente o sistema de gerenciamento para acompanhamento das novas demandas no decorrer do plantão e se atendar para a criticidade de cada chamado;
3. Supervisor de posse das solicitações pendentes deverá avaliar e organizar as ordens de serviço de acordo com a criticidade e repassar aos funcionários da equipe para serem realizadas;

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

4. Equipe de manutenção ao identificar demandas a serem realizadas devem registrar no sistema tanto o serviço realizado como as pendencias que existam;
5. Usuários ao necessitar de atendimentos de urgência deve abrir chamado pelo sistema de gerenciamento e ligar nos ramais da manutenção 5198, 5199 ou 62 99508-0572 informando a necessidade;

O descritivo abaixo mostra como classificar a criticidade dos atendimentos. As OS, para fins de gerenciamento, serão divididas em quatro níveis básicos:

1. **Urgente:** São estruturas prediais ou equipamentos essenciais e únicos que, quando sujeitos a falhas, podem ocasionar risco de morte ou danos ao ser humano e/ou interrupção completa das atividades do hospital que venha representar alto risco para a segurança dos colaboradores e pacientes. Prazo para a execução: Imediato.
2. **Alta criticidade:** São estruturas prediais ou equipamentos que, quando sujeitos a falhas, representam desperdícios e/ou representam interrupção parcial das atividades do hospital. Onde o serviço deverá ser analisado em até 1 hora.
3. **Média criticidade**: São estruturas prediais ou equipamentos que, quando sujeitos a falhas, podem ocasionar perdas no processo de atendimento, prestação de serviços e demais atividades do hospital. Onde o serviço deverá ser analisado em até 12 horas.
4. **Baixa criticidade:** São estruturas prediais ou equipamentos que, quando sujeitos a falhas, interferem apenas no bem estar do colaborador e paciente e/ou custos do reparo. Onde o serviço deverá ser analisado em até 72 horas.

7. RESPONSÁVEIS

É responsabilidade do técnico da manutenção acompanhar o sistema de gerenciamento para recebimento, andamento das demandas abertas pelos setores, e manter o sistema com informações atualizadas.
É responsabilidade do usuário abrir OS quando identificado necessidades de atendimento e acompanhar o andamento do serviço pelo sistema.
É responsabilidade do técnico da manutenção ao identificar necessidade de serviços, executa-los quando possível e registrar no sistema de gerenciamento, e/ou registrar a necessidade e a pendencia de execução;
É responsabilidade do técnico identificar os serviços que necessitem do acompanhamento do SESMT, Bombeiros e SCIH.
É responsabilidade do supervisor gerenciar as pendencias, orientando e dando encaminhamento para a resolução completa da demanda.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Todos os serviços devem ser relatados em OS no sistema de gestão.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção.

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

09/05/2022 – Criação do documento.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Descrever detalhadamente a rotina de rotas de verificação que devem ser realizadas a cada início de plantão.

2. DEFINIÇÃO

Ordem de Serviço – OS.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

A verificações descritas devem ser realizadas a cada início de plantão.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Preencher os documentos fixados nas salas de máquinas.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Toda não conformidade deve ser registrada na OS.

6. DESCRIÇÃO

A rota de verificação deve ser realizada no início de cada plantão, ou seja, todos os dias as 6h30 e 18h30.

Devem ser verificados os seguintes locais:

a. SALA DO QGBT/QTA – 3SS
b. SALA DOS GERADORES – 3SS
c. COZINHA – 2PAV
d. SALA DE NOBREAKS – 5PAV
e. SALA DE MÁQUINAS TMO E CHILLER CME – 5PAV
f. SALA DE RESERVATÓRIOS DE ÁGUA – 12PAV

Abaixo descritivo do que deve ser verificado em cada local:

SALA DO QGBT/QTA – 3SS

1) SALA
   a. Limpeza – verificar a limpeza no local, realiza-la se houver necessidade;
   b. EPIs – os EPIs usados na sala devem estar no local determinado;
   c. Escada – a escada deve estar no local determinado;

2) CONTROLADORA DOS GERADORES
   a. Nível de combustível – se abaixo de 70% deve-se solicitar abastecimento por meio do telefone (62) 3942-7744 em horário comercial, e fora do horário comercial (62) 998118-3158;

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

Para acessar o nível do combustível seguir os passos destacados abaixo:

Selecionar a seta da direita (marcada com um círculo vermelho) até chegar na aba Motor

Selecionar a seta para baixo (marcada com círculo vermelho) até chegar na aba Nível de Combustível

Nível do combustível selecionado

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

b. Tensão da bateria – deve estar acima de 24V;

Para acessar a tensão de bateria seguir os passos destacados abaixo:

Selecionar a seta da direita (marcada com um círculo vermelho) até chegar na aba Motor

Selecionar a seta para baixo (marcada com círculo vermelho) até chegar na aba Tensão de Bateria

c. Alarmes/Eventos – verificar existência de alarmes ativos e trata-los se houver;

Para acessar os Alarmes/Eventos seguir os passos destacados abaixo:

Selecionar a seta da direita (marcada com um círculo vermelho) até chegar na aba Reg. Eventos

Registros de eventos e alarmes selecionados

3) CONTROLADORA CAG

a. Status de funcionamento – verificar se o sistema está sendo alimentado pela concessionaria ou pelo gerador;

Quando a CAG está recendo alimentação da concessionária, possui status conforme imagem abaixo, com led da parte circulada acesso;

Quando a CAG está recendo alimentação dos geradores, possui status conforme imagem abaixo, com led da parte circulada acesso;

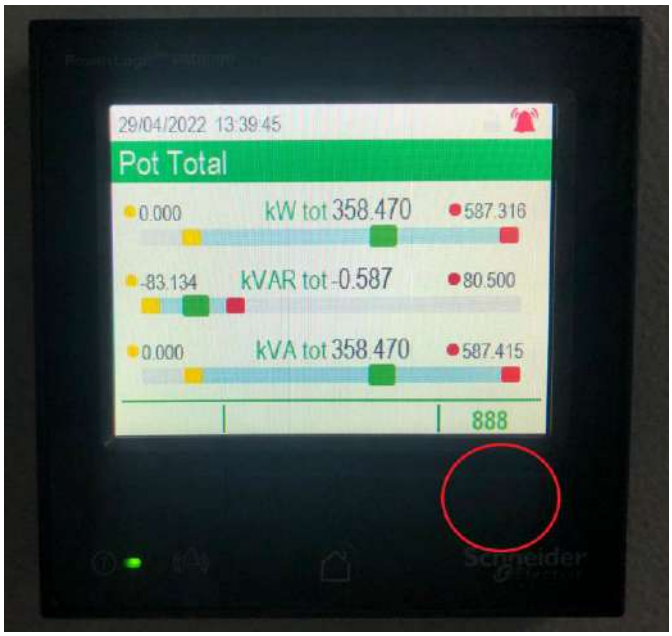
4) CONTROLADORA HOSPITAL
   a. Status de funcionamento – verificar se o sistema está sendo alimentado pela concessionaria ou pelo gerador;

Quando a CAG está recendo alimentação da concessionária, possui status conforme imagem abaixo, com o led da parte circulada acesso;

Quando a CAG está recendo alimentação dos geradores, possui status conforme imagem abaixo, com o led da parte circulada acesso;

5) PM8000
    a. Potência Total Máxima KW – este valor corresponde ao último pico de potência registrado pelo sistema. Anotar valor na folha fixada na sala. Quando identificado valor maior que 650 KW, o engenheiro eletricista ou supervisor ou coordenador da manutenção devem ser informados. Esta folha deve ser entregue ao Engenheiro Eletricista no final do mês para avaliação.

Para acessar os Alarmes/Eventos seguir os passos destacados abaixo:



Clicar no botão do lado direito (marcado com um círculo vermelho), irá abrir a aba de alarmes

SALA DOS GERADORES – 3SS

1) SALA
    a. Limpeza – verificar a limpeza no local, realiza-la se houver necessidade;

2) GERADORES
    a. Vazamentos – verificar existência de vazamentos nos geradores;

Para os itens abaixo, será gerado uma OS especifica semanal e poderá ser realizado junto a rota no dia correspondente.

    b. Nível de óleo do motor – retirar a vareta de nível de óleo e verificar conformidade;
    c. Filtro de óleo – verificar se existe água no filtro de óleo, caso exista, abrir o registro do filtro para a retirada da água com auxílio de um balde;
    d. Bateria – verificar com multímetro a tensão da bateria;

COZINHA

1) GAS GLP
    a. Leitura – registrar no documento controle (12pav) a leitura do consumo de gás no medidor;

SALA DE NOBREAKS – 5PAV

1) SALA
    b. Limpeza – verificar a limpeza no local, realiza-la se houver necessidade;
    a. Temperatura ambiente – a temperatura no termômetro deve estar abaixo de 28ºC, se estiver acima as máquinas de ar condicionado precisam ser verificadas;

2) NOBREAK 1 e 2
    a. Temperatura da bateria – se acima de 30ºC, as máquinas de ar condicionado devem ser verificadas;

3) QDLF MORIO – 1183
    a. Circuito 3 – este circuito alimenta o rack de comunicação dos nobreaks - verificar se está ligado;

SALA DE MÁQUINAS DO TMO E CHILLER CME – 5PAV

1) SALA
    a. Limpeza – verificar a limpeza no local, realiza-la se houver necessidade;

2) CHILLER
    a. Alarmes – verificar existência da alarmes;

3) MÁQUINAS TMO
    a. Cloro – verificar nível do cloro, se abaixo 40 litros acionar empresa responsável pela reposição no telefone (62) 98418-9765;
    b. Inversor de frequência – verificar existência de alarmes, se houver relatar o alarme e resetar;
    c. Vazamentos – verificar existência de vazamentos na tubulação;
    d. Recirculação e Pressurização – verificar funcionamento da bomba e do trocador de calor;

SALA DE RESERVATÓRIOS DE ÁGUA – 12PAV

1) SALA
    a. Limpeza – verificar a limpeza no local, realiza-la se houver necessidade;
    b. Escada – a escada deve estar no local determinado;

2) RESERVATÓRIO DE ÁGUA FRIA
    a. Vazamentos – verificar existência de vazamentos;

b. Nível – verificar se o nível está cheio, médio ou vazio. Se vazio, verificar se as bombas estão funcionando através do acionamento manual. Se sim, monitorar por 3h. Se não estiver funcionando seguir o procedimento descrito no documento Plano de contingência para falta de água;
c. Hidrômetro – realizar a leitura e anotações dos valores do hidrômetro;
d. Bomba – realizar acionamento manual da bomba para verificação da conformidade (se ela já estiver em funcionamento no momento, não tem necessidade do acionamento);
e. Cloro – verificar nível do cloro, se estiver com nível baixo acionar empresa responsável pela reposição no telefone (62) 98418-9765;

3) BOILERS
   a. Vazamentos – verificar existência de vazamentos;
   b. Temperatura – se a temperatura estiver abaixo de 50ºC, realizar o procedimento descrito no documento Falta de água quente nos boilers;
   c. Pressão – se a pressão estiver abaixo de 2 bar, realizar o procedimento descrito no documento Falta de água quente nos boilers;
   d. Recirculação – verificar o funcionamento das bombas de recirculação;
   e. Pressurização – verificar o funcionamento das bombas de pressurização;

4) GÁS GLPS
   a. Leitura – registrar a leitura do consumo de gás no medidor;

7. RESPONSÁVEIS

É responsabilidade do técnico da manutenção e técnico eletricista realizar a ronda de verificação, tratar, registrar e informar os itens verificados;
É responsabilidade do supervisor da manutenção, engenheiro eletricista e coordenador, auxiliar no tratamento das não conformidades informadas.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

As não conformidades devem ser relatadas em OS e tratadas imediatamente.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção, do procedimento realizado e planilha de controle.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Falta de Água quente nos boilers;

Plano de contingência para falta de água;

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

09/05/2022 – Criação do documento.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Descrever os procedimentos de acompanhamento e registro do teor de cloro nos reservatórios de água e água destinada aos leitos TMO.

2. DEFINIÇÃO

Transplante de Medula Óssea – TMO
Ordem de Serviço – OS

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

A não conformidade dos níveis de cloro na água deve ser comunicados para imediata adequação, para que não haja exposição dos usuários.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

O tanque e dosadoras de cloro, localizados no 12º pav e 5º pav, devem estar em funcionamento para a correta cloração da água. O sistema de cloro é administrado, sob contrato, pela empresa NCH, contato 62 98418-9765.

Clorímetro – medidor de cloro

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Os procedimentos de verificação e resultados devem ser registrados via sistema de gerenciamento de manutenção.

6. DESCRIÇÃO

A SANEAGO, empresa de saneamento básico, fornece água ao reservatório do condomínio, que então abastece os reservatórios do hospital. Antes de entrar nos 4 reservatórios exclusivos do hospital no 12º pavimento, é adicionado cloro de acordo com o consumo, garantindo assim concentrações adequadas conforme recomendado pela PRC Nº 5, DE 28/09/2017. A imagem 1 mostra o sistema de cloração dos reservatórios de água do hospital.

Parte da água é aquecida nos boilers, imagem 2, e outra parte desce diretamente para abastecimento do hospital, água fria.

Imagem 1 – Sistema de cloração dos reservatórios de água do hospital

Imagem 2 – Boilers para aquecimento da água

No 5º pavimento, a prumada de água quente e fria que chega para abastecimento dos leitos TMO, passa por um hidrômetro que mensura a quantidade de água, acionando as bombas de cloro de acordo com o consumo.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

Este sistema é composto por um reservatório de cloro, duas bombas que injetam o cloro na tubulação de água quente e fria, e dois hidrômetros, conforme mostra a imagem 3.

Imagem 3 – Sistema de cloração da água destinada aos leitos TMO

O controle de cloração deverá ser realizado semanalmente nos pontos comuns e diariamente em um leito do TMO (quando houver pacientes) , por um colaborador da manutenção.

Os níveis de cloro e pontos de coleta deverão seguir os parâmetros da tabela abaixo:

Ponto de coleta	Periodicidade	Concentração de cloro (mg/L)
Refeitório	Semanal	0,2 mg/L a 2,00 mg/L
Pronto Atendimento	Semanal	0,2 mg/L a 2,00 mg/L
Água quente leito do TMO	Diário	2,00 mg/L a 3,00 mg/L
Água fria leito do TMO	Diário	2,00 mg/L a 3,00 mg/L

Os resultados das leituras deverão ser registrados em uma planilha de controle. Caso os níveis de cloro não estejam de acordo com os parâmetros indicados, deverão ser tomadas ações corretivas para que as concentrações retornem aos parâmetros recomendados.

7. RESPONSÁVEIS

Supervisor da manutenção
Técnico da manutenção

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

As ações para correção dos níveis do cloro devem ser imediatas para não colocar em risco os usuários.
A empresa responsável pelo sistema de cloração deve ser imediatamente acionada para adequação dos níveis.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção, do procedimento realizado e planilha de controle.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Documento elaborado com base em documento da matriz HIAE SP.
Portaria MS Nº 2914 (12 de Dezembro de 2011).

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

19/10/2021 – Documento elaborado com base em documento da matriz HIAE SP.

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura >_____

1. OBJETIVO

Orientar os colaboradores do serviço de manutenção sobre o procedimento a ser realizado para análise da qualidade da água.

2. DEFINIÇÃO

Ordem de Serviço – OS
Serviço de Controle de Infecções Hospitalar – SCIH

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Identificar necessidades especificas para cada tipo de serviço, para acionamento de equipes de apoio de SCIH.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Equipamentos necessários devem ser providenciados pelo fornecedor contratado para o serviço.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Todos os serviços devem ser registrados na OS.

6. DESCRIÇÃO

As coletas de análise da qualidade do ar deverão ser realizadas com periodicidade conforme cronograma de coletas para análise de água.

O colaborador da manutenção deve contactar o fornecedor habilitado, agendar a visita informando a equipe de SCIH das datas e horários para acompanhamento.

Após a chegada dos laudos, os mesmos serão verificados e anexados à respectiva ordem de serviço. Caso haja alguma não conformidade observada, será gerada uma ordem de serviço para correção da mesma.

Abaixo estão descritos os parâmetros analisados e a periodicidade de acordo com cada área analisada no HIAE-GO.

Tabela 01-Mensal			
Água Consumo. Físico Químico/Microbio.			
4°Andar	Pia Centro Cirúrgico		
3°Andar	Pia Posto UTI A		
2°Andar	Pia Posto UTI B		
2°Andar	Pia Cozinha		
2°Andar	Bebedouro Cozinha		
Mezanino Térreo	Pia Área Limpa Endoscopia		
2SS Andar	Pia Posto PA		
Ensaio	Especificação		
Coliformes termorresistentes	Ausen	100	ml
Coliformes totais	Ausen	100	ml
Escherichia coli	Ausen	100	ml
Sólidos totais dissolvidos	Máx	1000	ppm ou mg/L
Turbidez	<	5	ut
Cont de bactérias heterot.	Até	500	UFC/ml
Cloro residual livre	>	0,5	mg/l
ph	-	6,0 a 9,5	-
Cor Aparente	<	15	hu
Cloro residual livre (água potável)			mg/l

Tabela 02-Mensal			
Análise: Microbiológico.			
3°- UTI	Equip. Hemodiálise ORIO-0487		
3°- UTI	Equip. Hemodiálise ORIO-0488		
3°- UTI	Equip. Hemodiálise ORIO-0749		
3°- UTI	Equip. Hemodiálise ORIO-0927		
3°- UTI	Equip. Hemodiálise ORIO-1015		
3°- UTI	Equip. Osmose ORIO-0386		
3°- UTI	Equip. Osmose ORIO-0387		
3°- UTI	Equip. Osmose ORIO-0928		
3°- UTI	Equip. Osmose ORIO-1016		
3°- UTI	Equip. Osmose ORIO-1111		
3°- UTI	Equip. Osmose ORIO-1178		
1°- Laboratório.	Pós Osmose		
4°- Tratamento Água CME	Torneira Pós Osmose		
Ensaio	Especificação		
Endotoxinas			UE/ml
Coliformes totais	Ausen	100	ml
Cont de bactérias heterot.	Até	500	UFC/ml
Escherichia coli	Ausen	100	ml

Tabela 03-Semestral				
Análise: Especif. Fabricante. Osmose CME.				
3°CME	Equip. Termo 01			
3°CME	Equip. Termo 02			
3°CME	Equip. Autoclave 01			
3°CME	Equip. Autoclave 02			
Ensaio		Especificação		
Dureza		<=	0,02	mmol/l
Aparência			incolor	
Resíduo na evaporação		<=	10	mg/l
Condutividade		<=	5	ns/cm
pH			5,0 a 7,0	
Silicato (SiO2)		<=	1	mg/l
Ferro		<=	0,2	mg/l
Cádmio		<=	0,005	mg/l
Chumbo		<=	0,005	mg/l
Restos De Metais		<=	0,1	mg/l
Cloreto (Cl)		<=	0,5	mg/l
Fosfato (P2O5)		<=	0,5	mg/l

Tabela 04-Semestral				
Análise: Metais. Osmose UTI.				
3°-UTI	Equip. Osmose ORIO-0386			
3°-UTI	Equip. Osmose ORIO-0387			
3°-UTI	Equip. Osmose ORIO-0928			
3°-UTI	Equip. Osmose ORIO-1016			
3°-UTI	Equip. Osmose ORIO-1111			
3°-UTI	Equip. Osmose ORIO-1178			
Ensaio		Especificação		
Alumínio			0,01	mg/l
Antimônio			0,01	mg/l
Arsênico			0,01	mg/l
Bário			0,1	mg/l
Berílio			0	
Cádmio		<=	0,01	mg/l
Cálcio			2	mg/l
Chumbo		<=	0,01	mg/l
Cloro total			0,1	mg/l
Cobre			0,1	mg/l
Cromo Total			0,01	mg/l
Fluoreto			0,2	mg/l
Magnésio			4	mg/l
Mercúrio			0	mg/l
Nitrato			2	mg/l
Potássio			8	mg/l
Prata			0,01	mg/l
Selênio			0,09	mg/l
Sódio			70	mg/l
Sulfato			100	mg/l
Tálio			0	
Zinco			0,1	mg/l

Tabela 05-Mensal				
Água TMO. Físico Químico/Microbio.				
4°-TMO		4 pontos de consumo		
Ensaio		Ensaio		
Coliformes termorresistentes		Ausen	100	ml
Coliformes totais		Ausen	100	ml
Escherichia coli		Ausen	100	ml
Sólidos totais dissolvidos		Máx	1000	ppm
Turbidez		<	5	ut
Cont de bactérias heterot.		Até	500	UFC/ml
Cloro residual livre		>	2 a 3	mg/l
ph		-	6,0 a 9	-
Cor Aparente		<	15	hu

Tabela 06-Bimestral				
Água TMO. Legionella				
4°-TMO		2 pontos de consumo		
Ensaio		Ensaio		
Legionella pneumophila				UFC/L
Legionella spp. não pneumophila		<	100	UFC/L

7. RESPONSÁVEIS

Equipe de manutenção – acompanhar a realização das coletas. Receber e verificar os laudos das análises. Anexá-los às ordens de serviço geradas pelo sistema de gerenciamento da manutenção.

Laboratório de Análises (terceirizado) – realizar as coletas de água e analisar conforme as normas vigentes. Emitir e enviar os relatórios (laudos).

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Todos os serviços devem ser relatados em OS no sistema de gestão.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura >_____
Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Portaria Nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011

- Portaria GM/MS Nº 888, de 4 de maio de 2021

- Cronograma de coleta para Análise da Qualidade da água

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

09/05/2022 – Documento revisado e adaptado de HIAE SP.

1. OBJETIVO

Apresentar o fluxo a ser seguido pelo técnico de manutenção do hospital, para o reestabelecimento do fornecimento de água quente através dos boilers no Hospital Albert Einstein – Unidade Goiânia.

2. DEFINIÇÃO

HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indiciado para garantir o reestabelecimento do fornecimento de água quente através dos boilers no HIAE Unidade Goiânia.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Os EPIs necessários para realizar as atividades descritas são: luva de proteção física, óculos incolor, botina, uniforme adequado.

Para verificações visuais, uma escada deve estar disponível próximo aos boilers.

A equipe técnica envolvida nas atividades descritas deve ter disponível telefone celular com rede estável e com alcance em áreas técnicas.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Todo o serviço realizado e pendencias devem ser registrados em Ordem de Serviço no sistema de gestão.

6. DESCRIÇÃO

1º) Verificar a pressão nos manômetros do reservatório, pressão de trabalho é 2 bar, Imagem 1. Caso esteja abaixo seguir passos abaixo:

Imagem 1 - Pressão de trabalho visualizada nos boilers

2º) Desligar as bombas de recirculação no quadro de distribuição, R1, R2 e R3.

3º) Verificar se os "ladrões" dos reservatórios encontram-se fechados (posição correta). Caso estejam abertos, fechar e monitorar a pressão no manômetro que está no corpo do reservatório (pressão normal é de 2 bar). Verificar se há vazamentos no corpo do reservatório.

4º) Para verificar as bombas de pressurização, deve-se analisar se o led default este acionado. Caso sim, desligar a mesma na chave colocando na posição zero.

5º) Aguardar 30 minutos pois os boilers encherão por gravidade com a bomba desligada. Após este tempo, ligar apenas uma bomba de pressurização.

6º) Verificar no manômetro dos boilers após ligar esta bomba, se a pressão atingiu 2 bar, ligar a segunda bomba de pressurização, deixando as duas em funcionamento.

Se não atingiu a pressão nos boilers, neste caso pode haver ar no circuito da bomba de pressurização.

1º) Neste caso, desligar as duas bombas de pressurização no quadro elétricos, nos disjuntores P1 e P2. Remover o parafuso sextavado que está na parte superior ao lado do bujão devagar até que saia somente água do orifício.

Reaperte o parafuso e aguarde mais 30 minutos para enchimento dos boilers por completo.

Verificar no manômetro dos boilers após ligar esta bomba, se a pressão atingiu 2Pa, ligar a segunda bomba de pressurização, deixando as duas em funcionamento.

7. RESPONSÁVEIS

Responsabilidades para o reestabelecimento de fornecimento de água quente no HIAE:

Equipe manutenção HIAE: verificar a causa; realizar manutenção corretiva, informar supervisor e coordenador;

Supervisor/Coordenador: acompanhar equipe de manutenção HIAE, informar ao hospital o ocorrido para ativação de plano de contingência setorial;

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Os setores devem elaborar seus próprios planos de contingência para falta de água quente no HIAE, de acordo com suas demandas específicas.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Em qualquer situação deve-se manter a calma para ser objetivo na tomada de decisão.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Ao identificar a falta de água quente, o técnico em manutenção deve registrar a ordem de serviço via Tasy.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

27/04/2022- Documento revisado pela supervisão da manutenção, com base no documento da matriz HIAE SP.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Descrever os procedimentos realizados na limpeza dos bicos de torneiras e purificadores de água, para remoção de biofilme e sujidades acumuladas.

2. DEFINIÇÃO

Ordem de Serviço – OS

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indiciado para garantir a qualidade da água nos pontos de consumo dentro do hospital.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Para realizar os procedimentos descritos é preciso os seguintes itens:

- Chave para abertura da torneira e remoção do arejador;
- Arejador para substituição quando necessário ou novas instalações;
- Escova macia;
- Álcool 70%;

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Seguir o mapeamento dos pontos para que não haja esquecimentos e fechar as OS que foram concluídas.

Este procedimento será realizado bimestralmente.

6. DESCRIÇÃO

Abaixo o descritivo dos passos a serem seguidos:

<u>Limpeza de Purificadores Soft Everest</u>

1º) Remover o bico de saída de água do purificador rosqueando com a mão

2º) Borrifar álcool 70% e realizar a limpeza com escovinha macia removendo o biofilme

3º) Enxaguar em água corrente e instalar novamente

Limpeza de torneiras

1º) Remover o bico de saída de água rosqueando com a mão. Para as torneiras de banheiro, utilizar chave apropriada para remoção.

2º) Borrifar álcool 70% e realizar a limpeza com escovinha macia removendo o biofilme da torneira, bico e arejador.

3º) Enxaguar em água corrente e instalar novamente

7. RESPONSÁVEIS

Técnico em manutenção deve executar os passos descritos.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____
Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção, do procedimento realizado.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

07/12/2021 – criação do documento

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Padronizar e orientar os colaboradores da manutenção quanto aos procedimentos realizados para limpeza de reservatórios de água fria, água quente e caixa de gordura.

2. DEFINIÇÃO

Ordem de Serviço – OS

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indiciado para garantir a qualidade da água nos pontos de consumo dentro do hospital.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Para realizar os procedimentos descritos é preciso os seguintes itens:
EPIs adequados para à atividade (Luvas, bota de borracha, máscara; capacete, avental impermeável, cinto Talabarte, óculos).
Escada, detergente neutro, escovas e itens para esfregar as superfícies.
Equipamentos de remoção de gordura.
Operadores da atividade devem ter curso de NR33 e NR35.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Antes da contratação, deve-se consultar a equipe de SESMT e Bombeiros para orientação dos requisitos mínimos de EPIs, treinamentos e práticas que devem ser solicitados ao fornecedor no momento do orçamento.

Analisar laudos e documentações entregues pelo fornecedor.

6. DESCRIÇÃO

Abaixo o descritivo dos passos a serem seguidos para:

Limpeza dos reservatórios de água fria

O hospital possui 4 reservatórios de água fria com capacidade 9.000 litros cada, localizados no 12º pavimento. A limpeza é feita semestralmente por empresa terceira contratada pontualmente. Junto a limpeza é contratado também a análise física química de potabilidade da água, com emissão de laudo/relatório técnico de acordo com as normas técnicas, para (04) pontos de coleta (um em cada reservatório).

A drenagem e serviço é feito em um reservatório por vez para que não haja interferência no fornecimento de água ao hospital.

Por se tratar de um serviço em espaço confinado, é necessário acompanhamento da equipe do SESMT e Bombeiros e verificação da documentação dos operadores, EPIs e EPCs.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

Limpeza dos reservatórios de água quente

O hospital possui 3 reservatórios de água quente, marca Morganti, de 2mil litros cada, denominados boilers, localizados no 12º pavimento.
A limpeza é feita anualmente por empresa terceira contratada pontualmente. Junto a limpeza é realizado também nos boilers: limpeza e preventiva das 6 unidades de aquecedores a gás, substituição dos filtros dos aquecedores (6 unidades), calibração e manutenção preventiva das 3 unidades de válvula de alívio, preventiva nos 3 registros esferas, nas 6 unidades de conectores PPR e 3 unidades de ventosas.

A drenagem e serviço é feito em um reservatório por vez para que não haja interferência no fornecimento de água ao hospital.

Por se tratar de um serviço em espaço confinado, é necessário acompanhamento da equipe do SESMT e Bombeiros e verificação da documentação dos operadores, EPIs e EPCs.

Limpeza da caixa de gordura

O hospital possui uma caixa de gordura com capacidade 3.780 litros, localizada no 3º subsolo. A limpeza e sucção é feita semestralmente por empresa terceira contratada pontualmente. Deve-se sempre solicitar o fornecimento da nota fiscal de serviço comprobatória da remoção e também comprovante do descarte do resíduo sólido no aterro sanitário.

Os profissionais deverão estar devidamente equipados com EPIs e EPCs, conforme legislação vigente para o serviço.

7. RESPONSÁVEIS

Supervisor de manutenção organizar os orçamentos e enviar para aprovação do compras.
Técnico de manutenção acompanhar o serviço e acionar os setores de apoio.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção, do procedimento realizado.

Abrir ordem de serviço para correção das divergências surgidas após entrega de resultado das analise de água coletadas.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RDC 63 ANVISA de 25/11/11 Artigo 39 parágrafo 1º.

RDC 216, DE 15 DE SETEMBRO DE 2004.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

08/05/2022 – criação do documento

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Garantir o funcionamento do equipamento e sua higienização.

2. DEFINIÇÃO

Ordem de Serviço – OS

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indiciado para garantir a qualidade da água nos pontos de consumo dentro do hospital.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Para realizar os procedimentos descritos é preciso os seguintes itens:

- Hipoclorito de sódio (8%);
- Detergente neutro;
- Filtro by-pass
- Escova macia;
- Álcool 70%;

Observação: Utilizar sempre materiais descartáveis.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Seguir o mapeamento dos pontos para que não haja esquecimentos e fechar as OS que foram concluídas.

Este procedimento será realizado semestralmente.

6. DESCRIÇÃO

Abaixo o descritivo dos passos a serem seguidos:

1. Fechar o registro de abastecimento de água do purificador. Abrir a torneira de água gelada do purificador de água, para o restante da água sair. Fechar o registro de água gelada do bebedouro, após o alívio da pressão interna;
2. Desconectar a mangueira de entrada de água e avaliar suas condições. Trocar caso esteja com a cor alterada;
3. Retirar o filtro que estava sendo utilizado e descartá-lo, e instalar o filtro by-pass;

4. Aplicar 40ml de hipoclorito de sódio (8%), através da mangueira na entrada do filtro;

5. Conectar a mangueira ao ponto de abastecimento de água e abrir o registro do mesmo. Abrir a torneira de água gelada do purificador de água até a completa eliminação do ar contido no interior do reservatório de água (neste momento, deverá surgir um nítido odor de hipoclorito de sódio no bico de saída do purificador). Fechar a torneira de água gelada do purificador de água e abrir por apenas 2 segundos a torneira de água natural do purificador de água e torne a fechar a mesma. Deixar a solução agir por 5 minutos. Proceder neste momento a higienização externa do purificador de água com detergente neutro, esponja macia e álcool 70%. Decorrido este tempo, abrir a torneira de água gelada e manter um fluxo contínuo por 10 minutos. Decorrido este tempo, fechar a torneira de água gelada do purificador de água;

6. Fechar o registro de abastecimento de água do purificador, retirar o filtro by-pass e instalar um filtro novo;

7. Abrir somente a torneira de água natural e deixar escoar por 2 minutos;

8. Limpar o bico de saída do purificador de água com álcool 70% após limpeza, deixando em solução de hipoclorito de sódio por 5 minutos.

   Drenar de 15 a 20 minutos para eliminação do hipoclorito de sódio (8%) que foi aplicado no item 4 abrindo a válvula de água gelada, após este processo o purificador de água está liberado para utilização.

7. RESPONSÁVEIS

Técnico em manutenção deve executar os passos descritos.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção, do procedimento realizado.

Abrir ordem de serviço para correção das divergências surgidas após entrega de resultado das analise de água coletadas nos bebedouros.

Revisar os purificadores após apuração das divergências das coletas.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

24/02/2022 – criação do documento

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura >_____

1. OBJETIVO

Orientar os colaboradores do serviço de manutenção sobre o procedimento a ser realizado para análise da qualidade do ar.

2. DEFINIÇÃO

Ordem de Serviço – OS
Serviço de Controle de Infecções Hospitalar – SCIH

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Identificar necessidades especificas para cada tipo de serviço, para acionamento de equipes de apoio de SCIH.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Equipamentos necessários devem ser providenciados pelo fornecedor contratado para o serviço.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Todos os serviços devem ser registrados na OS.

6. DESCRIÇÃO

As coletas de análise da qualidade do ar deverão ser realizadas semestralmente, seguindo cronograma de coleta de pontos com variações das localizações de uma coleta para outra. A área climatizada do HIAE GO corresponde a 15.000 m2, portando são necessários 15 pontos de coletas, conforme preconiza a RE nº 09.

O colaborador da manutenção deve contactar o fornecedor habilitado, realizar o orçamento e enviar para aprovação. Após aprovado, agendar a visita e conferir com os pontos a serem coletados com o setor SCIH.

Após a chegada dos laudos, os mesmos serão verificados e anexados à respectiva ordem de serviço. Caso haja alguma não conformidade observada, será gerada uma ordem de serviço para correção da mesma.

7. RESPONSÁVEIS

Equipe de manutenção – acompanhar a realização das coletas. Receber e verificar os laudos das análises. Anexá-los às ordens de serviço geradas pelo sistema de gerenciamento da manutenção.

Laboratório de Análises (terceirizado) – realizar as coletas de dar e analisar conforme as normas vigentes. Emitir e enviar os relatórios (laudos).

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura >_____

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Todos os serviços devem ser relatados em OS no sistema de gestão.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Resolução nº 9, de 16 de janeiro de 2003, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

- Portaria nº 3523, de 28 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde

- Cronograma Análise do Ar

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

09/05/2022 – Documento revisado e adaptado de HIAE SP.

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura >_____

1. OBJETIVO

Orientar os colaboradores do serviço de manutenção sobre o procedimento a ser realizado para qualificação de operação do ar de áreas limpas.

2. DEFINIÇÃO

Ordem de Serviço – OS
Serviço de Controle de Infecções Hospitalar – SCIH

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Identificar necessidades especificas para cada tipo de serviço, para acionamento de equipes de apoio de SCIH.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Equipamentos necessários devem ser providenciados pelo fornecedor contratado para o serviço.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Todos os serviços devem ser registrados na OS.

6. DESCRIÇÃO

As qualificações de operação do ar de áreas limpas deverão ser realizadas anualmente por uma empresa terceira contratada.
O colaborador da manutenção deve contactar o fornecedor habilitado, realizar o orçamento e enviar para aprovação. Após aprovado, agendar a visita e organizar com os setores a interdição das salas para realização do serviço. A equipe de SCIH deve ser informada do procedimento que será realizado.

São realizados testes de estanquidade dos filtros HEPA, reparo dos filtros, teste de vazão do ar, quantidade do número de trocas de ar nos ambientes conforme norma, quantidade de particulado, temperatura e verificação mecânica do climatizador. Estas certificações são executadas com o acompanhamento de um técnico da manutenção.
NO HIAE as salas são que passam por certificação são as seguintes:

- **Farmácia**

Que contempla: Ante-sala de Paramentação de Produção, Sala de Higienização Produção, Sala de Manipulação Produção, Ante-sala de Paramentação Oncologia, Sala de Manipulação Oncologia, Sala de Higienização Oncologia, Guia Med. Oncologia.

- Sala Cirúrgicas em operação

Que contempla: Sala Cirúrgica 01, 02, 06, 07 e 09

- Ante Câmaras e Leitos de TMO

Que contempla: Leitos e Ante câmaras 415,416,417,418,419 e 420.

#Apoio Assistencial > Gestão de serviços operacionais e infraestrutura >_____
Para este procedimento, deve-se sempre organizar estoque prévio de filtros para troca caso seja identificado necessidade no momento dos testes.

A norma não estipula periodicidade, no entanto a IEST (Institute of Environmental Sciences and Technology) dos EUA, recomenda periodicidade mínima de 1 ano, ou seja, a periodicidade pode ser ajustada conforme interesses do cliente. Optou-se por realizar a analise em questão anualmente.

Após a chegada dos laudos, os mesmos serão verificados e anexados à respectiva ordem de serviço. Caso haja alguma não conformidade observada, será gerada uma ordem de serviço para correção da mesma.

7. RESPONSÁVEIS

Equipe de manutenção – acompanhar a realização das qualificações. Receber e verificar os laudos das análises. Anexá-los às ordens de serviço geradas pelo sistema de gerenciamento da manutenção.
Empresa contratada (terceirizado) – realizar os testes conforme normas vigentes, substituir filtros. Emitir e enviar os relatórios (laudos).

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Todos os serviços devem ser relatados em OS no sistema de gestão.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- ISSO 14644/RDC 17

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

09/05/2022 – Documento revisado e adaptado de HIAE SP.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Descrever os procedimentos realizados na desinfecção de mangueira da ducha e pias, torneira de pia e lavabo dos leitos TMO, dentro do prazo máximo de 30 dias, por meio de processo à base de produto químico, a fim de garantir a segurança dos pacientes com relação a possibilidade de aquisição de microrganismos presente na água.

2. DEFINIÇÃO

Transplante de Medula Óssea – TMO

Ordem de Serviço – OS

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indiciado para garantir a segurança dos pacientes com relação a possibilidade de aquisição de microrganismos presente na água.

Os colaboradores que realizarão os procedimentos nos leitos TMO devem estar paramentados e cientes da vulnerabilidade de contaminação do paciente. O técnico de manutenção deve estar treinado para a realização do procedimento.

Para o manuseio de produtos químicos de limpeza utilizar os devidos EPIs (óculos e luvas).

O técnico já deve estar com kit de torneiras e mangueiras já desinfectado, para substituição em seguida da retirada do conjunto a ser feito o procedimento descrito.

Este procedimento deve ser realizado com prazo máximo de 30 dias em cada leito em uso.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Para o correto funcionamento dos leitos TMO, todas as etapas de atividades mencionadas neste documento e documentos complementares devem ser realizadas.

Os EPIs necessários para realizar as atividades descritas são: óculos de proteção, luvas de borracha, avental, máscara e botas de segurança), compatíveis com as tarefas a serem realizadas.

Para a desinfecção é preciso que os itens sejam desmontados e retirados todos os componentes necessários para realizar a procedimento de desinfecção, do local onde estão instalados.

Os materiais necessários são: ferramentas e dispositivos adequados para desmontagem/montagem da ducha e torneiras. Caixa plástica com tampa para acondicionamento, transporte e realização do procedimento de desinfecção. Escova de cerdas. Produto químico a base cloro, VIREX DETERGENTE – Johnson Diversey Brasil Ltda.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Para o início da atividade, o técnico deve estar com todo o material necessário e bancada adequada para realizar a desinfecção.

Para a substituição destes itens a serem desinfectado, o técnico já deve estar com conjunto apto para a troca durante a entrada do leito, com desinfecção feita seguindo os procedimentos.

6. DESCRIÇÃO

Abaixo o descritivo dos passos a serem seguidos:

1º) Preparo do kit já desinfectado (Material Limpo) a ser colocado no leito e preparo do material necessário para desmontagem;

2º) Paramentação para entrada no leito com paciente;

3º) Desmontar e retirar do leito a mangueira de duchas e pias, torneiras de banheiro e lavabo;

4º) Montar kit já desinfectado no leito (Material Limpo);

5º) Transportar todo o material para a sala de desinfecção em caixa plástica e fechada, identificada como “Material sujo”;

6º) Higienizar as mãos e colocar os EPIs (avental, máscara, óculos e luvas);

7º) Desmontar as peças da mangueira e torneiras;

8º) Preparar em duas caixas plásticas uma solução de água com hipoclorito de sódio (Virex) na proporção de 1/20, ou seja, para cada litro de água adicionar 50ml do produto;

9º) Mergulhar todos os itens na solução da primeira caixa, durante 15 min (atentar para a capacidade todos os itens deve permanecer imersos);

10º) Realizar a desinfeção da bancada e caixa de transporte com álcool 70% e panos descartáveis;

11º) Após os 15 min, retirar os itens da caixa, esvaziá-la, realizar limpeza de todos eles em água corrente com o auxílio de uma escova, transferindo para a segunda caixa com solução;

12º) Deixar todos os itens imersos nesta segunda caixa, inclusive as escovas utilizadas para a limpeza, por 1hora (começando a contar o tempo após colocar o último item). Atenção para que todos os itens fiquem imersos;

13º) Retirar os EPIs (avental, máscara, óculos e luvas);

14º) Higienizar as mãos;

15º) Após 1 hora de imersão, recolocar os EPIs (avental, máscara, óculos e luvas);

16º) Esvaziar a caixa e enxaguar os itens que água corrente durante 10 min, para a retirada completa de todos os resíduos da solução;

17º) Secar todos os itens com o auxílio de panos descartáveis, montar as peças e em seguida guarda-las em caixa plástica fechada e identificada como “Material Limpo”;

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

7. RESPONSÁVEIS

Técnico em manutenção deve executar os passos descritos.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

A não realização dos procedimentos mencionado no documento, coloca em risco o paciente internado na unidade TMO.
Os produtos usados são corrosivos, portanto, deve-se usar os EPIs corretamente.
O produto concentrado pode reagir com ácidos, gerando calor e liberando gás cloro.
Não misturar com produtos à base de amoníaco.
Pode ocorrer a liberação de vapores tóxicos e irritantes quando em combustão.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro via ordem de serviço no sistema de gerenciamento de manutenção, do procedimento realizado.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Documento elaborado com base em documento da matriz HIAE SP.
A estratégia de limpeza está descrita no manual de prevenção de infecções relacionadas ao ambiente, publicado em 2003 (Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR 2003; 52:1-48.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

23/09/2021 - Documento elaborado com base em documento da matriz HIAE SP.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Descrever os procedimentos realizados na troca de filtros do sistema de água dos leitos TMO.

2. DEFINIÇÃO

Transplante de Medula Óssea – TMO
Ordem de Serviço – OS

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indiciado para garantir a segurança dos pacientes com relação a possibilidade de aquisição de microrganismos presente na água.

Os colaboradores que realizarão os procedimentos nos leitos TMO devem estar paramentados e cientes da vulnerabilidade de contaminação do paciente. O técnico de manutenção deve estar treinado para a realização do procedimento.

O setor planejamento de insumos deve manter estoque mínimo de elementos filtrantes para a substituição quando necessário.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Para o correto funcionamento dos leitos TMO, todas as etapas de atividades mencionadas neste documento e documentos complementares devem ser realizadas.

A prumada de água quente e água fria é constituída, cada uma delas, de uma carcaça contendo 3und de filtros de 5 micras e uma carcaça contendo 3und de filtros de 1 micra, todos de 30 polegadas.

Está acoplado à torneira da pia do banheiro e lavabo e também substituindo a ducha de banho, um elemento filtrante de 0,2 micras.

Especificações e quantidades para substituição:

6 und de Elemento Filtrante Claris 5 micra (Ref. Fabricante Pall: Clr530m7ws480, Ref. Tasy: 168131)

6 und de Elemento Filtrante Poly Fine II 1 micra (Ref. Fabricante Pall: Pft02530usm7w480, Ref. Tasy: 114458)

1 und de Filtro de Água Aquasafe uso em Ducha/Chuveiro (Ref. Fabricante Pall: Aqf4a, Ref. Tasy: 161917)

2 und de Filtro de Água Aquasafe uso em Torneira (Ref. Fabricante Pall: Aq31f1sa, Ref. Tasy: 161915)

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Os procedimentos realizados nos leitos TMO devem ser registrados e armazenados via OS.

6. DESCRIÇÃO

Após o tratamento com o cloro, a água quente e fria passa por bombas de pressurização e então entram no sistema de pré-filtragem, que consistem de carcaças com manômetro e dois elementos filtrantes de polipropileno, de 5 e 1 micra respectivamente, conforme mostra a imagem 1.

Imagem 1 – Bombas de pressurização e sistema de pré-filtragem

A água pré-filtrada é direcionada aos leitos. Os pontos de saída de água que entram em contato com o paciente nos leitos, possuem filtros de 0,2 µm que possuem uma membrana grau estéril, ou seja, isenta de bactérias, fungos e protozoários são barreira contra contaminantes transmitidos pela água, como bactérias dos gêneros Legionella e Pseudomonas. Eles são revestidos por uma camada externa me contém íons de prata (bacteriostático) que protege a membrana de contaminação por agentes externos.

Estes filtros estão nas torneiras dos leitos e dos banheiros e a ducha foi substituída por uma ducha filtro, como mostra a imagem 2.

O sistema de pré-filtragem foi montado pela empresa Pall Corporation, mesma empresa que fornece os filtros da pré-filtragem e dos leitos.

Imagem 2 – Filtros instalados na ducha e torneiras

O sistema de pré filtragem possui um manômetro em cada carcaça para verificação dos diferenciais de pressão.

Para os filtros nominais de 5 micras 30”:

Máximo diferencial de pressão entre as carcaças para troca: Até 60 ºC 1,73 Bar, até 20 ºC 3,45 Bar

Para os filtros nominais de 1 micra 30”:

Máximo diferencial de pressão entre as carcaças para troca: Até 65 ºC 2,8 Bar, até 20 ºC 4,8 Bar

Estes elementos filtrantes são substituídos quando este diferencial de pressão é atingido. Deve-se realizar conferência semanalmente das pressões.

Ao realizar a troca, abrir a embalagem dos filtros novos no extremo dos anéis e manter o saco plástico até a colocação dele na carcaça e então retirar o plástico. Para manusear os filtros usados, colocar luva. Manter sempre as vedações hidratadas, não torcer e dobrar os cartuchos.

Os elementos filtrantes que ficam dentro do leito, na ducha e torneiras, são substituídos com prazo máximo de 31 dias, de preferência no mesmo momento da instalação dos itens desinfectados (mangueiras e torneiras), que também ocorre mensalmente. Os filtros possuem engate rápido para fácil substituição.

7. RESPONSÁVEIS

Supervisor da manutenção
Técnico da manutenção

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

A não realização dos procedimentos mencionado no documento, coloca em risco o paciente internado na unidade TMO.
Monitoramento da pressão.
Monitoramento da quantidade de dias para substituição.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Todos os procedimentos devem ser registrados em ordem de serviço via sistema de gerenciamento da manutenção.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____
Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Recomendações para manuseio e substituição dos cartuchos Pall.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Ronda de verificação sistema de filtragem do TMO

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não se aplica.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Descrever os procedimentos realizados na manutenção preventiva do monitoramento da pressão dos leitos TMO.

2. DEFINIÇÃO

Transplante de Medula Óssea – TMO
Ordem de Serviço – OS

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indicado para garantir a segurança dos pacientes com relação a possibilidade de aquisição de microrganismos pelo ar.

Os colaboradores que realizarão os procedimentos nos leitos TMO devem estar paramentados e cientes da vulnerabilidade de contaminação do paciente. O técnico de manutenção deve estar treinado para a realização do procedimento. O procedimento deve ser realizado antes da internação do paciente no leito.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Para o correto funcionamento dos leitos TMO, todas as etapas de atividades mencionadas neste documento e documentos complementares devem ser realizadas.

Ferramentas para abertura do sensor de pressão.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Os procedimentos realizados nos leitos TMO devem ser registrados e armazenados via OS.

6. DESCRIÇÃO

A pressão no leito TMO é do tipo cascata, conforme exemplificado na Imagem 1. A pressão no leito é positiva em relação a antecâmara que por sua vez é positiva em relação ao corredor. O ar sai do leito através da grelha de retorno, exaustão do banheiro e frestas da porta para a antecâmara. O diferencial de pressão entre leito e antecâmara deve ser sempre maior ou igual a 2,5 Pa.

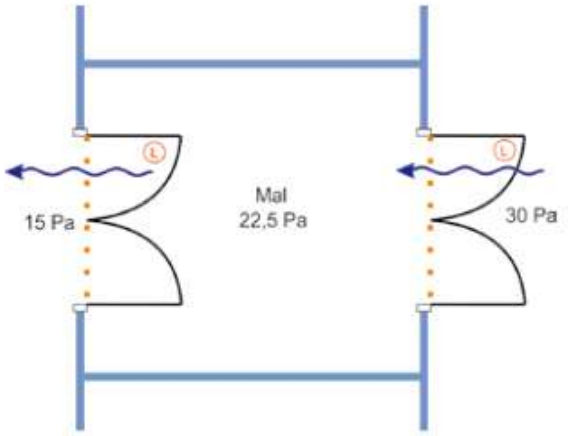


Imagem 1 – Exemplo de configuração de diferencial de pressão tipo cascata.

A temperatura ambiente deve ser mantida entre 18° a 21°C. As janelas devem estar lacradas e portas sempre fechadas para manter a pressão positiva. A ronda de verificação do funcionamento correto da pressão é feita semanalmente pela equipe de manutenção.

No supervisório e no visor instalado na entrada de cada leito, é possível monitorar a valor do diferencial de pressão e se está “normal” ou “anormal”. No supervisório deve-se bloquear os comandos recebidos do leito, colocando 1 no campo senha, para que o equipamento não possa ser desligado pelos usuários.

Trimestralmente deve ser realizado manutenção preventiva no sensor de pressão dos leitos. O processo consiste em:

Com as portas abertas e o ar-condicionado desligado (essa é a condição ZERO) realizar a sequência abaixo:

1 - Retirar o borne de alimentação do sensor para desligá-lo
2 - Recolocar o borne de alimentação do sensor para ligá-lo
3 - Aguardar 5 segundos após ligá-lo
4 - Pressionar o botão ZERO (Imagem 2) por 2 segundos

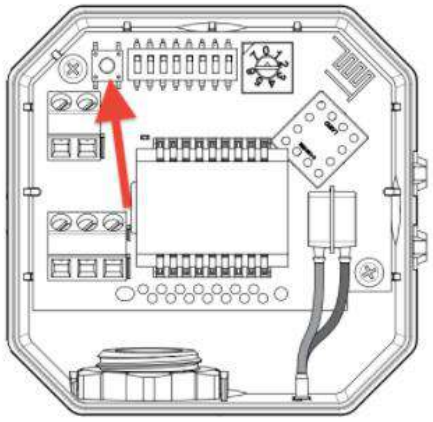


Imagem 2 – Sensor de pressão

Esse procedimento irá zerar o sensor. Atenção neste procedimento para não soltar os tubos de captação da pressão ambiente.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

7. RESPONSÁVEIS

Supervisor da manutenção
Técnico da manutenção

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

A não realização dos procedimentos mencionado no documento, coloca em risco o paciente internado na unidade TMO.
Monitoramento da pressão.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Todos os procedimentos devem ser registrados em ordem de serviço via sistema de gerenciamento da manutenção.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual sensor de pressão Schneider.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Ronda de verificação pressão leitos TMO.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não se aplica.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

1. OBJETIVO

Descrever os procedimentos realizados na ronda de verificação da pressão do ambiente e dos filtros dos leitos TMO.

2. DEFINIÇÃO

Transplante de Medula Óssea – TMO
Ordem de Serviço – OS

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento é indicado para garantir a segurança dos pacientes com relação a possibilidade de aquisição de microrganismos pelo ar.

Os colaboradores que realizarão os procedimentos nos leitos TMO devem estar paramentados e cientes da vulnerabilidade de contaminação do paciente. O técnico de manutenção deve estar treinado para a realização do procedimento.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Para o correto funcionamento dos leitos TMO, todas as etapas de atividades mencionadas neste documento e documentos complementares devem ser realizadas.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Os procedimentos realizados nos leitos TMO devem ser registrados e armazenados via OS.

6. DESCRIÇÃO

No supervisório e no visor instalado na entrada de cada leito, é possível monitorar a valor do diferencial de pressão e se está “normal” ou “anormal”. O diferencial de pressão entre leito e antecâmara deve ser sempre maior ou igual a 2,5 Pa.

Semanalmente, deve-se verificar qual o diferencial de pressão mostrado no visor de cada leito em utilização. Caso esteja com status “anormal”, realizar os seguintes passos:

1º) Verificar se as portas do leito e da antecâmara estão fechadas
2º) Verificar se o ar está ligado
-> Se não estiver, ligar o ar pelo supervisório (o controle do leito não responde ao comando de liga e desliga)
3º) Aguardar 10min com o ar ligado e portas fechadas para estabilizar a pressão
4º) Se não retornar o status para “normal”, acionar a supervisão

Supervisão deve acionar a empresa terceira responsável, para que seja verificado a integridade dos filtros, funcionamento da máquina e medição da pressão com outro dispositivo para verificar valor apresentado no visor.
Caso seja identificado necessidade de tempo longo para manutenção, o paciente deve ser trocado de leito.

7. RESPONSÁVEIS

Supervisor da manutenção
Técnico da manutenção

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

A não realização dos procedimentos mencionado no documento, coloca em risco o paciente internado na unidade TMO.
Monitoramento da pressão.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anualmente ou entrada de novos colaboradores.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Todos os procedimentos devem ser registrados em ordem de serviço via sistema de gerenciamento da manutenção.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

#Apoio Assistencial >Gestão de serviços operacionais e infraestrutura>_____

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não se aplica.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROPOSTA TÉCNICA
PROJETO DE HOSPITAL ENSINO

PARA A UNIDADE DE URGÊNCIAS DE GOIÁS – DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

CHAMAMENTO PÚBLICO No. 01/2023-SES/GO

PROCESSO:2023000123416

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

AGOSTO 2023

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

SUMÁRIO

RESENHA DO PROJETO - PROPOSTA TÉCNICA 6

1 INTRODUÇÃO 7

1.1 Cuidado integrado em rede 7

1.2 Contextualização 8

1.3 Abordagem | Proposta 9

2 DESEMPENHO DO PAPEL MATRICIAL E SUPERVISIONAL PARA A REDE 11

3 PROPOSTA DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DA REDE 12

4 PROPOSTA PROGRAMAS – HOSPITAL ESCOLA 13

4.1 Cursos de pós-graduação 13

4.1.1 Gestão em saúde 13

4.1.2 Assistência em saúde 13

4.2 Cursos de atualização 14

4.2.1 Gestão em saúde 14

4.2.2 Assistência em saúde 14

4.3 Programa de residência médica 14

4.3.1 Perfil desejado do egresso do programa de residência médica 14

4.3.2 Estrutura atual do programa de residência médica Einstein 16

5 PROGRAMA DE ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS | GRADUAÇÕES 19

5.1 Estágio supervisionado | hospital escola 19

5.1.1 Graduação em enfermagem 19

5.1.2 Graduação em medicina 24

5.1.3 Graduação em fisioterapia 27

5.1.3.1 O Curso 27

6 ESCOLA TÉCNICA E ATUAÇÃO PRÁTICA NO HOSPITAL ESCOLA DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) 31

6.1 Sobre escola técnica 31

6.2 Sobre os cursos da escola técnica 31

7 A PARCERIA HOSPITAL ESCOLA DE URGÊNCIAS DE GOIÁS & ALBERT EINSTEIN 33

7.1 Por que escolher a FICSAE Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein como parceira no hospital escola? 33

8 FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN 36

9 UM SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE 37

10 ENTRE OS MELHORES HOSPITAIS DO MUNDO 38

10.1 Pilares assistência 38

10.2 Educação 38

10.3 Pesquisa e inovação 39
10.4 Responsabilidade social 43
11 ENSINO EINSTEIN | FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN 44
12 OUTRAS INICIATIVAS DO ENSINO EINSTEIN | TAMBÉM COM ALTA ADERÊNCIA AO PROJETO HOSPITAL ESCOLA 49
12.1 Cursos de curta duração à distância - modalidade autoinstrucional 49
12.2 Eventos científicos 49
12.3 Academia digital 50
12.4 Plataforma de atualização médica personalizada 51
12.5 Atividade prática profissional – internato e estágio curricular 52
12.6 Internato 52
12.7 Estágio curricular 53
12.8 Atividades de extensão 54
13 POLÍTICAS INSTITUCIONAIS PARA O ENSINO 55
14 POLÍTICAS PARA PESQUISA 57
14.1 Programa de iniciação científica 57
14.2 Núcleo de apoio ao pesquisador – NAP 58
14.3 Desenvolvimento e aplicação de pesquisas 58
15 EDUCAÇÃO CORPORATIVA E PERMANENTE 64
16 MACROPLANO DE IMPLANTAÇÃO 84
17 MENSAGEM FINAL 85
18 CONTATO 86
20 ANEXOS 87

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Lista de quadros

Quadro 1. Estágio Curricular Supervisionado Graduação em Enfermagem 21
Quadro 2. Estágio Curricular Supervisionado Graduação em Medicina 25
Quadro 3. Estágio Curricular Supervisionado Graduação em Medicina - Internato.....26
Quadro 4. Estágio Curricular Supervisionado Graduação em Fisioterapia 28
Quadro 5. Mestrado Profissional - Aplicação da pesquisa e seus resultados.....60

Lista de abreviaturas

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMAE	Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEJAM	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CETEC	Centro de Cirurgia
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPE	Centro de Pesquisa Experimental
CSR	Centro de Simulação Realística
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Enfrentamento das Doenças Crônico não Transmissíveis
EaD	Ensino a Distância
EPAs	*Entrustable Professional Activities*
FEHIAE	Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein
FICSAE	Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
HMAP	Hospital Municipal Aparecida de Goiânia
IHI	*Institute for Healthcare Improvement*
IIEP	Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa
IIRS	Instituto Israelita de Responsabilidade Social
MBA	*Master in Business Administration*
MEC/SERES	Ministério da Educação/Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior
MP	Mestrado Profissional
NAP	Núcleo de Apoio ao Pesquisador
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PECP	Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente

PRM	Programas de Residência Médica
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein
SMS/PMSP	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo
SRT	Serviços de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

RESENHA DO PROJETO - PROPOSTA TÉCNICA

Neste documento a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE), por meio da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) integrante do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP) com mais de 30 anos de história, descreve sua proposta para atuar como parceiro-entidade responsável pela gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde do **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Waldomiro Cruz (HUGO)**. Apresentamos nossas principais formações em saúde, desde ensino técnico, graduações, pós lato sensu e stricto sensu, formação continuada, educação especializada nas modalidades presencial e online para esta concessão.

Em concreto, o serviço ofertado impactará todo o entorno do hospital, elevará os patamares e serviços de saúde aos padrões internacionais e melhorará a dignidade humana, a educação em saúde estará presente para todos os agentes sociais deste ecossistema, abrangendo os serviços ofertados pelo Hospital atendendo às necessidades das áreas descritas no chamamento público em pauta.

Na continuação, detalhamos a solução proposta em cada uma das áreas mencionadas e compartilhamos nossa experiência adquirida em projetos similares, sobretudo alguns para principais objetivos norteadores que propomos alcançar com esta parceria:

- Desenvolver a cultura e perfil de hospital de escola, em reforço às características dos equipamentos de saúde estaduais e municipais, com foco no ensino e valorização das diversas profissões, com cedência de campo de estágios e residências, médica e multiprofissionais.
- Implementar e estruturar o Hospital para o processo de certificação como Hospital de Ensino – HE e elaborar, no período máximo de 12 (doze) meses, o Plano Diretor do Hospital de Ensino.
- Servir de campo de estudo e pesquisa tornando a instituição reconhecida como Hospital de Ensino referência em impacto social, elevados níveis de excelência, ensino de ponta e assistência de classe mundial à população SUS.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Cuidado integrado em rede

Nossa proposta técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços do **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Waldomiro Cruz (HUGO)** segue abordagens do serviço na articulação com a rede:

- Discussão e o estabelecimento de um modelo de atenção à saúde, focado em linhas de cuidado, contemplando as políticas prioritárias do SUS e a integração ensino-serviço;
- Integração das atividades de atenção hospitalar com as programações e as redes assistenciais estabelecidas no âmbito das políticas de saúde do Estado de Goiás;
- Nas unidades de saúde, apoiar a realização de práticas educativas, projetos e programas de formação desenvolvidos pela SES-GO, participar dos processos de integração territorial entre os equipamentos de saúde e equipes na região, visando melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública;
- Manter efetiva articulação entre os equipamentos de saúde e as equipes que compõem as redes de saúde, assegurando a continuidade do processo assistencial da rede básica até a atenção especializada de maneira recíproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico.

Recentemente, em 2022, o Einstein passou a administrar mais um Hospital Municipal, no Estado de Goiás. Compartilhamos nossa experiência desde 2001, quando a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE) estabeleceu parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (SMS/PMSP) com o objetivo de apoiar iniciativas governamentais na área da saúde para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo destes anos foram estabelecidas parcerias para gestão de serviços relacionados a Atenção Primária à Saúde (APS), no modelo da Estratégia Saúde da Família, Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Residência Terapêutica (SRT) e Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades (AMAE).

Atualmente, são administradas 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 92 equipes de Saúde da Família, 32 equipes de Saúde Bucal e 6 equipes multiprofissionais, 1 AMA 12h, 2 AMA1s 24h, e 1 Unidade de Assistência Médica Ambulatorial em Especialidades Pediátricas. 4 CAPS, sendo 1 CAPS III Adulto, 2 CAPS III Álcool e Drogas e 1 CAPS II Infanto Juvenil, além de 2 Serviços de Residência Terapêutica. Todos estes serviços estão localizados na região dos distritos administrativos de Vila Andrade e Campo Limpo, com população estimada em 396.281

habitantes, 60% de SUS dependência e cobertura de 77% pela APS e compreendem uma rede de atenção à saúde neste território.

Também são administradas 2 Unidades de Pronto Atendimento, 2 Hospitais Públicos Municipais, sendo um de atenção secundária e outro de atenção terciária. O primeiro hospital fica na região de M'Boi Mirim (inaugurado em 2008) e o segundo na região Sudeste, no bairro do Vila Santa Catarina (inaugurado em 2015).

Desde 2018, o Einstein também desenvolve junto ao Sistema Único de Saúde, através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), o projeto "A organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a atenção primária à saúde", conhecido como PlanificaSUS, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Secretaria de Atenção Primária à Saúde/SAPS/MS. O projeto visa, através da metodologia da planificação (desenvolvida pelo CONASS), promover o cuidado em rede através da organização da atenção ambulatorial especializada (AAE) e integração com a APS. Tem por objetivo a organização e qualificação de processos das unidades de APS e da AAE e promover a integração entre estes pontos de atenção, buscando o alcance de melhores resultados em indicadores de processo e assistenciais, melhores desfechos para os usuários e maior custo efetividade do sistema de saúde, pelo fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O projeto vem sendo desenvolvido em 20 unidades federativas e 26 regiões de saúde e se consolidando como uma excelente ferramenta de gestão para organização da RAS.

1.2 Contextualização

No Brasil, a concepção de RAS discutida há algum tempo, foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos: a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, compreendendo a RAS "como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado." A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde, portanto, se expressa em cinco componentes: a APS, a Atenção Especializada (Secundária e Terciária), os sistemas de apoio, logísticos e de Governança.

A APS é o nível do sistema de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim,

é definida como um conjunto de atributos que, de forma combinada, se tornam uma característica exclusiva da APS.

A APS, na perspectiva das RAS, tem seus atributos fortalecidos de modo a cumprir três funções: a resolutiva, buscando atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns (não necessariamente, os mais simples), a de comunicação, ordenando fluxos e contrafluxos, e a de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de APS.

O principal objetivo de um Sistema de Atenção à Saúde é gerar valor para a população atendida, expressado na relação entre os resultados em saúde e os recursos utilizados para se efetivar esse cuidado. Isso pode ser obtido com acesso oportuno, atuação coordenada, longitudinal e integral e com intervenções nos mais diversos aspectos do cuidado, incluindo a organização da atenção e prevenção às condições crônicas e suas agudizações ou complicações, da reabilitação, de cuidados continuados e paliativos e de processos e ferramentas de fortalecimento do autocuidado apoiado.

Serviços hospitalares e, principalmente, ambulatoriais, podem e devem exercer as funções educacionais e supervisional para os demais serviços da rede, em especial, a APS. Podem exercer a função de matriciador, a partir da realização de ações que visam o desenvolvimento de competências de conhecimento específico e a qualificação do manejo clínico da APS sobre a linha de cuidado trabalhada. O apoio matricial possibilita a troca de conhecimentos e fortalece a aproximação e a vinculação entre as equipes da APS e da Atenção Especializada. O apoio matricial pode se materializar de diferentes formas, com visitas até as unidades da APS, ferramentas de telematriciamento ou com contatos sistemáticos para apoio na tomada de decisão, via telefone, chats de discussão, aplicativos de mensagens instantâneas, e-mail, atendimentos compartilhados ou outras modalidades. O serviço hospitalar/ambulatorial também pode identificar oportunidades de melhoria no cuidado em rede, em linhas de cuidado específicas, compartilhando seus achados com a APS e estabelecendo, conjuntamente com esta, ações estratégicas de educação permanente e intervenções necessárias.

1.3 Abordagem | Proposta

Sob esta perspectiva, a presente proposta prevê a efetiva articulação e integração das atividades do serviço hospitalar/ambulatorial e demais equipamentos de saúde e respectivas equipes que compõem a RAS do território, em prol do estabelecimento de um modelo de atenção à saúde, focado em linhas de cuidado, apoiando a realização de práticas educativas e estabelecendo atividades de matriciamento entre os profissionais atuantes no hospital e profissionais da rede, visando melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços, o suporte

para a continuidade do processo assistencial e o fortalecimento da APS para o cumprimento de seus atributos e funções.

2 DESEMPENHO DO PAPEL MATRICIAL E SUPERVISIONAL PARA A REDE

A proposta, portanto, contempla a identificação de, ao menos, uma linha de cuidado, no primeiro ano de atuação (e ampliação destas ao longo dos anos), com estabelecimento de estratégias e ferramentas de matriciamento e apoio supervisional, entre o serviço ambulatorial do Hospital e a rede de APS da região.

Os contatos entre o hospital e/ou ambulatório hospitalar e a APS serão feitos pelo modelo matricial, em contatos regulares entre as unidades, com a finalidade de discutir os casos, as altas e encaminhamentos, ofertando apoio técnico e educação permanente para ampliar resolubilidade das unidades da APS. Este modelo favorece o contato contínuo e próximo com as unidades que compõe a RAS daquele território, elegendo o apoio matricial como modelo de prática colaborativa do cuidado em rede. O profissional responsável pela Gestão do Caso faz a articulação via matriciamento, garantindo a continuidade do cuidado pela APS.

3 PROPOSTA DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DA REDE

Oferta sistemática de vagas para profissionais da rede, em alguns cursos de atualização e pós-graduação que oferecem qualificação profissional e desenvolvimento de habilidades e competências específicas na atuação e gestão em saúde, saúde pública e atenção primária.

Serão ofertadas, por ano, mais de 150 vagas em cursos de pós-graduação em cursos específicos disponibilizados e 2.000 vagas em cursos de atualização nas modalidades online e presencial. As temáticas dos cursos disponibilizados serão confirmadas no ano vigente, dependendo da disponibilidade de vagas e articuladas com as necessidades prioritárias da rede.

O portfólio de cursos de Pós-graduação lato sensu soma mais de 120 títulos diferentes de cursos de Pós-Graduação lato sensu e 160 títulos diferentes de cursos de atualização. Já formamos mais de 50.000 (cinquenta mil alunos) em nossos cursos de pós-graduação.

A seguir, estão indicados alguns exemplos de cursos do portfólio, dentre os quais poderão ser ofertados no Hospital Escola DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

4 PROPOSTA PROGRAMAS – HOSPITAL ESCOLA

Após análise do material enviado pelo Hospital Escola, fizemos um estudo de portfólio e consideramos a oferta de produtos visando atender às necessidades e promover a aquisição e atualização de conhecimento dos profissionais.

4.1 Cursos de pós-graduação

4.1.1 Gestão em saúde

- Gestão em Saúde
- Excelência Operacional na Área da Saúde - Lean Six Sigma

4.1.2 Assistência em saúde

- Enfermagem em Atenção Primária à Saúde, com ênfase na Prática Clínica
- Odontologia em Saúde Coletiva: ênfase em Saúde da Família e Comunidade
- Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde
- Gestão Pública nos Serviços de Saúde – EAD
- Gestão Pública nas Redes de Atenção à Saúde
- Medicina de Família: ensino e assistência
- Bases de Saúde Integrativa e Bem-estar
- Atividade Física para Prevenção, Tratamento de Doenças e Promoção da Saúde
- Cardiologia para Médicos
- Aleitamento Humano
- Cuidados em Diabetes
- Cuidados Paliativos
- Liderança e Gestão de Pessoas na área da Saúde
- Excelência Operacional na Área da saúde – Lean Six Sigma
- Experiência do Paciente

4.2 Cursos de atualização

4.2.1 Gestão em saúde

- Virei Líder: e Agora?
- Introdução à Inteligência Artificial e Big Data em Saúde
- Gestão do Atendimento e Excelência nos Serviços
- Ferramentas e Práticas em Gestão Pública na Saúde
- Aceleração em Gestão para Profissionais da Saúde
- Relacionamento Interpessoal, Comunicação e Feedback na Prática da Liderança

4.2.2 Assistência em saúde

- Dermatologia para o Médico não especialista
- Plano de Cuidados para Pacientes em Fim de Vida
- Transtorno do Espectro Autista: Abordagens Terapêuticas
- Primeiros Socorros com RCP e DEA – Salva Corações
- Prevenção de Acidentes e Cuidados com Recém-nascidos e Crianças
- Procedimentos Médicos Ambulatoriais
- Gestão de Pessoas em Saúde
- Gestão de Processos em Saúde

4.3 Programa de residência médica

A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional de acordo com a legislação em vigor.

Os Programas de Residência Médica (PRM) da SBIBAE, tem como objetivos fundamentais e indivisíveis o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico do médico e a melhoria da assistência médica à comunidade nas áreas profissionalizantes. Para tal, é necessário que o médico residente cumpra integralmente as atividades práticas e teóricas programadas em suas respectivas Propostas Pedagógicas Curriculares.

4.3.1 Perfil desejado do egresso do programa de residência médica

Receber egressos das diferentes Faculdades de Medicina, todas com intenção de formar profissionais qualificados e adequados ao cenário atual, porém, oriundos de cursos com nivelamento assimétrico de formação, gera a necessidade de rever a dimensão do investimento educacional cabível para cada médico residente dos diferentes PRM da SBIBAE.

Tomando por princípio o que se deseja do egresso da graduação em Medicina, formando uma ponte para a especialização em diferentes áreas do conhecimento médico através dos PRM, os principais atributos desejáveis para o egresso da Residência Médica envolvem o desenvolvimento de competências técnicas e socioemocionais com os seguintes direcionadores:

I. Atenção à saúde: os futuros especialistas devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para eles. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

II. Tomada de decisões: o trabalho dos futuros especialistas deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, eles devem reforçar as competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

III. Comunicação: os futuros especialistas devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura.

IV. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os futuros especialistas deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

V. Administração e gerenciamento: os futuros especialistas devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

VI. Educação permanente: os futuros especialistas devem ser capazes de aprender continuamente. Desta forma, devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações.

4.3.2 Estrutura atual do programa de residência médica Einstein

O PRM do Einstein iniciou suas atividades com um único PRM em Medicina Intensiva em 2004. Hoje, temos em atividade 23 programas, a saber:

- Anestesiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Ginecologia e Obstetrícia
- Medicina de Emergência
- Medicina de Família e Comunidade
- Medicina Intensiva
- Neurologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Patologia Clínica e Medicina Laboratorial
- Pediatria
- Psiquiatria
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Oncologia Clínica
- Cardiologia
- Geriatria
- Hematologia e Hemoterapia
- Nefrologia
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Neonatologia
- Ano adicional em Transplante de Medula Óssea
- Cirurgia Vascular
- Urologia

Em 2023, cerca de 220 médicos residentes encontram-se em atividade, distribuídos nessas diferentes carreiras de especialistas em formação.

Os diferentes PRM acontecem em diversos ambientes e campos de prática. Cenários de atuação hospitalar, ambulatorial, de atenção primária e especializada, nas esferas pública e privada. A riqueza dessa formação passa justamente pela ocupação compartilhada desses

diferentes cenários, com a supervisão e observação da prática, independentemente de onde ela aconteça.

A estrutura dos PRM respeita o regramento determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica, com as garantias de funcionamento das atividades didáticas e assistenciais sob supervisão sistemática. Assim, cada PRM tem seu arcabouço um Supervisor, Preceptores e uma quantidade considerável de colaboradores para a formação dos médicos residentes, independentemente do campo de estágio em que acontece o desenvolvimento da competência esperada.

Consideramos as características dos diferentes atores que constituem o corpo que responde pela formação dos médicos residentes a seguir.

O Supervisor de PRM:

I – Médico integrante do corpo clínico do Einstein, cujas habilitações envolvem atuação na mesma área do programa que supervisiona.

II – Tem como principais requisitos excelência no desempenho dessas habilidades técnicas (da matéria afim) além da capacidade de proporcionar reflexão sobre a prática do médico residente.

III – Cabe ao Supervisor de PRM observar o exercício das atividades pertinentes à área, zelar pelos profissionais envolvidos na formação do médico residente e de que eles estão exercendo adequadamente as atividades acordadas (docentes e médicos residentes).

O Preceptor de PRM:

I – Médico que atua na mesma área do PRM que executa o papel de preceptoria. Deve ser parte integrante do corpo clínico do Einstein e suas habilitações devem estar de acordo com o preconizado para essa atuação.

II – Tem como principais requisitos excelência no desempenho dessas habilidades técnicas (da matéria afim) além da demonstração de competência andragógica.

III – Cabe ao preceptor de PRM:

Orientar o médico residente em suas atividades regulares previstas no PRM;

Supervisionar o médico residente em atividades teóricas e práticas (inclusive em campos de estágio externos ao Einstein);

Acompanhar a assiduidade e pontualidade dos médicos residentes;

Participar das avaliações de desempenho teórico/prático/comportamental dos médicos residentes;

a. Conhecer os riscos dos locais de trabalho, cumprir e fazer cumprir os procedimentos, disposições legais, normas, instruções e políticas de Saúde, Segurança e Meio Ambiente.

b. Instruir o médico residente para que ele atue de forma humanizada na relação com o paciente, familiar e cliente interno, conforme diretrizes de qualidade e segurança do paciente.

IV – Cabe ainda ao preceptor de PRM, entretanto, sem constituir tarefa de sua inteira responsabilidade:

a. Discutir casos/dúvidas com os médicos residentes;

b. Checar exames/condutas/dúvidas conjuntamente ao médico residente;

c. Supervisionar o médico residente em treinamentos de procedimentos;

d. Sugerir modificações no PRM com objetivo de melhoria no ensino e assistência;

e. Apoiar a orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso (se aplicável);

f. Auxiliar o desenvolvimento de pesquisas na área de sua atuação.

Os demais Colaboradores:

I – Médico integrante do corpo clínico do Einstein ou dos equipamentos de Saúde em que se praticam as ações assistenciais, cujas habilitações envolvem atuação em áreas da própria assistência.

II – Tem como principais requisitos excelência no desempenho dessas habilidades técnicas (da matéria afim) além da capacidade de proporcionar reflexão sobre a prática do médico residente.

III – Auxilia na observação do exercício das atividades pertinentes à área e da formação do médico residente.

A oportunidade de uso do equipamento público em questão corresponde a uma oportunidade de ganho multidirecional, com a construção de uma espiral virtuosa de um ambiente de ensino, com aprimoramento qualificado da assistência.

Essa condição gera, em última análise, melhoria na saúde da população usuária.

5 PROGRAMA DE ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS | GRADUAÇÕES

5.1 Estágio supervisionado | hospital escola

Após análise do material enviado pelo Hospital Escola, muito rapidamente somos capazes de atender às necessidades dos serviços apresentados e promover a aquisição e atualização de conhecimento dos profissionais, juntamente com a prática assistencial, neste capítulo apresentamos os estágios supervisionados de nossas graduações.

5.1.1 Graduação em enfermagem

Na Graduação em Enfermagem o estágio tem 1150 horas, com início já no primeiro ano da grade curricular, nas UBS. O estágio em hospitais tem início no 3º semestre do curso.

Síntese do curso

Modalidade: Presencial

Duração: 4 anos (8 semestres)

Período: Matutino

Renovação de reconhecimento (MEC): Portaria nº 949, de 30 de agosto de 2021.

Número de vagas: 120[1] vagas/ano (60 alunos por turma – início e meio de ano)

Unidade: Campus Cecília e Abram Szajman (Morumbi)

O quadro abaixo mostra as disciplinas do curso que incluem estágio curricular supervisionado, o número de alunos da graduação em enfermagem por turma e a carga horária de estágio em cada uma das áreas específicas.

[1] Aguardando autorização do MEC para aumento de vagas

Quadro 1. Estágio Curricular Supervisionado Graduação em Enfermagem

Disciplina do Curso	**Unidade Hospitalar**	**Estágio (Carga Horária)**	**Número de Alunos (Por Grupo)**
Integralidade do Cuidado com o Paciente Crítico I	UTI Adulto	60	5
Saúde da Mulher, Materna e Neonatal	Pré-parto/parto/pós-parto (PPP), Internação Obstétrica (maternidade e gestação alto risco) leito alojamento conjunto	80	5
Saúde da Criança e do adolescente	Unidade de Internação Pediátrica	80	6
Saúde da Criança e do adolescente	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	80	5
Integralidade do Cuidado com o Paciente Clínico: Infectologia	Unidade de Internação	60	7
Integralidade do Cuidado com o Paciente Clínico: Adulto/Idoso		60	7
Enfermagem no Peroperatório I Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem	Unidade de Internação Cirúrgica	60	7
Integralidade do Cuidado com o Paciente Crítico II	Unidade de Pronto Atendimento	80	5
Integralidade do Cuidado com o Paciente Crítico II	Urgência e Emergência	80	5

Enfermagem no perioperatório II	Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica	60	5

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

* Sistema de rodízio: um mesmo aluno participa do estágio em diferentes setores em períodos distintos.

5.1.2 Graduação em medicina

Na Graduação em Medicina do Einstein, o aluno tem contato com pacientes desde o início do curso. A experiência é fundamental para o exercício da profissão de Médico. Por isso, até o início do internato, no 8° semestre, ele já terá vivenciado experiências intensas, como trocas em grupo, estudos direcionados do conteúdo, contato com as famílias assistidas, construção de pensamento crítico, além do desenvolvimento de habilidades psicossociais e técnicas e de trabalho.

Internato

A oferta de estágios da Graduação em Medicina nas diferentes áreas do Hospital de Urgências de Goiás DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), acomodaria as solicitações atualmente direcionadas aos hospitais municipais das Coordenadorias que atuamos, e tranquilamente daremos cobertura à esta região de São Paulo, além disso, há pleitos de aumento de vagas em trânsito. (Quadro 2)

Quadro 2. Estágio Curricular Supervisionado Graduação em Medicina

Disciplina	Semestre curso	Número práticas por semestre	Horas de prática por dia	Número de grupos (alunos)
Semiologia I	3	18	4	9 (60)
Semiologia II	4	18	4	9 (60)
Clínica Cirúrgica I	5	8	4	9 (60)
Medicina Interna I	5	8	4	9 (60)
Pediatria I	5	8	4	9 (60)
Saúde da Mulher I	5	8	4	9 (60)
Clínica Cirúrgica II	6	8	4	9 (60)
Medicina Interna II	6	8	4	9 (60)
Pediatria II	6	8	4	9 (60)
Saúde da Mulher II	6	8	4	9 (60)
Clínica Cirúrgica III	7	8	4	9 (60)
Medicina Interna III	7	8	4	9 (60)
Pediatria III	7	8	4	9 (60)
Saúde da Mulher III	7	8	4	9 (60)

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Quanto ao internato, podemos rodar 14 estágios com grupos 12 alunos, 8hs/dia: (Quadro 3).

Quadro 3. Estágio Curricular Supervisionado Graduação em Medicina - Internato

Internato	Semestre do Curso
Internato - Enfermaria de Cirurgia Geral I	8
Internato - Enfermaria de Clínica Médica	8
Internato - Enfermaria de Pediatria	8
Internato - Maternidade e Pronto Socorro GO I	8
Internato - Neonatologia	9
Internato - Ortopedia	9
Internato - Psiquiatria	9
Internato - Enfermaria de Cirurgia Geral II	10
Internato - Ambulatório clínico	11
Internato - Pronto Socorro Clínico	11
Internato - Pronto Socorro Pediátrico	11
Internato - Ambulatório pediátrico	12
Internato - Pronto Socorro Cirúrgico	12
Internato - Unidade de Tratamento Intensivo do PS	12

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Para mais detalhes acesse o Anexo 1 deste documento.

5.1.3 Graduação em fisioterapia

Na Graduação em Fisioterapia o estágio tem mais de 900 horas, com início já no segundo ano da grade curricular, nas UBS. O estágio em hospitais tem início no 5º semestre do curso.

A oferta de estágios da Graduação em Fisioterapia nas diferentes áreas do Hospital de Urgências de Goiás-DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), permitiria uma vivência maior em diversas áreas do ambiente hospitalar onde o fisioterapeuta poderia atuar e colaborar no processo de prevenção e tratamento de doenças.

5.1.3.1 O Curso

Modalidade: Presencial
Duração: 5 anos (10 semestres)
Período: Matutino
Renovação de reconhecimento (MEC): Portaria MEC nº 597, de 16.12.20. (Anexo 3)
Número de vagas: 60 vagas/ano (1 Turma por ano)
Unidade: Campus Morato (Butantã) (Quadro 4)

Quadro 4. Estágio Curricular Supervisionado Graduação em Fisioterapia

Disciplina do Curso	Setores	Leitos gerais	Número de Alunos por Grupo	Número Rodízio (ano)	Número de Alunos * (ano)
Fisioterapia Cardiopulmonar II e Prática Clínica IV e V.	UTI Adulto	9	6	5	30
Fisioterapia Cardiopulmonar II e Prática Clínica IV e V.	UTI Adulto	8	6	5	30
Fisioterapia ao longo dos estágios da vida	Pré-parto/parto/pós-parto (PPP)	4	6	5	30
Fisioterapia ao longo dos estágios da vida	Internação Obstétrica (maternidade e gestação alto risco) leito alojamento conjunto	32	12	5	60
Fisioterapia Cardiopulmonar II e Prática Clínica IV e V.	UTI - Adulto	9	6	5	30
Fisioterapia Cardiopulmonar II e Prática Clínica IV e V.	UTI - Adulto	9	6	5	30
Fisioterapia Cardiopulmonar II	Unidade de Internação Pediátrica	28	6	10	60

Fisioterapia Cardiopulmonar II	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	9	6	10	60

...continua

...continuação

Saúde da Mulher, materna e Neonatal	Unidade de Terapia Neonatal	9	6	10	60
	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (3 leitos de mãe canguru*)	9	3	6	18
Fisioterapia Prática Clínica III	Unidade de Internação Clínica: infectologia pneumologia endocrinologia neuroclínica cardiologia clínica médica 2 leitos de isolamentos gerais.	30	12	5	60
Fisioterapia Prática Clínica III		28	12	5	60
Fisioterapia Prática Clínica II e III	Unidade de Internação Cirúrgica: 32 leitos de cirurgia geral (incluindo Proctologia e Gastroenterologia).	30	12	5	60
Fisioterapia Prática Clínica II e III	Unidade de Internação Cirúrgica: 32 leitos de urologia e ginecologia	30	12	5	60
Fisioterapia Prática Clínica II e III	Unidade de Internação Cirúrgica: 32 leitos de ortopedia cirúrgica	30	12	5	60
Fisioterapia Prática Clínica II e III	Unidade de Internação Cirúrgica: 32 leitos de neurocirurgia, vascular e bucomaxilo	30	12	5	60

...continua

...continuação

Fisioterapia Prática Clínica IV e V	Unidade de Pronto Atendimento	1	6	5	30
Fisioterapia Prática Clínica IV e V	Urgência e Emergência	1	6	5	30
Enfermagem no perioperatório II	Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica	1	6	5	30

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

* Sistema de rodízio: um mesmo aluno participa do estágio em diferentes setores em períodos distintos do ano. Para mais detalhes desta graduação acesse o Anexo 3 deste documento.

6 ESCOLA TÉCNICA E ATUAÇÃO PRÁTICA NO HOSPITAL ESCOLA DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

Abordagem prática – durante o curso técnico, os estudantes da Escola Técnica têm a parceria com os serviços e profissionais do Einstein para apresentar situações reais e ampliar a aproximação do estudante com a rotina de trabalho de uma instituição de saúde. A partir do segundo semestre do curso, grande parte das aulas é realizada com atividades em laboratórios, sempre com equipamentos de última geração, e em ambiente hospitalar além das vivências em campos de estágio em instituições parceiras do setor público ou privado além das clínicas e hospitais com gestão Einstein dentre elas os hospitais: Hospital Moysés Deutsch e Hospital Vila Santa Catarina bem como demais hospitais do município de São Paulo, desta maneira, nossos alunos serão direcionados para suas práticas assistidas no Hospital Escola DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

6.1 Sobre escola técnica

A Escola Técnica do Einstein foi criada em 1989 para formar profissionais na área de enfermagem. Alinhada ao desenvolvimento do mercado de saúde e à tendência de assistência integrada e multiprofissional, a partir dos anos 2000 incorporou cursos técnicos de outros segmentos, como análises clínicas, farmácia, radiologia e administração em serviços de saúde.

A Escola Técnica do Einstein atua em parceria com a mantenedora do Hospital Israelita Albert Einstein para aprimorar a abordagem prática e enriquecer a formação do seu corpo discente com situações reais e o contato com especialistas do Einstein referências em suas áreas de atuação.

A proximidade com o melhor hospital da América Latina permitiu a imediata integração da Escola à transformação experimentada pelo setor nos últimos anos, facilitando a adaptação de currículos e metodologias às exigências da saúde de alta performance.

Hoje, a Escola Técnica do Einstein forma profissionais de nível técnico com desenvolvimento robusto de competências socioemocionais, orientados por resultados e assistência humanizada. São técnicas e técnicos ambientados à incorporação de tecnologia e a um sistema cada vez mais complexo e integrado bem como têm a vivência de estágios em hospitais, unidades básicas de saúde, residenciais de longa permanência, centros de atenção psicossocial do setor público.

6.2 Sobre os cursos da escola técnica

Formação atualizada e inovadora – a formação para o novo mercado de trabalho da saúde exige perfil multiprofissional focado em inovação e resultados. Durante os cursos técnicos da Escola Técnica do Einstein, os estudantes desenvolvem competências e habilidades socioemocionais que são aplicados em todo processo de ensino e aprendizagem bem como durante o desenvolvimento da carreira profissional.

Experiência Ensino Einstein – nossas aulas têm por bases metodologias ativas com corpo docente altamente qualificado e capacitado com regularidade com a qualidade oferecida pela principal instituição de saúde do país e América Latina.

Os estágios ocorrem em hospitais privados, parcerias públicas, clínicas, serviços de atenção primária e as/os estudantes são inseridos na rotina das atividades exercidas, juntamente com a equipe. Com o passar do tempo, esses estudantes tornam-se parte integrante daquela equipe, ou seja, atuam em benefício conjunto durante o período de estágios somando esforços e auxiliando nas atividades do setor e consequentemente contribuindo para uma assistência qualificada e humanizada ao paciente.

Outro ponto relevante é a visibilidade que o estágio proporciona para o estudante em formação. Estudantes que apresentem ótimo desempenho e que se destacam durante as atividades são vistos e valorizados pela equipe do setor. Dessa forma, amplia-se a possibilidade de gestoras e gestores daquele determinado setor contratarem esses estudantes após sua formação na área técnica.

A diminuição do excesso de carga de trabalho da equipe de enfermagem é evidente e os estudantes têm um tempo maior para dar uma atenção mais detalhada aos pacientes. Diante desta realidade, o paciente pode se sentir mais satisfeito com o atendimento e realizar um elogio daquele setor, o que impacta na melhoria dos resultados daquele setor em relação à satisfação do cliente.

Podemos concluir que a participação das/dos estudantes na prática dos hospitais, clínicas e serviços de atenção primária agrega importantes valores tanto na formação do profissional quanto no serviço de saúde. O enfrentamento da realidade do contexto em que estão inseridos, questões relativas ao sofrimento do paciente e da família dessa pessoa desperta e valoriza a importância do cuidar na pessoa em formação.

7 A PARCERIA HOSPITAL ESCOLA DE URGÊNCIAS DE GOIÁS & ALBERT EINSTEIN

7.1 Por que escolher a FICSAE Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein como parceira no hospital escola?

A FICSAE é vocacionada na resolução de problemas sociais, com destaque para aqueles relacionados à saúde, habitação e educação.

A respeito dos problemas de saúde, embora São Paulo tenha os maiores centros de saúde da América Latina, disponibilizando algumas das técnicas mais avançadas do mundo, o crescimento populacional constitui-se importante obstáculo para a melhoria da assistência primária, secundária e terciária em saúde e tem como consequência a demanda de contratação de profissionais da saúde.

Tendo ciência da situação local, o IIRS, um dos pilares da SBIBAE, responde por um conjunto cada vez mais amplo de ações voltadas em justiça social e apoio ao SUS.

A atuação no SUS, realizada por meio de contrato de gestão e convênios com a Prefeitura de São Paulo, reflete uma das formas do Einstein em gerar valor para a sociedade, com resultados concretos para a saúde da população local. Em 2020, foram mais de 3,4 milhões de atendimentos.

Nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, onde vivem mais de 340 mil pessoas, o Einstein opera praticamente toda a rede pública de atenção primária, sendo responsável por 14 UBS, com um total de 281,8 mil pessoas cadastradas. Três de cada quatro domicílios na região estão cobertos pelo trabalho das equipes de saúde da família, que levam à população iniciativas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.

O Einstein opera, ainda, três unidades de AMA e uma AMA Pediátrica, que atuam integrados à rede de UBS. As primeiras atendem à demanda espontânea de agravos menores, considerados de baixa e média complexidade, e a AMA Pediátrica oferece consultas e exames a pacientes referenciados pelo Complexo Regulador do município.

Na estrutura hierarquizada do SUS, a UPA destina-se à urgência e emergência de média complexidade. O Einstein opera duas unidades desse tipo: a UPA 24 horas do Campo Limpo, onde realizou mais de 828 mil atendimentos no ano, e a UPA da Vila Santa Catarina, anexa ao Hospital Municipal Vila Santa Catarina – Dr. Gilson Marques de Carvalho, e que foi incorporada à rede do Einstein em dezembro de 2019. Com relação ao atendimento à saúde mental da população, os CAPS são a porta de entrada para áreas de atendimento nas necessidades de saúde mental no município e integram as ações de redução de danos e atenção integral, em um modelo alternativo dos hospitais psiquiátricos. Nos três CAPS que opera, o Einstein realizou 13,5 mil atendimentos em 2020.

Em outro equipamento voltado à atenção de pacientes com transtornos de saúde mental, os SRT, o Einstein oferece moradia a egressos de internações psiquiátricas de longa duração que não possuem laços familiares, e apoia sua reabilitação e progressiva reinserção social. A Instituição é responsável por dois SRTs no Campo Limpo.

No ano 2020 foram realizadas 621 ações comunitárias de combate à COVID-19, com a participação de cerca de 86.960 pessoas e a oferta de 40 leitos de internação para apoiar dois hospitais públicos na ampliação da capacidade para tratamento de especialidades durante a pandemia. Em 2021, destaca-se a vacinação contra COVID-19, como ação essencial liderada pela Atenção Primária em Saúde na população definida pela Secretaria Municipal de Saúde.

O Hospital Municipal M'Boi Mirim – Dr. Moysés Deutsch é gerido pelo Einstein em associação com o CEJAM. Localizado no Jardim Ângela, na região sul de São Paulo, presta atendimento de urgências, emergências, realiza cirurgias eletivas e de urgência e assistência ao parto, e atua nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia e Psiquiatria. A área de Pronto Atendimento do hospital passou por obras de reforma e ampliação em 2019 com o objetivo de garantir mais conforto, qualidade e segurança a usuários e colaboradores. O total de leitos na sala de emergência, por exemplo, passou de 9 para 22.

O Hospital Municipal M'Boi Mirim possui a acreditação de Excelência (nível 3) da Organização Nacional de Acreditação (ONA), modelo brasileiro que certifica a qualidade de hospitais e serviços de saúde, que atesta o alto grau de maturidade institucional e a cultura de melhoria gerencial contínua. O Hospital conta com 336 leitos e 10 salas de cirurgia inteiramente dedicadas ao Sistema Público de Saúde. Atende uma região com mais de 750 mil pessoas residentes nos distritos de Jardim Ângela e Jardim São Luiz, na região da Subprefeitura do M'Boi Mirim, na zona sul de São Paulo, recebendo serviços públicos de saúde de qualidade pela SBIBAE, mantenedora da FICSAE.

O Hospital Municipal M'Boi Mirim foi protagonista no enfrentamento da COVID-19, sendo a 2ª maior referência no município de São Paulo, para atendimento exclusivo. Sua estrutura foi adaptada para receber 220 leitos de Terapia Intensiva e 348 de internação.

O Hospital Municipal Vila Santa Catarina – Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, localizado na região Sul de São Paulo, é operado pelo Einstein desde 2015 e oferece serviços de laboratório clínico e imagem (endoscopia, ultrassonografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética), ambulatórios de especialidades clínicas, oncologia e cirurgia e internação para pacientes pediátricos e adultos. Em 2019, foram atendidos mais de 4 mil pacientes cirúrgicos (sem incluir cesáreas), um aumento de quase 40% em relação ao ano anterior.

Um convênio com a Prefeitura de São Paulo fortaleceu a vocação do Hospital Vila Santa Catarina para o atendimento de alta complexidade, com a ampliação do atendimento nas áreas de oncologia – com cerca de 200 novos pacientes a cada mês –, e assistência materno-infantil a pacientes de alto risco e cirurgias. O novo direcionamento se reflete no crescimento do total de pacientes cirúrgicos atendidos na unidade e a torna estratégica para o atendimento m demanda de pacientes oncológicos da rede pública da cidade. O hospital conta com a acreditação Plena (nível 2) da ONA.

Assim, o Einstein, por meio da parceria público-privada apresentada acima, gerencia 27 unidades do SUS em São Paulo, sendo 2 hospitais, 14 UBS, 2 unidades de AMA, uma AMA de Especialidades, 2 UPAs, 3 CAPS e 2 SRT.

A SBIBAE, por meio do IIRS, ainda presta auxílio a milhares de crianças na comunidade de Paraisópolis, na cidade de São Paulo. O PECP atua na prevenção e promoção da saúde de crianças que vivem em uma região de média vulnerabilidade da cidade de São Paulo.

As parcerias institucionais apresentadas acima permitem a vivência dos alunos da FICSAE em unidades de saúde, exercendo atividades interprofissionais, essenciais para a saúde de pessoas, grupos sociais e populações. Garantem a concretização do tripé ensino-pesquisa-inovação, a extensão em sua articulação teórica e prática, na integração do ensino e serviço com participação social.

O Einstein é uma entidade de saúde de reconhecida excelência, habilitada pelo Ministério da Saúde a realizar projetos para o PROADI-SUS como contrapartida à imunidade tributária.

O PROADI-SUS foi criado pela lei 12.101/2009, que prevê iniciativas em cinco áreas: estudos de avaliação e incorporação de tecnologia; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; desenvolvimento de técnicas e operação em gestão em serviços de saúde e atividades assistenciais.

A FICSAE contribui para as transformações sociais, econômicas, culturais e ambientais ao produzir, discutir e difundir conhecimento. Os projetos decorrentes do PROADI-SUS constituem oportunidades para atuação dos alunos de todos os cursos de graduação.

Destaca-se, nesse contexto, que a formação do aluno deve atender as necessidades da sociedade em que atua de forma adequada, responsável, sustentável, como o exemplo que a própria mantenedora oferece.

8 FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN

A FICSAE integra a SBIBAE, que foi fundada oficialmente em setembro de 1955 por um grupo de visionários da comunidade judaica.

Ano após ano, consolidou-se como protagonista expressiva da saúde no Brasil, um importante centro médico-hospitalar de alta complexidade, composto por conceituado corpo de profissionais e a mais avançada tecnologia.

Ao longo de seus mais de 65 anos, vem investindo, inovando e crescendo, sempre com excelência na prática médica e crença em sua missão de educar, aprimorando conhecimentos técnicos e científicos, reduzindo desigualdades, eliminando diferenças, participando ativamente na diminuição dos índices de mortalidade e elevando indicadores do saber.

9 UM SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

A SBIBAE atua na saúde privada e na saúde pública em todas as etapas da assistência, ensino e educação, consultoria, pesquisa e inovação e responsabilidade social, inclusive mantendo uma Organização Social da Saúde.

Desenvolve atividades em São Paulo, capital e interior, e nos estados do Rio de Janeiro, Goiás, Minas Gerais, Espírito Santo, Pará, Pernambuco e no Distrito Federal.

A estrutura de prestação de serviços é formada por 12 unidades de saúde privada em São Paulo, 1 em Sorocaba (SP) e 1 em Goiânia, 27 unidades do SUS, operadas por meio de contrato de gestão e convênios com as prefeituras de Mogi das Cruzes e São Paulo, além de 6 unidades de Ensino em São Paulo, 1 no Rio de Janeiro e 1 em Belo Horizonte.

O Einstein mantém uma parceria estratégica com o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), referência mundial em qualidade e segurança na área de saúde, e é parceiro e representante no Brasil do PLANETREE, referência internacional de cuidado centrado na pessoa na assistência à saúde.

O Einstein possui títulos de Utilidade Pública nos âmbitos municipal, estadual e federal e Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), concedido pelo Ministério da Saúde.

A contrapartida da SBIBAE é a execução de projetos do PROADI-SUS com o objetivo de apoiar o sistema de saúde pública.

10 ENTRE OS MELHORES HOSPITAIS DO MUNDO

O Hospital Israelita Albert Einstein foi avaliado em 2022 e 2023 como o **34º melhor hospital do mundo** e o 1º da América Latina no ranking da revista Newsweek.

O Einstein também se destacou no ranking da Newsweek dos melhores do mundo por especialidade (dados de 2021):

12º em Gastroenterologia, 21º em Ortopedia, 28º em Oncologia e 34º em Cardiologia.

Em outro importante reconhecimento, o Hospital foi eleito em 2021, pelo 13º ano consecutivo, **o melhor hospital da América Latina** segundo ranking da *American Economy Intelligence.*

O Hospital Municipal M'Boi Mirim – Dr. Moysés Deutsch, único hospital público brasileiro na lista – operado pelo Einstein, ocupou a 40ª posição entre todos os hospitais avaliados na região.

10.1 Pilares assistência

Excelência na atenção e no cuidado, por meio de sistema de saúde integrado, baseado no modelo de governança Triple Aim, ou Tripla Meta:

- Personalização dos serviços;
- Redução de desperdícios;
- Investimento em saúde populacional.

10.2 Educação

Construção de novos horizontes, marcados pelo compromisso com a vida, por meio do exercício crítico da assistência e da gestão em saúde, pautados na democratização de conhecimento para o desenvolvimento profissional e enfrentamento dos desafios contemporâneos.

10.3 Pesquisa e inovação

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 04 de julho de 1955, e ao longo de seus mais de 60 anos de história, se consolidou como uma instituição de excelência, reconhecida pela qualidade da assistência, práticas de gestão, ensino, pesquisa e capacidade de inovar e liderar positivas transformações no universo da saúde. São os conhecimentos, competências e experiências acumulados nessa trajetória que permitem a SBIBAE iniciar suas atividades de ensino com a fundação da Faculdade de Enfermagem e da Escola Técnica em 1989 e multiplicar as ações em ensino e pesquisa desde então. O Laboratório de Pesquisa Experimental foi criado em 1998 ao incorporar a Faculdade de Enfermagem Albert Einstein e a Escola Técnica, expandindo-se a partir de 2002 com a nova sede no Edifício Josef Féher, onde ficou por 20 anos.

A SBIBAE possui em sua estrutura o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEP) que apresenta significativo escopo de atuação incluindo pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, MBA, residência médica e multiprofissional, atualização profissional, atualização médica personalizada, cursos à distância, soluções corporativas, eventos científicos focados em temas relevantes para a saúde, além de expressiva atuação no desenvolvimento de relevantes pesquisas na área da saúde, abrangendo ações focadas na liderança acadêmica de projetos clínicos multicêntricos de alto impacto nacional e internacional e na prestação de serviços de pesquisa clínica, baseados em rígidos padrões de integridade científica (*Academic Research Organization* do HIAE, primeira organização desse tipo no Brasil).

Atualmente, o Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein - Campus Cecilia e Abram Szajman, localizado em prédio adjacente às instalações do Hospital, abriga um amplo setor de pesquisa, com unidades dedicadas à Pesquisa Experimental (Laboratório de Biologia Experimental Prof. Dr Geraldo de Medeiros-Neto) e Pesquisa Pré-clínica e Clínica (*Academic Research Organization* | ARO), que congregam atividades de ensino, treinamento em saúde e difusão científica realizadas no âmbito da SBIBAE. Toda essa estrutura cientifica é apoiada pelo Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas, Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP), Escritório de Integridade Cientifica e o Programa de Pós-graduação *stricto sensu*.

Hoje, o Centro de Pesquisa constitui-se num dos grandes diferenciais que conferem ao Hospital Israelita Albert Einstein uma posição de liderança no setor de saúde, atuando em parceria com importantes instituições de pesquisa científica no país e no exterior, agências nacionais e internacionais de fomento e órgãos governamentais, disponibilizando suas plataformas para o desenvolvimento de pesquisa de ponta. Na Pesquisa Experimental são prioritários projetos de caráter experimental e/ou pré-clínico que sejam originais e de relevância científica comprovada, alinhados aos pilares estratégicos da instituição e financiados,

principalmente, por agências externas de fomento à pesquisa. Estes estudos, concebidos integralmente na instituição ou em parceria com outros centros de pesquisa, devem ter um pesquisador principal afiliado à SBIBAE e devem ser executados completamente ou em parte relevante em nosso Centro de Ensino e Pesquisa.

Dentre as nossas possíveis formas de apoio institucional aos projetos de pesquisa e hospitais parceiros incluem-se, infraestrutura laboratorial, capacitação de pessoal, transferência de conhecimento, armazenamento e análise de dados e financiamento. Também buscamos assegurar que as atividades no âmbito gerencial, técnico e de apoio sejam executadas por colaboradores que tenham formação, treinamento, habilidades e experiência comprovadas e compatíveis com suas descrições de cargo

Nosso laboratório de pesquisa possui 1,170m^2, é composto por instalações modernas, altamente especializadas e sustentáveis, capazes de realizar testes e análises de alta complexidade científica com equipes técnicas multidisciplinares. Somos um centro de pesquisa em ciências da vida, medicina e inovação em saúde, que apoia projetos em consonância com os pilares estratégicos da instituição, tais como: Terapia Celular, Genética Molecular, Big Data & Digital Health, Envelhecimento e Doenças Infecciosas.

Nossos pesquisadores e bolsistas têm acesso compartilhado a todas as plataformas de pesquisa, sendo elas: Plataforma de Cultura Celular, composta por 4 salas (sendo 2 salas de biossegurança nível II – BSL-2), Plataforma de Citometria de Fluxo (2 *cell sorters* e 2 analisadores), Plataforma de Microscopia e Imunohistoquímica (óptica, confocal e microdissecção a laser), Plataforma de Biologia Molecular (PCR em tempo real, PCR digital, sequenciadores gênicos, termocicladores, quantificadores de ácidos nucleicos, *Multiplex Assays Luminex*, Leitores de Elisa, etc) e Plataforma de Nanotecnologia e Proteômica (avaliações físico-químicas, testes de biocompatibilidade, toxicidade do nanomaterial, desenvolvimento de dispositivos microfluídicos "organ-on-a-chip", cultura de células tridimensionais (3D) e *western blot*).

Além das plataformas, nosso laboratório contempla salas de criopreservação onde ficam acondicionados, em ambiente controlado, botijões de nitrogênio líquidos, freezers -80ºC à -20ºC e geladeiras para armazenamento de amostras e insumos de pesquisa.

Em fase de liberação pela ANVISA, o laboratório de pesquisa conta com 200m^2 de Salas Limpas de infraestrutura complexa, com controle de pressão, sofisticados sistemas de ar-condicionado, ISO-7 e nível de biossegurança II. Essas salas são equipadas com equipamentos de última geração, que darão suporte na operação e qualidade dos processos para desenvolvimento de produtos de terapias avançadas (PTAs), de engenharia tecidual e de terapia gênica. Esses produtos representam uma grande promessa terapêutica para doenças raras e complexas e sem alternativas disponíveis.

O IIEP também conta com o Centro de Estudos Pré-Clínicos (CEPC) que também poderá colaborar no treinamento de profissionais e pós-graduandos na experimentação animal e treinamentos para cirurgia robótica, possui importantes certificações, tais como a AAALAC (*Acreditação da Association for Assessment and Acreditation of Laboratory Animal Care*), desde 2011, seguindo os procedimentos éticos e de boas práticas, garantindo a qualidade dos projetos pré-clínicos executados na instituição. Somos também certificados pela AAHRPP (A*ssociation for the Accreditation of Human Research Protection Programs*), que é concedida às organizações que desenvolvem medidas de segurança abrangentes em todos os níveis de suas operações e que aderem aos mais altos padrões de pesquisa envolvendo seres humanos.

No IIEP, a unidade *Academic Research Organization* – ARO Einstein que conta com uma ampla experiencia em estudos clínicos, teve papel fundamental durante a pandemia de COVID-19 no desenvolvimento dos estudos em registro, como o Registro Clínico SARS-BRAZIL de pacientes com COVID-19, incluindo os primeiros casos de pacientes com COVID-19 no Brasil, e estudos de avaliação da eficácia de distintas terapias farmacológicas e vacinas para a COVID-19. Além de estudos na pandemia, destacam-se os estudos MEGATrials, que são estudos de grande porte com inclusões de mais de 5.000 pacientes em diferentes centros de investigação em todo o Brasil. Destes, podemos elencar os estudos Optimal Diabetes, Optimal Stroke e NeoMindset que avaliam diferentes manejos farmacológicos em pacientes de alto risco cardiovascular, bem como, o estudo VIP que avaliou esquemas vacinais, com a vacina influenza na redução de eventos cardiorrespiratórios em pacientes de alto risco. O estudo VIP recentemente apresentou seus resultados nos maiores congressos médicos mundiais, como também, os principais achados publicados em jornal científico de elevadíssimo impacto e repercussão científica. Atualmente, os resultados do estudo VIP proporcionou discussões com

diferentes áreas do Ministérios da Saúde para emprego de ações com intuito de elevar a adesão vacinal no Brasil. Todos estes, supracitados estudos, são apoiados pelo programa PROADI-SUS, que ainda, deve-se destacar a aplicabilidade direta dos seus resultados ao SUS, com relevância positiva a população brasileira, no que tange, a saúde global nas diferentes áreas de atenção à saúde com estudos publicados em nas revistas científicas de maiores prestígios na área da saúde, bem como aplicabilidade dos resultados de pesquisa a população.

A experiência do IIEP na elaboração e condução de pesquisas de interesse público, isto é, com financiamentos oriundos de fundações ou órgãos da esfera da gestão pública, federal, municipal e estadual, proporcionou a criação de centros de pesquisa em instituições públicas, no qual, a Sociedade Israelita Albert Einstein realiza a gestão técnico-administrativa parcial ou colaborativa, como nos casos do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch (M'Boi Mirim), Hospital Municipal Vila Santa Catarina, Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia – Iris Rezende Machado (HMAP), que hoje possuem centros de altíssima organização e relevância científica com ligação continua ao IIEP na condução de diferentes modelos de estudos. Estes centros atuam como locais que proporcionam pesquisa, ensino e extensão com atividades de alunos de graduação, pós-graduação entre outros, mostrando-se um eficiente ecossistema técnico-científico, proporcionando inclusive, parcerias internacionais, como com a Universidade de Stanford e Case Western University, nos Estados Unidos, Oxford e Imperial College da Inglaterra, entre outras.

Esse ecossistema, agora proposto ao HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS – DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), como o eixo integrado de ensino-pesquisa-extensão proporciona um modelo inovador de hospital escola em uma região, no município de Goiânia, extremamente relevante ao processo de melhoria da assistência, do acesso por pacientes, manejo clínico inovador e impacto de saúde em sua área de abrangência.

Na figura abaixo encontra-se apresentação sumarizada do modelo de implementação de um centro de pesquisa com qualidade internacional que poderá ser implementado no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS – DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

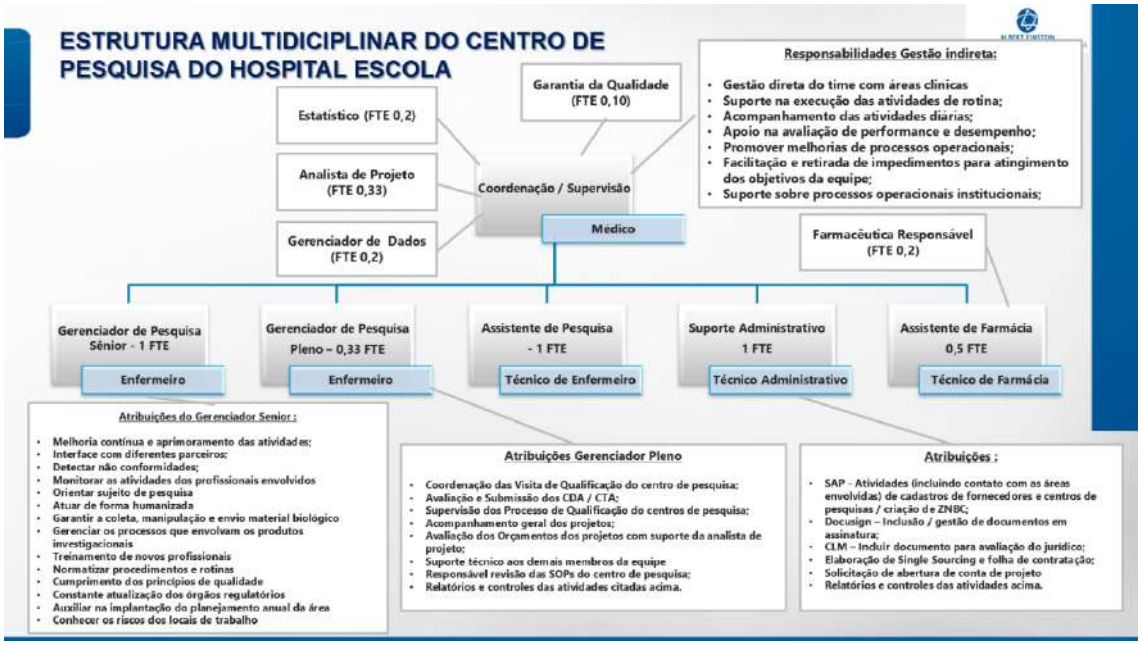


Figura: *Estrutura multidisciplinar do centro de pesquisa do hospital escola. Apresentação sumarizada de equipe direcionada para a interface com as partes envolvidas para a planejar, implantar, acompanhar e implementar pesquisas, bem como realização de todas as etapas necessárias para estudos clínicos.*

Abreviações: FTE: Equivalente em tempo integral; CDA/CTA: Acordo de Confidencialidade e Acordo Contratual de Pesquisa; SOP: Procedimento operacional padrão; ZNBC, Sistema de Gerenciamento de fornecedores; CLM: Sistema de Gerenciamento de Contratos.

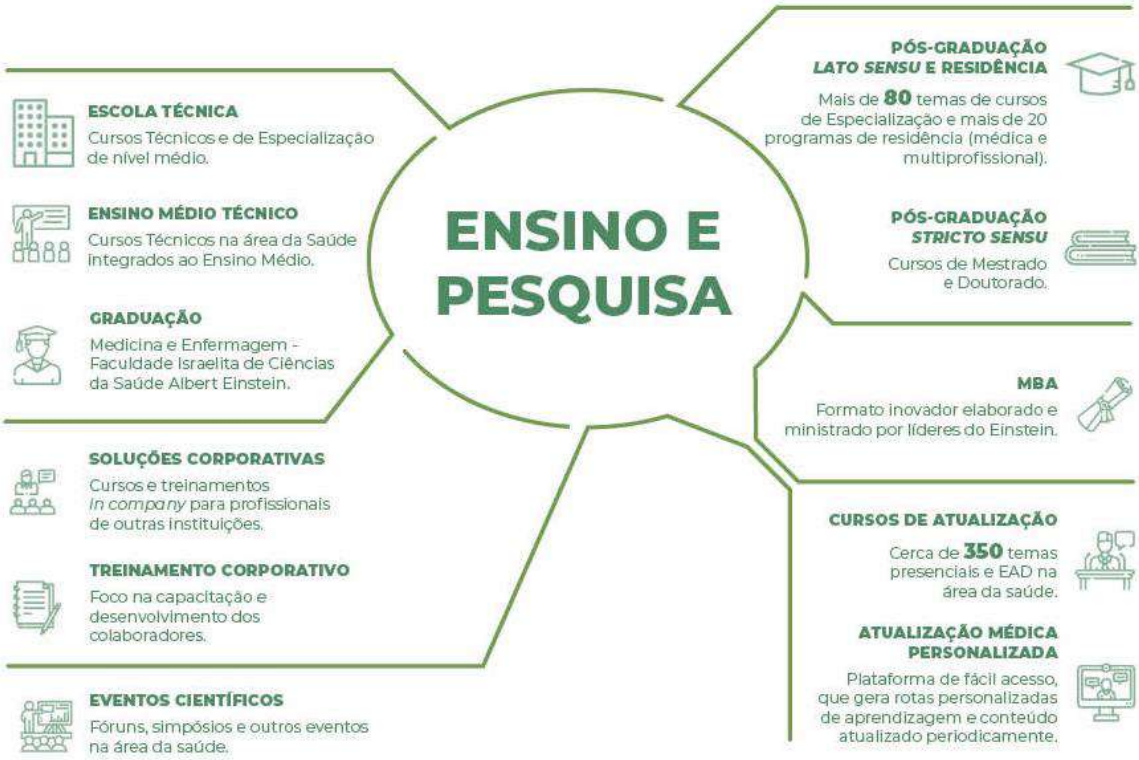
10.4 Responsabilidade social

Compromisso da Instituição com os valores humanos, por meio do apoio ao desenvolvimento do sistema público de saúde e à disseminação de práticas que promovam o bem-estar da coletividade com transparência, contribuindo para a justiça social.

11 ENSINO EINSTEIN | FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN

Parte integrante do IIEP, a FICSAE forma profissionais da saúde frente aos crescentes avanços e desafios da área, aplicando as competências e os conhecimentos profissionais acumuladas ao longo dos mais de 65 anos da Instituição.

As atividades do Ensino Einstein incluem graduação em Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Engenharia Biomédica, Administração, pós-graduações lato sensu e stricto sensu, *Master in Business Administration* (MBA), mestrado profissional, residência médica e multiprofissional, atualização profissional, ensino técnico, eventos científicos e soluções corporativas (FIGURA 1).



Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Figura 1. Atividades do Ensino e Pesquisa Einstein

Em 28 de julho de 1971, foi inaugurado o Hospital Israelita Albert Einstein. A instituição cresceu e se desenvolveu, consolidando-se como um importante centro médico-hospitalar de alta complexidade, reunindo um conceituado corpo de profissionais da saúde e dispondo de uma atualizada tecnologia hospitalar. Além da unidade principal, no bairro do Morumbi, o Einstein

conta com unidades avançadas em outras regiões da cidade de São Paulo. Em 2021, adquiriu o Hospital Órion, em Goiânia e opera a gestão público-privada do Hospital Municipal Aparecida de Goiânia (HMAP).

O ideal da SBIBAE, de iniciar suas atividades de ensino formal por meio da criação de uma Faculdade de Enfermagem, foi apresentado em 17 de outubro de 1977, pelos artigos 2o §2o, letra b do seu Estatuto.

Em 03 de outubro de 1988, pelo Parecer 901/88 o Conselho Federal de Educação recomendou a autorização do funcionamento da Faculdade, conforme Decreto 97.142, de 29 de novembro de 1988. A Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE) deu início às suas atividades letivas em 1o de março de 1989 e seu reconhecimento deu-se em 1992, conforme Portaria do Ministério da Educação nº 1.855, de 18 de dezembro de 1992.

Atingido este primeiro objetivo, sempre se pode ir além, especialmente quando se acredita que as atividades assistenciais são indissociáveis das atividades de ensino e pesquisa. Assim, um importante conjunto de ações de ensino foi incorporado a partir da FEHIAE e do seu amadurecimento enquanto Instituição de Ensino Superior.

Em 2004 foi lançada a primeira turma de **Pós-graduação lato sensu**, com intuito de oferecer educação continuada para o profissional contemporâneo, que precisa aprofundar-se em uma área, conhecer o conteúdo teórico e prático de uma especialidade e destacar-se no competitivo mercado de trabalho. A FICSAE empreende esforços e oferece vários cursos de pós-graduação lato sensu, que abrangem grande parte dos assuntos da área da saúde, especialmente aqueles em que a Instituição tem expertise e competência.

Também em 2004, **o PRM** iniciou suas atividades, alicerçado na excelência do Einstein em assistência, ensino e pesquisa, com o decisivo apoio do Corpo Clínico dessa Instituição. Atualmente são oferecidos 22 programas em diferentes especialidades médicas: Medicina Intensiva, Pediatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Oncologia Clínica, Hematologia e Hemoterapia, Cardiologia, Medicina Intensiva Pediátrica, Ortopedia e Traumatologia, Neonatologia, Anestesiologia, Medicina da Família, Cirurgia Geral, Cirurgia Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Transplante de medula Óssea, Neurologia, Geriatria, Nefrologia, Cirurgia Vascular, Urologia e Medicina de Emergência. Os alunos contam com bolsas de estudos no valor definido pelo Ministério da Educação.

Em 2012 iniciou-se a Residência Multiprofissional. O programa tem entre seus objetivos desenvolver o trabalho em equipe e formação de profissionais com visão sistêmica. O foco é a atuação interdisciplinar e transdisciplinar entre as várias áreas do conhecimento. Voltados a enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos. O residente recém-admitido ao programa participa da trilha institucional para entender os valores e a cultura da instituição

A programação teórico-prática da residência multiprofissional totaliza uma carga horária de 60 horas semanais dividida em atividades 80% práticas-assistenciais e 20% teórico-científicas. Para promover o sólido desenvolvimento profissional, no primeiro ano a carga horária teórica é contemplada com a realização da pós-graduação em área de escopo de atuação e participação ativa em reuniões setoriais e reuniões científicas junto ao Tutor. No segundo ano, a carga horária teórica é direcionada à orientação e coleta de dados para o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), reuniões setoriais e do eixo transversal com o suporte da tutoria de campo ao longo deste processo. Ao final da residência, o profissional estará preparado para atuar no mercado de trabalho, possuindo um amplo conhecimento na área de especialidade. Os residentes contam com bolsas de estudos no valor definido pelo Ministério da Educação.

Podemos contribuir com campo de estágio externo para as residências multiprofissionais, para valorizar o desenvolvimento e capacitação dos residentes, sempre priorizando o padrão de excelência e a qualidade da formação.

Não menos importante foi, e continua sendo, o investimento marcante em pesquisa básica e aplicada. Dezenas de cientistas e alunos de graduação e pós-graduação trabalham na Instituição em projetos de diversas áreas, utilizando uma estrutura composta de laboratórios, biotério, comitês de ética, núcleo de estatística, serviços de apoio ao pesquisador e biblioteca.

O reconhecimento externo nesse campo é crescente e o sistema de pesquisa já conta com financiamento significativo a partir de agências públicas de fomento e entidades internacionais, na forma de bolsas de estudo e auxílios à pesquisa. Como resultado, publicações e citações crescem ano a ano. Este espírito de curiosidade e busca pelo novo permeia toda a instituição e é automaticamente transferido para as práticas educativas e assistenciais.

Desta forma, no ano de 2014 iniciamos as atividades de **pós-graduação stricto sensu**, com o **Programa Mestrado e Doutorado Acadêmico em Medicina I** e Programa Mestrado Profissional em Enfermagem. Em 2018 foi aprovado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) o **Programa Mestrado Profissional em Ensino na Saúde**, com início da primeira turma em 2019.

Em 2013 a "Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE – código MEC 790)" teve seu nome alterado para "Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE - código MEC 790)"; um nome mais abrangente e capaz de abrigar outros cursos de graduação além da Enfermagem.

Em 27 de agosto de 2014 foi publicado o Edital nº 5 do Ministério da Educação/Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (MEC/SERES), que tratava da habilitação para autorização de funcionamento de curso de Medicina em Unidade Hospitalar, e em 17 de setembro de 2014 iniciou-se o preenchimento da solicitação de autorização para o curso de Medicina da FICSAE. A comissão de avaliação

avaliou o programa com nota máxima, emitindo parecer favorável para a implementação do **Curso de Graduação em Medicina** e, em 02 de julho de 2015 foi emitida a portaria nº 504, publicada em 03 de julho de 2015 no Diário Oficial da União.

Consideramos ainda como um processo de expansão da missão institucional o de difundir conhecimento e desenvolver profissionais, com a possibilidade de acesso de toda a população brasileira aos conteúdos de nossa expertise, e o meio de chegar aos mais longínquos locais seria pelo caminho do Ensino a distância.

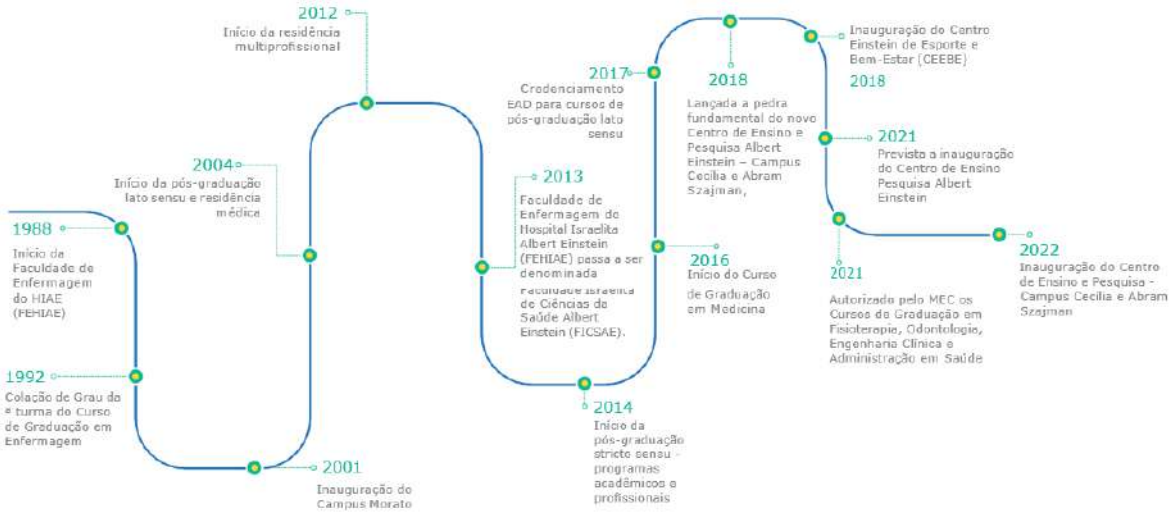
Desde 2018, com a publicação da portaria de credenciamento para oferta de pós-graduação na modalidade Ensino a Distância (EaD), portaria 940 de 13/09/2018, a FICSAE oferece cursos de pós-graduação lato sensu na modalidade EaD nas áreas de Gestão em Saúde, Gestão da Qualidade, Fisioterapia em Terapia Intensiva, Saúde Mental, Gerontologia, Experiência do Paciente entre outros títulos. Até 2022 mais de 1.100 alunos haviam concluído curso.

Entre 2020 e 2022, atendendo ao objetivo da SBIBAE em ampliar as atividades de Ensino e Pesquisa, com vistas a melhorar a prática médica e assistencial, o Ministério da Educação aprovou os cursos de graduação em Fisioterapia, Odontologia, Administração, Nutrição e Engenharia Biomédica. As turmas desses novos cursos já estão em andamento exceto o bacharelado em Nutrição que terá início em 2024.

A ampliação do número de vagas da graduação foi acompanhada pela extensão de infraestrutura da Unidade Morato, passando de 3460m² para 6063m² de área construída. Salas de aula e de estudo, laboratório, cantina, áreas de convivência interna e externa estão entre os novos espaços disponíveis.

Em 2022 foi inaugurado o Campus Cecília e Abram Szajman, localizado em frente ao Hospital Albert Einstein, com 44.000 m2 de área construída e capacidade para 6.300 pessoas. As instalações receberam as mais modernas tecnologias de suporte ao aprendizado e os melhores equipamentos de pesquisa. Mais do que um espaço físico para abrigar as atividades dos alunos da FICSAE dos pesquisadores do Einstein, a proposta é oferecer uma estrutura que represente a importância da ciência para a sociedade e o compromisso do Einstein com a disseminação desse conhecimento.

A Figura 2 abaixo resume as informações do Histórico e Desenvolvimento da FICSAE:



Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Figura 2. Histórico e Desenvolvimento da FICSAE

12 OUTRAS INICIATIVAS DO ENSINO EINSTEIN | TAMBÉM COM ALTA ADERÊNCIA AO PROJETO HOSPITAL ESCOLA

12.1 Cursos de curta duração à distância - modalidade autoinstrucional

O EaD do Ensino Einstein proporcionará o conhecimento e a experiência necessários para impulsionar a carreira e melhorar a empregabilidade do profissional. Nossos cursos de curta duração EaD destacam-se pela excelência da marca Einstein e tem como base quatro pilares: competência, qualidade, colaboração e aprendizado dirigido por situações reais. Tudo isso com a praticidade de poder estudar onde estiver.

Os cursos à distância na modalidade Autoinstrucional ocorrem da seguinte forma: o conteúdo ficará disponível por um período e o aluno acessará de acordo com seu ritmo de aprendizagem e sua disponibilidade de tempo, com autonomia e independência por meio de material autoexplicativo e sem o acompanhamento de um tutor.

Os conteúdos reúnem as melhores e mais atualizadas informações sobre os assuntos.

Os cursos de atualização são ideais para aqueles que desejam melhorar sua performance/habilidade em curto espaço de tempo e com investimento acessível.

12.2 Eventos científicos

O compartilhamento de conhecimentos e a disseminação de evidências científicas, boas práticas, novas tecnologias e cases de sucesso fazem dos fóruns, congressos e simpósios científicos promovidos pelo Ensino Einstein importantes eventos para o aprimoramento e a atualização de profissionais, professores e alunos da FICSAE das diversas áreas do setor de saúde. Disponíveis nas modalidades presencial e on-line, contribuem, ainda, para o relacionamento entre profissionais, onde quer que estejam, enriquecendo a troca de experiências.

Anualmente, a área elabora um calendário de eventos científicos com criteriosa seleção dos temas, de maneira a colocar em foco o que há de mais novo e relevante na área da saúde. Palestrantes nacionais e internacionais de prestígio em suas áreas de atuação asseguram a qualidade dos eventos e conteúdos efetivamente agregadores de valor aos participantes. No mínimo 10% das inscrições dos eventos são disponibilizadas para os alunos da FICSAE e é decisão do coordenador definir que turmas receberão a cortesia de acordo o tema. Especificamente na área da Educação, o Ensino Einstein promove o Simpósio Internacional de Educação, Simpósio Internacional de Simulação Realística.

Destaques:

- Em média 30 eventos científicos por ano;
- Mais de 12 mil participantes por ano;
- Modalidades: presencial e on-line;

12.3 Academia digital

Com o seu trabalho expandido ao longo de mais de seis décadas de existência, o Einstein consolidou-se como fonte de informações altamente confiável e serviços prontamente reconhecidos e respeitados no Brasil, na América Latina e no mundo. Para propagar todo o conteúdo produzido na Instituição, contribuindo para a educação continuada (*lifelong learning*) de profissionais da saúde, foi criada a Academia Digital Einstein. É uma plataforma digital multidisciplinar e multiprofissional, que apoia a comunidade de conhecimento, trazendo dinamismo e objetividade com credibilidade de conteúdo.

A Tecnologia vigente permite visualização aos Objetos Educacionais via desktop ou mobile, facilitando a navegação para o usuário em diferentes locais. Esse modelo de entrega de conhecimento (assistência, ensino e gestão) contribui aos colaboradores desenvolverem melhores práticas hospitalares e organização de fluxos através da educação de qualidade. A uniformização de condutas fortalece o adequado atendimento aos pacientes em diversos setores e a evolução da equipe hospitalar contribui para a segurança da atuação.

Voltada aos profissionais de Saúde, como Médicos, Profissionais de Enfermagem, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Dentistas e tantos outros, a Academia abrange mais de 60 áreas do conhecimento, além de outros temas relacionados ao setor, como Gestão em Saúde, Pesquisa, Educação e Ensino em Saúde, Responsabilidade Social, Transformação Digital e Inovação. O profissional pode buscar conteúdos de acordo com sua profissão ou ter conteúdos recomendados para a sua área de atuação/interesse

Algumas das características principais oferecidas são:

- Conteúdos atualizados de forma frequente;
- Produzido por Profissionais institucionais;
- Diferentes métodos de ensino;
- Participação em tempo real e possibilidade de interação.

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Figura 3. Academia Digital Einstein

Existem diversos métodos de ensino para a diversificação do conteúdo ao colaborador. Cenários práticos envolvendo equipamentos reais, com demonstrações claras e diretas, assim como conteúdos detalhados e profundos fazem parte deste arsenal. Questões diversas para o treinamento e reuniões científicas internas também são parte da oferta educacional.

A Academia Digital Einstein possui um sistema de gerenciamento de conteúdo que permite a criação, edição, controle e publicação de materiais de ensino de forma organizada e segmentada por público-alvo, contribuindo para a busca inteligente de conteúdo. Toda essa experiência da SBIBAE com essa extensa etapa de planejamento e estruturação, desde a definição, padronização de métodos de ensino e produção do conteúdo, além da definição da arquitetura/organização do repositório poderão ser também replicados.

12.4 Plataforma de atualização médica personalizada

Usando a tecnologia como aliada do ensino, a Atualização Médica Personalizada Einstein é um recurso diferenciado para médicos que buscam soluções mais inteligentes e flexíveis para se manterem atualizados. Por meio de aplicativo e versão web, os conteúdos estão permanentemente disponíveis e podem ser acessados por celular e qualquer outro dispositivo móvel de qualquer lugar e no momento que for mais conveniente para o profissional. Produzido por mais de 80 profissionais do corpo clínico do Einstein, o conteúdo abrange mais de 20

especialidades, com quase 200 temas. Todo o material foi estruturado com base no conceito de Ensino Adaptativo (Adaptive Learning), um método inovador que gera recomendações automáticas e personalizadas de caminhos de aprendizagem, baseadas nas lacunas de competência (ou nas dúvidas) apresentadas pelo aluno durante o uso da solução.

Destaques:

- Conteúdo interativo, com casos clínicos, vídeos, imagens ilustrativas e infográficos;
- Planejamento didático e pedagógico que facilita a retenção das informações;
- Rota de estudos personalizada, com o objetivo de suprir lacunas de conhecimento;
- Disponível em App (Android e iOS) e versão web.

Conforme apresentado, a SBIBAE é verdadeiro sistema autossustentável de saúde, com ensino, pesquisa e assistência nos níveis primário, secundário e terciário, qualidade e tecnologia de ponta.

12.5 Atividade prática profissional – internato e estágio curricular

Na FICSAE, a relação teoria-prática é considerada um eixo fundamental para a produção do conhecimento e está presente desde os primeiros períodos do curso, mediante atividades práticas incluídas na carga horária dos diferentes componentes curriculares. Tem por objetivo oportunizar ao discente a realização de atividades práticas em situações reais de trabalho, enquanto componente da formação profissional, seja pelo desenvolvimento da competência técnico-científica, seja pelo compromisso político-social frente à sociedade.

12.6 Internato

No curso de Medicina da FICSAE, o internato foca na formação integral do estudante, capacitando-o para uma atuação consciente, de liderança, de gestão do próprio crescimento e trabalho e para a excelência no exercício da Medicina. O aluno tem contato com o paciente desde sua primeira semana de aula. E, depois de passar pelo amadurecimento de experiências de intensas trocas em grupo, de estudos direcionados do conteúdo, de vivência junto às famílias assistidas, de construção de pensamento crítico, de habilidades psicossociais, técnicas e de trabalho, o aluno estará apto para imergir no estágio supervisionado.

O internato ocorre nos cinco semestres finais do curso. Cada estágio corresponde a uma das cinco áreas básicas: Pediatria, Saúde da Mulher, Medicina Interna, Medicina da Família e Clínica Cirúrgica.

Ao final do Internato, espera-se que os formandos tenham desenvolvido competências que os permitam executar suas atividades profissionais com independência e segurança. Elas são denominadas *Entrustable Professional Activities* (EPAs*)*. A principal motivação para a aplicação desses critérios é a segurança do paciente. Temos a responsabilidade de promover o desenvolvimento profissional de forma segura, progressiva e entregar à sociedade médicos bem formados, com base científica sólida e com competências socioemocionais bem desenvolvidas.

12.7 Estágio curricular

A FICSAE oferece aos discentes estágios curriculares nas diversas áreas do ciclo profissional, oportunizando ampla correlação teórico-prática durante o desenvolvimento das atividades, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos.

Durante o estágio curricular o discente tem a oportunidade de vivenciar problemas reais, desenvolver atividades práticas e exercer o raciocínio crítico, utilizando recursos teóricos previamente aprendidos para solução dos problemas enfrentados, sempre orientado e supervisionado por docente especializado na área onde é realizado o estágio.

Os princípios que norteiam os estágios curriculares da FICSAE são baseados nas recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais e Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre estágio de estudantes.

A FICSAE preocupa-se em oferecer um espaço de aprendizagem onde o material a ser aprendido seja potencialmente significativo para ele e relacionado à sua estrutura de conhecimento. Por sua vez, o aprendiz manifesta uma disposição de relacionar o novo material de maneira substancial e não arbitrária à sua estrutura cognitiva.

A instituição utiliza, para o estágio e atividades práticas em clínicas internas, acordos com outras instituições nacionais ou internacionais (privadas, filantrópicas ou públicas), conforme protocolos devidamente firmados. Atualmente, a FICSAE dispõe do Centro de Simulação Realística (CSR), Centro de Cirurgia (CETEC), Centro de Pesquisa Experimental (CPE), Ambulatórios e as clínicas destinadas para a prática de odontologia e fisioterapia.

Com relação aos laboratórios, a FICSAE conta com espaços especializados para a prática da excelência clínica. Os laboratórios de biotecnologia, bioengenharia, odontologia digital, cinesiologia asseguram a qualidade dos novos cursos de graduação.

Os estágios curriculares supervisionados da FICSAE têm como premissa a segurança do paciente, família, discente e docentes, instituídas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

O estágio curricular, quando previsto, é realizado ao longo dos cursos de graduação, como um componente curricular oferecido conforme as exigências das Diretrizes Curriculares

Nacionais (DCN) de cada curso. Dessa forma, terá sua carga horária e validade definidas no projeto pedagógico do curso e em regulamentação específica.

O Einstein mantém parcerias públicas com hospitais e unidades de saúde. A parceria inclui, entre outros aspectos, o gerenciamento dessas unidades.

12.8 Atividades de extensão

Na FICSAE a Extensão está integrada à matriz curricular do curso, de forma interdisciplinar e tem como objetivos expandir a interação entre a IES e a comunidade externa, contribuir para a formação de profissionais-cidadãos aptos a responder à melhoria das condições sociais da comunidade externa e preparar para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Possibilitam uma interação transformadora entre a IES e a sociedade, influenciando a vida das pessoas para além dos muros da faculdade.

Na Extensão, as intervenções junto à sociedade ocorrerem em diferentes formatos para atender as características das diferentes atividades. Dessa forma, podem ocorrer na forma de programas, projetos, cursos, oficinas, eventos e prestação de serviços.

Com relação à comunidade externa a ser impactada pelas Atividades de Extensão, é importante contextualizar as parcerias público privadas já existentes entre a mantenedora, SBIBAE, e a área pública. Por meio desta parceria, o Einstein gerencia 27 unidades do SUS em São Paulo, sendo 2 hospitais, 14 UBS, 2 unidades de AMA, uma AMA de Especialidades, 2 UPA, 3 CAPS e 2 SRT.

A SBIBAE, por meio do IIRS, ainda presta auxílio a milhares de crianças na comunidade de Paraisópolis, na cidade de São Paulo. O PECP atua na prevenção e promoção da saúde de crianças que vivem em uma região de média vulnerabilidade da cidade de São Paulo.

As parcerias institucionais apresentadas acima permitem o exercício de atividades interprofissionais, essenciais para a saúde de pessoas, grupos sociais e populações. Garantem a concretização do tripé ensino-pesquisa-inovação, por meio da Extensão, em sua articulação teórica e prática, na integração do ensino e serviço com participação social.

A Extensão tem papel de destaque na construção de um novo paradigma de conhecimento e na ampliação dos vínculos sociais, adquiridos no contato com a comunidade e contribuindo para a existência de uma solidariedade ética que rejeita as desigualdades e respeita a diversidade.

Entre os projetos já implantados encontram-se o projeto Você Conhece o SUS?, Mutirão da Saúde em Carapicuíba, Treinamento de Agentes Indígenas de Saúde na Terra Indígena

Wajãpi, Treinamento no Primeiro Atendimento – Suporte Básico de Vida e Educação e Saúde nas Doenças Crônicas.

O Mutirão da Saúde, por exemplo, implementado na FICSAE em 2018, em parceria com a ONG Adote Saúde, tem como objetivo apoiar ações na área da Saúde e Educação em entidades sociais e escolas públicas das regiões de Carapicuíba e Cotia. Possui três programas: Acuidade Visual, Mutirão da Saúde e o Programa Saúde Bucal.

Com relação ao projeto de Educação em Saúde, estudos comprovam que ações sistematizadas de educação em saúde aumentam a adesão a comportamentos saudáveis em até 30% da população alvo. Além disso, as ações educacionais ocupam um papel central na promoção da saúde com o objetivo de viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução dessas doenças e seus fatores de risco e do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônico não Transmissíveis (DCNT). Utilizando a expertise de saúde, o Ensino Einstein atua, de forma extensionista, na Educação em Saúde na Atenção Primária nas UBS e gerida pelo Einstein e nos Hospitais Públicos parceiros.

O Projeto de Extensão Suporte Básico de Vida, tem como objetivo capacitar estudantes da Educação Básica para prestarem os primeiros atendimentos às vítimas acometidas por engasgo, queda, desmaio e parada cardiorrespiratória. As atividades podem ocorrer na própria Escola, quando há um espaço adequado, ou nos Laboratórios da FICSAE. Os estudantes da Educação Básica a serem impactados pertencem atualmente à comunidade de Paraisópolis e região do Campo Limpo.

Outros projetos de extensão deverão ser criados, por demanda da SBIBAE ou da própria FICSAE, sempre atendendo as demandas da sociedade.

13 POLÍTICAS INSTITUCIONAIS PARA O ENSINO

Ao se tratar das políticas de ensino na SBIBAE, o primeiro compromisso institucional é com a qualidade dos programas ofertados. Nada justifica uma atividade de ensino na FICSAE que não seja planejada, executada e avaliada senão pela ótica do melhor programa que se possa oferecer.

Assim, seja por meio de um projeto pedagógico e currículo planejado, a contratação de professores e equipe de apoio corporativo, a construção de um espaço físico adequado, a aquisição de materiais e equipamentos e uma gestão voltada para o cliente-aluno em primeiro lugar, os indicadores de qualidade permeiam todas as nossas ações.

Um segundo ponto refere-se m expertise institucional. Todas as propostas devem ser coerentes com as competências e atividades realizadas no dia a dia pela SBIBAE. O Projeto

Pedagógico de Curso (PPC), desde sua concepção, consideram estes pontos e norteiam as atividades educativas no âmbito do curso, garantindo os diferenciais da nossa instituição.

Acredita-se fortemente que os cursos oferecidos devem ter como premissa vital, o componente teórico associado à atividade prática. Não deve haver gaps entre a teoria e a prática. Deve-se criar um ambiente para o engajamento dos alunos no seu processo de aprendizado, selecionando e implementando metodologias de ensino que o favoreçam. Da mesma forma, deve-se proporcionar condições para o desenvolvimento de cidadãos éticos e socialmente responsáveis, incluindo a formação temas pautados na responsabilidade social, sustentabilidade e direitos humanos.

Os cursos aprovados internamente e pelos órgãos de ensino devem ser acompanhados continuamente, a fim de privilegiar o nosso centro de ações e principal ator neste cenário: o aluno da FICSAE. Com esta premissa, a instituição atualiza e revisa continuamente os projetos pedagógicos dos cursos, com base nas avaliações institucionais, nas diretrizes curriculares nacionais e no resultado das avaliações externas.

Um curso, seja ele qual for, deve ter em mente que a formação profissional que se constrói deve sempre zelar pelo pensamento crítico e espírito investigativo. Esses focos garantem não só uma formação sólida do profissional que concluiu o curso, mas também uma formação contínua, tendo em vista que o aluno, será capaz de sempre se atualizar e, com isso, exercer de forma plena sua profissão.

14 POLÍTICAS PARA PESQUISA

A Política de Pesquisa e Inovação Tecnológica referencia-se por indicadores quantitativos e qualitativos e segue as seguintes premissas:

- Desenvolvimento de pesquisas nas áreas definidas pela instituição como prioritárias;
- Estímulo à pesquisa que resulte em geração de propriedade intelectual, melhoria de processos e/ou impacto em saúde pública, aumentando os indicadores ampliados da pesquisa e da produção técnica e tecnológica;
- Parcerias com os principais Centros de Pesquisa em Saúde do Brasil e do exterior para atuar em questões relevantes para o país;
- Apoio as iniciativas de pesquisa, criando um ambiente que propicie a retenção de talentos, cujos interesses incluam a pesquisa e a docência em nível de pós-graduação;
- Desenvolvimento de programas de pós-graduação stricto sensu, de acordo com as diretrizes e interesses científicos da Sociedade;
- Captação de recursos em parceria com a indústria estabelecida e startups da área para o desenvolvimento de pesquisa aplicada no cuidado da saúde.

14.1 Programa de iniciação científica

Os alunos de graduação da FICSAE serão constantemente estimulados a desenvolver atividades dentro do eixo pesquisa-ensino-inovação-assistência-extensão, sob a forma de programas de iniciação científica e extensão.

O Programa de Iniciação Científica da FICSAE tem como objetivos: despertar a vocação científica e incentivar novos talentos entre estudantes de graduação orientados por pesquisadores qualificados, por meio da aprendizagem de técnicas e métodos de pesquisa; estimular o desenvolvimento do pensamento científico e da criatividade, decorrentes das condições criadas pelo confronto direto com os problemas de pesquisa; propiciar à Instituição um instrumento de formulação de política de pesquisa para a iniciação científica na graduação.

O projeto de pesquisa, para ser incluso no Programa de Iniciação Científica, deve ser submetido à aprovação dos membros da Comissão do Programa de Iniciação Científica da IES, composta por membros da Diretoria de Ensino e de Pesquisa, além de membros do corpo docente.

O IIEP fornece bolsas de iniciação científica por meio de processos seletivos que possuem alguns critérios de elegibilidade, dentre eles, apresentar bom desempenho acadêmico, evidenciado pelo histórico escolar.

14.2 Núcleo de apoio ao pesquisador – NAP

O Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP), vinculado ao IIEP, apoia alunos e docentes da FICSAE no desenvolvimento do seu projeto de pesquisa. As atividades incluem os serviços de estatística para as análises de cálculo amostral durante o planejamento e escrita do projeto, além da análise de dados dos projetos já aprovados e em fase de encerramento no sistema de gerenciamento de projetos de pesquisa. A atuação abrange, ainda, o processo de submissão de propostas para solicitação de financiamento das agências de fomento e o gerenciamento dos recursos concedidos, além da divulgação de chamadas e editais específicos para pesquisa.

14.3 Desenvolvimento e aplicação de pesquisas

O Mestrado Profissional (MP) é uma modalidade de Pós-Graduação stricto sensu voltada para a capacitação de profissionais, nas diversas áreas do conhecimento, mediante o estudo de técnicas, processos, ou temáticas que atendam a alguma demanda do mercado de trabalho.

Seu objetivo é contribuir com o setor produtivo nacional no sentido de agregar um nível maior de competitividade e produtividade a empresas e organizações, sejam elas públicas ou privadas.

O Mestrado Profissional em Enfermagem tem como área de concentração Práticas Profissionais em Saúde e Enfermagem e duas linhas de pesquisa, sendo elas: Cuidar em Saúde e Enfermagem e Educação em Saúde e Enfermagem. O Mestrado Profissional em Ensino em Saúde tem como área de concentração "Ensino em Saúde" e duas linhas de pesquisa: Currículo, Docência e Ensino na Saúde e Práticas de Ensino na Saúde.

Desde 2014, quando iniciou o programa, mais de 130 dissertações foram defendidas e seus resultados publicados e aplicados nas áreas onde os estudos foram desenvolvidos, gerando impacto para a equipe de saúde e, principalmente, aos usuários do sistema.

Abaixo alguns exemplos da aplicação da pesquisa e seus resultados:

Quadro 5. Mestrado Profissional - Aplicação da pesquisa e seus resultados

Tema	Título	Artigos publicados	Impacto na prática
Saúde da Criança e do Adolescente	Adaptação cultural do instrumento de avaliação do aleitamento materno para língua portuguesa: "latch".	1. Revista Acta Paulista (2017): https://doi.org/10.1590/1982-0194201700032 2. Revista Acta Paulista (2022): https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03181	Adoção da Escala em Hospital público e privado de São Paulo e Goiânia.
Qualidade de Vida	A dor do paciente com transtorno afetivo bipolar atendido no CAPS Adulto III Paraisópolis.	Revista Latino Americana de enfermagem (2021): http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4737.3463	
Agravos Agudos e Críticos à Saúde	Elaboração e validação de protocolo institucional para acionamento e instalação da circulação extracorpórea durante a parada cardiorrespiratória.	Defesa em 2023. Artigo Submetido	
Agravos Agudos e Críticos à Saúde	Fatores associados à lesão por pressão em pacientes críticos com covid-19.	Defesa em 2023. Artigo Submetido	

...continua

...continuação

Agravos Agudos e Críticos à Saúde	Superioridade do cateter central de inserção periférica Bioflo® comparado ao Power Picc® quanto à incidência de trombose venosa profunda: ensaio clínico randomizado.		Impacto no processo de compra dos cateteres.
Agravos Agudos e Críticos à Saúde	Enfermeiros na triagem de pronto atendimento: autocompaixão e empatia.	1. Revista da Escola Anna Nery (2016):https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026 2. Rev Latino Americana de enfermagem (2019): https://doi.org/10.1590/1518-8345.3049.3151	
Saúde da Criança e do Adolescente	Estudo clínico, randômico e controlado sobre a utilização de tecnologia não invasiva (luz próxima ao infravermelho) comparada à técnica convencional para punção	JAVA (2021): https://doi.org/10.1590/1518-8345.3049.3151	Impacto direto no procedimento de punção venosa periférica em pacientes pediátricos

	de acesso venoso periférico em pediatria.		

...continua

...continuação

Atenção à Pessoa com Câncer	Consenso para prevenção de estenose vaginal em pacientes submetidas à radioterapia pélvica.	Plos One (2019): https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221054	Adoção do protocolo no ambulatório de oncologia do Hospital Albert Einstein. Artigo incluído nas páginas da Sociedade Brasileira de radioterapia.
Enfermagem Perioperatória	Tecnologia robótica no centro cirúrgico: perfil de pacientes e construção de		E-book adotado no hospital do estudo. Comercialização da obra.

	e-book para assistência de enfermagem.		
Gestão, Liderança e Educação corporativa	Liderança autêntica, tipos de personalidade e satisfação no trabalho: estudo com enfermeiros em um hospital privado.	Academia Digital Einstein (2021): https://academiadigital.einstein.br/oe/pesquisa?search=paula%20hirayama	
Tecnologia para o Cuidado	Validação do aplicativo Teleferidas® e utilização em pacientes com lesão	Aplicativo desenvolvido e disponível	

	por pressão .		

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Os exemplos acima demonstram a contribuição dos programas para a sociedade. O mestrado profissional do Einstein tem como meta expandir os estudos para outras instituições de saúde ampliando a abrangência e o impacto regional. Dessa forma novos estudos poderão ser desenvolvidos envolvendo o Hospital de Urgências de Goiás – DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), bem como necessidade do Plano de Saúde do Governo do Estado de Goiás, da mesma forma como já ocorre nos Hospitais Vila Santa Catarina e o Hospital M'Boi Mirim.

15 EDUCAÇÃO CORPORATIVA E PERMANENTE

A Educação Corporativa do Einstein tem por objetivo oferecer treinamento e capacitação aos profissionais de saúde para o desenvolvimento de suas competências, por meio de estratégias educacionais para promover uma assistência segura, efetiva e acolhedora aos pacientes em cenários reais e desafios de saúde. Pautada em competências e indicadores, tem por objetivo promover uma aprendizagem significativa e contínua de seus profissionais, vinculado aos propósitos, objetivos e metas da organização, contribuindo para qualidade e segurança da assistência.

Nos treinamentos ofertados, utiliza-se estratégias ativas e colaborativas de aprendizagem que visam envolver os aprendizes de forma mais ativa e participativa colocando-os como protagonistas do processo de aprendizagem, são alguns exemplos de estratégias: jogos educacionais, discussões de casos, rolle play, estação por rotação, prática monitorada, validações práticas, dentre outras.

Ao final dos ciclos de treinamentos acompanhamos alguns indicadores que auxiliam na tomada de decisões e no aprimoramento contínuo dos processos educacionais, são eles:

- Satisfação com os programas de treinamentos;
- NPS (Net Promoter Score): é uma métrica utilizada para medir a satisfação em relação a um produto ou serviço;
- Adesão aos programas de treinamentos;
- Hora de treinamento por profissional.

Para a obtenção dos dados e informações de treinamentos é recomendado adquirir uma Plataforma de Aprendizagem tecnológica eficiente e abrangente para gerenciar os processos educacionais, facilitar o aprendizado, e torná-lo mais acessível, efetivo e personalizado. Essa plataforma de Gerenciamento de Aprendizagem, tem por objetivo:

- Centralizar os conteúdos: serve como um repositório para armazenar e organizar materiais de aprendizagem.
- Acesso flexível: os alunos podem acessar os conteúdos a qualquer hora e de qualquer lugar, desde que tenham uma conexão com a internet.
- Acompanhamento do progresso: nele é possível registrar o progresso dos alunos, incluindo o tempo gasto em cada atividade, pontuações em avaliações e conclusão dos treinamentos.
- Acompanhamento e relatórios: os administradores do sistema podem acompanhar o uso do sistema e gerar relatórios para avaliar o impacto do treinamento ou do ensino. Isso auxilia na tomada de decisões e no aprimoramento contínuo dos conteúdos e processos educacionais.

I. Fases do Programa de Capacitação de Desenvolvimento das Equipes

Fase1	Fase2	Fase3
1. **Pré-implantação**	2. **Implantação**	3. **Pós-implantação**
1.1 Diagnóstico 1.2 Programa de Integração Institucional 1.3 Programas de Treinamentos Admissionais*: 1.3.1 Equipes Assistenciais 1.3.1.1Equipe de Enfermagem 1.3.1.2 Equipe Multiprofissional 1.3.2 Equipes de Atendimento e Apoio a assistência 1.4 Programas de atendimento de urgências e emergências** 1.4.1 BLS 1.4.2 Heartsaver	2.1 Jornada de aprendizagem a Beira Leito 2.1.1 Equipes de Enfermagem e Multiprofissional 2.2 Treinamentos de Equipamentos 2.3 Simulação insitu 2.4 Treinamento Legislativos 2.5 Treinamentos de Brigada de Incêndio 2.6Continuidade dos Programas de atendimento de urgências e emergências ** 2.6.1 ACLS 2.6.2 VAD Adulto	3.1 Trilhas de Aprendizagem 3.1.1 Institucional 3.1.2 Trilha de Fatores Humanos para Médicos 3.1.2.1 Comunicação 3.1.2.2 Consciência Situacional 3.1.2.3 Tomada de decisão 3.1.2.4 Trabalho em equipe 3.1.2.5 Gestão do risco e erro 3.2 Programas específicos 3.3 Treinamentos Setoriais 3.4 Formação de Instrutores 3.5 Manutenção dos programas da primeira e segunda fases 3.6 Continuidade dos Programas de atendimento de urgências e emergências** 3.6.1 ATCN 3.6.2 ATLS

		3.6.3 Urgências e Emergências Radiológicas 3.6.4 Punção Vascular Guiada por USG*** 3.6.5 Customizados Virtuais 3.6.5.1 Sepse Adulto 4.1 Programa de Desenvolvimento de Lideranças

* Customização conforme práticas assistenciais.

** Priorização para áreas quentes no início das operações.

*** Customização para atendimento das Unidades de Pronto Atendimento e Unidades de Terapia Intensiva.

Fase 1 – Pré-implantação

1.1 Diagnóstico:

O diagnóstico das necessidades de treinamento é uma estratégia que levanta as dificuldades, os desafios e identifica o status das competências e habilidades dos profissionais da organização. Esse processo poderá acontecer tanto individualmente, como por departamentos ou em toda a organização.

O diagnóstico das necessidades de treinamento ocorre conforme:

- Características da instituição.
- Competências críticas (organizacionais e individuais) da instituição.
- Descrição de normas, diretrizes. protocolos, políticas e procedimentos estabelecidos de acordo com os cargos e áreas da instituição.

1.2 Integração Institucional.

A Integração Institucional tem como objetivos:

- Proporcionar acolhimento e aculturamento aos novos profissionais em sua jornada inicial.

- Apresentar informações sobre a instituição, sua cultura e frentes de atuação, facilitando a conexão e o sentimento de pertencimento.
- Facilitar o acesso aos principais canais de comunicação para suporte durante toda a sua jornada.
- Transmitir conhecimento sobre o jeito Einstein de ser.
- Orientar quanto as primeiras etapas da sua rotina dentro da Instituição.
- Apoiar a adaptação e retenção do novo profissional.

A Integração Institucional, conta com o apoio de especialistas e referências institucionais, tem como objetivo ratificar o compromisso da instituição com o acolhimento dos novos profissionais, transmitir conhecimento sobre a cultura organizacional e fornecer informações associadas às políticas, normas e diretrizes institucionais. Essa iniciativa está associada à experiência do profissional e deve proporcionar aprendizado, fortalecendo a cultura organizacional e contribuindo para a retenção de talentos.

Conteúdo Programático:

- Boas-Vindas! - Integração Institucional
- Benefícios Institucionais - Integração Institucional
- Material de Apoio e Documentos Admissionais - Integração Institucional
- Nossa História - Integração Institucional
- Missão, Visão e Valores - Integração Institucional
- Programa de Diversidade e Inclusão - Integração Institucional
- Modelo de Atendimento Einstein, com Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos Detalhes - Integração Institucional
- Ética e Compliance - Manual de Ética - Integração Institucional
- Meio Ambiente e Sustentabilidade - Integração Institucional
- Segurança da Informação - Integração Institucional
- Política de Segurança da Informação - Integração Institucional
- LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados - Integração Institucional
- Prevenção e Controle de Infecção - Integração Institucional
- Segurança do Trabalho, Saúde Ocupacional e Meio Ambiente - Integração Institucional
- Noções Básicas de Prevenção e Combate a Incêndios
- Política de Biossegurança
- Avaliação de Reação - Integração Institucional

Público-alvo: Todos os profissionais recém-admitidos.

Periodicidade:

A Integração Institucional deverá ser realizada uma única vez, no início da jornada do profissional na instituição. Contudo, em caso de reingresso à instituição, o profissional deverá realizar a Integração Institucional novamente desde seu início.

1.3 Programas de Treinamentos Admissionais:

1.3.1 Programas de Treinamentos Admissionais Assistenciais

Os treinamentos admissionais assistenciais, tem por objetivo:

- Promover a integração dos profissionais assistenciais recém-admitidos na organização;
- Uniformizar as informações relacionadas aos padrões de prática assistencial, com foco em qualidade e segurança, considerando os aspectos relevantes de cada categoria profissional;
- Fornecer conhecimentos e treinar habilidades requeridas para o desempenho das competências técnicas e não técnicas da equipe assistencial.

O Programa de Treinamento Admissional Assistencial promove capacitação e o desenvolvimento das equipes assistenciais para a prestação de uma assistência de qualidade garantindo a segurança do paciente e profissionais. É um processo sistematizado, que visa fornecer conhecimento e habilidades técnicas e não técnicas, que serão necessárias em sua atuação.

1.3.1.1 Equipe de Enfermagem

O Programa está dividido por categoria profissional de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, estagiários, aprimorandos, residentes e profissionais da área promovidos de cargo).

Conteúdo Programático:

Os temas são definidos de acordo com as competências do cargo:

Temas - Enfermagem
Modelo de atendimento Assistencial
Modelo de atendimento humanizado ao paciente e família com Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos Detalhes
Prevenção de Infecção: higiene das mãos, precauções padrão e específicas
Metas Internacionais de Segurança do Paciente
Assistência de Enfermagem no controle da Dor

Assistência de Enfermagem ao paciente com Diabetes Mellitus: cuidados com hipo e hiperglicemia
Assistência de Enfermagem na prevenção de quedas em pacientes internados e externos
Manuseio de equipamentos médicos hospitalares: Bomba de infusão Medicação e Bomba de Infusão de Dieta Enteral
Processo de Administração de Medicamentos (EV/VO/SC/IM/SNE) com prática
Assistência de Enfermagem na Terapia Infusional – Conhecer e manipular os tipos de cateteres, praticar punção venosa periférica e cuidados com os cateteres venosos
Cuidados básicos de enfermagem na prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea em cateteres venosos
Manuseio e cuidados com materiais respiratórios: inaladores, máscara não reinalante, máscara de Venturi e cateter de oxigênio
Assistência de Enfermagem a pacientes em uso de Cateter Vesical de Demora e coleta de Urina pelo cateter
Assistência de Enfermagem na prevenção de Lesão por Pressão
Procedimento de Coleta de Exames Laboratoriais
Atendimento ao paciente em Parada Cardiopulmonar (PCR) - com prática de habilidades
Manuseio do Carro de Emergência e desfibrilador em RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar)

Temas transversais: Saúde de Colaborador, Educação do Paciente e Família, Descarte de Resíduos, Experiência do Paciente, Diversidade e Inclusão, Competências socioemocionais (comunicação, trabalho em equipe, consciência situacional).

Estratégias de treinamento: metodologias ativas, colaborativas, com práticas de habilidades e uso da estação por rotação, gameficação e cases situacionais.

1.3.1.2 Equipe Multiprofissional

O programa é disponibilizado a todos os profissionais da Equipe Multiprofissional que atuam na assistência ao paciente. Equipe multidisciplinar (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistente social, biomédicos, psicólogos, farmacêuticos, residentes e estagiários).

Conteúdo Programático:

Os temas são definidos de acordo com as competências de cargo e conforme política de conhecimentos requeridos.

Temas - Multidisciplinar
Modelo de atendimento humanizado ao paciente e família com Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos Detalhes
Prevenção de Infecção: higiene das mãos, precauções padrão e específicas
Metas Internacionais de Segurança do Paciente
Procedimento de Aspiração de vias aéreas - **Fisioterapeutas**
Assistência em Prevenção de Queda de pacientes internados e externos

Temas transversais: Saúde de Colaborador, Educação do Paciente e Família, Descarte de Resíduos, Experiência do Paciente, Diversidade e Inclusão, Competências socioemocionais (comunicação, trabalho em equipe, consciência situacional).

1.3.2 Programa de treinamento Admissional Equipe de Atendimento e Apoio a assistência

O Treinamento Admissional de Atendimento é aplicado no primeiro dia do profissional na Instituição, para todos da equipe de atendimento e apoio assistencial de níveis auxiliar e técnico. Possui carga horária de 03 horas e tem como principais objetivos:

- Apresentar o Modelo de atendimento humanizado ao paciente e família com Segurança, Paixão em Servir e Atenção aos Detalhes.
- Trabalhar competências socioemocionais, como: empatia, comunicação e gestão de conflitos.
- Definir a importância da Experiência do Paciente, enfatizando seu impacto na satisfação do paciente e família.
- Conscientizar sobre a relevância da apresentação pessoal e postura no atendimento ao paciente.

1.4 Programas de atendimento de urgências e emergências

O princípio norteador do plano de capacitação dos profissionais está pautado numa Política de Qualificação: médica, de enfermagem e multidisciplinar e que tem por objetivo manter e atualizar os conhecimentos e habilidades dos profissionais que exercem funções assistenciais, desenvolvendo suas competências a fim de contribuir positivamente para os resultados de saúde dos pacientes.

Essas políticas devem descrever uma relação de treinamentos mínimos obrigatórios de acordo com a especialidade ou descrição do cargo assistencial que o profissional de saúde

exerce. Uma das premissas preconizadas é que os profissionais realizem os treinamentos mínimos requeridos em até 60 dias após a contratação para sua atuação e, uma vez realizado, a requalificação deverá acontecer com uma periodicidade regular mínima de dois anos e que varia de acordo com as regras exigidas por cada curso.

Este currículo pode ser definido por um comitê composto pelo Departamento de Práticas Médicas e Assistenciais, Educação Corporativa e Continuada, gestores das áreas assistenciais e diretoria técnica, que analisam indicadores e resultados assistenciais importantes das unidades, entre outras informações, que auxiliem na identificação de prioridades e permitam o acompanhamento contínuo de resultados.

Abaixo seguem as temáticas que serão abordadas na primeira fase de pré-implantação do projeto.

1.4.1 Basic Life Support | BLS (Suporte Básico de Vida)

Descrição: Capacitar profissionais de saúde no atendimento de urgências e emergências com o intuito de reduzir a morte e a incapacitação por doenças cardiovasculares. Ao final do curso, se aprovado, o aluno receberá uma carteirinha de certificação Internacional em Suporte Básico de Vida pela *American Heart Association,* válida por 2 anos.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Cadeia de sobrevivência de adultos e verificação e segurança do local
- Aspectos básicos da RCP em adultos e aprendizado das técnicas de RCP: compressão e ventilação e uso de BVM
- Sessão prática de RCP com 1 socorrista
- Uso do DEA e situações especiais do uso do DEA
- RCP adulto com 2 socorristas, uso do DEA.
- Dinâmica em equipe e times de alto desempenho, prática de fração de compressão
- Suporte básico de vida em pediatria
- RCP em crianças com 2 socorristas
- Introdução de RCP em lactentes
- Compressões em lactentes com 1 socorrista
- Ventilação com bolsa-válvula-máscara em lactentes
- Sessão prática de RCP com 2 socorristas em lactentes
- Considerações especiais: RCP com via aérea avançada e ventilações de resgate
- Obstrução de vias aéreas em adultos, crianças e lactentes, responsivos e não responsivos

Temas Transversais:
Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Equipe Multiprofissional, Médicos de família e demais especialidades médicas que não possuem atuação em unidades críticas.

Periodicidade: Bienal.

Estratégia Educacional:
Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pré (não é critério de aprovação) e pós-teste (aprovação mediante 84% de acerto).
- **Prática de habilidades:** Avaliação individualizada de um atendimento.

Por meio das avaliações os profissionais receberão *feedback's* sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

1.4.2 Heartsaver | Primeiros Socorros

Descrição: Tem como objetivo proporcionar aprendizado para pessoas que não possuem formação na área da saúde sobre aspectos básicos dos primeiros socorros. Ao final do curso, os participantes estarão aptos a reconhecer situações de emergência potencialmente fatais, realizar RCP e manobras de desobstrução das vias aéreas de forma segura, além de saber utilizar o desfibrilador externo automático (DEA). Se aprovado, o aluno receberá uma carteirinha de certificação internacional em Primeiros Socorros pela *American Heart Association*, válida por 2 anos.

Conteúdo Programático:
Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Introdução aos princípios e conceitos fundamentais dos primeiros socorros;
- Identificação e compreensão de diferentes situações de emergência que podem ser potencialmente fatais;
- Técnicas de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)
- Uso de Desfibrilador Externo Automático (DEA);

- Aprendizado das manobras adequadas para desobstruir as vias aéreas em casos de engasgamento ou asfixia, evitando complicações mais graves.

Temas Transversais:
Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Colaboradores não assistenciais que não prestam cuidado direto ao paciente e que não possuem acesso imediato a equipe assistencial.

Periodicidade: Bienal.
Estratégia Educacional:
Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais e promover a troca de experiências.

Avaliação:

- **Prática de habilidades:** Avaliação individualizada de um atendimento.

Por meio da avaliação os profissionais receberão feedbacks sobre seu desempenho nas atividades de aprendizagem a fim de aprimorar seu desenvolvimento profissional.

Fase 2 – Implantação

2.1 Jornada de aprendizagem a Beira Leito – Equipe de Enfermagem e Multiprofissional
Esse programa de treinamento tem por objetivo capacitar os colaboradores assistenciais em seu ambiente de trabalho com acompanhamento a beira leito, potencializando as competências técnicas e não técnicas, favorecendo o desempenho das atividades, aprimorando a consciência situacional e qualidade e segurança, promovendo segurança psicológica e contribuindo como uma barreira em situações de riscos e eventos adversos.
É um treinamento mediado pela prática de acompanhamento à beira-leito. Este modelo de capacitação contribui para o aprendizado contínuo com foco na segurança e qualidade do cuidado ao paciente, com suporte e orientação nos procedimentos executados pelos profissionais assistenciais.
2.2 Treinamentos de Equipamentos
O objetivo da capacitação da equipe assistencial no manuseio de equipamentos hospitalares utilizados nas áreas da instituição é:

- **Proporcionar a Segurança do paciente:** a utilização adequada dos equipamentos médicos assegura a segurança dos pacientes, minimizando o risco de erros ou acidentes durante os procedimentos.
- **Proporcionais a Qualidade do atendimento:** profissionais conseguem operar os equipamentos de forma eficiente, garantindo um atendimento de qualidade.
- **Reduzir erros:** evita erros no uso dos equipamentos, o que pode prevenir complicações e eventos adversos.
- **Manter e conservar os equipamentos:** proporcionar a manutenção adequada, aumentando a vida útil dos dispositivos.

- Desfibriladores, monitores, bombas de infusão de medicamentos, ventiladores, bomba de infusão de dieta, equipamentos cardíacos, equipamentos de monitorização cerebral, hemodiálise contínua e intermitente.

2.3 Simulação *in situ:*

A simulação *in situ* tem por objetivo: testar fluxos e sistemas, treinar equipes multiprofissionais no ambiente real de atendimento, testar novas estruturas e áreas, ser uma ferramenta de qualidade para detecção de ameaças latentes de segurança, treinar atendimento de emergências, treinar uso de equipamentos, procedimentos, habilidades técnicas e não técnicas e manutenção contínua de habilidades. São elaborados cenários de acordo com os temas alinhados com as referências, utilizamos a metodologia da simulação realística com atores e simulador de alta fidelidade, sendo assim, é possível verificar o atendimento realizado pela equipe. As oportunidades de melhoria encontradas nestes cenários simulados são analisadas pelas lideranças junto a equipe a fim de desenvolver continuamente os profissionais, visando a promoção de uma assistência segura e de qualidade.

2.4 Treinamentos Legislativos

Os treinamentos legislativos visam atender às exigências estabelecidas em legislações e normas regulamentadoras (NRs). Esses treinamentos têm como objetivo principal promover a conscientização, informar e preparar os colaboradores para agirem em conformidade com as regras e diretrizes legais relacionadas à segurança, saúde, meio ambiente e outras áreas relevantes.

Tema	Descrição

NR10-Formação e reciclagem de eletricistas	Realizada a cada 2 anos e destinada aos profissionais que atuam em elétrica
SEP	Realizada a cada 2 anos e destinada aos profissionais que atuam em serviços elétrico de potência
NR 11	Realizada anualmente e destinada aos profissionais que atuam com transpaleteira elétrica
NR12-equipamentos	Realizada anualmente e destinada aos profissionais que operam máquinas e equipamentos.
NR13-Caldeiras e vasos de pressão	Realizada anualmente e destinada aos profissionais que operam caldeiras, autoclaves e/ou vasos de pressão
NR33-Espaço confinado	Realizada anualmente e destinada aos profissionais que realizam serviços em espaços confinados
NR35-Trabalho em Altura	Realizada a cada 2 anos e destinada aos profissionais que realizam trabalhos em altura
Reciclagem de bombeiro civil	Realizado anualmente, com carga horária de 40 horas por meio de consultoria especializada
Reciclagem de vigilantes e inspetores	Realizado a cada 2 anos, com carga horária de 50 horas por meio de consultoria especializada

2.5 Treinamentos de Brigada de Incêndio

O treinamento da Brigada de Incêndio tem como principais objetivos capacitar os profissionais para prevenir e combater o princípio de incêndios, realizar o abandono seguro de área e fornecer primeiros socorros em caso de sinistros. Essa preparação visa garantir que os profissionais estejam prontos para agir de forma segura e eficiente em situações de emergência. O público-alvo do treinamento é definido pelos Bombeiros da Instituição, que realizam um dimensionamento das áreas para identificar a quantidade de profissionais a serem treinados. O treinamento é conduzido em parceria com uma consultoria externa, seguindo as diretrizes e normas do Corpo de Bombeiros.

O treinamento é oferecido em duas modalidades: Formação e Requalificação. A Formação é realizada apenas uma vez na jornada do profissional na Instituição e ocorre em campo externo,

com duração de 8 horas. A requalificação é realizada anualmente após a conclusão da formação inicial e tem duração de 4 horas.

2.6 Continuidade dos programas de atendimento de urgências e emergências

Para dar continuidade aos programas de atendimento de urgências e emergências, seguem abaixo as temáticas que serão abordadas na segunda fase de implantação do projeto.

2.6.1 *Advanced Cardiac Life Support* | ACLS

Descrição: Aperfeiçoar habilidades no atendimento a pacientes que apresentam emergências cardiovasculares como: arritmias, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e situações de parada cardiorrespiratória. Ao final do curso, se aprovado, o aluno receberá uma carteirinha de certificação internacional em Suporte Avançado de Vida em Cardiologia pela *American Heart Association*, válida por 2 anos.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- RCP de alta qualidade em crianças, usando DEA em lactantes;
- Reconhecimento de pacientes que precisam ou não de intervenção imediata;
- Reconhecimento precoce da PCR e início da RCP dentro dos primeiros 10 segundos;
- Dinâmica de equipe da ressuscitação;
- Diferenças entre desconforto e insuficiência respiratória;
- Intervenções para desconforto e insuficiência respiratória;
- Diferenças entre choque compensado e hipotensivo;
- Intervenções para o tratamento precoce do choque;
- Diferenças entre pacientes estáveis e instáveis com arritmias;
- Características clínicas de pacientes com arritmias;
- Cuidados pós-PCR;
- Acesso intraósseo.

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Médicos, médicos residentes, enfermeiros e fisioterapeutas que, conforme política, atuam em atendimento às urgências e emergências cardiovasculares.

Periodicidade: Bienal.

Estratégia Educacional:

Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pré (não é critério de aprovação) e pós-teste (aprovação mediante 84% de acerto).
- **Habilidades práticas:** Avaliação prática do líder em um atendimento.

Por meio das avaliações os profissionais receberão *feedback's* sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

2.6.2 Via Aérea Difícil Adulto

Descrição: Apresentar o protocolo, os materiais utilizados e medicamentos a fim de capacitar os profissionais no reconhecimento da Via Aérea Difícil em pacientes adultos e apoio à tomada de decisão.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Otimização laringoscópica e videolaringoscopia
- Fastrack, tubo laríngeo, airQ e máscara laríngea
- Cricotireoideostomia por punção e VJTT
- Ventilo, mas não intubo
- Não ventilo e não intubo

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), gestão do risco e erro, trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Médicos e Residentes que atuam em atendimento às urgências e emergências respiratórias.

Periodicidade: Bienal.

Estratégia Educacional:

Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pós-teste (aprovação mediante 70% de acerto).

- **Avaliação de habilidades:** Validação Prática de habilidade técnica.

Por meio da avaliação os profissionais receberão *feedback's* sobre seu desempenho nas atividades de aprendizagem a fim de aprimorar seu desenvolvimento profissional.

Fase 3 – Pós-implantação

3.1 Trilhas de Aprendizagem

As Trilhas de aprendizagem constituem um conjunto integrado e sistemático de soluções de aprendizagem ou programas educacionais, utilizando múltiplos formatos e estratégias educacionais que visa o desenvolvimento de competências individuais (conhecimentos, habilidades e atitudes) requeridas para o desempenho dos colaboradores no dia a dia, viabilizando alcance do objetivo estratégico da Sociedade.

3.1.1 Trilha Institucional: ela deve ser disponibilizada a todos os colaboradores e tem como proposta propagar a cultura e os saberes fundamentais da Sociedade de forma a proporcionar aos colaboradores conhecimentos sobre aspectos da organização alinhados aos objetivos estratégicos. Está pautada em três eixos, a saber: • Princípios e Valores; • Cultura de Segurança; e • Experiência do Paciente e Colaborador.

Utilizamos metodologias ativas e colaborativas de aprendizagem, com a utilização do formato de ensino a distância, presencial ou híbrido, com o uso de um **Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA**). Desse modo, a ofertamos possibilidades e vantagens de ambas as metodologias, visando aprimorar os processos de desenvolvimento e treinamentos dos colaboradores.

3.1.2 Trilha de Fatores Humanos para Médicos:

Aprimorar competências socioemocionais dos profissionais médicos por meio de pilares essenciais que abordam as temáticas de comunicação (paciente/familiar/equipe), consciência situacional, gestão de risco e erro, trabalho em equipe e tomada de decisão. O objetivo é contribuir de forma efetiva com a segurança do paciente, promovendo acolhimento e empatia nos cenários desafiadores de ambientes de saúde.

Conteúdo Programático:

Abordagem de conteúdo referente aos cinco pilares essenciais:

3.1.2.1 Comunicação

Objetivos de Aprendizagem:

- Compreender o pilar de comunicação, reforçando os benefícios de uma comunicação efetiva.
- Identificar as principais barreiras e falhas de comunicação, e seu impacto no atendimento prestado ao paciente.
- Conhecer as ferramentas de comunicação com o paciente, familiar e a equipe, com exemplos de utilização.
- Aplicar as ferramentas de comunicação na prestação do cuidado.

3.1.2.2 Consciência Situacional

Objetivos de Aprendizagem:

- Compreender o pilar de consciência situacional, exemplificando as fases que estão relacionadas.
- Conhecer os fatores que podem reduzir o nível de consciência situacional.
- Identificar as estratégias e ferramentas que ampliam a consciência situacional.
- Avaliar por meio de caso clínico o uso das ferramentas que ampliam a consciência situacional, projetando os riscos associados, com o objetivo de evitar possíveis danos.

3.1.2.3 Tomada de decisão

Objetivos de Aprendizagem:

- Entender as principais ferramentas associadas ao pilar tomada de decisão.
- Explorar o conceito sobre erros diagnósticos, suas principais causas, tipos e recomendações para prevenir erros.
- Resolver casos clínicos sobre tomada de decisão e erros diagnósticos.

3.1.2.4 Trabalho em equipe

Objetivos de Aprendizagem:

- Compreender as características de times de alta performance.
- Entender as principais ferramentas associadas ao pilar Trabalho em equipe.
- Resolver casos clínicos sobre Trabalho em equipe.

3.1.2.5 Gestão do risco e erro

Objetivos de Aprendizagem:

- Compreender as diferenças entre falhas latentes e falhas ativas (erro e violação).
- Interpretar o fluxo de cultura justa e o fluxo de segunda vítima.
- Entender o papel dos profissionais de saúde na gestão do risco e erro.

- Resolver casos clínicos sobre gestão do risco e erro.

Público-alvo: Todos os profissionais médicos e residentes médicos.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pós-teste ao final de cada pilar com casos clínicos (aprovação mediante 70% de acerto).

Por meio das avaliações os profissionais receberão f*eedback's* sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

3.3 Programas específicos

Ofertados de acordo com o cargo e a área de atuação, para favorecer as práticas assistenciais com qualidade e segurança.

3.4 Treinamentos Setoriais

Esses treinamentos têm como objetivo aprimorar o conhecimento técnico, habilidades práticas e competências relevantes para as atividades desempenhadas no setor específico.

3.5 Formação de Instrutores

Refere-se a um processo em que os profissionais internos que tenham competências técnicas e não técnicas em determinada área de conhecimento e habilidades em facilitação de treinamento, são treinados para se tornarem facilitadores ou instrutores que, por sua vez, treinarão outras pessoas em uma determinada área de conhecimento ou habilidade.

3.6 Continuidade dos programas de atendimento de urgências e emergências

Para dar continuidade aos programas de atendimento de urgências e emergências, seguem abaixo as temáticas que serão abordadas na fase de pós-implantação do projeto.

3.6.1 Advanced Trauma Care for Nurses | ATCN

Descrição: Aperfeiçoar conhecimento e habilidades dos enfermeiros no atendimento do doente traumatizado, segundo as diretrizes do Colégio Americano de Cirurgiões. Ao final do curso, se aprovado, o aluno receberá uma carteirinha de certificação Internacional em Suporte Avançado de Vida em Trauma para enfermeiros pelo *American College of Surgeons*, válida por 4 anos.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Avaliação e Atendimento Iniciais
- Tratamento da Via Aérea e da Ventilação

- Via Aérea e Ventilação
- Choque
- Trauma Cranioencefálico
- Trauma Vertebromedular e Musculoesquelético
- Trauma Pediátrico
- Demonstração do atendimento de Doente Simulado
- Trauma Torácico
- Trauma Abdominal e Pélvico
- Trauma Cranienceфálico
- Trauma Pediátrico
- Trauma Geriátrico
- Lesões Térmicas
- Trauma na Gestante e Violência Doméstica
- Transferência para o Tratamento Definitivo
- Discussão dos Cenários de Triagem

Temas Transversais:
Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Enfermeiros das unidades de pronto atendimento de urgências e emergências do trauma.

Periodicidade: Quadrienal.

Estratégia Educacional:
Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pré (não é critério de aprovação) e pós-teste (aprovação mediante 80% de acerto).
- **Avaliação de habilidades:** Avaliação individualizada de um atendimento completo do politraumatizado.

Por meio das avaliações os profissionais receberão *feedback's* sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

3.6.2 Advanced Trauma Life Support| ATLS

Descrição: Aperfeiçoar a avaliação inicial e o atendimento do paciente traumatizado, segundo as diretrizes do Colégio Americano de Cirurgiões. Além de aprimorar conceitos importantes de avaliação sistemática e concisa do paciente, de forma prática e efetiva. Ao final do curso, se aprovado, o aluno receberá uma carteirinha de certificação Internacional em Suporte Avançado de Vida em Trauma pelo *American College of Surgeons*, válida por 4 anos.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Avaliação e Atendimento Iniciais
- Tratamento da Via Aérea e da Ventilação
- Via Aérea e Ventilação
- Choque
- Trauma Cranioencefálico
- Trauma Vertebromedular e Musculoesquelético
- Trauma Pediátrico
- Demonstração do atendimento de Doente Simulado
- Trauma Torácico
- Trauma Abdominal e Pélvico
- Trauma Cranioencefálico
- Trauma Pediátrico
- Trauma Geriátrico
- Lesões Térmicas
- Trauma na Gestante e Violência Doméstica
- Transferência para o Tratamento Definitivo
- Discussão dos Cenários de Triagem

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Médicos e Residentes que, conforme política, atuam em atendimento de Urgências e Emergências do Trauma.

Periodicidade: Quadrienal.

Estratégia Educacional:
Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pré (não é critério de aprovação) e pós-teste (aprovação mediante 75% de acerto).
- **Avaliação de habilidades:** Avaliação individualizada de um atendimento completo do politraumatizado.

Por meio das avaliações os profissionais receberão feedback's sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

3.6.3 Urgências e Emergências Radiológicas

Descrição: Capacitar os profissionais em habilidades técnicas e não técnicas promovendo o raciocínio clínico necessário no manejo de situações de Urgências e Emergências na Radiologia.

Conteúdo Programático:
Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Meios de contraste
- Segurança do contraste
- Materiais metálicos
- Reações aos meios de contraste
- Reações alérgicas
- Extravasamento
- Segurança do ambiente
- RCP (conceitos teóricos; habilidade prática e validação)
- Manejo de emergências respiratórias, como broncoespasmo e anafilaxia.

Temas Transversais:
Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), gestão do risco e erro, trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Médicos, Residentes e Enfermeiros que, conforme política, atuam em Radiologia Convencional.

Periodicidade: Bienal.

Estratégia Educacional:

Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pós-teste (aprovação mediante 70% de acerto).
- **Habilidades Práticas:** Validação Prática em RCP.

Por meio das avaliações os profissionais receberão *feedback's* sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

3.6.4 Punção Vascular Guiada por USG

Descrição: Atualizar os conhecimentos dos profissionais na utilização da metodologia de punção vascular guiada por ultrassom avaliando os benefícios e necessidades específicas para atender essencialmente as unidades de pronto atendimento e terapias intensivas.

Conteúdo Programático:

Cenários baseados em cases reais e práticas em:

- Aula teórica baseada em discussão de casos
- Utilização do USG
- Técnica de punção guiada por USG
- Troca de cateter venoso central por fio guia, esp(apenas médicos do DPG participam desta estação)
- Trauma Pediátrico
- Trauma Geriátrico
- Lesões Térmicas
- Trauma na Gestante e Violência Doméstica
- Transferência para o Tratamento Definitivo
- Discussão dos Cenários de Triagem

Temas Transversais:

Competências Socioemocionais trabalhadas para comunicação (paciente/familiar/equipe), trabalho em equipe, tomada de decisão e consciência situacional.

Público-alvo: Médicos e Residentes que, conforme política, atuam em atendimento de Urgências e Emergências do Trauma.

Periodicidade: Quadrienal.

Estratégia Educacional:
Simulação realística com oportunidade de discussões em grupo, debates e métodos ativos a fim de engajar os profissionais de saúde e promover a troca de experiências.

Avaliações:

- **Teórica de conhecimento:** Pré (não é critério de aprovação) e pós-teste (aprovação mediante 75% de acerto).
- **Avaliação de habilidades:** Avaliação individualizada de um atendimento completo do politraumatizado.

Por meio das avaliações os profissionais receberão feedback's sobre seu desempenho de forma que possam aprimorar seu desenvolvimento profissional.

4. Programa de Desenvolvimento de Lideranças (PDL)
Alinhado à premissa de desenvolvimento e capacitação das lideranças, o Programa de Desenvolvimento de Liderança é composto por um conjunto de ações formais e informais de aprendizado baseado na metodologia 70/20/ 10.

As ações são estruturadas para que o líder tenha a oportunidade de desenvolver competências essenciais à sua atuação profissional, superar os desafios vivenciados diariamente e crescer profissionalmente.
O programa deve ser reformulado anualmente de acordo com as competências e temas emergentes do Planejamento Estratégico e desafios atuais e futuros. O modelo considera o mapeamento das competências essenciais, segmentação do público e áreas de atividades, além de diversas metodologias de aprendizagem.
O PDL atua em três frentes: educação formal, aprendizagem por meio de interações entre os colaboradores e, principalmente, com foco na aprendizagem prática.

- Treinamentos.
- Eixo Encontros e Eventos:
    - Fóruns internos que abordam temas emergentes para o exercício da liderança e temas estratégicos da instituição, compartilhamento de boas práticas e geração do conhecimento. Eventos:
        - Momento Liderança;

        - *BIC - Business Intelligence Club;*
        - Encontro com as Lideranças;
        - Encontro Einstein de Líderes;
        - Encontro com o Presidente.
- Incentivos Educacionais: portfólio Ensino Einstein.
- Desenvolvimento Individual:
    - Conjuntos de iniciativas que suportam o PDI (plano de desenvolvimento individual) de profissionais indicados, podendo incluir:
        - Programa de Mentoria;
        - *Coaching;*
        - *Assessment;*
        - Participação em projetos;
        - Imersões | intercâmbio em áreas do sistema Einstein.

Trilha do Novo Líder

Jornada de aprendizagem construída para apoiar o(a) Novo(a) Líder no desenvolvimento e aprimoramento de competências e habilidades relacionadas à gestão de pessoas. Prioriza líderes (Coordenador, Supervisor e Líder) em sua primeira experiência de gestão de equipe/pessoas.

Tem como propósito viabilizar uma experiência de socialização, desenvolvimento e aprendizado com foco em: autoconhecimento, autogestão e desenvolvimento de competências essenciais no Ciclo de Gestão de Pessoas.

A Trilha é composta por módulos (EAD) disponibilizados no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA):

- Ciclo Gestão de Pessoas I;
- Ciclo Gestão de Pessoas II;
- *Soft Skills.*

Oficinas de prática: tem como objetivo conectar os conhecimentos obtidos nos módulos online com a prática do novo líder. A oficina é online síncrona e utiliza a metodologia da simulação realística com cenários comportamentais específicos.

16 MACROPLANO DE IMPLANTAÇÃO

[VERSÃO PRELIMINAR]

MACROPLANO	M00	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09	M10	M11	M12
Diagnóstico Institucional													
Diálogo com a Comunidade													
Alinhamentos Institucionais													
Início Operações Hospital Escola													
Estágios Supervisionados													
Residências Médicas													
Educação Corporativa - equipe atual													
Pós-graduações													
Cursos de Atualização													
Educação em Saúde para População													
Escola Técnica													
Graduações *													

* tramitações de aprovações e aumento de vagas

Após o início das Operações e diagnósticos ações e prioridades podem ser reconsideradas.

17 MENSAGEM FINAL

A nossa população não recebe o atendimento em saúde da maneira digna como merece. Claramente nós precisamos preparar o profissional do futuro para liderar essa mudança, interagir com pessoas, ele precisa entender as dores, os valores, os princípios, os desejos e trabalhar isso nesta relação, não apenas para cuidar dos seus próprios pacientes, mas para conseguir influenciar o sistema para que, que ao longo do tempo, impacte outras áreas da sociedade, o Ensino Einstein tem uma inquietude muito grande para procurar sempre as práticas mais efetivas, mais modernas, acreditamos na combinação da ciência e sua disseminação prática através da educação, a teoria com prática supervisionada na vida real, buscamos modelos que deram certo em outros lugares do Brasil e fora, temos um programa de formação continuada que permite com que a gente esteja bem posicionado para entregar um ensino de qualidade, sempre!

Contudo, nesta parceria aqui proposta para o Hospital de Urgências de Goiás – DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), a sincronicidade hospital, ensino e pesquisa no mesmo ambiente conseguiremos ter alunos de graduação, pós-graduação, professores, pesquisadores, gestores, todos os profissionais da assistência, os médicos e enfermeiros que estão em formação, os residentes e esse pessoal quase sem perceber, interage de uma forma muito intensa. A gente já consegue projetar uma aprendizagem mais significativa, projetos novos de pesquisa sendo gestados e, ao mesmo tempo a juventude que circulará lá dentro servirá como uma fonte de estímulo e inspiração para aquele profissional já bem estabelecido que está logo ali no hospital. Nós queremos ser referência para todos aqueles que quiserem pesquisar, ensinar, serem praticantes de uma boa saúde, humanizada, igualitária e não deixar ninguém para trás.

18 CONTATO

Dr. Alexandre Holthausen Campos
Diretor Superintendente de Ensino e Consultoria
Avenida Albert Einstein s/n prédio E 3º andar
alexandre.campos@einstein.br
https://ensino.einstein.br

20 ANEXOS

Anexo 1. Graduação em Medicina

A Graduação em Medicina da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein foi reconhecida com nota máxima pelo MEC. Contando com uma estrutura inovadora, o curso permite que o aluno tenha participação ativa em seu aprendizado, sendo as discussões em grupo parte predominante da metodologia de ensino. Outro diferencial é a abordagem dos aspectos relacionados à atitude profissional, que visa a formar Médicos com participação responsável no sistema de saúde.

Objetivos e Qualificações

Competências desenvolvidas

O objetivo do curso de Medicina da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein é a formação de Médicos com sólida e abrangente fundamentação técnico-científica, cidadãos transformadores do ambiente e propagadores de conhecimentos, valores e princípios.

Médicos graduados no Einstein são capazes de:

- Priorizar os conhecimentos imprescindíveis para a prática da Medicina, utilizando evidências científicas para a tomada de decisões clínicas;
- Atuar com visão centrada no paciente, apresentando empatia e respeito às crenças e valores do paciente e seus familiares;
- Envolver-se no contexto social e em suas implicações na saúde;
- Conhecer, de forma ampla e sólida, a saúde coletiva, a saúde da mulher e dos ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso;
- Compreender as particularidades do sistema de saúde brasileiro, tanto público quanto privado;
- Atuar nas dimensões: promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação;
- Apresentar iniciativas para estimular as qualidades de uma equipe para a promoção da saúde;
- Atuar, de forma crítica, no planejamento, operação, análise e tomada de decisões corretivas;
- Utilizar as ferramentas necessárias para a educação continuada e permanente, com iniciativa e disciplina;
- Resolver problemas no âmbito técnico, relacional, institucional e social;
- Ser responsável e assumir as consequências de seus atos;

- Comunicar-se adequadamente no exercício profissional, ouvindo o paciente e a equipe multiprofissional, transmitindo mensagens claras, passíveis de compreensão por todas as partes, assim como ser capaz de ouvir e compreender mensagens vindas de diferentes níveis de contato;
- Atuar em sinergia com a equipe, no compartilhamento de informações e decisões, bem como na valorização de opiniões, conciliação e consenso;
- Buscar a excelência em sua atuação, considerando os recursos disponíveis.

Metodologia de Ensino

O aprendizado baseado em equipes (TBL - Team Based Learning) é a metodologia predominante no curso de Medicina do Einstein. Com feedbacks constantes, permite aprendizado significativo e avaliação voltada à melhoria do desempenho.

A metodologia envolve o trabalho em grupo de 6 a 8 alunos e uma sequência de atividades:

Estudo de material previamente encaminhado pelo professor;

Avaliação individual e em grupo, com imediato feedback para os alunos antes da discussão dos casos;

Aplicação de conceitos em casos, contextualizando o conteúdo.

Conteúdos Integrados

O currículo do curso foi construído de forma a integrar conteúdos: disciplinas que tradicionalmente são dadas separadamente, são combinadas na Graduação em Medicina do Einstein. Essa metodologia não altera as características clássicas da disciplina, mas possibilita que professores diferentes ministrem uma mesma disciplina, demonstrando a relação e a concretude dos conceitos trabalhados, promovendo um entendimento mais amplo e uma formação mais genérica do aluno.

Eixos Temáticos

A atividade de um Médico é ampla e ultrapassa os limites do conhecimento técnico. Esse profissional deve exercer influência em círculos amplos e diversos da sociedade, trabalhar harmonicamente em equipe, aproveitar opiniões de profissionais de diferentes áreas, fazer uso racional de recursos, planejar e fomentar o aprimoramento continuado de seu habitat e contribuir para o desenvolvimento técnico, humano e social. Para garantir uma formação interdisciplinar, generalista e crítica, que desenvolva todas essas características, o curso de Medicina do Einstein é permeado por cinco eixos temáticos:

Eixo Ético-Humanístico

Possibilita ao aluno uma reflexão sobre o papel do Médico como ser humano, em relação aos seus semelhantes e ao ambiente em que vive. É composto por disciplinas de Humanidades, que tratam de filosofia, cidadania, bioética, ética médica e legislação.

Eixo Técnico-Científico

Apresenta fundamentos essenciais à formação de um Médico generalista, capaz de lidar com as condições mais prevalentes na área da saúde.

Eixo Saúde Pública

As disciplinas que compõem este eixo apresentam uma abordagem integrada com as do eixo técnico-científico, demonstrando que os processos que envolvem a manutenção da saúde e o adoecimento são indissociáveis. Ambos os eixos possibilitam, desde o primeiro dia do curso, a interação dos alunos com pacientes, seus familiares e a comunidade.

Eixo Gestão e Liderança

Traz conteúdo e motivação para a troca de experiências em áreas como gestão de pessoas, recursos e processos, negociação, planejamento e controle.

Eixo Conhecimento Médico

Explora método científico, estatística, epidemiologia, evidência médica e interpretação de informação médica para oferecer ao aluno ferramentas que o conduzam à independência intelectual, liberdade de escolha e isenção na condução de sua carreira profissional.

Carreira e Estágios

Estágio

A experiência é fundamental para o exercício da profissão de Médico. Por isso, na Graduação em Medicina do Einstein, o aluno tem contato com pacientes desde o início do curso. Até o início do internato, no 8° semestre, ele já terá vivenciado experiências intensas, como trocas em grupo, estudos direcionados do conteúdo, contato com as famílias assistidas, construção de pensamento crítico, além do desenvolvimento de habilidades psicossociais e técnicas e de trabalho.

Internato

Recebendo uma atenção especial, o Internato ocorre nos cinco semestres finais do curso, quando é feito um rodízio de cinco estágios de quatro semanas, semestralmente. Cada estágio

corresponde a uma das cinco áreas básicas: Pediatria, Saúde da Mulher, Medicina Interna, Medicina da Família e Clínica Cirúrgica. Nesse período, os alunos contarão com a estrutura do Hospital Israelita Albert Einstein, do Hospital Municipal da Vila Santa Catarina e do Hospital Municipal M'boi Mirim - Dr. Moysés Deutsch, com serviços de alta e média complexidade para a assistência clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, urgência e emergência.

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Anexo 2. Graduação de Enfermagem

A Graduação em Enfermagem da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) é uma das melhores e mais inovadoras do país. Entre seus diferenciais estão o vínculo com o Hospital Israelita Albert Einstein e hospitais públicos parceiros, foco em alta complexidade, metodologias ativas de ensino - como Team-Based Learning (TBL) e Simulação Realística - além do currículo equivalente ao das instituições norte-americanas, facilitando a validação do diploma. Com mais de 1.000 horas de estágio curricular obrigatório – carga horária bastante superior ao recomendado pelo MEC - o aluno tem contato com a prática desde o primeiro ano de curso. Essa introdução precoce facilita e aprofunda o aprendizado teórico-prático.

Além das atividades acadêmicas da grade regular, a Graduação em Enfermagem também oferece oportunidades extracurriculares, a maioria no Hospital Israelita Albert Einstein, que impulsionam a formação profissional: Monitoria, Programa de Estágio Extracurricular e Iniciação Científica.

A introdução precoce do aluno no ambiente hospitalar, seja em atividades curriculares ou extracurriculares, como a monitoria, favorece a alta taxa de empregabilidade dos nossos recém-formados: aproximadamente 80% são contratados no próprio Einstein.

Currículo

O currículo da Graduação em Enfermagem da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) integra conteúdos e disciplinas, possibilitando a formulação de um saber crítico-reflexivo e maior apropriação da realidade da atuação do enfermeiro no sistema de saúde.

A interdisciplinaridade promove a compreensão do corpo humano como um sistema completamente interligado: a relação do micro com o macro, das causas com as consequências, do normal e patológico, sendo contextualizados simultaneamente.

As atividades teóricas são conduzidas por meio de metodologias ativas de ensino, com ênfase nos métodos colaborativos, como por exemplo, a utilização do Team-Based Learning (TBL). Já as práticas são realizadas com apoio de laboratórios com o recurso da simulação realística, para alavancar o efetivo desenvolvimento das competências profissionais, viabilizando a integração dos conteúdos vistos ao longo do curso.

O Estágio obrigatório de mais de 1.000 horas tem início já no primeiro ano da grade curricular. Enquanto as aulas no laboratório e no Centro de Simulação Realística treinam e capacitam o aluno para desempenhar corretamente as técnicas e procedimentos, o contato com o paciente e todas as suas implicações éticas proporcionam o desenvolvimento de competências comportamentais e humanizam a assistência. Por esse motivo, é fundamental que um curso de Enfermagem esteja vinculado a um hospital.

Objetivos e Qualificações

Diferenciais

- Estágio curricular no Einstein e em instituições públicas da saúde a partir do primeiro ano do curso;
- Bolsas de até 100% por critério socioeconômico;
- Monitoria, que possibilita oportunidades de aprendizagem e bolsa de 50%;
- Estágio extracurricular remunerado no Einstein durante o último ou penúltimo ano da Graduação;
- Oportunidade de Intercâmbio em Hospital e Universidade nos EUA;
- Oportunidade de contratação pelo Hospital Israelita Albert Einstein.

Carreira e Estágios

A enfermagem evolui a cada dia

Com as mudanças ocorridas na profissão, nos últimos anos, o Enfermeiro passou a atuar em diversas novas áreas. Há dez anos, era incomum encontrar profissionais da Enfermagem responsáveis por gestão de qualidade, área comercial de produtos e equipamentos hospitalares ou ocupando cargos de Gerente de Novos Projetos e até Pesquisador Clínico. Hoje, a Enfermagem conquista um papel cada vez mais estratégico nas instituições de saúde. Atuando junto ao paciente durante todo o processo e ainda mais capacitados e especializados, respondem por procedimentos mais complexos, geram patentes e conhecimentos científicos. A Enfermagem brasileira, por exemplo, é a sexta na produção mundial de pesquisas acadêmicas.

No último ano do curso de Enfermagem do Einstein, os alunos têm a oportunidade de ingressar no Hospital pelo programa de Estágio Extracurricular Remunerado. Se bem avaliados, são admitidos como Enfermeiros Juniores, primeiro degrau do plano de carreira institucional. São vários os casos de sucesso de ex-alunos que hoje fazem parte do seleto grupo de Enfermeiros Seniores e Coordenadores, que respondem por equipes de mais de 100 profissionais, com bons salários e oportunidades de crescimento.

Atualmente, a carreira é considerada uma das mais promissoras e tem ganhado destaque também fora dos hospitais, com profissionais abrindo seus próprios negócios na área. Em 2018, o Conselho Federal de Enfermagem regulamentou o funcionamento de consultórios e clínicas, como os dedicados aos cuidados de pacientes da terceira idade e assistência ao parto.

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Anexo 3. Graduação em Fisioterapia

Graduação de Fisioterapia

O Curso

Modalidade: Presencial

Duração: 5 anos (10 semestres)

Período: Matutino

Renovação de reconhecimento (MEC): Portaria MEC nº 597, de 16.12.20.

Número de vagas: 60 vagas/ano (1 Turma por ano)

Unidade: Campus Morato (Butantã)

Estágio Curricular Supervisionado

Na Graduação em Fisioterapia o estágio tem mais de 900 horas, com início já no segundo ano da grade curricular, nas Unidades Básicas de saúde (UBS). O estágio em hospitais tem início no 5º semestre do curso.

A oferta de estágios da Graduação em Fisioterapia nas diferentes áreas do Hospital de Urgências de Goiás – DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), permitiria uma vivência maior em diversas áreas do ambiente hospitalar onde o fisioterapeuta poderia atuar e colaborar no processo de prevenção e tratamento de doenças.

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Disciplina do Curso	Setores	Leitos gerais	Número de Alunos por Grupo	Número Rodízio (ano)	Número de Alunos * (ano)
Fisioterapia Cardiopulmonar II e Prática Clínica IV e V.	UTI Adulto	9	6	5	30
Fisioterapia Cardiopulmonar II e Prática Clínica IV e V.	UTI Adulto	8	6	5	30

Fisioterapia ao longo dos estágios da vida	Pré-parto/parto/pós-parto (PPP)	4	6	5	30
Fisioterapia ao longo dos estágios da vida	Internação Obstétrica (maternidade e gestação alto risco) leito alojamento conjunto	32	12	5	60
Fisioterapia Cardiopulmonar II e Prática Clínica IV e V.	UTI – Adulto	9	6	5	30
Fisioterapia Cardiopulmonar II e Prática Clínica IV e V.	UTI – Adulto	9	6	5	30
Fisioterapia Cardiopulmonar II	Unidade de Internação Pediátrica	28	6	10	60
Fisioterapia Cardiopulmonar II	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	9	6	10	60
Saúde da Mulher, materna e Neonatal	Unidade de Terapia Neonatal	9	6	10	60
	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (*3 leitos de mãe canguru)	9	3	6	18

Fisioterapia Prática Clínica III	Unidade de Internação Clínica: infectologia pneumologia endocrinologia neuroclínica cardiologia clínica médica 2 leitos de isolamentos gerais.	30	12	5	60
Fisioterapia Prática Clínica III		28	12	5	60
Fisioterapia Prática Clínica II e III	Unidade de Internação Cirúrgica:32 leitos de cirurgia geral (incluindo Proctologia e Gastroenterologia).	30	12	5	60
Fisioterapia Prática Clínica II e III	Unidade de Internação Cirúrgica: 32 leitos de urologia e ginecologia	30	12	5	60
Fisioterapia Prática Clinica II e III	Unidade de Internação Cirúrgica: 32 leitos de ortopedia cirúrgica	30	12	5	60
Fisioterapia Prática Clinica II e III	Unidade de Internação Cirúrgica: 32 leitos de neurocirurgia,	30	12	5	60

	vascular e Bucomaxilo				
Fisioterapia Prática Clínica IV e V	Unidade de Pronto Atendimento	1	6	5	30
Fisioterapia Prática Clínica IV e V	Urgência e Emergência	1	6	5	30
Enfermagem no perioperatório II	Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica	1	6	5	30

*Sistema de rodízio: um mesmo aluno participa do estágio em diferentes setores em períodos distintos do ano.

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Anexo 4. Graduação em Odontologia

A graduação em Odontologia da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) irá formar um Cirurgião-dentista generalista, com sólido conhecimento técnico-científico, humanista, que articula a saúde bucal com a saúde geral, que saiba utilizar a tecnologia e esteja conectado com a realidade brasileira, desenvolvendo uma postura crítica e empreendedora, voltada para a gestão profissional e a inovação.
Os diferenciais do curso:

- Integração completa: o aluno será capaz de articular saúde bucal e saúde geral, entendendo que ambas têm repercussão sistêmica com impacto na cavidade oral.
- Formação do Cirurgião-dentista no contexto da saúde pública: o aluno vivenciará a realidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos hospitais públicos geridos pelo Einstein.
- Acesso a tecnologia de ponta durante todo o curso, dos laboratórios até a clínica, com toda infraestrutura de Odontologia Digital.
- Os alunos têm estágio supervisionado desde o primeiro ano até o último.
- A matriz curricular contempla temas como empreendedorismo, conceitos de gestão e inovação em saúde.

Objetivos e Qualificações
O objetivo do curso de Odontologia da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein é a formação de Cirurgiões-dentistas com perfil generalista, com sólida e abrangente fundamentação técnico-científica, humanista, ética, crítica empreendedora, para que, ao final do curso se formem cidadãos transformadores do ambiente.

Cirurgiões-dentistas formados no Einstein serão capazes de:

- Ampliar o conceito de saúde bucal, atuando de forma integrada com a saúde geral.
- Priorizar os conhecimentos imprescindíveis para a prática da Odontologia, utilizando evidências científicas para a tomada de decisões clínicas.
- Reconhecer a importância da relação da saúde bucal com a saúde sistêmica do indivíduo, como condição fundamental para a promoção de saúde.
- Utilizar plenamente e aprimorar as novas tecnologias, tanto na saúde pública quanto na privada.
- Agir de forma humanizada, estimulando o protagonismo dos indivíduos no cuidado de sua própria saúde.
- Realizar a gestão plena do seu trabalho, de forma criativa e independente.
- Assumir as responsabilidades e consequências de seus atos.

- Realizar a gestão estrutural, financeira, organizacional e tributária de consultórios, clínicas e demais serviços de saúde.
- Agir respaldado na ética, na bioética e nas legislações pertinentes à prática odontológica e da saúde.
- Saber coletar e interpretar dados epidemiológicos gerais e de saúde bucal, identificando desvios da normalidade e estabelecendo estratégias de prevenção e tratamento.
- Comunicar-se adequadamente no exercício profissional, ouvindo o paciente e a equipe multiprofissional, transmitindo mensagens passíveis de compreensão por todas as partes, assim como ouvir e compreender mensagens vindas de diferentes níveis de contato.
- Incorporar na sua prática profissional o aprimoramento constante, sempre pautado no conhecimento científico e análise crítica, de modo a incrementar suas relações interprofissionais e o cuidado ao paciente.
- Tomar decisões em consonância com o contexto socioeconômico, cultural e ambiental de sua prática profissional.

Metodologia de Ensino

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem serão adotadas em todas as disciplinas do curso. O desenvolvimento de práticas de pesquisa, discussão e tomada de decisão, em situações reais ou simuladas, é fundamental para a formação do profissional da área de saúde, em particular nas situações nos quais são impostos desafios.

Uma das metodologias utilizadas no curso é o aprendizado baseado em equipes, o Team Based Learning (TBL), que com feedbacks constantes, permite aprendizado significativo e avaliação voltada à melhoria do desempenho.

Conteúdos integrados

O currículo do curso foi construído de forma a integrar conteúdos: disciplinas que tradicionalmente são dadas separadamente, são combinadas na Graduação em Odontologia do Einstein. Essa metodologia não altera as características clássicas da matéria, mas possibilita que professores diferentes ministrem uma mesma disciplina, demonstrando a relação e a concretude dos conceitos trabalhados, promovendo um entendimento mais amplo e uma formação mais completa do aluno.

Um dos pontos fundamentais do curso é a interdisciplinaridade, focado na perspectiva de criar um Cirurgião-dentista sem fragmentações, capaz de articular os diversos saberes de maneira crítica e criativa. Assim, foram estabelecidos os seguintes eixos norteadores da matriz curricular:

1. Eixo Ético-Humanista: contempla atitudes, conceitos e práticas de esclarecimento e reflexão quanto aos princípios éticos, morais e humanistas da profissão odontológica, permeando todos os momentos da matriz curricular. Está presente, não só nas disciplinas de Humanidades (Bioética, Odontologia Social, Saúde Coletiva), mas também nas disciplinas dos demais eixos, sob a forma de situações cotidianas vivenciadas pelo profissional e os dilemas humanos e sociais inerentes à profissão. É um eixo essencial para a formação do Cirurgião-dentista como membro de equipe multiprofissional de saúde, fortalecendo posturas de respeito mútuo, responsabilidade, amadurecimento e liderança necessários ao trabalho em equipe.
2. Eixo Atenção Primária em Saúde: visa inserir o graduando no ambiente do SUS, por meio de práticas vivenciais em Unidades Básicas de Saúde e em hospitais públicos geridos pela SBIBAE. Contempla conteúdos inerentes à Odontologia Social e Coletiva, integradas às demais disciplinas técnico-científicas que caracterizam as especialidades odontológicas, ampliando a visão do graduando para além do consultório privado, por meio de uma prática colaborativa para o cuidado coordenado, integral e longitudinal. Também é um eixo central para a construção de uma postura profissional atuante em equipe multiprofissional, a qual é desenvolvida por meio de estágios em unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas Equipes de Assistência à Saúde (EAS).
3. Eixo Integração Saúde Bucal-Saúde Geral: é responsável por caracterizar as peculiaridades de um curso de Odontologia focado na saúde geral, seguindo a filosofia de integração entre as áreas da saúde proposta pela FICSAE. Para isso, as ciências básicas necessárias à formação específica do Cirurgião-dentista serão ministradas em conjunto com as disciplinas do Eixo Técnico-Científico e práticas vivenciais serão propostas em conjunto com as demais áreas de saúde. Nas disciplinas de especialidades, foram incluídos no conteúdo programático temas envolvendo a saúde sistêmica.
4. Eixo Técnico-científico: é composto por disciplinas e práticas voltadas à formação de um Cirurgião-dentista generalista, habilitado à propedêutica odontológica necessária para o manejo preventivo e curativo das principais condições bucais. É moldado pelos demais eixos, na medida em que seu conteúdo assume um caráter de saúde coletiva, contextualizado na saúde geral e ancorado às novas tecnologias. Além do desenvolvimento de habilidades cognitivas e práticas inerentes à profissão, visa a ampla imersão do graduando no contexto científico, capacitando-o a interpretações de fatos baseados em evidência científica.
5. Eixo Gestão Profissional e Inovação: constitui um novo paradigma a ser desenvolvido no curso de graduação em Odontologia, incluindo conteúdo voltado à gestão em saúde, desenvolvimento

e planejamento profissional, empreendedorismo e inclusão de novas tecnologias na prática odontológica. Está presente na matriz curricular permeando principalmente os eixos Ético-Humanista, Técnico-científico e Atenção Primária à Saúde, sendo concretizado por meio de infraestrutura de laboratórios e clínicas equipados com tecnologia de última geração.

Carreira e Estágios

Estágio

O aluno do curso de Odontologia tem uma ampla carga de estágio supervisionado, são 900 horas no total e com início no primeiro ano.

Estágio em ambiente SUS

Desde o primeiro ano do curso, os alunos estão inseridos nas UBS, nas quais realizam visitas e intervenções na comunidade, nos espaços internos e externos, acompanham atividades teóricas e práticas e ampliam gradativamente suas ações de maneira interdisciplinar e em rede. Como exemplo, os alunos acompanham o planejamento estratégico das equipes da UBS (ESF, Equipes de Saúde Bucal e gestão), conhecendo o perfil epidemiológico e a necessidade local e atuando sempre de forma multiprofissional. Participam das atividades intersetoriais, promovendo ações em saúde nos espaços externos, desenvolvendo habilidades e competências necessárias para a prática em diferentes complexidades, como escolas, creches, espaços comunitários e domiciliares. A partir do segundo ano, os alunos passam a acompanhar as atividades clínicas de consultas ambulatoriais em todos os ciclos de vida. Os campos de estágio serão unidades dos diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, tais como Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família, Centro de Especialidades Odontológicas, Centros de Atenção Psicossocial e Hospital Municipal Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho - Hospital Vila Santa Catarina.

Estágio em ambiente não SUS

A SIBIAE possui múltiplos ambientes propícios a formalização de estágio curricular que contribuem para a formação de um perfil profissional inovador e empreendedor, como: Centro de Inovação Tecnológica (CIT), Innovation Lab, Eretz.bio, Programa de Iniciação em Inovação para Saúde e Telessaúde. Todos esses são potenciais locais nos quais o aluno da Odontologia Einstein poderá ter acesso durante o curso.

O aluno também vivenciará a realidade do Hospital Israelita Albert Einstein. Além de ter a possibilidade de realizar estágio supervisionado também no Residencial Israelita Albert Einstein e na creche dos funcionários.

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Anexo 5. Graduação em Engenharia Biomédica

Os desafios da área da saúde são complexos e multifatoriais. Para oferecermos soluções impactantes para as pessoas é preciso unir as ciências exatas e as ciências biomédicas. Por isso, o Ensino Einstein lança, em 2021, mais um curso: a Graduação em Engenharia Biomédica.
Essa área é dedicada a compreender e propor soluções para os desafios da saúde, utilizando as bases das matemáticas, físicas, químicas e ciências biológicas, que se somam às áreas das engenharias mecatrônica, eletrônica, de materiais, da computação e biotecnológica para desenvolver inovações tecnológicas que possam auxiliar na prevenção, diagnóstico, tratamento e cura de pacientes.
Sensores, sistemas, equipamentos, órgãos artificiais, bioimpressão 3D, terapia gênica, inteligência artificial são algumas das possibilidades da Engenharia Biomédica que, no Einstein, utilizará, além de outras infraestruturas, laboratórios de Biotecnologia, de Robótica, de Engenharia de Tecidos, Bioengenharia e um Maker Lab para prototipações durante seus 5 anos de curso.

Objetivos e Qualificações
A proposta da Graduação em Engenharia Biomédica do Einstein é formar Engenheiros capazes de desenvolver soluções inovadoras e tecnológicas para a área da saúde, impactando na qualidade de vida dos pacientes.
Além da formação básica em Engenharia Biomédica, os alunos terão a possibilidade de cursar trilhas específicas no último ano, sendo elas:

- Desenvolvimento de Dispositivos Biomédicos;
- Engenharia de Células e Tecidos;
- Inteligência Artificial e Engenharia de Dados Biomédicos.

Diferenciais

- Jornada de aprendizagem baseada em metodologias ativas e desenvolvimento de projetos de Engenharia desde o 1º semestre do curso, para aplicação dos conhecimentos na prática;
- Imersão, durante todo o curso, no Ecossistema Einstein de Saúde, Ensino, **Pesquisa e Inovação**;
- Aulas práticas em laboratórios com alta tecnologia, imersões em setores hospitalares, ações e interações com médicos e equipe multiprofissional;
- Currículo com forte eixo em gestão, inovação e empreendedorismo, para que os alunos tenham plenas condições de transformar suas ideias em negócios,

estruturar sua startup ou buscar uma oportunidade nas principais empresas e setores do mercado de inovação;
- Os alunos terão a possibilidade de cursar trilhas específicas no último ano, sendo elas: desenvolvimento de Dispositivos Biomédicos; Engenharia de Células e Tecidos; Inteligência Artificial e Engenharia de Dados Biomédicos;
- Experiência Einstein em acolhimento e mentoria do aluno, oferecendo excelente formação e preparação técnica e profissional de forma humanizada;
- Parcerias internacionais e possibilidades de intercâmbios.

Metodologia de Ensino

O curso é totalmente ministrado com metodologias ativas de ensino, em especial Team-Based Learning e Project-Based Learning. Isso significa que os alunos terão contato constante com laboratórios e participarão de projetos de engenharia para solucionarem desafios reais da área da saúde. No Einstein, o aluno de Engenharia Biomédica aprende os fundamentos teóricos ao mesmo tempo que desenvolve suas competências e habilidade de engenheiro com projetos reais.

Carreira e Estágios

Durante o curso de Engenharia Biomédica Einstein, os alunos terão oportunidades de imersões e estágios em setores hospitalares, empresas, indústrias e startups parceiras da Instituição.
Ao término do curso, o profissional estará apto a atuar em diferentes áreas do mercado:

- Indústrias farmacêuticas, de equipamentos médicos e de biomateriais.
- Empresas de biotecnologia e bioengenharia.
- Diretorias de Engenharia Clínica, Pesquisa e Inovação em hospitais.
- Empreendedorismo, estruturando sua própria startup na área de tecnologia para saúde.
- Setores de inovação industrial de empresas voltadas à saúde.
- Consultoria para indústrias, empresas e startups.
- Setores de Data Science e Analytics.
- Incubadoras e aceleradoras de Startups.
- Carreira científica, por meio de Mestrado e/ou Doutorado no Brasil ou no exterior.
- Docente de Faculdades e MBA executivos.

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

ANEXO 6. Graduação em Administração

A Graduação em Administração da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) é um curso de **Administração Geral que propicia um aprofundamento na área de gestão das organizações de saúde**. O curso forma um administrador preparado para liderar qualquer organização, com ênfase nas transformações necessárias ao setor de saúde. Entre as principais atribuições desse profissional, estão a capacidade de potencializar a atuação das organizações, empreender e propiciar acesso a serviços de qualidade por meio do desenvolvimento de competências relacionadas aos pilares de inovação e transformação digital, gestão do negócio e liderança.

O curso tem foco na gestão profissionalizada, no conhecimento técnico-científico humanista e na condução de organizações eficientes e eficazes. Para isso, conta com um currículo inovador, inspirado em faculdades internacionais de gestão e nas organizações de saúde de alto desempenho ao redor do mundo. Como uma das principais características do curso, os estudantes vivenciarão toda a experiência Einstein - por meio de consultoria, estágios e atividades de simulações e intervenções, podendo ser inseridos no mercado de saúde, desde o Hospital até as iniciativas em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS). A prática acompanhada, com apoio do Escritório de Carreiras, acelera a formação do administrador que, além de receber, de forma contínua, feedback sobre o seu desempenho com a avaliação 360º, desenvolve o exercício da liderança e a gestão de projetos sob a orientação de referências da área.

Por meio de oito trilhas de desenvolvimento, o estudante vivencia as melhores práticas de administração, acessa casos de diversos setores e vivencia o dia a dia de organizações complexas como hospitais, incubadoras de healthtechs, laboratórios e unidades de pronto atendimento. No Einstein, o estudante convive com gestores, pesquisadores e practitioners que estão transformando o setor no Brasil. O curso é embasado no uso de metodologias ativas, colaborativas e significativas, como o Team-Based Learning (TBL), as atividades práticas no Centro de Simulação Realística, estudos de caso, design thinking para projetos de intervenção, entre outros.

Com a estrutura da Faculdade Israelita de Ciências de Saúde Albert Einstein (FICSAE) e o ecossistema da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, o estudante tem a possibilidade de agregar à formação acadêmica com pesquisa, extensão universitária, consultoria, inovação e transformação da saúde brasileira.

Objetivos e Qualificações

O objetivo central do curso é desenvolver a próxima geração de líderes do Brasil para uma atuação transformadora, por meio do desenvolvimento das competências de gestão ancoradas nos pilares de Liderança, Inovação e Empreendedorismo e Gestão dos Negócios, gerando impacto positivo e sustentável à sociedade.

Para isso, a graduação em Administração tem como objetivos:

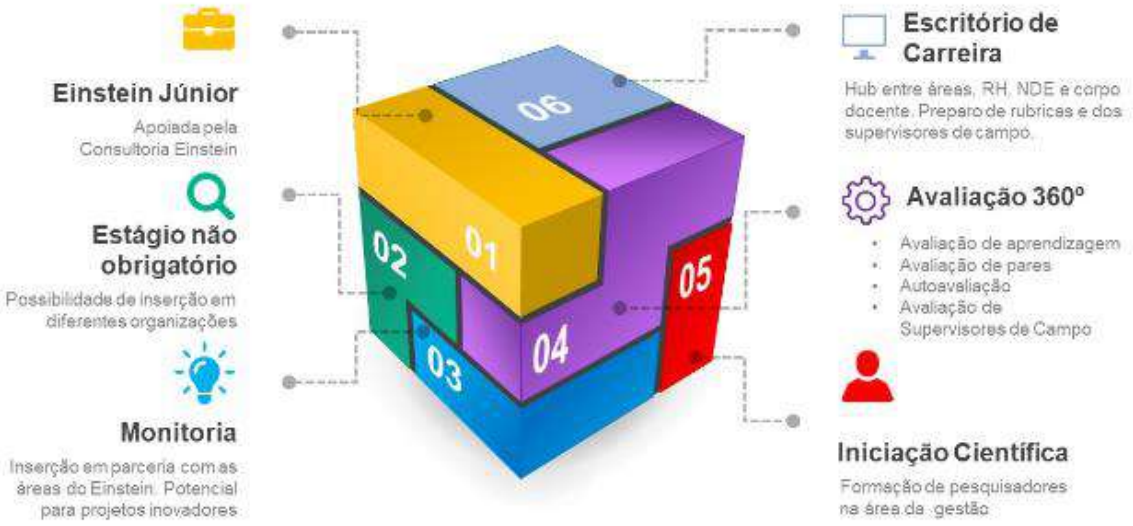
- Desenvolver habilidades de liderança para que os futuros gestores consigam construir e manter equipes de alto desempenho, engajadas e em sintonia com os objetivos da organização;
- Preparar os profissionais para atuarem em carreiras de liderança e de gerenciamento, tanto na área da saúde (em hospitais públicos e privados, operadoras de saúde, clínicas, indústria farmacêutica, laboratórios, centros de reabilitação) como em todas as organizações em que a gestão de alto desempenho é necessária;
- Fomentar o desenvolvimento de competências para a inovação e o empreendedorismo para que os gestores consigam empreender, promover e implementar práticas inovadoras com o objetivo de aumentar a produtividade, a alta confiabilidade e a competitividade;
- Desenvolver as competências necessárias para a gestão eficiente e estratégica, para que os futuros gestores consigam alcançar os objetivos empresariais e a sustentabilidade dos negócios por meio de modelos e ferramentas específicas que embasam o planejamento, a organização, o monitoramento e a tomada de decisão.

Diferenciais

- Cerca de mil horas de experiência prática, com estágios desde o primeiro ano, trilha de simulações, intervenção, experiências e consultoria;
- Vivência dentro do sistema Einstein, considerado por 12 anos consecutivos a melhor instituição de saúde da América Latina;
- Visão estruturada a respeito dos sistemas de saúde e suas articulações com as organizações do setor;
- Participação em projetos em organizações públicas e privadas, no Brasil e no exterior, por meio da Empresa Júnior apoiada pela área de Consultoria do Einstein;
- Formação embasada por meio de 8 trilhas de desenvolvimento: Gestão e Estratégia; BI & Data Science; Comportamento, Comunicação e Liderança; Gestão de Operações; Finanças, Economia Geral e da Saúde; Inovação e Empreendedorismo; Simulações, Intervenção e Experiências; e Trilha de unidades curriculares optativas;

- Escritório de Carreira e Estágio para identificar oportunidades de desenvolvimento extracurricular e oferecer suporte desde a preparação de currículo e entrevistas simuladas até a prospecção de vagas com seu perfil;
- Avaliação 360º Articulada pelo Escritório de Carreira e Estágio - Avaliação Diagnóstica, Avaliação formativa, que inclui Autoavaliação, Avaliação de pares; Avaliação Somativa; Avaliação de Supervisores de Campo;
- Possibilidade de cursar três meses na Universidade de Angers, na França, para receber a titulação pelos dois países e atuar internacionalmente;
- Matriz curricular de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Administração de 2021 (Resolução nº 5, de 14 de outubro de 2021), o que permite ao egresso atuar como gestor em qualquer organização além da própria organização de saúde.

Além das 1000 horas de práticas, o estudante pode aproveitar oportunidades para atuar e aprender mais sobre suas próprias áreas de interesse. Tudo isso acompanhado pelo escritório de carreiras:



Metodologia de Ensino

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem serão adotadas em todas as unidades curriculares do curso. Uma delas é o aprendizado baseado em equipes, o Team-Based Learning (TBL), que permite aprendizado significativo e avaliação voltada à melhoria do desempenho por meio de feedbacks constantes.

No Einstein, a prática e a teoria são trabalhadas em conjunto. Por isso, o estudante tem práticas supervisionadas desde o início de sua trajetória e é avaliado mensalmente a partir das competências do curso.
Os casos e as soluções de problemas envolvem organizações de diversos setores da economia, trazendo gestores à sala de aula para discutir a realidade que vivenciam.
Além disso, serão desenvolvidas práticas de pesquisa, discussão e tomada de decisão em situações reais ou simuladas.

Carreira e Estágios

O Escritório de Carreira é um centro de serviços para o estudante do Curso de Administração de Organizações de Saúde, dedicado a potencializar a carreira e articular as avaliações das experiências educacionais e o desempenho do aluno na prática, por meio de projetos, estágios, monitorias e outras experiências. Propicia a avaliação 360º do estudante durante o curso e contribui desde a preparação de currículo, o desenvolvimento de portfólio e entrevistas práticas até a prospecção de vagas com seu perfil.

Carreira

O curso de Administração do Einstein conecta empregabilidade, empreendedorismo e propósito. Ele tem como objetivo preparar os estudantes para se tornarem líderes e gestores com amplitude de conhecimento interdisciplinar, qualificados na resolução de problemas em uma variedade de domínios, com a capacidade de aprender e desenvolver competências profundas para se tornarem agentes de transformação em um mundo em rápida mudança.
Após conclusão do curso, o profissional poderá ingressar no mercado de trabalho como empreendedor, gestor, diretor ou assessor de organizações nacionais e internacionais, tanto do setor público como privado.
O profissional que optar pelo intercâmbio na Universidade de Angers, na França, também terá oportunidade de atuar no exterior por meio da dupla certificação.
Após conclusão do curso, o profissional poderá ingressar no mercado de trabalho como empreendedor, gestor, diretor ou assessor de organizações nacionais e internacionais, tanto do setor público como privado de saúde, desempenhando papeis como:

- Gestor de sistemas de saúde
- Consultor de organizações de saúde
- Gestor financeiro e contábil da área de saúde
- Auditor de negócios de saúde
- Gestor de Recursos Humanos
- Gestor de Marketing e Compras de organizações da área de saúde

- Gestor de projetos e parcerias
- Administrador de fornecedores
- Gestor de negócios de saúde digital
- Gestor de organizações de medicina diagnóstica
- Gestor de projetos inovadores
- Sócio/criador de health techs
- Gerente de projetos de intervenção organizacional
- Empreendedor e gestor de seu próprio negócio
- Gerente de projetos para solução de problemas de saúde, saúde pública e saúde corporativa, entre outros.

O profissional que optar pelo intercâmbio na Universidade de Angers, na França, também terá oportunidade de atuar no exterior, por meio da dupla certificação.

Estágio curricular

O Estágio tem início já no primeiro ano da grade curricular. Enquanto as aulas no laboratório treinam e capacitam o aluno para desempenhar corretamente as técnicas e procedimentos, o contato com o paciente e todas as suas implicações éticas proporcionam competências e humanizam a assistência. Por esse motivo, é fundamental que um curso de Enfermagem esteja vinculado a um hospital.

Com o objetivo de promover um aprendizado completo, em todas as possíveis áreas de atuação, os campos de Estágio incluem instituições públicas e particulares de saúde. Na área hospitalar, além de no próprio Einstein, os alunos atuam no Hospital Municipal M'boi Mirim - Dr. Moysés Deutsch, Hospital Municipal Vila Santa Catarina – Dr. Gilson de C. Marques de Carvalho, Hospital do Campo Limpo, CRT Aids, entre outras importantes instituições de saúde. Na atenção primária, a parceria público-privada entre o Einstein e a Prefeitura de São Paulo, possibilita a inserção dos alunos para o desenvolvimento do estágio nas 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA). As atividades desenvolvidas em cada Estágio obedecem aos objetivos da disciplina.

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Anexo 7. Programas de Gestão – Ensino Einstein

Desde 2000, o portfólio da Faculdade de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) contava com programas na área de gestão. Além das Pós-Graduações em Excelência Operacional, em Gestão da Qualidade e em Liderança em Saúde e de outros programas de curta duração em gestão, a FICSAE, em 2004, lançou seu primeiro MBA em parceria com a Instituição de Ensino Insper. Em 2018, a FICSAE tomou a decisão de gerir integralmente o MBA e internacionalizar o programa, o que a levou a estruturar uma área específica dentro do ensino para desenvolver programas na área de gestão em saúde.

Essa área, desde então, está focada no desenvolvimento e oferecimento de programas educacionais de longa, média e curta duração, nacionais e internacionais, para líderes da saúde. No ano de 2022, passaram pela área 6032 novos alunos, líderes da área da saúde, em cursos distribuídos em 4 temáticas principais:

a) Liderança, Gestão de Pessoas e Soft Skills
b) Inovação e Saúde 4.0
c) Gestão e Ferramentas de Gestão
d) Gestão Emocional e da Saúde Mental

O portfólio dessa área conta com os seguintes produtos:

- Post MBA em gestão em saúde;
- MBA: 2 programas de MBA: MBA Executivo em Gestão de Saúde e MBA Executivo em Liderança e Gestão Pública da Saúde;
- Pós-Graduação: 15 títulos de Pós-Graduação em Gestão em Saúde em diversas temáticas, tais como: compras e suprimentos, finanças, gestão em saúde, auditoria, gestão da qualidade, excelência operacional, experiência do paciente, emotional ballance, dentre outros;
- Programas de atualização: são 60 programas em versões presencial, EAD, híbrido e flexível, com carga horária de 8 a 160 horas. A variedade de temáticas perpassa por programas na área de atendimento ao cliente, finanças para não financeiros, inovação e empreendedorismo em saúde, big data para líderes, liderança em tempos complexos, habilidades gerenciais, lean six sigma, jornada do autoconhecimento, gestão para dirigentes hospitalares, certificate em liderança para enfermeiros, dentre outros;
- Programas de imersão internacional: são 7 programas, realizados em Israel, Inglaterra, Portugal e Estados Unidos, nas temáticas, gestão em saúde, inovação e transformação digital, big data e aspectos legais. Alguns deles contam com parcerias

estratégicas, como exemplo o programa de Big Data para líderes da saúde, realizado em parceria com Stanford.

- Programas in company: foram realizadas 46 turmas de programas in company em 2022, incluindo cursos para empresas como Unimed, Takeda, Pfizer, Braskem e Ambev.

A experiência de quase duas décadas desenvolvendo programas de gestão em saúde, possibilitado pelo vasto portfólio nessa temática, mostra o amadurecimento e consolidação da FICSAE para, em 2023, lançar seu curso de Graduação em Administração de Organizações de Saúde, que vem a somar e completar os cursos de gestão da instituição. A primeira turma começou em fevereiro de 2023, com 30 alunos.

Em novembro de 2022 implementamos uma turma do "MBA Executivo em Liderança e Gestão Pública em Saúde" em parceria com o Proadi-SUS, com 66 alunos divididos entre a liderança do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde de todos os estados e Secretarias Municipais de um município escolhido para cada estado. No curso, o Einstein pode dividir os aprendizados dos últimos 23 anos de atuação na área pública, com a gestão de três grandes hospitais, unidades em parceria com a prefeitura de São Paulo, laboratório municipal de exames diagnósticos, telemedicina, big data e analytics, assim como apoio de nosso "Escritório de Excelência." Em seu quinto mês, o curso tem tido excelentes resultados e retorno dos alunos (9,5 como nota média de avaliação das aulas).

Abaixo algumas fotos dos programas realizados pela área Programas de Gestão do ensino Einstein:

MBA em Liderança e Gestão em Saúde T. Proadi 1

MBA em Gestão em Saúde T.21

Programa In Company – Unimed Fortaleza

Programa Gestão de Clínicas e Consultórios – T. 3

Abaixo algumas fotos dos programas realizados pela área Programas de Gestão do ensino Einstein:

Programa In Company - Huntington

Pós-Graduação em Gestão em Saúde T. 9

Post MBA – T. 1

Módulo de Imersão – Futuro da Saúde – Israel T.1

Proposta Programas de Gestão – Hospital Escola

Após análise do material enviado pelo Hospital Escola, fizemos um estudo de portfólio e consideramos a oferta de produtos em três pilares: 1) Liderança e Gestão de Pessoas, 2) Estratégia e Gestão e 3) Saúde 4.0 (Inovação/Transformação Digital), visando atender às necessidades e promover a aquisição e atualização de conhecimento dos profissionais.

Pilar Liderança e Gestão de Pessoas

Programa 1

Virei Líder: e Agora?

Carga horária total: 27 horas

Modelo: Transmissão Online (Ao Vivo)

Perfil do participante: profissionais que estejam se preparando para assumir cargos de Liderança ou que já estejam iniciando sua jornada como líderes de 1 ou mais pessoas.

Principais benefícios:

- Conhecer melhor suas potencialidades e vulnerabilidades para liderar com maior segurança;
- Mapear os membros da sua equipe e liderar conforme o estilo/perfil de cada um (Liderança situacional);
- Reconhecer as competências essenciais e como aplicá-las para engajar e motivar as equipes;
- Entender a tríade: estratégia, resultados, pessoas e como administrar seu tempo e energia nestes fatores;
- Praticar a escuta ativa e incentivar o desenvolvimento e crescimento da equipe.

Programa 2

Habilidades Gerenciais: Desafios da Gestão

Carga horária total: 42 horas

Modelo: Transmissão Online (Ao Vivo)

Perfil do participante: profissionais que pretendem ou estão na iminência de realizar a transição para uma posição de liderança pela primeira vez, ou que fizeram esta mudança nos últimos 2 anos; profissionais de todos os segmentos da área da saúde (hospitais, operadoras, clínicas, seguradoras, etc.) que possuem a necessidade de desenvolver habilidades de gestão de pessoas, para gerenciar subordinados diretos ou indiretos pela primeira vez.

Principais benefícios:

- Desenvolver habilidades e competências requeridas para o processo de gestão;
- Aplicar ferramentas de gestão e liderança que permitam orientar, direcionar, desenvolver e envolver com mais eficácia os stakeholders no seu dia a dia;

- Focar o autoconhecimento e autodesenvolvimento de suas habilidades para as atividades de gerenciamento;
- Refletir sobre estratégias para o fortalecimento de competências voltadas à liderança baseada em valor no setor da saúde.

Programa 3
Relacionamento Interpessoal, Comunicação e Feedback na Prática da Liderança

Carga horária: 30 horas
Modelo: EAD (Assíncrono)
Perfil do participante: profissionais que atuam ou pretendem atuar em cargos de liderança e buscam aperfeiçoar suas habilidades de comunicação em equipe, suas maneiras de promover um bom feedback e liderar de forma efetiva seu grupo.

Principais benefícios:

- Compreender o processo de feedback;
- Identificar os novos hábitos e expectativas do colaborador conectando à prática;
- Identificar tipos de feedback e como direcionar-se de forma mais assertiva nas relações;
- Reconhecer a importância do feedback para fortalecimento da liderança de alto impacto nos serviços de saúde;
- Aplicar o feedback em diferentes contextos e situações.

Pilar Estratégia e Gestão

Programa 4
Aceleração em Gestão para Profissionais da Saúde

Carga horária: 130 horas
Modelo: EAD (Assíncrono)
Perfil do participante: profissionais da área da saúde que aspiram ou que assumiram recentemente novas responsabilidades que envolvem o gerenciamento de pessoas e setores; profissionais que atuam como gerentes ou supervisores há até três anos e que buscam

treinamento adicional em gestão; profissionais que são especialistas funcionais, cujo sucesso depende do entendimento do negócio como um todo, que não estão em cargos de supervisão/gerência, mas lideram outras pessoas e/ou precisam trabalhar com os outros profissionais e querem melhorar suas habilidades de gestão, que têm potencial para assumir futuras funções de gerência.

Principais benefícios:

- Assumir novas responsabilidades e contribuir efetivamente para o crescimento e desenvolvimento da empresa, por meio das novas habilidades adquiridas;
- Desenvolver visão estratégica de como as organizações de saúde funcionam, incluindo como navegar e colaborar com os principais interessados;
- Atuar com alto nível de confiança, fornecendo visão e direção claras para sua equipe.

Programa 5
Excelência Operacional na Área da Saúde - Lean Six Sigma

Carga horária: 360 horas
Modelo: Presencial
Perfil do participante: profissionais e Gestores da área da saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, operadoras de planos de saúde, indústria farmacêutica e demais empresas do setor), interessados em iniciativas de qualidade, que estejam buscando ferramentas para identificação e resolução de problemas, metodologias para aumento da eficiência operacional, gestão da rotina e técnicas para tomada de decisões assertivas.

Principais benefícios:

- Conhecer os princípios e as etapas do Planejamento Estratégico e a execução do desdobramento de metas, indicadores e acompanhamento de resultados.
- Compreender os conceitos para gestão eficiente de projetos.
- Analisar a performance do negócio ou de projetos por meio de seus principais indicadores financeiros.
- Compreender e aplicar as ferramentas que suportam a metodologia Lean Six Sigma.
- Liderar projetos de melhoria de processos utilizando a metodologia.
- Atuar como agente de mudança e disseminador dos conceitos de excelência operacional em suas respectivas Organizações.
- Compreender o conceito dos principais fluxos que compõem a cadeia de valor de uma Instituição de Saúde.

- Utilizar de forma eficaz e eficiente os recursos operacionais disponíveis.
- Engajar as pessoas e utilizar adequadamente ferramentas para promover mudanças de forma sustentável no ambiente organizacional.

Programa 6
Pós-Graduação em Gestão em Saúde

Carga horária: 360 horas
Modelo: Presencial ou EAD (Assíncrono)
Perfil do Participante: profissionais com Formação Superior em diversas áreas de conhecimento (enfermagem, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, biomedicina, nutrição, direito, administração, veterinário, entre outros), que atuam ou pretendem atuar na gestão em saúde de instituições como: hospitais, clínicas, laboratórios, unidades de atenção à saúde, secretarias, ministérios, cooperativas, operadoras de planos de saúde, prestadoras de serviços, entre outras.

Principais benefícios:

- Desenvolver uma visão integrada do sistema de saúde de forma sistêmica;
- Gerir serviços de saúde de maneira proficiente, aprimorando as competências gerenciais, desenvolvendo uma visão crítica e analítica;
- Capacitar profissionais para a gestão em serviços de saúde, com a finalidade de aprimorar as competências gerenciais, desenvolvendo uma visão crítica e analítica nos participantes;
- Aplicar as técnicas de avaliação financeira como ferramentas para a gestão e tomada de decisão;
- Gerir processos e projetos de modo mais eficiente com redução de risco e melhoria contínua;
- Desenvolver equipes e talentos para o alcance dos resultados organizacionais;
- Discutir e analisar conceitos-chave e conteúdos práticos de vanguarda na área de gestão em saúde;
- Discutir as tendências da Gestão do Fluxo do paciente, Eficiência e Excelência Operacional e impactos na experiência do paciente e cliente.

Programa 7
Ferramentas e Práticas em Gestão Pública na Saúde

Carga horária total: 105 horas
Modelo: Transmissão online (Ao vivo)
Perfil do Participante: profissionais que atuam ou pretendem atuar na gestão pública de instituições de saúde, como: hospitais, clínicas, laboratórios, unidades de atenção à saúde, secretarias, ministérios, cooperativas, prestadoras de serviços, entre outras.

Principais benefícios:

- Ampliar seu conhecimento e expertise em temas de gestão, tais como: sistemas de saúde e redes de atenção à saúde, modelo de atenção, gestão populacional, gestão estratégica, liderança e gestão de pessoas, gestão da qualidade, comunicação e negociação;
- Empregar ferramentas e metodologias de gestão que tornem fluxos, processos e recursos seguros, eficientes e eficazes, garantindo a qualidade e sustentabilidade da rede de atenção à saúde;
- Implementar a gestão do modelo de atenção à saúde que impacte em melhores resultados sanitários;
- Desenvolver, engajar e motivar equipes para o alcance de melhores práticas e resultados que gerem valor ao cuidado prestado dentro da rede.

Programa 8
Gestão do Atendimento e Excelência nos Serviços

Carga horária total: 64 horas
Modelo: Transmissão online (Ao Vivo)
Perfil do Participante: Líderes, supervisores e coordenadores de atendimento ao cliente e áreas de apoio que buscam implementar ou aperfeiçoar os serviços de atendimento ao cliente da sua instituição.

Principais benefícios:

- Compreender o macro sistema de atendimento ao cliente;
- Conhecer as diretrizes estratégicas para atração e fidelização dos clientes;
- Desenvolver as competências de gestão para atendimento ao cliente;
- Potencializar a formação de equipes de alta performance em atendimento ao cliente.

Pilar Saúde 4.0 (Inovação/Transformação Digital)

Programa 9

Introdução à Inteligência Artificial e Big Data em Saúde

Carga horária total: 20 horas

Modelo: EAD (assíncrono)

Perfil do Participante: profissionais que atuam ou desejam atuar como gestores em serviços de saúde como clínicas, laboratórios, consultórios, hospitais e operadoras de planos de saúde e que buscam ascensão em suas carreiras; profissionais interessados em conhecer os conceitos introdutórios da Inteligência Artificial e Big Data.

Principais benefícios:

- Entender o que é Inteligência Artificial (IA).
- Conhecer a relação entre IA, Big Data e Ciência de Dados.
- Compreender o potencial de IA na área da Saúde.
- Identificar/reconhecer os desafios de IA.
- Descobrir alguns dos caminhos para aplicação de IA na Saúde.
- Trabalhar mais de perto com grupos de Ciência de Dados.
- Atuar como facilitador no processo de Ciência de Dados na Saúde.

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Anexo 8. Soluções Corporativas em Ensino

SCEE - SOLUÇÕES CORPORATIVAS DO ENSINO EINSTEIN

Área do Ensino que desenvolve programas de aprendizagem customizados, considerando as tendências, inovações e mudanças do mercado, para atender às necessidades específicas dos profissionais das áreas assistenciais, operacionais e gestoras de organizações que participam da cadeia de valor da saúde.

Diferenciais

- Foco no desenvolvimento de todo o leque multiprofissional do setor de saúde: do atendimento à liderança, passando por todas as áreas assistenciais.
- Inovação e atualização constante de temas e formatos das atividades de aprendizagem, sempre de acordo com as competências necessárias para a área de saúde.
- Amplitude e diversidade do portfólio de cursos, objetos e atividades cobrindo diversas modalidades e metodologias de ensino e aprendizagem.
- Capacidade de customização de projetos educacionais complexos e flexíveis.
- Corpo clínico e gerencial do Einstein atuando como conteudistas e docentes em todos os projetos educacionais.

Soluções EINSTEIN de Ensino

Uso Combinado dos Produtos e Serviços PARA EDUCAÇÃO

Curta Duração à Distância - Autoinstrucionais

Empresa solicitante: CEJAM
Público-alvo: Equipe multidisciplinar
Carga Horária: 10 e 20 horas
Formato curso: Autoinstrucional
Data de disponibilização: 2023

METODOLOGIA

O conteúdo ficará disponível por um período e o aluno acessará o curso de acordo com seu ritmo de aprendizagem e sua disponibilidade de tempo, com autonomia e independência por meio de material autoexplicativo e sem o acompanhamento de um tutor.

DIFERENCIAIS

- Curso 100% on-line e autoexplicativo
- Conteúdo interativo e com suporte de tecnologias de informação e comunicação

Curso: Cálculo de Medicação e Cuidados de Enfermagem: Módulo Avançado (20 horas)

SOBRE O CURSO:

O conhecimento de operações matemáticas aplicadas à farmacologia é essencial aos enfermeiros que atuam no processo de preparo e administração de medicamentos. A habilidade prepara o profissional para um processo complexo de atividades que demanda adequação de políticas e práticas institucionais, bem como a capacitação profissional. Atualmente, muito tem se falado sobre erros de medicação relacionados à dispensação, distribuição, administração, educação e monitoramento do paciente após o uso do medicamento. A maior parte pode ser prevenida com o desenvolvimento de práticas seguras, eficazes e que garantam a segurança do paciente.
O objetivo principal do curso é capacitar enfermeiros, das mais diversas áreas assistenciais, a realizar cálculos matemáticos de maneira assertiva e segura durante o prepara e administração de medicamentos. Serão discutidos conceitos teóricos sobre farmacologia, cuidados na administração dos remédios, segurança do paciente e cálculos que envolvam velocidade de infusão, concentração e rediluição.

PÚBLICO-ALVO

O curso é destinado a enfermeiros e estudantes do último ano da graduação em enfermagem.

OBJETIVO

- Aplicar conceitos farmacológicos básicos no preparo, administração e diluição de medicamentos
- Preparar e administrar medicamentos de maneira assertiva e segura

COORDENAÇÃO

Ana Carolina Queiroz Godoy Daniel

Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Especialização em Clínica Médico-Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira Pleno da Unidade de Pronto Atendimento do Hospital Israelita Albert Einstein.

Denise Lisboa Dias

Especialização em Saúde Pública. Enfermeira Sênior da Unidade de Pronto Atendimento do Hospital Israelita Albert Einstein.

CONTEÚDO

Unidade 1: Conceitos Básicos em Farmacologia e Operações de Matemática Básica

- Classificação dos Medicamentos em Sistemas Orgânicos
- Vias de Administração de Medicamentos
- Revisão das Operações de Matemática Básica Aplicadas ao Cálculo de Medicamentos

Unidade 2: Preparo e Administração de Medicamentos

- Segurança e Aspectos Legais
- Cuidados de Enfermagem no Preparo e Administração de Medicamentos

Unidade 3: Cálculo na Administração de Medicamentos

- Controle de Velocidade e Concentração de Medicamentos
- Transformação de Soluções
- Rediluição de Medicamentos em Pediatria e Neonatologia

Unidade 4: Cálculo na Administração de Medicamentos

- Penicilina Cristalina
- Heparina
- Insulina
- Drogas Vasoativas

Curso: Introdução à Dependência Química - Álcool e Drogas (20 horas)

SOBRE O CURSO

O curso de Atualização em Introdução à Dependência Química - Álcool e Drogas abordará as principais substâncias com potencial para abuso e dependência. Serão analisados os efeitos no organismo e as consequências deletérias no funcionamento pessoal e social do indivíduo. Também será discutido o conhecimento da prevalência no mundo e no Brasil, assim como as possibilidades terapêuticas, inclusive para prevenção.

PÚBLICO ALVO

O curso é destinado a médicos.

OBJETIVO

- Reconhecer as principais substâncias e transtornos relacionados ao uso
- Pensar sobre prevenção e tratamento da dependência química.

COORDENAÇÃO

Alfredo Maluf Neto

Psiquiatra. Médico da Unidade de Pronto Atendimento do Hospital Israelita Albert Einstein; Médico pela UNIFESP 1988; Título de Especialista 1990 UNIFESP; MBA Gestão Saúde INSPER/ XII.

Elton Yoji Kanomata

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); Residência Médica em Psiquiatria pela Unifesp; especialização em álcool e drogas pela Unifesp.

Ricardo Jonathan Feldman

Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Residência Médica em Psiquiatria pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

CONTEÚDO

Unidade 1: Introdução à Dependência Química e Cannabis

- Introdução à dependência química
- Cannabis

Unidade 2: Dependência ao Álcool

- História e epidemiologia
- Tratamento e a síndrome de dependência ao álcool

Unidade 3: Dependência à Cocaína

- A difusão da cocaína ao longo da história e seus impactos
- As formas de apresentação da droga, os efeitos colaterais da dependência e o tratamento

Unidade 4: Alucinógenos, Drogas Sintéticas e Opiáceos

- Drogas: conceitos gerais
- Alucinógenos, drogas sintéticas, opiáceos e seus efeitos

Curso: Laboratório Clínico (20 horas)

SOBRE O CURSO

O curso oferece a oportunidade de adquirir conhecimentos em 4 diferentes temas de grande importância dentro do dia a dia do laboratório clínico: erros, métodos bioquímicos, métodos em imunologia e controle de qualidade.

PÚBLICO ALVO

O curso é destinado a equipe multidisciplinar que atua em serviços de saúde nas seguintes categorias: medicina, farmácia, biomedicina, biologia e estudantes do último ano da graduação.

OBJETIVO

- Identificar os principais erros existentes nas diferentes fases do processo de execução de um exame laboratorial e trabalhar para minimizar estes erros
- Reconhecer os principais analitos e métodos bioquímicos envolvidos na Síndrome Metabólica
- Destacar a importância da execução do controle de qualidade analítica
- Entender o que são os imunoensaios e como são aplicados na investigação diagnóstica das doenças infecciosas, principalmente dentre os diferentes métodos de sorologia.

COORDENAÇÃO:

Adriana Leme Caschera

MBA em Gestão de Saúde pelo Insper / Hospital Israelita Albert Einstein. Título de Especialista em Análises Clínicas pelo Conselho Regional de Biologia (CRB-SP). Bacharel em Ciências Biológicas pela Universidade São Judas Tadeu (USJT). Atualmente é coordenadora Técnica do

Setor de Química Clínica do Departamento de Patologia Clínica e Anatomia Patológica da Medicina Diagnóstica do Hospital Israelita Albert Einstein.

Cristóvão Luis Pitangueira Mangueira

Diretor Médico do Departamento de Patologia Clínica e Anatomia Patológica do Hospital Israelita Albert Einstein. Médico Patologista Clínico, Doutor em Patologia pela FMUSP, MBA em Gestão de Saúde pelo Insper.

Eliane Aparecida Rosseto

Médica Patologista Clínica. Especialista em Patologia Clínica/Medicina Laboratorial pela Associação Médica Brasileira (AMB). Residência Médica em Patologia Clínica. Mestranda em Ciências da Saúde pela Sociedade Brasileira Israelita Beneficente Albert Einstein. Atualmente é Médica Assistente do Setor de Imunosorologia do Departamento de Patologia Clínica e Anatomia Patológica do Hospital Israelita Albert Einstein.

Marcelo Cidade Batista

Médico Patologista Clínico e Endocrinologista. Título de especialista em Patologia Clínica/Medicina Laboratorial e Endocrinologia pela Associação Médica Brasileira (AMB). Residência Médica em Patologia Clínica/Medicina Laboratorial. Doutor em Medicina.

Paulo Roberto Santos Ferreira

Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Disciplina de Alergia e Imunopatologia. Especialização e aprimoramento pela Fundap (CAP) - HCFMUSP em Métodos de Diagnóstico e Investigação das Hemoglobinopatias. Especialização em Cit.

CONTEÚDO

Unidade 1: Controle de Qualidade - Métodos Quantitativos

- Controle Interno e Externo da Qualidade
- Especificações Analíticas da Qualidade: Tipos de Controle, Valor Alvo, Gráfico de Levey-Jennings, Regras de Westgard
- ET: Erro Total Analítico
- ES: Erro Sistemático ou Inexatidão Analítica (bias)
- EA: Erro Aleatório ou Imprecisão Analítica

Unidade 2: Erros em Laboratório Clínico

- Conceito de Erros em Laboratório
- Principais Erros em Laboratório Clínico
- Erros na Fase Pré-analítica
- Erros na Fase Analítica
- Erros na Fase Pós-analítica

Unidade 3: Métodos em Imunologia

- Imunoensaios: Definições e Princípios Básicos
- Tipos de Imunoensaios e suas Aplicações em Doenças Infecciosas
- Interferentes Pré-analíticos e Analíticos dos Imunoensaios
- Interpretação dos Resultados e Correlação Clínico-laboratorial

Unidade 4: Síndrome Metabólica / Métodos Bioquímicos

- Identificar os Principais Exames Bioquímicos Laboratoriais úteis ao Diagnóstico da Síndrome Metabólica
- Conhecer as Metodologias mais Comumente Utilizadas no setor de Química Clínica
- Compreender o Processo Analítico com o qual se Obtém o Resultado da Amostra
- Identificar Possíveis Limitações Existentes nas Metodologias Apresentadas

Curso: Manejo Odontológico do Paciente Onco-Hematológico (20 horas)

SOBRE O CURSO

Nas últimas décadas houve enorme desenvolvimento das terapias antineoplásicas. Atualmente os agentes quimioterápicos, as diversas modalidades de radioterapia e novas drogas têm mostrado grande eficiência não somente no controle, mas também na cura de diversas

neoplasias malignas. Contudo, os efeitos colaterais provocados pelo tratamento do câncer são inúmeros e geralmente estão relacionados à intensa imunossupressão e ou à ação direta da droga sobre tecidos não-alvo. Dentre os principais efeitos colaterais, há as complicações em cavidade bucal.

Dessa forma, o Cirurgião-Dentista assume um papel fundamental na identificação e tratamento de lesões, doenças e condições que afetam a cavidade oral e a região maxilofacial durante a terapia antineoplásica. Esse curso tem como objetivo colaborar com a capacitação do Cirurgião-Dentista no manejo dos pacientes onco-hematológicos, descrevendo os principais agravos bucais nesses pacientes e os tratamentos existentes, tanto preventivos quanto curativos.

PÚBLICO-ALVO

O curso é destinado a profissionais de odontologia e alunos do último ano da graduação.

OBJETIVO

- Desenvolver o raciocínio semiológico referente aos principais agravos em cavidade bucal decorrentes da quimioterapia e radioterapia de cabeça e pescoço, incluindo o estabelecimento do diagnóstico diferencial
- Refletir criticamente sobre os protocolos de cuidados a serem adotados em cada período do tratamento antineoplásico, bem como assumir uma postura preventiva quanto aos principais agravos em cavidade bucal que possam acometer o paciente onco-hematológico
- Avaliar os riscos de complicações a que o paciente pode estar exposto durante e após o tratamento antineoplásico
- Raciocinar sobre a melhor conduta terapêutica a ser adotada, bem como se há comprovação científica da eficácia de cada modalidade.

COORDENAÇÃO

Fernanda de Paula Eduardo

Cirurgiã-dentista da Onco-hematologia do HIAE. Doutora em Diagnóstico Bucal pela FOUSP. Coordenadora da Pós-graduação em Odontologia Hospitalar do HIAE.

Letícia Mello Bezinelli

Mestre e Doutora em Ciências Odontológicas pela USP. Especialista em Odontologia para pacientes especiais pela FFO/USP. Habilitada em Odontologia Hospitalar e Laserterapia. MBA em Gestão Empresarial pela FIA/USP.

CONTEÚDO

Unidade 1: Introdução à Quimioterapia e Radioterapia

- Agentes quimioterápicos: classificação e os principais tipos
- Efeitos adversos da quimioterapia
- Modalidades de radioterapia vigentes para o tratamento antineoplásico
- Terapia antineoplásica para o câncer de cabeça e pescoço

Unidade 2: Principais agravos na cavidade bucal decorrentes da radioterapia e quimioterapia

- Lesões inflamatórias na mucosa bucal
- Doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH)
- Lesões infecciosas na mucosa bucal
- Cárie por radiação
- Necroses ósseas
- Trismo
- Alterações salivares

Unidade 3: Cuidados bucais preventivos no paciente sob quimioterapia e radioterapia

- Descrever os principais cuidados bucais para pacientes sob radioterapia de cabeça e pescoço e quimioterapia, tanto no período que antecede o tratamento antineoplásico, quanto durante e após o término deste
- Serão abordadas as medidas preventivas para as principais injúrias derivadas da quimioterapia e da radioterapia
- Descrição dos principais exames de imagem e bioquímicos para intervenções odontológicas

Unidade 4: Tratamento dos agravos bucais

- Tratamento das lesões bucais de natureza inflamatória
- Tratamento das lesões bucais infecciosas
- Tratamento das necroses ósseas
- Tratamento para as alterações salivares

Curso: Odontologia e o Paciente Anticoagulado (10 horas)

SOBRE O CURSO

Hoje em dia, praticamente todos os procedimentos odontológicos ambulatoriais podem ser realizados com segurança nos pacientes medicados com antiagregantes plaquetários e anticoagulantes, desde que o cirurgião-dentista faça uma minuciosa avaliação do risco de hemorragia. Manobras hemostáticas locais são necessárias e a técnica para sua execução deve ser plenamente dominada pelo profissional. As interações medicamentosas entre os antiagregantes/anticoagulantes com anti-inflamatórios e antibióticos também devem ser de conhecimento do cirurgião-dentista, que deve discutir com o médico a oportunidade da intervenção odontológica e a prescrição medicamentosa no pós-cirúrgico.

O curso de Atualização EAD em Odontologia e o Paciente Anticoagulado visa a revisar as etapas de coagulação, explorando os mecanismos de ação dos antiagregantes plaquetários e anticoagulantes, e a forma como o cirurgião-dentista deve manejar os pacientes que fazem uso dessas medicações para que uma prática odontológica segura.

PÚBLICO-ALVO:

O curso é destinado a Cirurgião Dentista.

OBJETIVO

- Identificar as diferenças entre os medicamentos antiagregantes plaquetários e anticoagulantes
- Realizar anamnese compatível com a condição médica do paciente, que está sob a terapia de antiagregantes e anticoagulantes
- Solicitar e interpretar os principais exames complementares, necessários para avaliação do risco de hemorragia no contexto odontológico
- Nomear as interações medicamentosas entre os antiagregantes/anticoagulantes e demais drogas de uso frequente na Odontologia
- Raciocinar sobre a melhor conduta terapêutica a ser adotada em pacientes que fazem uso de antiagregantes e anticoagulantes.

COORDENAÇÃO

Fernanda de Paula Eduardo

Cirurgiã-dentista da Onco-hematologia do HIAE. Doutora em Diagnóstico Bucal pela FOUSP. Coordenadora da Pós-graduação em Odontologia Hospitalar do HIAE.

Letícia Mello Bezinelli

Mestre e Doutora em Ciências Odontológicas pela USP. Especialista em Odontologia para pacientes especiais pela FFO/USP. Habilitada em Odontologia Hospitalar e Laserterapia. MBA em Gestão Empresarial pela FIA/USP.

CONTEÚDO

Unidade 1: A Coagulação, os Antiagregantes Plaquetários e o Anticoagulantes

- Coagulação e Anticoagulação
- Ação dos Antiagregantes Plaquetários na Formação do Trombo Plaquetário Primário
- Ação dos Anticoagulantes sobre a Cascata da Coagulação
- Situações médicas de Prescrição de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes

Unidade 2: O Manejo Odontológico

- Avaliação do Risco de Hemorragia
- Exames Complementares para Avaliar a Coagulação
- Planejamento da Intervenção Odontológica
- Demais Cuidados no Manejo Odontológico

Curso: Radiofarmácia para Serviços de Medicina Nuclear (20 horas)

SOBRE O CURSO

A Radiofarmácia é uma especialidade multiprofissional diretamente vinculada a Medicina Nuclear. Suas funções estão relacionadas ao planejamento, preparo e controle de qualidade de radiofármacos utilizados no diagnóstico e terapia. A publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC-38/04 de Junho de 2008) da ANVISA que Dispõe sobre a instalação e o funcionamento de Serviços de Medicina Nuclear "in vivo" trouxe aos serviços diversas necessidades de adequações, principalmente voltadas à manipulação e preparo dos radiofármacos, garantindo um exame eficaz e seguro ao paciente. Este curso oferece todos os conceitos necessários para a atualização e capacitação dos profissionais já atuantes na Medicina Nuclear, bem como para o profissional que deseja ingressar no mercado de trabalho.

PÚBLICO-ALVO:

O curso é destinado a equipe multidisciplinar que atua em serviços de saúde nas seguintes categorias: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Medicina, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Biomedicina, Farmácia, Odontologia, Educação Física e alunos do último ano da graduação.

OBJETIVO

- Definir conceitos básicos de física nuclear
- Possuir noções de radioproteção para atuação de acordo com normas vigentes
- Entender sobre os métodos de produção de radioisótopos e radiofármacos
- Aplicar as técnicas de manipulação e controle de qualidade de radiofármacos no serviço de medicina nuclear

COORDENAÇÃO

Marcela Forli Catanoso

Mestre em Tecnologia Nuclear - Aplicações pelo Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN-CNEN/SP - Universidade de São Paulo). Atualmente é Especialista em Radiofarmácia do Serviço de Medicina Nuclear do Hospital Israelita Albert Einstein.

Solange Amorim Nogueira

Doutora em Medicina (Radiologia Clínica) e Mestre em ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Imagem molecular do Centro de Pesquisa em Imagem do Hospital Israelita Albert Einstein. Membro das Sociedades Brasileira (SBMN) e Latino Americana (ALASBIMN) de Medicina Nuclear.

CONTEÚDO

Unidade 1: Conceitos iniciais

- Conceitos Básicos de Física Nuclear
- Princípios de Radioproteção
- Medicina Nuclear

Unidade 2 - Introdução a Radiofarmácia

- Histórico do Desenvolvimento da Radiofarmácia no Brasil e no Mundo
- Classificação de Radiofarmácia
- Normas e Legislações Vigentes

Unidade 3 - Produção de Radioisótopos e Radiofármacos

- Conceitos e Aplicações dos Radioisótopos Produzidos em Reator Nuclear, Cíclotron e Gerador de Radionuclídeo
- PrinProdução de Kit Liofilizado
- Cípios de Radioproteção
- Método de Marcação de Reagentes Preparados com 99mTecnécio

Unidade 4: Manipulação e Controle de Qualidade

- Boas Práticas de produção, Manipulação e Preparo de Radiofármacos
- Técnicas de Controle de Qualidade Aplicadas à Produção de Radiofármacos
- Eluição do Gerador de 99Mo/99mTc e Controle de Qualidade
- Revisão da Técnica de Marcação de Reagente Liofilizado com 99m Tecnécio
- Controle de Qualidade dos Radiofármacos Marcados com 99m Tecnécio
- Determinação das Possíveis Impurezas Presentes no Radiofármacos

Curso: Reabilitação Neuropsicológica Adulto e Idoso (10 horas)

SOBRE O CURSO

O curso de EAD de Reabilitação Neuropsicológica do Adulto e Idoso visa oferecer ao aluno uma visão geral sobre a reabilitação de pacientes com alterações cognitivas e comportamentais, associadas a alterações neurológicas, como traumas de crânio, acidente vascular encefálico e quadros demenciais. Além dos conceitos e técnicas utilizadas, o aluno terá conhecimento de aspectos relacionados ao perfil destes pacientes. O curso tem carga horária de 15 horas e se destina à profissionais de saúde com conhecimento sobre funções cognitivas e Neuropsicologia.

PÚBLICO-ALVO

O curso é destinado a equipe multidisciplinar e alunos do último ano da graduação de psicologia.

OBJETIVO

- Compreender os principais conceitos envolvidos no tratamento de alterações cognitivas
- Distinguir características de pacientes de acordo com a patologia e os tipos de alterações apresentadas
- Compreender aspectos essenciais sobre o manejo de questões clínicas, orientação a familiares e adaptação funcional do paciente.

COORDENAÇÃO

Ana Lucia Martins da Silva

Psicóloga graduada pela Universidade Metodista de São Paulo. Especialização em Psicologia Hospitalar pelo Instituto Pieron de Psicologia Aplicada e Aperfeiçoamento pela Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Atua no segmento de saúde em atividades de assistência, docência e gestão desde 2000. Prêmio Jabuti 2011, com a 1ª colocação na categoria "Psicologia e Psicanálise", como co-autora da obra "Coração... é emoção". Atualmente é coordenadora e responsável técnica do Serviço de Psicologia do Hospital Albert Einstein Morumbi.

Paula Adriana Rodrigues de Gouveia

Mestre em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Graduação em Psicologia pela Faculdade de Psicologia - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialista em Neuropsicologia - CRP/SP. Docente da pós-graduação lato-sensu em Neuropsicologia e Psicóloga sênior do Setor de Neuropsicologia do Centro de Reabilitação do Hospital Israelita Albert Einstein.

CONTEÚDO

Unidade 1: Introdução à Reabilitação Neuropsicológica

- Principais Abordagens

- Treino Cognitivo e Estratégias Funcionais
- Exemplos de Estratégias Utilizadas

Unidade 2: Reabilitação em Diferentes Quadros Clínicos: Lesão Encefálica Adquirida (LEA) e Demências

- O que é Lesão Encefálica Adquirida (LEA)
- Manejo Clínico e Orientação ao Familiar/Cuidador
- Características e Diferenças entre Pacientes com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e Demência

RELATÓRIOS & AVALIAÇÕES

Ao final do projeto, o contratante receberá o relatório final contendo a lista de participantes, taxa de participação, e lista de participantes certificados.

O contratante receberá a Avaliação de Reação do programa com as opiniões dos participantes sobre os diversos aspectos do treinamento e a satisfação com o mesmo em relação ao conteúdo, metodologia, recursos e instrutor.

Avaliação de Reação abordará os seguintes itens:

- Duração do curso
- Conteúdo programático
- Avaliação dos instrutores
- Metodologia aplicada
- Organização

- Comentários

Fonte: Diretoria de Ensino FICSAE 2023

Anexo 9. Pesquisas Clínicas

O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) foi fundado em 04 de julho de 1955, e ao longo de seus mais de 60 anos de história, se consolidou como uma instituição de excelência, reconhecida pela qualidade da assistência, práticas de gestão, ensino, pesquisa e capacidade de inovar e liderar positivas transformações no universo da saúde. São os conhecimentos, competências e experiências acumulados nessa trajetória que permitem ao Hospital israelita Albert Einstein, iniciar suas atividades de ensino com a fundação da Faculdade de Enfermagem e da Escola Técnica, em 1989 multiplicar ações em ensino e pesquisa.

O hospital possui em sua estrutura o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein – IIEP, no Campus Campus Cecilia e Abram Szajman que apresenta significativo escopo de atuação incluindo pós-graduação lato sensu e stricto sensu, MBA, residência médica e multiprofissional, atualização profissional, atualização médica personalizada, cursos a distância, soluções corporativas, eventos científicos focados em temas relevantes para a saúde, além de expressiva atuação no desenvolvimento de relevantes pesquisas na área da saúde, abrangendo ações focadas na liderança acadêmica de projetos clínicos multicêntricos de alto impacto nacional e internacional e na prestação de serviços de pesquisa clínica, baseados em rígidos padrões de integridade científica (Academic Research Organization do Hospital Albert Einstein, primeira organização desse tipo no Brasil).

No IIEP, a unidade Academic Research Organization – ARO Einstein que conta com uma ampla experiencia em estudos clínicos, teve papel fundamental durante a pandemia de COVID-19 no desenvolvimento dos estudos em registro, como o Registro Clínico SARS-BRAZIL de pacientes com COVID-19, incluindo os primeiros casos de pacientes com COVID-19 no Brasil, e estudos de avaliação da eficácia de distintas terapias farmacológicas e vacinas para a COVID-19. Além de estudos na pandemia, destacam-se os estudos MEGATrials, que são estudos de grande porte com inclusões de mais de 5.000 pacientes em diferentes centros de investigação em todo o Brasil. Destes, podemos elencar os estudos Optimal Diabetes, Optimal Stroke e NeoMindset que avaliam diferentes manejos farmacológicos em pacientes de alto risco cardiovascular, bem como, o estudo VIP que avaliou esquemas vacinais, com a vacina influenza na redução de eventos cardiorrespiratórios em pacientes de alto risco. O estudo VIP recentemente apresentou seus resultados nos maiores congressos médicos mundiais, como também, os principais achados publicados em jornal científico de elevadíssimo impacto e repercussão científica. Atualmente, os resultados do estudo VIP proporcionou discussões com diferentes áreas do Ministérios da Saúde para emprego de ações com intuito de elevar a adesão vacinal no Brasil. Todos estes,

supracitados estudos, são apoiados pelo programa PROADI-SUS, que ainda, deve-se destacar a aplicabilidade direta dos seus resultados ao SUS, com relevância positiva a população brasileira, no que tange, a saúde global nas diferentes áreas de atenção à saúde com estudos publicados em nas revistas científicas de maiores prestígios na área da saúde, bem como aplicabilidade dos resultados de pesquisa a população.

A experiência do IIEP na elaboração e condução de pesquisas de interesse público, isto é, com financiamentos oriundos de fundações ou órgãos da esfera da gestão pública, federal, municipal e estadual, proporcionou a criação de centros de pesquisa em instituições públicas, no qual, a Sociedade Israelita Albert Einstein realiza a gestão técnico-administrativa parcial ou colaborativa, como nos casos do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch (M'Boi Mirim), Hospital Municipal Vila Santa Catarina, Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia – Iris Rezende Machado (HaMAP), que hoje possuem centros de altíssima organização e relevância científica com ligação continua ao IIEP na condução de diferentes modelos de estudos. Estes centros atuam como locais que proporcionam pesquisa, ensino e extensão com atividades de alunos de graduação, pós-graduação entre outros, mostrando-se um eficiente ecossistema técnico-científico, proporcionando inclusive, parcerias internacionais, como com a Universidade de Stanford e Case Western University, nos Estados Unidos, Oxford e Imperial College da Inglaterra, entre outras.

Esse ecossistema, agora proposto ao Hospital de Urgências de Goiás Dr. Waldomiro Cruz (HUGO) , como o eixo integrado de ensino-pesquisa-extensão proporciona um modelo inovador de hospital escola em uma região, no município de São Paulo, extremamente relevante ao processo de melhoria da assistência, do acesso por pacientes, manejo clínico inovador e impacto de saúde em sua área de abrangência.

Na figura abaixo encontra-se apresentação sumarizada do modelo de implementação de um centro de pesquisa com qualidade internacional que poderá ser implementado no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Waldomiro Cruz (HUGO) :

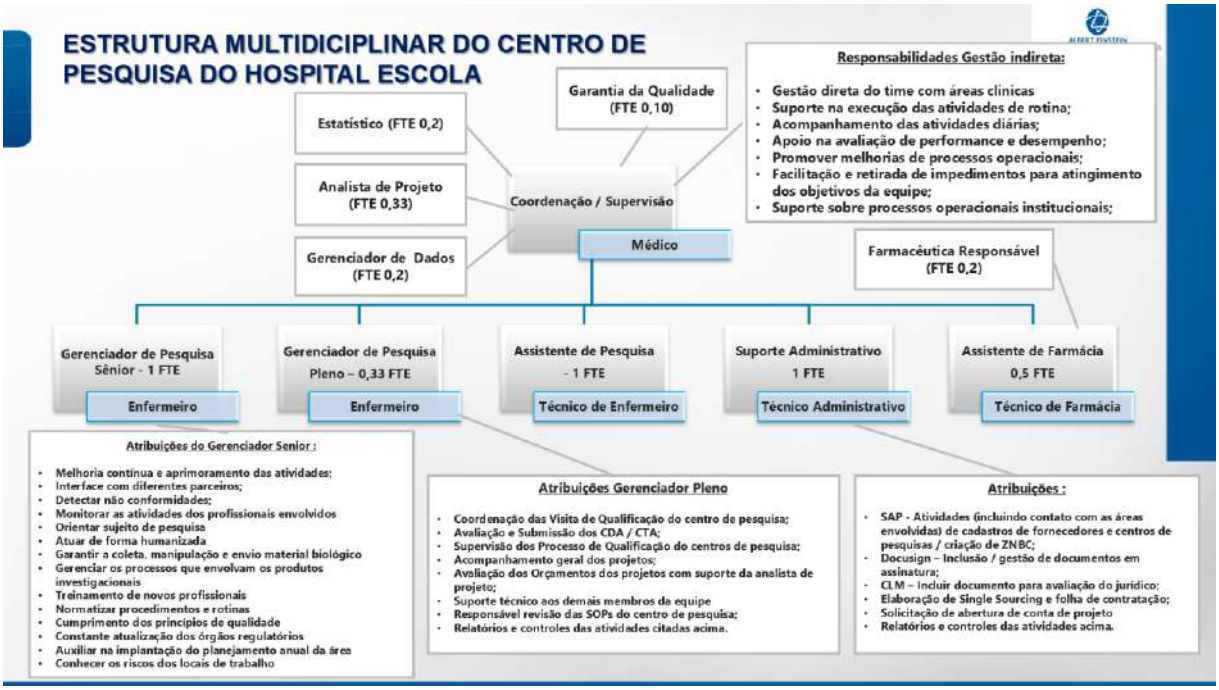


Figura: Estrutura multidisciplinar do centro de pesquisa do hospital escola. Apresentação sumarizada de equipe direcionada para a interface com as partes envolvidas para a planejar, implantar, acompanhar e implementar pesquisas, bem como realização de todas as etapas necessárias para estudos clínicos.

Abreviações: FTE: Equivalente em tempo integral; CDA/CTA: Acordo de Confidencialidade e Acordo Contratual de Pesquisa; SOP: Procedimento operacional padrão; ZNBC, Sistema de Gerenciamento de fornecedores; CLM: Sistema de Gerenciamento de Contratos.

Fonte: Diretoria de Pesquisa FICSAE 2023

EINSTEIN PESQUISA
EINSTEIN RESEARCH

Conhecimento científico em benefício da sociedade
Scientific knowledge to benefit society

ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE
ENSINO E PESQUISA

SUMÁRIO

Mensagem do presidente 4
Mensagem do presidente do Conselho 7
Nossa instituição 8
Mensagem do diretor de Pesquisa 11
Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein 12
Infraestrutura 17
Centro de Pesquisa Experimental 24
Instituto do Cérebro 26
Centro de Experimentação e Treinamento em Cirurgia 28
Núcleo de Pesquisa Assistencial 32
Núcleo de Apoio ao Pesquisador 37
Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas 40
Programa de Pós-graduação stricto sensu em Ciências da Saúde 43
Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein – Campus Cecília e Abram Szajman 46
Quem somos 48

CONTENTS

A message from the President 4
A message from the Chairman of the board 7
Our institution 8
A message from the Research Director 11
Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein 12
Infrastructure 17
Center for Experimental Research 24
Brain Institute 26
Center for Experimentation and Surgical Training 28
Healthcare Research Center 32
Research Support Office 37
Einstein Integrated Library System 40
Graduate Program in Health Sciences 43
Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein – Campus Cecília e Abram Szajman 46
About us 48

MENSAGEM DO PRESIDENTE

A fértil jornada da nossa pesquisa

A atividade de pesquisa no Einstein foi brotando com a energia própria de uma Instituição que desde as suas origens, em 1956, foi concebida como um polo de excelência em saúde. Afinal, em medicina, como em qualquer outra área de atividade, excelência pressupõe evolução contínua, e esta só acontece com uma vigorosa dinâmica de geração e incorporação de conhecimento. Com boas razões, portanto, as mais respeitadas instituições de saúde do mundo são também importantes centros de pesquisa. Um dos braços do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP), que completou 21 anos em 2019, nosso centro de Pesquisa vive essa dinâmica intensamente, como o leitor poderá constatar ao longo das páginas desta publicação. Nela, trazemos informações sobre estrutura, práticas, atividades e indicadores relativos ao ano de 2019 que mostram como temos consolidado nossa posição entre os melhores e mais produtivos centros de pesquisa do Brasil.

Na última década, o número de publicações de nossos pesquisadores cresceu impressionantes 800%, contra uma média de evolução de 15% na área de medicina em nosso país, e desde 2012 somos a instituição brasileira com a melhor média de citações em publicações científicas, uma sólida mostra da qualidade e relevância da nossa produção. Além disso, produzimos nossa própria revista científica – a Revista einstein – e contamos com diferenciais importantes, como o Scientific Advisory Board, um comitê de cientistas de renome internacional que a cada quatro anos avalia nosso programa de pesquisa e sugere caminhos de desenvolvimento.

Cada vez mais encorpado, o leque de atividades da nossa Pesquisa abrange pesquisa básica, experimental e clínica, atuação como ARO (Academic Research Organization), interface com os nossos projetos de inovação e cursos de pós-graduação stricto sensu, que se somam ao amplo leque de cursos oferecidos pela área de Ensino, o outro braço do IIEP.

É para estimular ainda mais o pulsar de nossas atividades nessas áreas que estamos construindo o novo Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein – Campus Cecília e Abram Szajman, um espaço privilegiado, com vocação para potencializar ainda mais a geração e disseminação de conhecimento, esse poderoso "princípio ativo" que fertiliza a excelência do completo sistema de saúde Einstein e fertiliza os próprios rumos da saúde no Brasil e no mundo.

Sidney Klajner
Presidente da Sociedade Beneficente
Israelita Brasileira Albert Einstein

> “Na última década, o número de publicações de nossos pesquisadores cresceu 800%, ante a média de 15% na área de medicina em nosso país.”

> “In the last decade, the number of publications authored by our researchers has grown by 800%, compared with the average of 15% in the field of medicine in our country.”

MESSAGE FROM THE PRESIDENT

The fertile journey of our Research

The research activity at Einstein sprung up with the self-sufficient energy of an Institution that was conceived as a hub of excellence in healthcare since its inception in 1956. After all, in medicine, as in any other area of activity, excellence presupposes continuous evolution, and this only happens as a result of a vigorous dynamic of generating and incorporating knowledge. Therefore, and with good reason, the most respected health institutions in the world are also important research centers. One of the branches of the Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP), which had celebrated its 21st anniversary in 2019, our research center experiences this dynamic intensely, as the reader will see throughout the pages of this publication. At IIEP we provide information about the structure, practices, activities and indicators related to 2019 that show how we have consolidated our position among the best and most productive research centers in Brazil.

In the last decade, the number of publications authored by our researchers has grown impressively by 800%, compared with the average growth rate of 15% in the field of medicine in our country, and since 2012, we have the brazilian institution with the highest average of citations in the scientific literature, giving strong evidence of the quality and relevance of our production. In addition, we publish our own scientific journal – Revista Einstein – and we count on important distinctions, such as the Scientific Advisory Board, a committee of internationally renowned scientists that assesses our research program every four years and suggests new development pathways.

The ever-expanding range of our research activities covers basic, experimental and clinical research, our work as an ARO (Academic Research Organization), interface with our innovation projects and sstricto sensugraduate courses, which add to the wide range of courses offered by the education area, the other IIEP branch.

In order to further encourage the movement of our activities in these areas, we are building a new research and teaching center, the Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein – Cecília and Abram Szajman Campus, a privileged facility, with a mission to further promote the generation and dissemination of knowledge, this powerful “active ingredient”, which fertilizes the excellence of the entire Einstein healthcare system and fertilizes the very future of healthcare in Brazil and around the world.

Sidney Klajner
President of the Sociedade Beneficente
Israelita Brasileira Albert Einstein

MENSAGEM DO PRESIDENTE DO CONSELHO

As sementes e os frutos do conhecimento

Ano após ano, o Einstein se reafirma como uma Instituição de referência, que lidera tendências na área de saúde no Brasil e nos países da região, merecedor de títulos como o de melhor hospital da América Latina pelo 11º ano consecutivo no respeitado ranking da revista América Economia. Em 2019, obtivemos um índice de qualidade de 98,45, quase 10 pontos à frente do 2º colocado. Esse índice nos coloca próximos do patamar máximo (100) e traduz um alto desempenho em todos os quesitos avaliados, entre eles a gestão do conhecimento, que diz respeito à capacidade de gerar, obter e difundir a vanguarda do saber médico e certamente tem reflexos sobre todos os demais.

Gerar e disseminar conhecimento são verbos que o Einstein conjuga com intensidade crescente. Já em 1982, criou um centro de estudos, que promovia reuniões para discussão de casos e atualizações técnico-científicas, e em 1989 deu vida à nossa primeira graduação, a Faculdade de Enfermagem. Um passo importante veio em 1998, na gestão do Dr. Reynaldo Brandt, com a criação do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. Como vice-presidente à época, participei desse processo. Buscamos profissionais de sólida reputação no mundo acadêmico e realizamos visitas de benchmark a instituições de excelência no mundo. Depois, ao longo de meus 15 anos como presidente da Sociedade, outros avanços vieram – tanto na área de Ensino, como a criação da Faculdade de Medicina, como na de Pesquisa, com a multiplicação de projetos e publicações. É uma jornada vibrante, que segue na gestão de meu sucessor, Dr. Sidney Klajner, inclusive com projetos visionários como o novo Centro de Ensino e Pesquisa.

O fato é que o empenho em gerar e disseminar conhecimentos sempre foi uma constante no Einstein. E, como você verá neste folder sobre a nossa Pesquisa, continua produzindo frutos generosos e plantando novas sementes que trazem em seu bojo os próximos avanços da saúde do presente e os embriões da saúde do futuro.

.

Dr. Claudio Lottenberg
Presidente do Conselho Deliberativo
da Sociedade Beneficente
Israelita Brasileira Albert Einstein

“Gerar e disseminar conhecimento são verbos que o Einstein conjuga com intensidade crescente.”

“Generating and disseminating knowledge are actions Einstein has been putting into practice with increasing intensity.”

MESSAGE FROM THE PRESIDENT OF THE BOARD

The seeds and fruits of knowledge

Year after year, Einstein has affirmed its position as an Institution that is leading the trends in the healthcare field in Brazil and in countries in the region, having been recognized the best hospital in Latin America for the 11th consecutive year by the renowned América Economia magazine ranking. In 2019, we obtained a quality index of 98.45, almost 10 points ahead of the 2nd place. This index places us near the maximum level (100) and reflects a high performance in all the evaluated areas, among them the management of knowledge, which concerns the ability to generate, obtain and spread cutting-edge medical knowledge and certainly has repercussions in all other areas.

Generating and disseminating knowledge are actions Einstein has been putting into practice with increasing intensity. As early as 1982, it created a study center that promoted meetings to discuss cases and technical-scientific updates, and in 1989 gave life to our first undergruate-level degree, in the field of Nursing. An important step came in 1998, under the management of Dr. Reynaldo Brandt, with the creation of the Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. As vice president at the time, I participated in that process. We sought professionals with a solid reputation in the academic world and went on benchmarking visits to institutions of excellence around the world. Then, throughout my 15 years as president of the Sociedade, other advances were implemented – both in the area of teaching, such as the creation of the Medical School, as well as in the field of research, with the multiplication of projects and publications. It has been a vibrant journey, which goes on under the management of my successor, Dr. Sidney Klajner, including visionary projects such as the new Centro de Ensino e Pesquisa (Teaching and Research Center).

The fact is that the commitment to generate and disseminate knowledge has always been relentless at Einstein. And as you will see in this brochure about our Research, it continues to produce generous fruits and plant new seeds that will yield a crop of the next healthcare advances in the present and the embryos of the future of healthcare.

Dr. Claudio Lottenberg
President of the Deliberative Board
of the Sociedade Beneficente
Israelita Brasileira Albert Einstein

NOSSA INSTITUIÇÃO
OUR INSTITUTION

UM SISTEMA DE SAÚDE COMPLETO

O Einstein é referência para médicos, pacientes e para a toda a sociedade brasileira no que se refere a prática médica e assistencial de qualidade. O modelo de atuação contempla sólido investimento em pesquisa, ensino, treinamento e apoio à melhoria do sistema público de saúde, de forma a contribuir com o desenvolvimento pleno da sociedade brasileira. É dessa forma que o Einstein mantém vivos os preceitos que orientaram a fundação da instituição e oferece ao povo brasileiro a gratidão da comunidade judaica pelo apoio recebido quando da chegada ao país.

Atuando em toda a cadeia de saúde, o Einstein consolida-se como um sistema de saúde integrado, oferecendo serviços de qualidade em todas as frentes de atuação, desde promoção, prevenção e diagnóstico, até tratamento e reabilitação. Com investimentos importantes em pesquisa, treinamento e apoio à melhoria do sistema público de saúde, o Einstein possui as principais certificações nacionais e internacionais que atestam a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, com destaque para a Joint Commission International, outorgada de forma pioneira em 1999 a uma organização de fora dos Estados Unidos ou Europa.

As frentes de atuação do Einstein contemplam, ainda, a oferta de cursos técnicos, de graduação em enfermagem e medicina, e pós-graduação lato e stricto sensu, além de pesquisa científica, consultoria e treinamento para instituições de saúde públicas e privadas.

O Einstein também atua em parcerias com poder público administrando dois hospitais municipais, o Dr. Moysés Deutsch – M'Boi Mirim, e o da Vila Santa Catarina Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, além de 13 Unidades Básicas de Saúde, três Assistências Médicas Ambulatoriais, uma Unidade de Pronto Atendimento e três Centros de Atenção Psicossocial para a Prefeitura de São Paulo. Adicionalmente, desenvolve projetos para o Proadi-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde).

A COMPLETE HEALTHCARE SYSTEM

Einstein is a reference for doctors, patients and all of Brazilian society in terms of quality medical and care practice. Our work model includes a solid investment in research, education, training and support to improve the public health system and thus contribute to the full development of Brazilian society. This is how Einstein upholds the lemma that guided the institution's foundation and thanks Brazilians for supporting the Jewish community upon their arrival in this country.

Einstein offers integrated health services, from prevention and diagnosis to treatment and rehabilitation. With considerable investments in research, training and improvement of the public health system, Einstein has earned the most important national and international certifications attesting to the quality of our services, including a certification from Joint Commission International, awarded in 1999, the first time ever to an organization outside the United States or Europe.

Einstein also offers technical courses, undergraduate nursing and medicine programs, and graduate programs, as well as scientific research, consulting and training for public and private health institutions.

Einstein also works in partnership with the government, managing two municipal hospitals, Dr. Moysés Deutsch – M'Boi Mirim and Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho in Vila Santa Catarina, in addition to 13 Basic Health Units, three Ambulatory Medical Assistance units, one Emergency Department and three Psychosocial Care Centers for the City of São Paulo. Furthermore, Einstein develops projects for Proadi-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – Program for the Institutional development of the public health system).

O Einstein possui as principais certificações nacionais e internacionais que atestam a qualidade dos serviços de saúde oferecidos.

Einstein has earned the most important national and international certifications attesting to the quality of our services.

ALBERT E
INSTITUTO IS
ENSINO E
NTRO DE EDUCA
ABRAM SZ

MENSAGEM DO DIRETOR DE PESQUISA

O Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP) completou 20 anos de atuação em 2018, com resultados importantes em termos de qualidade e quantidade da produção científica. Foram 738 artigos publicados no ano, sendo 492 em periódicos indexados com fator de impacto acima de 1. Em 2018, 298 pesquisadores da Instituição tinham projetos aprovados e em andamento.

Em 2019, o número de citações em publicações científicas foi 2.326, com 535 trabalhos em revistas com Fator de Impacto (FI) >1, sendo que sete destas foram publicados em revistas com FI entre 47.000 e 70.000. A alta média de citações, mais de três vezes a média nacional, é um diferencial da produção científica do Einstein e um importante indicador da qualidade e relevância do seu trabalho. Segundo dados[1] divulgados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes), os trabalhos científicos no Brasil recebem em média 0,8 citação por ano; na produção do Einstein, a média chega a 2,6.

As áreas de concentração das pesquisas são Genética molecular, Terapia celular, Big Data & Digital Health e Envelhecimento.

Além de ampliar as fronteiras do saber, dar sustentação à medicina baseada em evidência e gerar inovação, o trabalho de pesquisa tem um papel fundamental na cultura de melhoria contínua e na busca pela excelência que move o Einstein. Os avanços na geração de conhecimento se constroem por meio de amplo portfólio, que cobre iniciativas de ensino, pesquisa básica, pesquisa experimental, pesquisa clínica, prestação de serviços na área e interface com projetos de inovação internos e externos.

Luiz Vicente Rizzo
Diretor de Pesquisa do IIEP

1 Fonte: Research in Brazil, da Clarivate Analytics – pesquisa encomendada pela Capes. Refere-se à média de 2011 a 2016.

A MESSAGE FROM THE RESEARCH DIRECTOR

Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP – Israelite Institute for Education and Research) completed 20 years of operation in 2018, with important results in terms of the quality and quantity of its scientific production. That year, 738 articles were published, 492 of which in indexed journals with an impact factor above 1. Also, 298 researchers had ongoing approved projects.

In 2019, our scientific publications received 2,236 citations. A total of 535 studies were published in journals with impact factor (IF) >1. Of these, 7 were published in journals with IF between 47,000 and 70,000. Its high citation average, which is greater than three times the national average, is an important indicator of the quality and relevance of Einstein's work. According to data1 released by Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – Organization for the Improvement of Higher Education Personnel), scientific papers in Brazil receive an average of 0.8 citations per year; Einstein's citation average is 2.6.

Our main research areas are Molecular genetics, Cell therapy, Big Data & Digital Health, and Aging.

In addition to expanding the frontiers of knowledge, supporting evidence-based medicine and generating innovation, research plays a fundamental role in the culture of continuous improvement and in the search for excellence that drives Einstein. Knowledge is generated through a broad portfolio, which covers teaching initiatives, as well as basic, experimental, and clinical research, providing services in the area and participating in internal and external innovation projects.

Luiz Vicente Rizzo
IIEP Research Director

1 Source: Research in Brazil, by Clarivates Analytics – research commissioned by Capes. In reference to the mean between 2011 and 2016

Abrir caminhos e procurar soluções para a promoção de saúde, prevenção e cura de doenças por meio da integração entre a pesquisa científica e a inovação tecnológica.
Missão da Pesquisa

To open paths and seek solutions to promote health and prevent and cure diseases, by combining scientific research with technological innovation.
Research Mission

INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN

INDICADORES DE PESQUISA 2018

2018 RESEARCH INDICATORS

PESQUISA

795
artigos
PUBLICADOS EM PERIÓDICOS E INDEXADOS

795
papers
PUBLISHED IN INDEXED JOURNALS

RESEARCH

535
artigos
PUBLICADOS EM PERIÓDICOS COM fator de impacto acima de 1

DESPESAS E INVESTIMENTOS
R$ 29,5
milhões

EXPENSES AND INVESTMENTS
R$ 29.5
million

535
papers
PUBLISHED IN JOURNALS WITH Impact factor > 1

654
projetos

2.326
citações e artigos
DE PESQUISADORES DO EINSTEIN

2,326
Einstein papers and citations
FROM EINSTEIN'S STUDIES

654
projects

INOVAÇÃO

42
startups
INCUBADAS

42
incubated
STARTUPS

INNOVATION

Eretz bio
PARCERIA COM A PLUG AND PLAY CLEVELAND INNOVATION PLATFORM

Eretz bio
PARTERNSHIP WITH PLUG AND PLAY CLEVELAND IN-NOVATION PLATFORM

EXCELÊNCIA EM PESQUISA

ESCRITÓRIO DE INTEGRIDADE CIENTÍFICA

Nascido no formato de Comitê de Integridade Científica, em junho de 2017, o Escritório de Integridade Científica, iniciativa pioneira no Brasil, reflete não só a crescente preocupação mundial com as boas práticas em pesquisa, como o aumento de investimento em pesquisa por parte da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBHAE) e a grande expansão das atividades de pesquisa na Instituição, atestada pela criação de Cursos de Pós-Graduação e pela implantação de uma Academic Research Organization, também frutos da maturidade científica alcançada nos últimos anos.

O escritório, que faz parte da Diretoria de Pesquisa do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa, tem a missão de garantir que as pesquisas realizadas no âmbito da SBIBHAE sejam conduzidas de forma responsável, eficiente, transparente, ética e íntegra. Para tanto, é de responsabilidade do escritório, não só atender a eventuais denúncias de má-conduta científica, mas também auditar os projetos de pesquisa sendo realizados na instituição, de forma autônoma e independente.

Nessas auditorias, são examinados documentos originais obtidos na pesquisa, incluindo bancos de dados, relatórios estatísticos, Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e publicações associadas, seja na forma de trabalho científico, tese de doutorado, dissertação de mestrado ou apresentações em congressos.

O objetivo do Escritório de Integridade Científica é, assim, o de preservar a imagem da instituição no que tange à qualidade da pesquisa nela realizada, incluindo um importante papel educativo em relação às boas práticas de pesquisa.

AVALIAÇÃO EXTERNA DOS PESQUISADORES

Como atividade pioneira no Brasil, de forma periódica e sistemática, o Einstein submete seus esforços na área de pesquisa a avaliações de organismos externos.

Um deles é o Scientific Advisory Board (SAB), grupo de notáveis convidados pelo Einstein para oferecer um olhar estratégico e sugerir caminhos de desenvolvimento da instituição rumo a suas ambições, em um processo de análise realizado a cada quatro anos. O SAB é formado por seis pesquisadores de renome internacional que atuam nos Estados Unidos, em Israel

EXCELLENCE IN RESEARCH

OFFICE OF RESEARCH INTEGRITY

Born in June 2017 as a Scientific Integrity Committee, the Office of Research Integrity is a pioneering initiative in Brazil that reflects not only the growing concern for good research practices worldwide, but also the increasing investment in research by the Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBHAE) as well as the expansion of research activities at the Institution, including the creation of graduate courses and the implantation of an Academic Research Organization. These initiatives reflect the Institution's growing scientific maturity over the last few years.

The office, which is part of IIEP's Research Directorate, has the mission of ensuring that research within SBIBHAE is conducted in a responsible, efficient, transparent, ethical and integral manner. To this end, the office not only addresses reports of scientific misconduct, but also audits the Institution's research projects, autonomously and independently.

In these audits, original research documents are examined, including databases, statistical reports, consent forms, and any associated publications, such as research articles, master's theses, doctoral dissertations, and conference presentations.

Thus, the Offices's main objective is to preserve the Institution's image regarding the quality of the research conducted, and plays an important role in educating the Institution's members regarding good research practices.

EXTERNAL EVALUATION OF RESEARCHERS

Einstein periodically and systematically submits its research to evaluations by external organizations, a practice that is not common among Brazilian institutions.

One of these is the Scientific Advisory Board (SAB), who offers a strategic look and suggests paths towards development for the Institution to reach its goals; this analysis is conducted every four years. SAB is made up of six internationally renowned researchers working in the United States, Israel and

e em países da Europa e da Ásia; foi presidido pelo ex-professor Sydney Brenner, ganhador do prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina em 2002, falecido em 2019. Os SAB são uma prática comum em instituições de pesquisa de referência no mundo, mas na América Latina o Einstein foi pioneiro em adotá-la, em 2010.

Em 2014 iniciamos um processo de avaliação externa de todos os pesquisadores contratados e com horas protegidas à Pesquisa, como parte de um processo transparente de avaliação do desempenho científico de cada pesquisador.

Com foco na análise individual dos diversos aspectos da carreira científica dos pesquisadores e da sua coerência com a linha de pesquisa da Instituição, o Einstein conta com o Comitê Avaliador Externo, composto por quatro pesquisadores que são referências nacionais nas áreas de pesquisa experimental, clínica e de tradução. O Comitê atua em ciclos de três anos, e oferece orientação tática de curto prazo para aperfeiçoar o corpo de pesquisadores do Einstein.

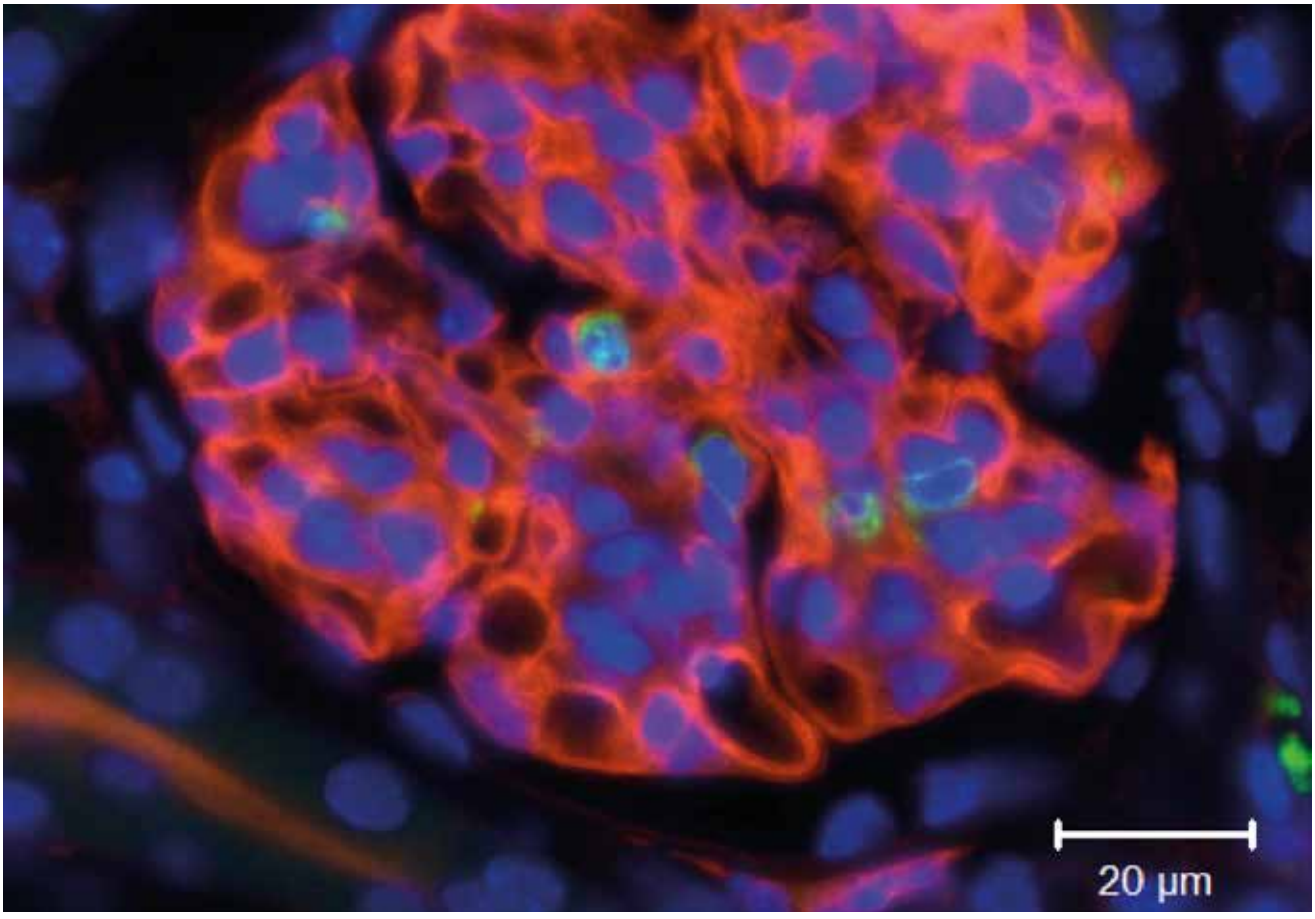
Em 2018, os dois Comitês atuaram simultaneamente nas respectivas avaliações.

countries in Europe and Asia; it was chaired by former professor Sydney Brenner, winner of the Nobel Prize in Physiology and Medicine in 2002, who passed away in 2019. SABs are a common practice in leading research institutions worldwide, and Einstein was the first in Latin America to adopt this practice in 2010.

In 2014 we also began an external evaluation process for all hired researchers, as a broader effort to provide a transparent evaluation process.

To evaluate each researcher's scientific career and their coherence with the Institution's line of research, Einstein has instituted an External Review Committee composed of four researchers who are national references in the areas of experimental, clinical and translational research. The Committee operates in three-year cycles, offering short-term tactical guidance to improve Einstein's body of researchers.

In 2018, the two Committees acted simultaneously on their respective evaluations.



GOVERNANÇA E GESTÃO DE PESQUISA

O IIEP também foi vanguardista em um assunto pouco discutido no Brasil, mas que é indispensável e altamente valorizado nos processos dos grandes centros de pesquisa e universidades internacionais: a gestão da pesquisa.

Uma das primeiras ações neste sentido foi a sistematização do gerenciamento dos projetos de pesquisa realizados na instituição. O Sistema Gerenciador de Projetos de Pesquisa (SGPP), registrado no INPI como I-search®, centraliza todos os processos envolvidos na execução da pesquisa, desde a análise da qualidade das propostas realizadas por meio de avaliação por pares, até o acompanhamento da publicação dos resultados científicos. Nesses últimos anos o SGPP passou por várias atualizações sempre com o objetivo de se adequar às demandas das diversas certificações recebidas, além de reforçar os processos de *clearance* de todas as áreas envolvidas, garantindo assim a qualidade da pesquisa realizada na instituição.

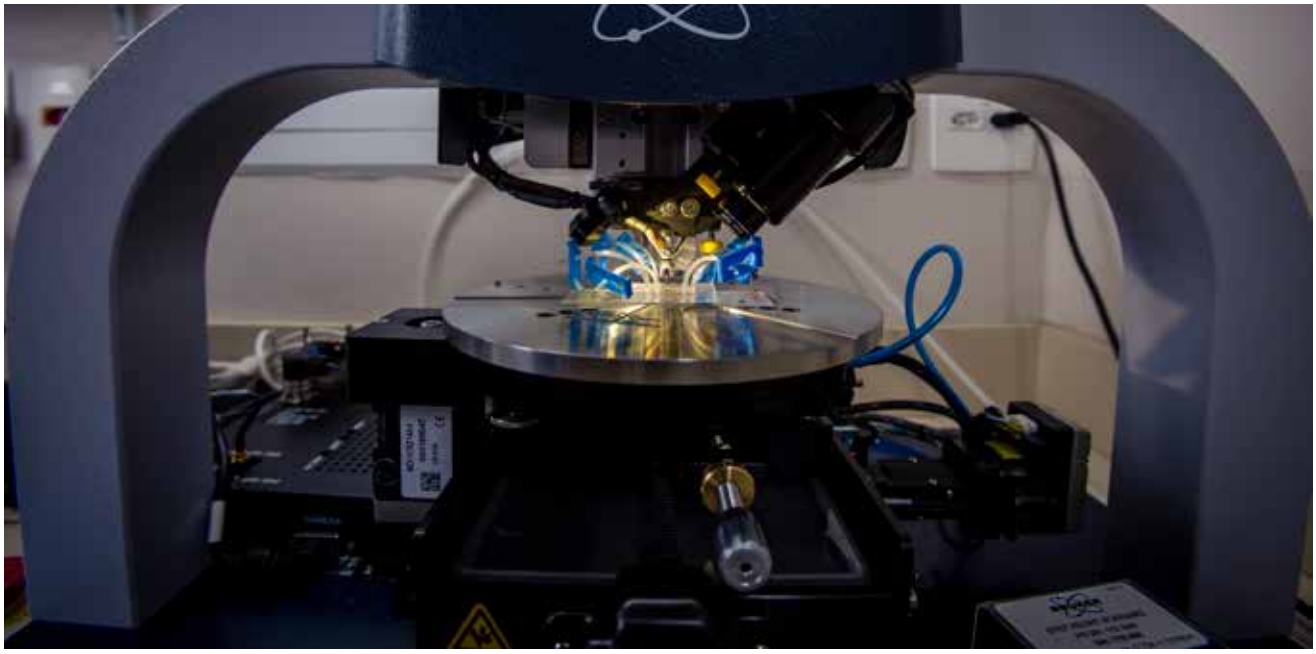
O SGPP também inovou seus processos nesse período por meio da gestão compartilhada, que significa que todos os pesquisadores contratados também são responsáveis pela qualidade geral da pesquisa por meio de sua atuação no Comitê de Triagem do SGPP.

GOVERNANCE AND RESEARCH MANAGEMENT

The IIEP was also at the forefront of tackling a subject that is not often discussed in Brazil but that is indispensable and highly valued at important international research centers and universities: research management.

One of the first moves in this regard was to systematize the management of research projects conducted at the Institution. The SGPP (Sistema Gerenciador de Projetos de Pesquisa – Research Project Management System), registered at the INPI as I-search®, centralizes all steps involved in research execution, from analyzing the quality of peer reviews, to monitoring the publication of scientific results. In recent years, SGPP has undergone several updates to adapt to the demands of the various certifications, as well as facilitate clearance in all areas, thus guaranteeing the quality of research at the institution.

During this period, the SGPP also innovated by distributing management, meaning that all hired researchers are also responsible for the overall quality of their research by acting on the SGPP Screening Committee.



INFRAESTRUTURA
INFRASTRUCTURE

ARO EINSTEIN

Conhecimento clínico e liderança acadêmica de um hospital de excelência

Clinical knowledge and academic leadership of a hospital of excellence

Missão

Abrir caminhos e procurar soluções para ser a instituição líder no planejamento, coordenação e publicação de estudos clínicos multicêntricos de alto impacto nacional e internacional, gerando conhecimento que possa reduzir o ônus de doenças de alta morbimortalidade.

Mission

To open paths and seek solutions to be the leading institution in the planning, coordination and publication of multicenter clinical studies with high national and international impact, generating knowledge than can reduce morbimortality.

ARO Einstein – Academic Research Organization – é uma nova frente de atuação do Hospital Israelita Albert Einstein, focada na liderança acadêmica de projetos clínicos multicêntricos de alto impacto nacional e internacional e na prestação de serviços de pesquisa clínica, baseados em rígidos padrões de integridade científica. O gerenciamento engloba todas as etapas do estudo clínico, do desenho até a análise estatística, combinando conhecimento científico e operacional durante sua execução.

Primeira organização desse tipo no Brasil, a ARO Einstein foi inspirada nas AROs dos melhores sistemas de saúde e universidades do mundo. Seu projeto de gerenciamento tem início no planejamento de todas as etapas do estudo, desenho do protocolo, análise estatística, processo regulatório, além de toda gestão do projeto.

Seu propósito é liderar o planejamento, a coordenação e a publicação de estudos clínicos, gerando conhecimento capaz de reduzir o ônus de doenças de alta morbimortalidade, por meio de parcerias com instituições de saúde do Brasil e do exterior. Seu compromisso é expandir conhecimentos, desafiando as abordagens convencionais para transformar as descobertas científicas em melhores cuidados aos pacientes.

Por meio do compartilhamento de soluções criativas, as AROs pelo mundo ajudam a ampliar a qualidade de vida das pessoas, seja por meio de novos medica-

ARO Einstein – Academic Research Organization – is a new front of action for Hospital Israelita Albert Einstein, focused on the academic leadership of multicenter clinical projects with high national and international impact and on providing clinical research services based on strict standards of scientific integrity. Management encompasses all stages of the clinical study, from study design to statistical analyses, by combining scientific and operational knowledge.

The first such organization in Brazil, ARO Einstein was inspired by the AROs of the world's best health systems and universities. Its management project starts with the planning of all stages of the study, including protocol design, statistical analysis, and regulatory processes.

Its purpose is to lead the planning, coordination and publication of clinical studies, generating knowledge capable of reducing the burden of diseases with high morbimortality, through partnerships with health institutions in Brazil and abroad. It is committed to expanding knowledge and challenging conventional approaches to transform scientific discoveries into better patient care.

By sharing creative solutions, AROs around the world improve people's quality of life by developing new medications or discovering new functions for them, by creating new devices or even introducing new treatments for different diseases. Important studies

mentos, de outras funções para as drogas já existentes, de novos dispositivos ou ainda de determinadas condutas indicadas no tratamento das mais diversas doenças. Emergem das AROs notórios estudos publicados nas mais prestigiadas revistas médicas, como New England Journal of Medicine, The Lancet e JAMA – Journal of the American Medical Association. Tais publicações das AROs são fruto do trabalho de equipes experientes, marcadas pela independência, liderança científica e abordagem colaborativa.

have been produced by AROs and published in the most prestigious medical journals, such as the New England Journal of Medicine, The Lancet and JAMA – Journal of the American Medical Association. These publications are the result of the work of experienced teams that are characterized by independence, scientific leadership and a collaborative approach.

POR QUE CONTRATAR A ARO EINSTEIN?

- Liderança acadêmica e científica do projeto por meio de pesquisadores reconhecidos perante a comunidade científica.
- Serviços providos com a excelência Einstein e custo competitivo no mercado.
- Projetos elaborados por especialistas da área.
- Relacionamento e parceria com redes de pesquisa de ponta nacionais e internacionais e com autoridades sanitárias brasileiras.
- Desenvolvimento de projetos em âmbito nacional para estudos locais.
- Coordenação de estudos em centros fora do Brasil.

WHY HIRE US?

- Academic and scientific project leadership by researchers recognized by the scientific community.
- Services with Einstein's excellence at competitive market costs.
- Projects prepared by specialists in the area.
- Partnerships with top national and international research networks and with Brazilian health authorities.
- Development of national projects for local studies.
- Coordination of studies in centers outside Brazil.

Munida de um completo conjunto de serviços, a ARO Einstein une o conhecimento clínico e a liderança acadêmica de um hospital de primeira linha, capitaneando estudos significativos que exploram novos métodos e propõem novas abordagens para suprir necessidades não atendidas, em busca de aprimorar a assistência ao paciente.

Armed with a complete set of services, ARO Einstein combines the clinical knowledge and academic leadership of a first-rate hospital, leading significant studies that explore new methods and propose new approaches to meet unmet needs, in an effort to improve patient assistance.

LINHAS DE PRODUTOS E SERVIÇOS

Uma gama completa de produtos e serviços visa atender necessidades diversas dos clientes ARO Einstein, das mais abrangentes às mais específicas. Conheça cada um – que pode ser contratado pontualmente ou em conjunto – e posicione seu estudo no mais alto patamar de excelência e de integridade científica:

PRODUCTS LINES AND SERVICES

A complete range of products and services aims to meet the diverse needs of ARO Einstein customers, from the most comprehensive to the most specific. Get to know each one of them (hired individually or together) and give your study the highest level of excellence and scientific integrity.

LIDERANÇA ACADÊMICA

- Elaboração e revisão de protocolo
- Elaboração de emendas ao projeto
- Desenho da ficha clínica do estudo
- Validação do mapa de variáveis
- Elaboração do Manual de Operações do Estudo (MOP)
- Definição do método de randomização do estudo
- Elaboração, submissão e publicação do manuscrito
- Elaboração do relatório final do estudo para submissão a autoridades éticas e regulatórias
- Elaboração de relatórios de eficácia e segurança

ACADEMIC LEADERSHIP

- Prepare and review protocols
- Review projects
- Create study clinical records
- Validate variable maps
- Preparation of the MOP (Manual de Operações do Estudo – Study Operations Manual)
- Define study randomization methods
- Manuscript elaboration, submission and publication
- Prepare the final study report for submission to ethical and regulatory authorities
- Prepare safety and efficacy reports

DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA

- Elaboração do plano de análise estatística
- Cálculo do tamanho da amostra
- Análise interina
- Elaboração do relatório estatístico final
- Composição do Comitê de Monitoramento dos Dados

STATISTICS DEPARTMENT

- Elaboration of the statistical analysis plan
- Sample size calculation
- Interim analysis
- Preparation of the final statistical report
- Putting together the Data Monitoring Committee

CONSULTORIA

- Treinamento de profissionais
- Estruturação de farmácia exclusiva para pesquisa clínica
- Programas de qualidade (JCI, AAHRPP)
- Estruturação de centros de pesquisa clínica

CONSULTING

- Professional training
- An exclusive clinical research pharmacy
- Quality programs (JCI, AAHRPP)
- Clinical research centers

FARMACOVIGILÂNCIA

- Gerenciamento de EAS/ADRS
- Bancos de dados de segurança
- Redação, revisão e submissão de EAS
- Avaliação e gerenciamento de risco/benefício

PHARMACOVIGILANCE

- EAS/ADRS management
- Security databases
- Writing, reviewing and submitting EAS
- Risk/benefit assessment and management

GERENCIAMENTO DE DADOS

- Elaboração do plano de gerenciamento de dados
- Elaboração de CRF eletrônica e impressa
- Participação do Comitê de Monitoramento de Dados
- Gerenciamento e manutenção do banco de dados
- Garantia da qualidade dos dados (relatórios periódicos, gerenciamento de queries, reconciliação de dados)

DATA MANAGEMENT

- Elaboration of the data management plan
- Elaboration of electronic and printed CRF
- Participation of the Data Monitoring Committee
- Database management and maintenance
- Data quality assurance (periodic reports, query management, data reconciliation)

ADJUDICAÇÃO DE EVENTOS

- Elaboração do Manual de Adjudicação (CEC Charter)
- Coordenação do Comitê de Adjudicação
- Gerenciamento de documentos de adjudicação
- Avaliação da causalidade de eventos adversos
- Comitê de Monitoramento dos dados (interpretação de achados, orientação sobre interrupção precoce do estudo por segurança, benefício ou futilidade)

ADJUDICATION

- laboration of the Adjudication Manual (CEC Charter)
- Coordination of the Adjudication Committee
- Management of adjudication documents
- Assessment of adverse event causality
- Data Monitoring Committee (interpretation of findings, guidance on early study interruption for safety reasons, benefit assessments)

GERENCIAMENTO DE PROJETOS

- Planejamento do projeto
- Estabelecimento de cronograma de atividades, prazos e metas de entregas
- Previsão de recursos
- Gerenciamento de falhas

PROJECT MANAGEMENT

- Project planning
- Activity schedule and deadlines
- Resource forecasting
- Error management

GERENCIAMENTO DE CENTROS

- Treinamento e capacitação de centros
- Planejamento logístico (produto sob investigação, medicamentos, insumos)
- Visitas de iniciação, monitoria e *close out*
- Comunicação e suporte aos centros

CENTERS MANAGEMENT

- Training and qualification of centers
- Logistical planning (product under investigation, medicines, supplies)
- Initiation, monitoring and close out visits
- Communication and support for centers

STARTUPS E REGULATÓRIO

- Identificação e seleção de centros (visita de qualificação) com suporte de especialistas da área do projeto
- Submissão ética e regulatória
- Análise e negociação orçamentária e contratual

STARTUPS AND REGULATION

- Identification and selection of centers (qualification visit) with support from specialists in the area of each project
- Ethical and regulatory submission
- Budget and contract analysis and negotiation

REPASSE FINANCEIRO

- Gerenciamento de pagamentos por prazos e entregas, pagamentos programados e não programados
- Repasses por serviços terceirizados

TRANFER OF FUNDS

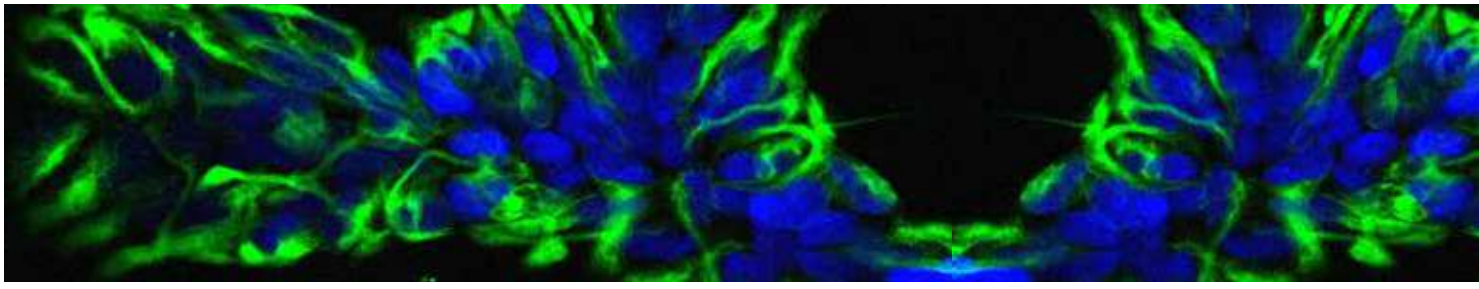
- Managing payments by deadlines and deliveries scheduled and unscheduled payments
- Payments for outsourced services

TIPOS DE ESTUDOS CLÍNICOS

- Fármacos
- *Devices*
- Estratégias de Cuidado
- Intervenções
- Técnicas Cirúrgicas
- Mudanças de Estilo de Vida

TYPES OF CLINICAL SERVICES

- Drugs
- Devices
- Care strategies
- Interventions
- Surgical techniques
- Lifestyle changes

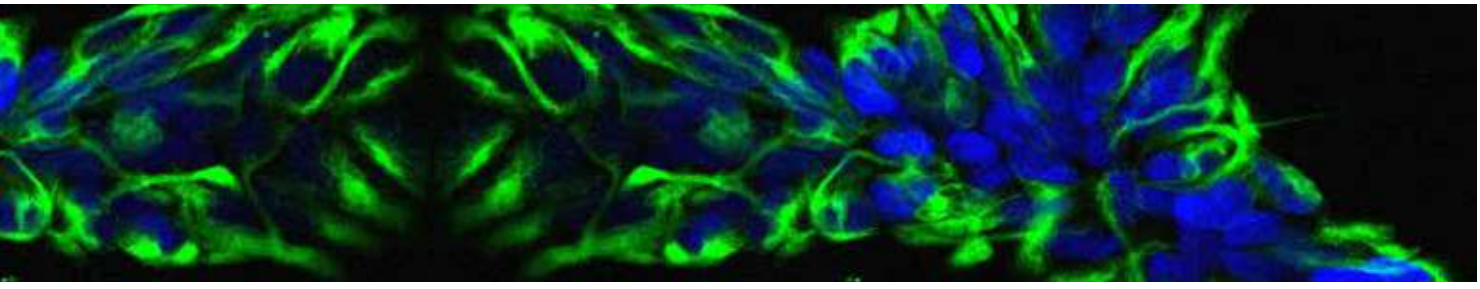


PIONEIRISMO NA AAHRPP

Em reconhecimento ao seu compromisso com a qualidade, segurança e proteção dos pacientes, o Einstein foi a primeira instituição da América do Sul a obter acreditação da Association for the Accreditation of Human Research Protection Programs (AAHRPP). O título situa a instituição no mesmo patamar de integridade científica de instituições como Duke University (EUA), Case Western Reserve University (EUA) e Johns Hopkins Medicine (EUA), também certificadas pelo programa. Além disso, atesta um alto nível de padrões éticos e boas práticas na condução de estudos envolvendo seres humanos, fator de enorme credibilidade e visibilidade internacional.

PIONERISM IN THE AAHRPP

In recognition of the commitment with quality and protection of patients, Einstein was the first institution in South America to be accredited by the Accreditation of Human Research Protection Programs (AAHRPP). The accreditation placed our institution in terms of scientific integrity at the same level of institution such as Duke University (EUA), Case Western Reserve University (EUA) and Johns Hopkins Medicine (EUA), all certified by AAHRPP. In addition, AAHRPP attests a high level of ethical standards and good practices in conduction of studies involving humans, a significant factor of international credibility and visibility.



CENTRO DE PESQUISA EXPERIMENTAL (CPE)

EXPERIMENTAL RESEARCH CENTER

CENTRO DE EXCELÊNCIA

O Centro de Pesquisa Experimental (CPE) está organizado no formato de um laboratório nuclear (*core facility*), tendo, nos últimos dez anos, amadurecido sua vocação para a pesquisa em Medicina Molecular, na fronteira do conhecimento voltada para a pesquisa de tradução.

O formato de *core facility* permite operar como plataformas, uma configuração que serve a todo pesquisador com vínculo ou associado à instituição, que queria ali conduzir seus experimentos. Sendo assim, todos os usuários têm acesso compartilhado a todo o instrumental e às ferramentas de biologia celular e molecular disponíveis.

É possível realizar identificação e marcação celular, imageamento de culturas celulares e tecidos, análises do genoma e de expressão gênica, transfecção e edição gênica, identificação de proteínas e de produtos metabólicos, produção de nanopartículas e exossomos, além de citometria de última geração. Este parque tecnológico pode ser exemplificado pelos equipamentos de última geração para citometria e *sorting* (MoFlo ASTRIOS), sequenciamento de nova geração (ThermoScientific Ion Proton), microdissecção a laser e microscopia confocal (Zeiss LSM 710), ultracromatografia (Shimadzu UHPLC LC30-AD NEXERA), leitor Multiplex Assays Luminex e *live imaging* para cultura celular (Incucyte).

No entorno do Centro de Pesquisa Experimental há, além das áreas administrativas e biblioteca, quatro salas de estudo, respectivamente para pesquisadores, assistentes de pesquisa, pós-doutores e pesquisadores visitantes e, finalmente, para alunos de iniciação científica, mestrado e doutorado. Essa organização estimula a transversalidade do conhecimento, o compartilhamento de ideias e o aprendizado contínuo de novas técnicas e desenhos experimentais pelos alunos. Permite também que a infraestrutura contemple o uso por muito mais equipes de pesquisa, pois a área de escritório também é de uso compartilhado.

CENTER OF EXCELLENCE

The Experimental Research Center is organized as a core facility, and over the last 10 years has turned towards research in Molecular Medicine, with a focus on translational research.

The core facility operates via platforms that are available to every researcher affiliated with the Institution. Thus, all users have shared access to all instruments and to the available cellular and molecular biology tools.

One can perform cell identification and labeling, cell culture and tissue imaging, genome and gene expression analysis, gene editing and transfection, identification of proteins and metabolic products, production of nanoparticles and exosomes, as well as state-of-the-art cytometry. The technological park is characterized by state-of-the-art cytometry and sorting equipment (MoFlo ASTRIOS), new generation sequencing (ThermoScientific Ion Proton), laser microdissection and confocal microscopy (Zeiss LSM 710), ultracromatography (Shimadzu UHPLC LC30-AD NEXERA), a Multiplex Assays Luminex reader and live imaging for cell cultures (Incucyte).

Besides the administrative offices and library, next to the Experimental Research Center are four study rooms for researchers, research assistants, post-docs and visiting researchers, as well as undergraduate, master's and doctoral students. This layout facilitates interaction and the sharing of ideas among professionals of different levels and students. Furthermore, the office area was also designed for shared use by other research teams.

INSTITUTO DO CÉREBRO

BRAIN INSTITUTE

NA VANGUARDA DO CONHECIMENTO

O Instituto do Cérebro (Ince) reúne plataformas de pesquisa em neurociências com a missão de compreender o cérebro humano para promover saúde. Hoje, sua estrutura de pesquisa contempla desde o estágio *in vitro,* como culturas de neurônios, até técnicas avançadas de imagem cerebral por ressonância magnética. As linhas de pesquisa em atividade se beneficiam de estrutura, equipamentos e recursos humanos de alta capacidade.

A equipe do Instituto do Cérebro é formada por pesquisadores, médicos, assistentes de pesquisa e enfermeiras, que atuam em sinergia para realizar estudos científicos sobre diversas condições – como acidente vascular cerebral (AVC), doença de Parkinson e demências – e também estudos que promovem a saúde e o bem-estar humano, como intervenções por práticas de meditação e yoga avaliadas por ressonância magnética.

No laboratório é possível trabalhar com identificação de fatores genéticos associados ao surgimento e à evolução de diversas doenças neurológicas, além das possibilidades de aplicações terapêuticas de novos agentes farmacológicos, implantes cerebrais e possibilidades de uso de células-tronco e aplicações de nanobiotecnologia.

O Ince conta com um laboratório de rádio-farmácia (Contadores Gama Wizard e HPLC – High Performance Liquid Chromatography), laboratório de análise histológica, equipamentos para estudos em nanobiotecnologia (tomografia por fluorescência *in vivo*, magneto hipertermia e tomografia por luminescência *in vivo*, entre outros), laboratório de neuroestimulação aplicada a reabilitação (sistema de estimulação magnética transcraniana – TMS e estimulação por corrente contínua, entre outros), além de equipamentos de mapeamento cerebral, como eletroencefalograma (EEG) e espectroscopia por infra-vermelho próximo (fNIRS).

AT THE FOREFRONT OF KNOWLEDGE

The Ince (Instituto do Cérebro – Brain Institute) brings together neuroscience research platforms with the mission of understanding the human brain and promoting health. Today, its research areas extend from in vitro techniques such as neuron cultures, to advanced magnetic resonance imaging. All research depends on our top quality structure, equipment and human resources.

The Ince team is made up of researchers, doctors, research assistants and nurses, who conduct studies on stroke, Parkinson's disease and dementias, and use MRI to investigate how meditation and yoga interventions can promote health and well-being.

In the laboratory, our scientists identify genetic factors associated with the emergence and evolution of several neurological diseases, as well as possible therapeutic applications of new pharmacological agents, neural implants and the possible uses for stem cells and nanobiotechnology.

Ince also has a radiopharmacy laboratory (Gamma Wizard and HPLC – High Performance Liquid Chromatography Counters), a histological analysis laboratory, nanobiotechnology equipment (in vivo fluorescence tomography, magneto hyperthermia and in vivo luminescence tomography, among others), neurostimulation applied to rehabilitation (transcranial magnetic stimulation – TMS and tdcs – transcranial direct current stimulation, among others), in addition to brain mapping equipment, such as electroencephalography (EEG) and near-infrared spectroscopy (fNIRS).

OLÍMPIADA DE NEUROCIÊNCIAS DE SÃO PAULO – BRAIN BEE

O Hospital Israelita Albert Einstein promove anualmente um curso de Neurociências e a Olimpíada de Neurociências de São Paulo (Brain Bee SP), uma competição sem fins lucrativos voltada para estudantes do ensino médio. A competição visa incentivar a busca pelo conhecimento sobre o sistema nervoso e estimular o interesse dos estudantes pela pesquisa acadêmico-científica nas diferentes áreas das neurociências. Ambos os eventos são gratuitos e destinados a alunos e professores da rede pública e particular.

A Olimpíada teve seu início em 1998, por iniciativa do Dr. Norbert Myslinski (Universidade de Maryland, EUA) e sob a rubrica de Brain Bee Competition. Com lançamento nos EUA, a iniciativa se expandiu para vários países. Nela, qualquer estudante do ensino básico, entre 14 e 19 anos, é elegível para competir. O torneio se realiza em três fases – local, nacional e internacional – com competidores dos seis continentes. Os comitês locais levam seus vencedores para a competição nacional e o vencedor desta é convidado a participar da competição Internacional.

Desde 2015, o Einstein hospeda os eventos do Comitê São Paulo, que iniciou a prova com 50 alunos e em 2019 atingiu 420 estudantes. Essa procura crescente nos faz acreditar que estamos no caminho certo ao apoiar os jovens futuros cientistas em sua jornada, motivando e despertando o desejo dos alunos a ingressarem em carreiras cientificas.

SÃO PAULO NEUROSCIENCE OLYMPIC – BRAIN BEE

Hospital Israelita Albert Einstein annually promotes a Neuroscience course and the São Paulo Neuroscience Olympics (Brain Bee SP), a non-profit competition for high school students. This event was designed to encourage students to seek knowledge about the nervous system and to stimulate their interest in academic-scientific research in different areas of neuroscience. Both events are free and are open to students and teachers from public and private schools.

The Brain Bee Competition, as it was originally called, was started in 1998 by Dr. Norbert Myslinski (University of Maryland, USA). It was launched in the United States and later expanded to several countries. Students between 14 and 19 years old are eligible to compete. The tournament takes place in three phases – local, national and international – with competitors from six continents. Local committees take their winners to the national competition and the winner from each country is invited to participate in the international competition.

Einstein has hosted the event since 2015, which started with 50 students and reached 420 students in 2019. The growing demand makes us believe that we are on the right track supporting young future scientists on their journey, motivating their desire to embark on scientific careers.

CENTRO DE EXPERIMENTAÇÃO E TREINAMENTO EM CIRURGIA (CETEC)

CENTER FOR EXPERIMENTATION AND SURGICAL TRAINING

INOVACÃO E DIFUSÃO DE PRÁTICAS

O centro abriga pesquisas em diferentes áreas da Medicina, como neurologia, cardiologia, oncologia, hematologia, distúrbios metabólicos, ginecologia, hepatologia, imunologia, nefrologia, oftalmologia e transplantes.

O CETEC dedica-se a atividades como:

- Pesquisa experimental
- Estudos pré-clínicos para avaliação de medicamentos, materiais e equipamentos médicos
- Treinamento cirúrgico para formação profissional
- Difusão de inovação em técnicas cirúrgicas
- Modelos animais para estudos de prova de conceito

Acreditado pela Association for Assessment and Acreditation of Laboratory Animal Care (AAALAC) desde 2011, segue procedimentos éticos e de boas práticas, garantindo a qualidade dos projetos executados na instituição.

Os recentes avanços tecnológicos em cirurgia, como as técnicas minimamente invasivas e robóticas, exigem que a inovação nessas áreas passe pela experimentação cirúrgica e que a difusão do conhecimento ocorra em centros de treinamento adequadamente equipados. Este é um dos escopos de atuação do Centro de Experimentação e Treinamento em Cirurgia.

A infraestrutura e recursos humanos disponíveis permitem o desenvolvimento com sucesso de projetos complexos em temas tão diversos como cirurgia cardíaca com e sem circulação extracorpórea, cirurgias minimamente invasivas, transplantes de órgãos, implante de ventrículos, artificiais, colocação de stents coronários e aórticos, implantação de células-tronco e videocirurgia.

INNOVATION AND DIFFUSION OF PRACTICES

The center houses research in different areas of medicine, such as neurology, cardiology, oncology, hematology, metabolic disorders, gynecology, hematology, immunology, nephrology, ophthalmology and transplants.

CETEC is dedicated to activities such as:

- Experimental research
- Pre-clinical studies to evaluate medications, materials and medical equipment
- Surgical training for professionals
- Diffusion of innovation in surgical techniques
- Animal models for proof of concept studies.

Accredited by the Association for Assessment and Accreditation of Laboratory Animal Care (AAALAC) since 2011, we follow ethics and good practice procedures to ensure the quality of the projects conducted at the Institution.

Recent technological advances in surgery, such as minimally invasive and robotic techniques, require surgical experimentation in properly equipped training centers. This is one of the areas covered by the Center for Surgical Experimentation and Training.

Our infrastructure and human resources ensure the successful development of complex projects on topics as diverse as cardiac surgery with and without cardiopulmonary bypass, minimally invasive surgeries, organ transplants, artificial ventricle implants, coronary stent and aortic valve surgeries, stem cell implantation and video surgery.

CENTRO DE PESQUISA PRÉ-CLÍNICA

O CETEC agrega o centro de pesquisa pré-clínica que oferece serviço de excelência na pesquisa com o intuito de desenvolver projetos confiáveis e de impacto para avanços na saúde humana.

Os serviços oferecidos incluem as seguintes plataformas:

- Toxicidade e segurança farmacológica
- Eficácia em modelos induzidos ou patológicos
- Avaliação de medical device
- Estudos de Biodistribuição
- Nanobiotecnologia
- Imagem molecular
- Radiofármacos

Veja nas fotos a seguir alguns exemplos da infraestrutura de alta tecnologia para execução de projetos de pesquisa do CETEC.

PRE-CLINICAL RESEARCH CENTER

The CETEC includes the preclinical research center, which aims to develop reliable and impactful projects for advances in human health.

The services offered include:

- Toxicity and pharmacological safety
- Effectiveness in induced or pathological models
- Medical device evaluation
- Biodistribution Studies
- Nanobiotechnology
- Molecular imaging
- Radiopharmaceuticals

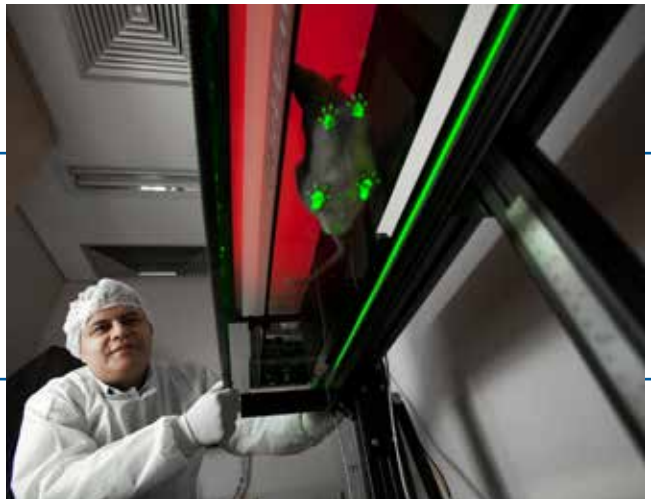
See photos below for some examples of the high-technology infrastructure available for CETEC research projects.

Sala de radiologia intervencionista para cirurgias endovasculares
Interventional radiology room for endovascular surgery

Centro Cirúrgico equipado para cirurgias de baixa a alta complexidade, com sistema de transmissão de imagens em tempo real
Surgical Center equipped for low to high complexity surgeries, with a real-time image transmission system

Microscópio motorizado de fluorescência
Motorized fluorescence microscope

Tomografia por fluorescência e luminescência *in vivo*
In vivo fluorescence and luminescence tomography



Uma nova plataforma de comportamento será inaugurada em 2020 para proporcionar maior diversidade de projetos na área de neurociências
A new behavior platform will be launched in 2020 to conduct a greater diversity of projects in the area of neuroscience

NÚCLEO DE PESQUISA ASSISTENCIAL

HEALTHCARE RESEARCH CENTER

A PLACE FOR DISCUSSION AND DEVELOPMENT

O Núcleo de Pesquisa Assistencial monitora o programa de pesquisa da enfermagem e equipe multiprofissional do Einstein. Tem contribuído não só para a formação e qualificação em pesquisa dos enfermeiros da instituição, mas também de profissionais de outras organizações, ao engajar alunos de iniciação científica e mestrado nas pesquisas desenvolvidas sob coordenação da área, nas seguintes linhas de pesquisa: dor em populações vulneráveis, educação em dor e nos estudos de intervenções que visem o bem-estar e uma melhor experiência dos pacientes. De forma alinhada à premissa institucional de levar uma gota de Einstein por todo país, pesquisas pioneiras com impacto na saúde pública, como o levantamento do perfil de dor dos indígenas na Amazônia, dentre outras, vêm sendo realizadas, com apoio das principais agências de fomento nacionais e grants internacionais.

Com a colaboração dos docentes do Programa de Pós-graduação stricto sensu em Ciências da Saúde e do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem do Einstein, pesquisas e inovações voltadas à melhoria da prática assistencial têm sido desenvolvidas nos últimos anos. Exemplos disso são a disponibilização, para o setor de saúde, de aplicativos capazes de auxiliar médicos e equipes multidisciplinares na gestão e no diagnóstico de lesões de pele, além de novas técnicas assistenciais, adaptação e validação de escalas de avaliação e estudos de desenvolvimento tecnológico em realidade imersiva para a prática clínica à beira-leito.

A PLACE FOR DISCUSSION AND DEVELOPMENT

The Healthcare Research Center monitors Einstein's nursing and multi-professional research program. The Center has contributed not only to the research training and qualification of nurses at the Institution, but also to that of professionals from other organizations, engaging undergraduate and master's students in research projects coordinated by the Institution in the following lines of research: pain in vulnerable populations, education in pain, and intervention studies aimed at improving patients' well-being and overall experience. In line with Einstein's goal of spreading its services across the country, there have been pioneering studies with a public health impact, such as surveying the pain profile of indigenous people in the Amazon, among others, with support from Brazil's main health agencies and international grants.

Research and innovations aimed at improving care practice have been developed in recent years with the collaboration of professors from Einstein's Graduate Program in Health Sciences and the Professional Master's Program in Nursing. Examples of this are applications that assist doctors and multidisciplinary teams in the management and diagnosis of skin lesions, new assistance techniques, adaptation and validation of assessment scales, and studies in immersive reality technology for bedside clinical practice.

Além de contribuir para a qualidade assistencial, a geração de pesquisas com impacto social também é um dos objetivos da área. Estudos cujos resultados possam subsidiar a tomada de decisão no âmbito clínico, nas políticas públicas e que promovam a reflexão da sociedade em geral, são fundamentais e fazem parte do nosso compromisso. Alguns exemplos dos estudos desenvolvidos:

Besides contributing to the quality of care, another goal is to produce research with a social impact. Studies whose results can influence decision-making in clinical settings and public policies and that promote thinking of society as a whole, are fundamental and are part of our commitment. Here are some examples of these studies:

IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DA DOR DO MORADOR DE RUA

O cenário sociocultural é gerador de vulnerabilidades que interferem diretamente sobre as condições de saúde e contribuem para o maior número de agravos. A dor em moradores de rua é frequentemente subdiagnosticada e subtratada, o que é apontado nos escassos estudos realizados em países desenvolvidos. O primeiro estudo nessa temática no Brasil foi realizado por nosso grupo e permitiu conhecer a alta prevalência de dor crônica nos moradores de rua do centro de São Paulo, bem como suas implicações nas atividades de vida diária, que resultaram na implantação da avaliação sistematizada da dor para essa população. Além disso, a obtenção de um grant internacional possibilitou, a partir da pesquisa, desenvolver um curso na plataforma aberta de cursos do Einstein, que qualificou, de forma gratuita, mais de 7.000 profissionais de saúde de todos os estados brasileiros, incluindo profissionais de Portugal.

IDENTIFYING AND MANAGING PAIN AMONG HOMELESS INDIVIDUALS

Socio-cultural factors create vulnerabilities that directly interfere with health conditions. Pain in homeless people is often underdiagnosed and undertreated, which has been highlighted in the few studies conducted on this topic in developed countries. The first such study in Brazil was conducted by our group and allowed us to identify a high prevalence of chronic pain among homeless people in downtown São Paulo, as well as its implications for activities of daily living. This study resulted in the implementation of systematic pain assessments for this population. In addition, with the aid of an international grant we developed a course on this topic on Einstein's open course platform, which qualified more than 7,000 health professionals from all Brazilian states, as well as professionals from Portugal, free of charge.

SAÚDE INDÍGENA: ASPECTOS CULTURAIS DA DOR EM INDÍGENAS DA AMAZÔNIA

A experiência dolorosa é bastante complexa e sofre influência do contexto sociocultural de cada indivíduo. Até o momento, não há descrição científica de como essa experiência se expressa na cultura indígena em nosso país, em suas mais de 300 etnias em 274 diferentes idiomas, principalmente em áreas mais remotas e com pouco acesso aos serviços de saúde. Foram realizadas, até o momento, duas expedições científicas, com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, para caracterizar a dor dos indígenas do Vale do Javari, no coração da selva amazônica, e a medicina tradicional utilizada para seu controle pelas etnias Matis, Kanamary e Marubo, onde profissionais de

INDIGENOUS HEALTH: CULTURAL ASPECTS OF PAIN AMONG INDIGENOUS PEOPLE FROM THE AMAZON

Pain is quite complex and is influenced by each individual's sociocultural context. To date, there is no scientific description of how pain is expressed among indigenous cultures in our country (more than 300 ethnicities speaking 274 different languages), especially in more remote areas with little access to health services. So far, two scientific expeditions have been conducted with the support of FAPESP (São Paulo State's Research Support Foundation) to characterize pain among the indigenous people of the Javari Valley, in the heart of the Amazon jungle, as well as the traditional medicine used by the Matis, Kanamary and Marubo ethnic groups, including health professionals from the Special Indige-

saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena também foram incluídos. Os povos Ashaninkas que vivem na divisa do Acre com o Peru, na Terra Indígena Kampa do Rio Amônia, e os Huni kuin, do Território Indígena Alto Purus, também participaram deste estudo de natureza etnográfica. Os dados permitiram a elaboração de uma cartilha sobre os aspectos fundamentais da dor nessas etnias, já traduzida para Marubo (as demais traduções estão em desenvolvimento). Com isso espera-se ampliar o diálogo sobre a dor entre profissionais de saúde e os indígenas, e auxiliar na preservação cultural do conhecimento ancestral desses povos. Uma terceira expedição científica se encontra em fase de planejamento.

nous Sanitary District. We also included the Ashaninka people living on the border between Acre and Peru, in the Kampa Indigenous Territory of the Amônia River, and the Huni kuin people, from the Alto Purus Indigenous Territory. From the data we were able to elaborate a booklet on the fundamental aspects of pain in these ethnic groups, which has already been translated into Marubo (the other translations are underway). We hope these studies expand the dialogue about pain between health professionals and the indigenous people, as well as help preserve the ancestral knowledge of these Amerindian people. A third scientific expedition is in the planning stage.

Expedição Leininger – Etnia Matis – Vale do Javari (AM)

Leininger expedition – Matis ethnic group – Vale do Javari (AM)

Expedição Leininger – Etnia Kanamary – Vale do Javari (AM)

Leininger expedition – Kanamary ethnic group – Vale do Javari (AM)

Expedição Iracema – Etnia Ashaninka – Marechal Thaumaturgo (AC)

Iracema expedition – Ashaninka ethnic group – Marechal Thaumaturgo (AC)

Expedição Leininger – Aldeia Bukuak – Vale do Javari (AM)

Leininger expedition – Bukuak village – Vale do Javari (AM)

E-NATUREZA: AS IMAGENS DA NATUREZA COMO RECURSO COMPLEMENTAR PARA PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR NO AMBIENTE HOSPITALAR

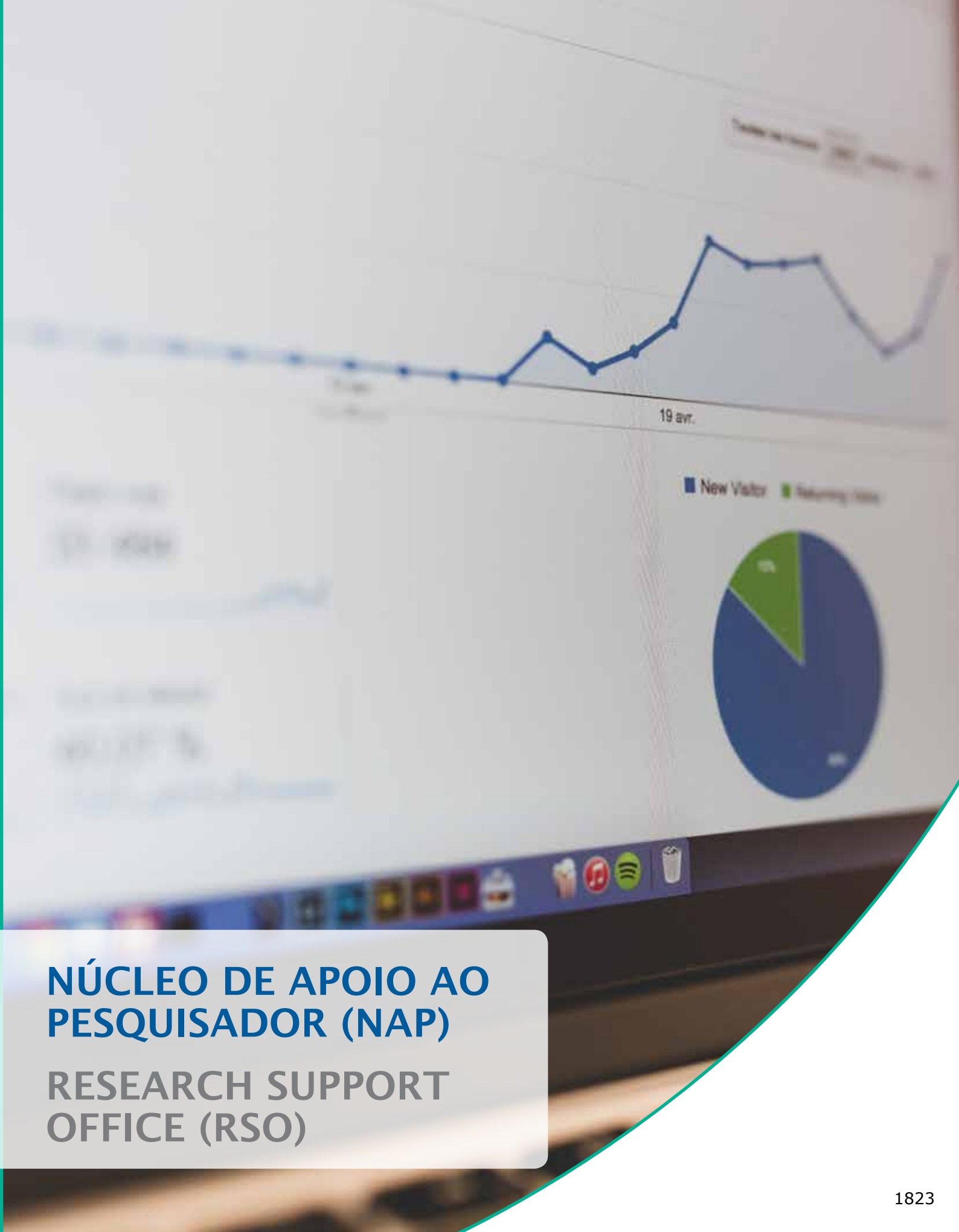
Nas últimas décadas tem se observado um crescente interesse dos pesquisadores em compreender como a adoção de elementos naturais no cotidiano, inclusive nas instituições hospitalares, podem caracterizar ambientes restauradores e traduzir-se em melhores condições de saúde para os pacientes. Este ensaio clínico randomizado visa validar imagens da natureza e verificar seu potencial terapêutico no cuidado a pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. As imagens de natureza em realidade imersiva (e-NaturezaVR) são alvo de outro ensaio clínico conduzido junto a mulheres submetidas a biópsia diagnóstica de nódulo de mama, para avaliação do potencial terapêutico na redução da ansiedade, dor/desconforto e promoção de bem-estar durante a realização do exame.

E-NATURE: IMAGES OF NATURE TO PROMOTE WELL-BEING IN THE HOSPITAL SETTING

Over the last few decades, researchers have become increasingly interested in understanding how the adoption of natural elements in daily life, including in hospitals, can provide restorative environments and thus better health conditions for patients. This randomized clinical trial aims to validate images of nature and verify their therapeutic potential in the care of cancer patients undergoing chemotherapy. The images of nature in an immersive reality (e-NaturezaVR) are also being used in another clinical trial conducted with woen undergoing diagnostic biopsies for breast lumps, assessing their therapeutic potential in reducing axiety and pain/discomfort, and promoting wellbeing during the exam.

Na perspectiva da geração de conhecimento e da implantação das melhores evidências científicas na prática assistencial da enfermagem institucional, o Núcleo de Pesquisa Assistencial oferece suporte aos enfermeiros líderes da instituição que compõem o Conselho em Prática Baseada em Evidência (PBE). Este foi designado para prover orientação especializada a enfermeiros clínicos, em todos os níveis de formação, que queiram ganhar experiência em prática baseada em evidências e atuem direta ou indiretamente na área assistencial, na condução de iniciativas de elaboração e ou revisão de protocolos relacionados à PBE direcionados ao cuidado de saúde com qualidade e segurança em diversos desfechos clínicos.

With the goal of generating knowledge and implementing the best scientific evidence in the Institution's nursing care practice, the Healthcare Research Center provides support to the Institution's leading nurses who compose the Council on Evidence-Based Practice (EBP). The Council was designed to provide specialized guidance to clinical nurses at all levels of education who want to gain experience in evidence-based practices and who work directly or indirectly in the care area elaborating and/or reviewing EBP protocols with quality and safety in several clinical outcomes.



NÚCLEO DE APOIO AO PESQUISADOR (NAP)

RESEARCH SUPPORT OFFICE (RSO)

SUPORTE AO PESQUISADOR

Seguindo uma tendência mundial, o IIEP instituiu em 2014 o Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP), área que reúne serviços e plataformas de gestão da pesquisa com o intuito de proteger o tempo do pesquisador de assuntos administrativos, bem como prestar assessoria técnica em alguns aspectos específicos do planejamento de projetos de pesquisa.

Os principais pilares do NAP são:

SISTEMA GERENCIADOR DE PROJETOS DE PESQUISA (SGPP)/I.SEARCH®

Sistema baseado na internet que centraliza todos os processos envolvidos durante a submissão, análise, execução e monitoramento dos projetos de pesquisa de toda a instituição. Essa base de dados, existente desde 2006, é uma fonte de informações sobre toda a ciência produzida na instituição, além de servir de suporte para tomada de decisões estratégicas relacionadas à pesquisa institucional.

CAPTAÇÃO E GERENCIAMENTO DE RECURSOS PARA PESQUISA

Esta importante área do NAP atua nos processos conhecidos internacionalmente como pre award e post award. O pre award é responsável pela busca e divulgação de editais de financiamento à pesquisa e também realiza para o pesquisador todo o processo de submissão às agências de fomento, nacionais e internacionais. Após a concessão do recurso, é a área de post award que trabalha em conjunto com nossos pesquisadores para o correto gerenciamento e utilização dos recursos concedidos, além de realizar todas as prestações de contas de acordo com as regras de compliance institucionais e das próprias agências de fomento.

SUPPORT FOR RESEARCHERS

Following a worldwide trend, in 2014, the IIEP instituted the Research Support Office (RSO), an area that brings together research management services and platforms in order to relieve researchers from excessive administrative duties, as well as provide technical advice on specific aspects of research project planning.

Main services provided by RSO include:

I.SEARCH® (RESEARCH PROJECT MANAGEMENT SYSTEM)

An internet-based system that manages in one place all process involved during submission, analysis, execution, and monitoring of institutional research projects. This system was created in 2006 and constitutes a database about all science produced at our institution, in addition to support strategic decision making related to research conducted at our institution.

FUNDRAISING AND RESOURCE MANAGEMENT FOR RESEARCH

This important area of RSO operates in processes known internationally as pre and post awards. The pre award is responsible for searching and disseminating research funding notices and takes care of the entire process of submission to national and international development agencies. After the grant is awarded, the post award area works together with our researchers to correctly manage the resources and conduct accountability in accordance with the institution and grants agency's compliance rules.

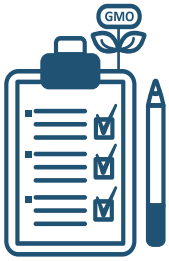
SERVIÇO DE ESTATÍSTICA E DADOS

As atividades deste serviço contemplam o apoio à descrição dos métodos estatísticos e estimação de tamanho amostral durante o planejamento e escrita do projeto de pesquisa, assessoria na construção dos fluxos e estrutura para coleta de dados com o auxílio do REDCap (Research Electronic Data Capture), uma sofisticada plataforma para coleta, gerenciamento e disseminação de dados de pesquisas. Na fase de encerramento dos projetos, este serviço também realiza as análises estatísticas e presta auxílio na interpretação dos resultados. Este suporte técnico é imprescindível para fortalecer as boas práticas científicas.

BIOSTATISTICAL AND DATA SERVICES

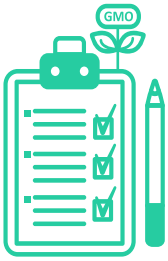
This department provides descriptions of statistical methods and estimates sample sizes during the planning and writing of research projects, as well as advice on data collection using REDCap (Research Electronic Data Capture), a secure web-based application that supports data capture and management for research studies. During the project's closing phase, this department also conducts statistical analyses and assists in the interpretation of results. This technical support is essential to strengthen good scientific practices.

ASSESSORAMENTO ADMINISTRATIVO GERAL



Todos os processos administrativos e financeiros que envolvem a gestão da pesquisa e, principalmente, a gestão de processos dos diversos comitês relacionados às atividades científicas são gerenciados pelo NAP. Além disso, todo o suporte operacional a novos alunos bolsistas, pesquisadores e staff técnico é realizado nesta área.

GENERAL ADMINISTRATIVE SUPPORT



All administrative and financial processes that involve research administration and the management of the various scientific committees are managed by RSO. RSO also provides all operational support for new scholarship students, researchers and technical staff.

SISTEMA EINSTEIN INTEGRADO DE BIBLIOTECAS

EINSTEIN INTEGRATED LIBRARY SYSTEM

CONHECIMENTO À DISPOSIÇÃO DE TODOS

O Einstein conta com uma das mais extensas bibliotecas na área da saúde em hospitais no Brasil. Nas unidades Morumbi, Paulista, Morato e Paraisópolis, pode-se consultar livros, periódicos, teses, dissertações, CDs e DVDs. Estão disponíveis cerca de 7.500 mil títulos, com aproximadamente 17.000 exemplares de livros impressos e 20 tipos de periódicos (jornais e revistas na área de saúde publicados no Brasil).

O Einstein procura investir recursos principalmente em bibliotecas digitais. Os títulos em formato eletrônico possuem inúmeras vantagens, entre as quais o fato de poderem ser acessados interna e externamente, por vários usuários simultaneamente e serem personalizáveis, permitindo grifos e anotações.

KNOWLEDGE FOR ALL

Einstein has one of Brazil's largest hospital health science libraries. At the Morumbi, Paulista, Morato and Paraisópolis units, books, journals, theses, dissertations, CDs and DVDs can be consulted. Approximately 7,500 thousand titles are available, with approximately 17,000 printed books and 20 types of periodicals (health journals and magazines published in Brazil).

Einstein invests mainly in digital libraries. Titles in electronic format have numerous advantages, including the fact that they can be accessed internally and externally by several users simultaneously and are customizable, allowing for highlighting and note-taking.

ACERVO DIGITAL

- **7.500** títulos de periódicos em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- **2.500** títulos de livros eletrônicos nas plataformas Clinical Key e Evolution.

DIGITAL COLLECTION

- **7,500** journal titles in partnership with Capes (the Organization for the Improvement of Higher Education Personnel)
- **2,500** electronic book titles on the Clinical Key and Evolution platforms.

Além de periódicos eletrônicos, o Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas coloca à disposição do aluno plataformas eletrônicas internacionais para busca de conteúdos como: Cinahl, Nursing Reference Center, Web of Science, PubMed/Medline, Embase, Scopus, Cochrane Library, BMJ Best Practice, The Medical Letter, UpToDate, Micromedex, STATdx, ClinicalKey e E-anatomy.

O Einstein também publica a revista científica **einstein**, que tem nível internacional e está indexada em grandes bases de dados da área da Saúde:

In addition to electronic journals, the Einstein Integrated Library System provides students with the following international electronic platforms: Cinahl, Nursing Reference Center, Web of Science, PubMed / Medline, Embase, Scopus, Cochrane Library, BMJ Best Practice, The Medical Letter, UpToDate, Micromedex, STATdx, ClinicalKey and E-anatomy.

Einstein also publishes the scientific journal Einstein, which has an international level and is indexed in large health databases:

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

GRADUATE PROGRAM IN HEALTH SCIENCES

MESTRADO E DOUTORADO

Propiciamos uma formação sob novos paradigmas e objetivamos que os alunos tenham melhor entendimento teórico e prático no âmbito assistencial, científico e educacional. Ao final dos cursos observamos uma transformação cognitiva e emocional dos alunos, que se sentem melhor capacitados para entender este ambiente e também, em muitos casos, motivados a se engajar pessoalmente em projetos de pesquisa, ensino, inovação e empreendedorismo.

EXPERIÊNCIAS INOVADORAS DE FORMAÇÃO

O Programa tem forte caráter inovador, oferecendo formação holística, centrada em um núcleo de disciplinas instrumentais consistente: Empreendedorismo e Inovação, Redação Científica, Didática, Inglês científico, Ética em Pesquisa, Gestão da Pesquisa, Tópicos avançados de Ensino e Aprendizagem, para destacar algumas delas. Além do foco na qualidade científica, busca-se permanentemente a excelência nos processos, na relação interpessoal alunos-docentes-programa e na inserção social.

O Einstein promove um ambiente de inovação e empreendedorismo do qual os alunos da pós-graduação são convidados a participar. A dinâmica do Programa permite o ingresso no doutorado direto, com base em

MASTER'S AND DOCTORATE PROGRAMS

We provide novel training paradigms and work so that students have a better theoretical and practical understanding in the areas of care, science and education. At the end of the courses we observe a cognitive and emotional transformation in students, who feel better prepared and also motivated to pursue research, teaching, innovation and entrepreneurship projects.

INNOVATIVE TRAINING EXPERIENCES

The Program has a strong innovative character, offering holistic training centered on a strong core of essential disciplines: Entrepreneurship and Innovation, Scientific Writing, Didactics, Scientific English, Research Ethics, Research Management, Advanced Teaching and Learning Topics, to highlight a few. In addition to the focus on scientific quality, we constantly seek excellence in execution, in the student-teacher-program relationship and in social integration.

Einstein promotes an environment of innovation and entrepreneurship where graduate students are invited to participate. Students can enter the direct doctorate program or switch from the master's to the doctorate program, based on excellent research performance.

critérios que ressaltam a atuação diferenciada do candidato na área da pesquisa científica. Também possibilita a mudança de nível de alunos de alto desempenho acadêmico/científico do mestrado para doutorado.

Os resultados das pesquisas desenvolvidas no Programa de Pós-graduação são compartilhados e absorvidos no dia a dia à beira do leito, no desenvolvimento de protocolos, no aprimoramento das práticas assistenciais, na redução de custos operacionais, no fortalecimento das parcerias com o setor público, na abordagem ao cuidado com o paciente como experiência contínua, no compromisso com a tomada de decisão transparente e orientada pela melhor evidência médica e científica, contemplando todo o complexo hospitalar Albert Einstein, que também envolve as instituições municipais administradas pelo Einstein em parceria com a prefeitura de São Paulo: Hospital M´boi Mirim, Hospital Municipal Vila Santa Catarina, Unidade de Pronto-Atendimento III de Campo Limpo, Programa de Transplantes pelo SUS, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além das AMAs (Assistência Médica Ambulatorial) da Vila Prel, Campo Limpo, Pirajussara, Vila Sônia e Paraisópolis.

The results of the research conducted in the Postgraduate Program are shared and absorbed on a daily basis at bedside, in protocol development, in improved care practices, in reduced operating costs, in the strengthening of partnerships with the public sector, in the approach to patient care as a continuous experience, in the commitment to transparent decision-making and guided by the best medical and scientific evidence, covering the entire Albert Einstein hospital complex, which also involves the municipal institutions managed by Einstein in partnership with the city of São Paulo: Hospital M´boi Mirim, Hospital Municipal Vila Santa Catarina, Emergency Care Unit III of Campo Limpo, Transplant Program by SUS, three Psychosocial Care Centers (CAPS), in addition to the AMAs (Ambulatory Medical Assistance) in Vila Prel, Campo Limpo, Pirajussara, Vila Sônia and Paraisópolis.

DIFERENCIAIS DO PROGRAMA

- Encontros bimestrais entre o coordenador do Programa e todos os alunos matriculados.
- Workshops semestrais com todos os docentes credenciados.
- Workshops anuais com os coordenadores das disciplinas visando aprimoramento da grade curricular.
- Os alunos respondem uma pesquisa de satisfação ao final de cada disciplina, em um processo de melhoria contínua.
- As teses e dissertações são enviadas por e-mail para as bancas examinadoras dos exames de qualificação e defesa, reforçando o compromisso institucional com a sustentabilidade.
- Assessoras científicas prestam serviço de revisão de artigos científicos, apresentações em inglês, resumos para apresentação em eventos, sem custo para docentes e alunos.
- A Instituição mantém na estrutura do Núcleo de Apoio ao Pesquisador um grupo de estaticistas, que atuam nos projetos de pesquisa desde a fase de elaboração até a defesa de título.
- Toda a infraestrutura administrativa institucional é disposta de forma matricial – o que permite que o Programa se beneficie em sua atuação.

PROGRAM DIFFERENTIALS

- Bimonthly meetings between the Program coordinator and all enrolled students.
- Semiannual workshops with all accredited instructors.
- Annual workshops with the course coordinators to improve the curriculum.
- Students answer a satisfaction survey at the end of each subject to ensure continuous improvement.
- Theses and dissertations are sent by e-mail to the examining and qualification boards, reinforcing the Institution's commitment to sustainability.
- Scientific consultants provide review services for scientific articles, presentations in English, and presentation supplies for events, at no cost to teachers and students.
- The Research Support Center includes a group of statisticians who work on research projects from the preparation to the master's/doctoral defense phase.
- The Institution's entire administrative infrastructure is arranged in the form of a matrix to maximize its benefits.

CENTRO DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN – CAMPUS CECÍLIA E ABRAM SZAJMAN

COMPROMISSO COM O ENSINO E A PESQUISA

Com previsão de inauguração em 2020, o local abrigará os alunos da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein e pesquisadores do Einstein.

A estrutura proverá um ambiente acolhedor e propício para que os profissionais em formação e os pesquisadores – em sua permanente busca por novos avanços científicos – cumpram seu papel de fazer a diferença na sociedade, seja qual for o ramo da saúde em que já atuem ou pretendam atuar.

O Centro ocupará uma área construída de mais de 44 mil metros quadrados em terreno próximo à unidade Morumbi, em um projeto que integra arquitetura e paisagismo interno e externo.

O projeto arquitetônico do novo prédio é assinado pelo renomado arquiteto israelo-americano Moshe Safdie. O arquiteto já conduziu grandes obras ao redor do mundo, como o Museu do Holocausto, Aeroporto de Telaviv e o Hotel Sands Marina Bay em Singapura. Em seu projeto para o Einstein, Safdie priorizou locais mais amplos, iluminados e o contato com a natureza, a fim de tornar o ambiente mais humano, zelando pelo bem-estar de seus frequentadores.

"Além de representar um legado, a criação do novo centro demonstra o compromisso do Einstein com o investimento contínuo em ensino e pesquisa. Temos como objetivo promover a melhoria da saúde no país ao formar profissionais capacitados e também voltados para a gestão do setor", afirma Sidney Klajner, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

COMMITMENT TO TEACHING AND RESEARCH

Scheduled to open in 2020, the site will house students and researchers at the Albert Einstein Health Sciences College (Faculdade Israelita de Ciencias da Saude Albert Einstein).

The structure will provide a welcoming environment for professionals in training and researchers – in their permanent search for new scientific advances – to fulfill their role of making a difference in society, regardless of their specialty.

The Center will occupy an area of more than 44 thousand square meters near the Morumbi unit, in a project that integrates architecture with internal and external landscaping.

The architectural design of the new building is signed by the renowned Israeli-American architect Moshe Safdie. Safdie has conducted major projects around the world, including the Holocaust Museum, Tel Aviv Airport and the Sands Marina Bay Hotel in Singapore. In his project for Einstein, Safdie prioritized larger, bright spaces and contact with nature, in order to make the environment more humane, ensuring the well-being of its visitors.

"In addition to representing a legacy, the creation of the new center demonstrates Einstein's commitment to continuous investment in teaching and research. We aim to promote health improvement in the country by training qualified professionals focused on health management", says Sidney Klajner, president of the Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

ALBERT EINSTEIN

INSTITUTO ISRAELITA DE

ENSINO E PESQUISA

1834

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN
Superintendência geral: Henrique Neves

INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN
Diretor Superintendente de Pesquisa: Luiz Vicente Rizzo

Academic Research Organization
Diretor: Otavio Berwanger

Centro de Experimentação e Treinamento em Cirurgia
Coordenadora: Luciana Cintra

Centro de Pesquisa Experimental
Coordenadora: Natalia Torres

Escritório de Integridade Científica
Gestoras: Anna Carla Goldberg e Anna Davison

Instituto do Cérebro
Coordenadora: Liana Guerra Sanches

Núcleo de Apoio ao Pesquisador
Gerente: Aline Pacífico

Núcleo de Pesquisa Assistencial
Pesquisadora: Eliseth Leão

Programa de Pós-graduação stricto sensu em Ciências da Saúde
Coordenadora: Laudiceia Almeida

Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas
Coordenadora: Edna Rother

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN
CEO: Henrique Neves

INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN
Director of Research: Luiz Vicente Rizzo

Academic Research Organization
Director: Otavio Berwanger

Center for Experimentation and Surgical Training
Coordination: Luciana Cintra

Center for Experimental Research
Coordination: Natalia Torres

Office of Research Integrity
Chairs: Anna Carla Goldberg and Anna Davison

Brain Institute
Coordination: Liana Guerra Sanches

Research Support Office
Manager: Aline Pacífico

Healthcare Research Center
Researcher: Eliseth Leão

Graduate Program in Health Sciences
Coordination: Laudiceia Almeida

Einstein Integrated Library System
Coordination: Edna Rother

PARA SABER MAIS sobre a área de Pesquisa do Einstein, acesse: **www.einstein.br/pesquisa**

TO LEARN MORE ABOUT Research at Einstein, visit **www.einstein.br/pesquisa**

Acompanhe o Einstein nas redes sociais:
Follow Einstein on social media:

/HospitalAlbertEinstein
/hosp_einstein
/+HospitalAlbertEinstein
/HospitalEinstein
/hosp_einstein
ensinoepesquisa.einstein.br/

ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. INTRODUÇÃO

As Trilhas de aprendizagem constituem um conjunto integrado e sistemático de soluções de aprendizagem ou programas educacionais, utilizando múltiplos formatos e estratégias educacionais que visa o desenvolvimento de competências individuais (conhecimentos, habilidades e atitudes) requeridas para o desempenho dos colaboradores no dia a dia, viabilizando alcance do objetivo estratégico da Sociedade.

As Trilhas de Aprendizagem são caminhos alternativos e flexíveis para promover o desenvolvimento pessoal. Não é apenas um roteiro de ações, mas um acompanhamento da evolução na jornada de aprendizado, para que ocorra no tempo ideal.

O Ensino Corporativo Einstein elaborou a presente Política como forma de sistematizar, organizar e apresentar os programas de treinamento e desenvolvimento para os colaboradores da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - SBIBAE (Einstein ou Sociedade), por meio de Trilhas de Aprendizagem, construindo conteúdos que têm como objetivo o desenvolvimento de competências profissionais necessárias para o desempenho das diferentes atividades realizadas na Sociedade e disseminar o propósito, a missão, a visão e os valores, bem como as diretrizes estratégicas relevantes.

Cópia Controlada

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta Política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas à capacitação dos colaboradores. Quando não houver neste documento, regra ou exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a tomada de decisão deve ser orientada pelos seguintes princípios:

- **PRINCÍPIO DA SUSTENTABILIDADE:** os conteúdos disponibilizados por meio das Trilhas de Aprendizagem devem estar alinhados ao propósito, missão, visão e valores da Sociedade, bem como ao planejamento estratégico e as competências de cargo mapeadas pela Diretoria de Recursos Humanos.
- **PRINCÍPIO DA PADRONIZAÇAO DE PRÁTICAS:** o desenvolvimento de conteúdos disponibilizados por meio das Trilhas de Aprendizagem será baseado nos critérios, conhecimentos e padrões de práticas requeridos para atuação dos colaboradores na Sociedade.
- **PRINCÍPIO DA QUALIDADE E SEGURANÇA:** os conteúdos disponibilizados por meio das Trilhas de Aprendizagem promoverão a educação, o aprendizado e o engajamento dos colaboradores da

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 1839

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

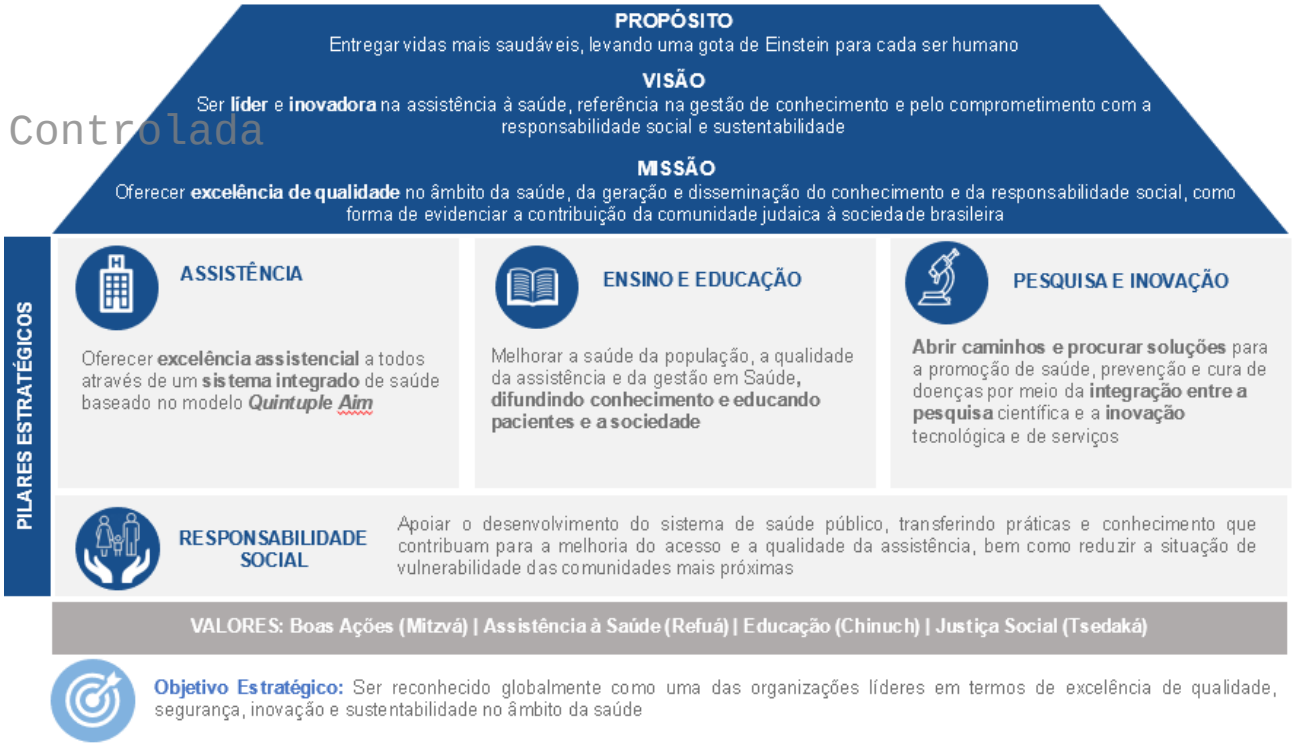
Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Sociedade em conformidade com as diretrizes, ferramentas e recursos estabelecidos no Sistema Einstein de Qualidade e Segurança (SEQS).

3. OBJETIVO

Esta Política tem por objetivo estabelecer as regras, papéis e responsabilidades relativas ao desenvolvimento das Trilhas de Aprendizagem por parte da Diretoria de Ensino, com apoio dos especialistas e referências do Einstein como forma de apoiar o compromisso da Sociedade com a geração do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades de seus colaboradores, alinhados ao propósito, visão, missão, valores e objetivos estratégicos.

Cópia Controlada



4. DEFINIÇÕES

- **Aprendizado:** processo de aquisição de conhecimento e habilidades que permitem o desenvolvimento de competências.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

- **Competência:** são conhecimentos, habilidades e comportamentos que contribuem para o desempenho individual e organizacional.

A figura 1, a seguir, esquematiza o conceito de competência:

Cópia Controlada

Figura 1: Conceito de Competência.

Fonte: Adaptado de Éboli, 2004.

- **Competência Profissional:** Capacidade de unir conhecimentos, habilidades e atitudes para gerar resultados, isto é, demonstrar desempenho cada vez mais eficiente e eficaz das atividades profissionais:
  - Conhecimento: É a obtenção e a transformação de dados em informação.
  - Habilidade: É a capacidade inata para desenvolver determinada atividade.
  - Atitude: É a disposição para tomada de iniciativa.

- **Trilhas de Aprendizagem:** conjunto integrado e sistemático de soluções de aprendizagem ou programas educacionais, recorrendo a múltiplos formatos e estratégias. Tal conjunto visa à instalação e o desenvolvimento de competências individuais (conhecimentos, habilidades e atitudes) requeridas para o desempenho das pessoas no dia a dia e que viabilizará o alcance do objetivo estratégico do Einstein. As competências organizacionais e profissionais são norteadoras pelo desenvolvimento das trilhas de Aprendizagem.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

5. APLICABILIDADE

Esta Política se aplica a todos os colaboradores da Sociedade.

6. DESCRIÇÃO

As Trilhas de Aprendizagem da Sociedade são desenvolvidas pela Diretoria de Ensino e tem como premissas:

- Oferecer capacitação e crescimento das competências dos colaboradores, contribuindo para seu desenvolvimento profissional;
- Reforçar os princípios e os valores da Sociedade, abordando temas institucionais relativos à conduta ética; e
- Contribuir para a qualidade e excelência dos serviços prestados pela Sociedade.

Cópia Controlada

Os direcionadores para a definição das temáticas a serem abordados no ciclo de trilhas são os seguintes:

- Competências estratégicas e profissionais;
- Indicadores operacionais e assistenciais;
- Legislação;
- Diretrizes estratégicas;
- Certificações, Acreditações, Auditorias, Reconhecimentos; e
- Políticas de qualificação profissional.

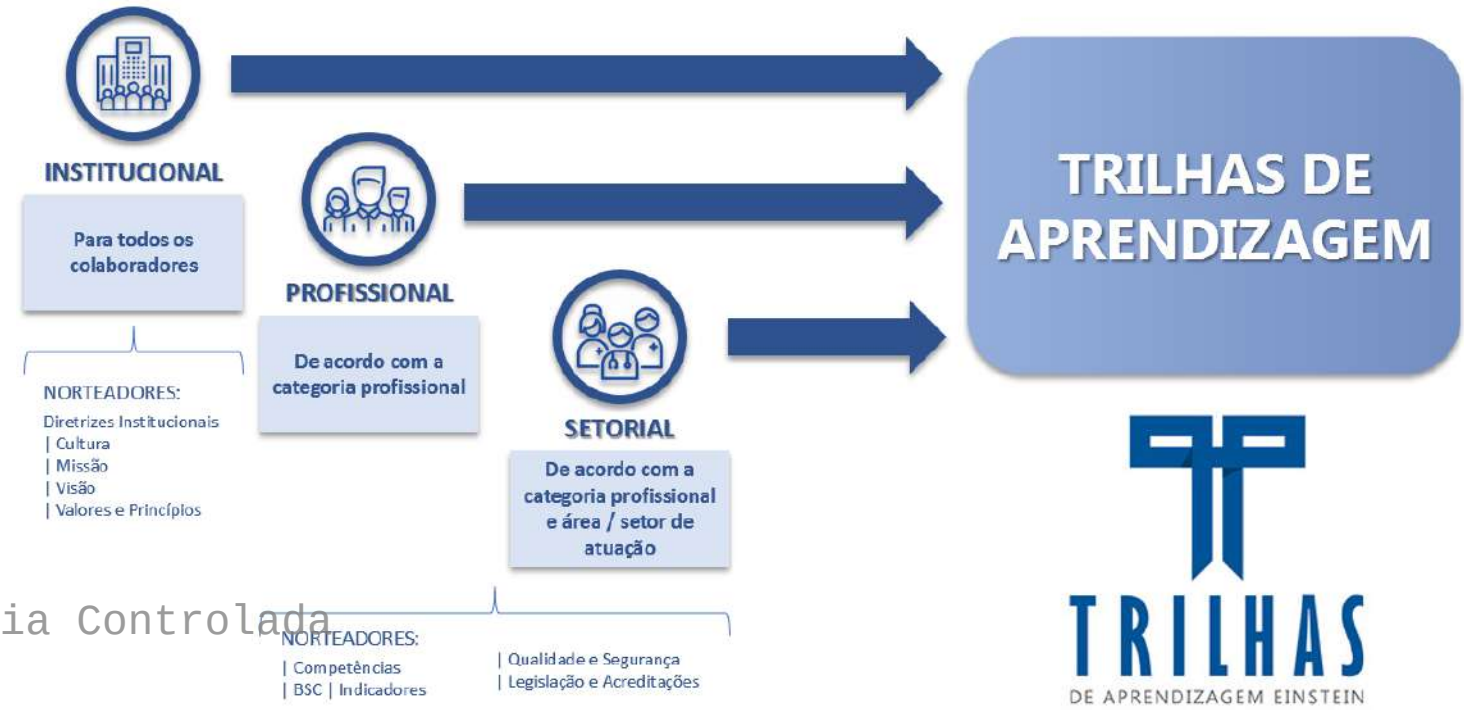
Os conteúdos elaborados e disseminados pelas trilhas de aprendizagem devem ser baseados em cenários que considerem a diversidade e a inclusão.

As trilhas de Aprendizagem estão organizadas conforme os pilares apresentados na figura 2 abaixo:

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 1842

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador



Cópia Controlada

Figura 2: Trilhas de Aprendizagem Einstein.

Trilha Institucional

A trilha institucional deve ser disponibilizada a todos os colaboradores e tem como proposta propagar a cultura e os saberes fundamentais da Sociedade de forma a proporcionar aos colaboradores conhecimentos sobre aspectos da organização alinhados aos objetivos estratégicos. Está pautada em três eixos, a saber:

- Princípios e Valores;
- Cultura de Segurança; e
- Experiência do Paciente e Colaborador.

Os treinamentos que compõem a Trilha Institucional devem ser elaborados e aprovados pela Diretoria de Ensino com o apoio de especialistas e referências do Einstein no tema abordado.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 1843

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

O processo de definição e planejamento de conteúdo deve levar em consideração as diretrizes, programas e projetos institucionais. Todo conteúdo deve ser ofertado aos colaboradores por meio de um ambiente virtual de aprendizagem, disseminando a cultura ética e de excelência preconizada pela Sociedade e contribuindo para o fortalecimento do propósito, missão, visão, valores e objetivo estratégico da Sociedade. Os conteúdos devem ser elaborados e disponibilizados de acordo com os objetivos de aprendizagem definidos para cada público, sendo:

- **Novos colaboradores:** Para este público a Trilha deve ser formatada com conteúdos que abordem aspectos culturais fundamentais para a Sociedade, nivelando conhecimento e orientando a conduta.
- **Colaboradores que atuam na Sociedade há mais de um ano:** Para este público, os conteúdos e objetos apresentados considerarão o perfil de aprendizagem do Colaborador, dividindo-se em:
    - **Colaboradores de Nível Técnico.**
    - **Colaboradores de Nível Superior.**

Cópia Controlada

O ciclo de atualização da Trilha Institucional é anual.

O prazo de conclusão segue as regras abaixo:

- **Novos Colaboradores:** devem realizar os treinamentos em até 45 dias após a data de admissão.
- **Demais colaboradores**: o prazo pode variar de acordo com o ciclo de cada trilha. O colaborador deve gerenciar o tempo de conclusão, de forma a cumprir o prazo estabelecido no ano em curso.

O desempenho do colaborador é medido por meio de uma avaliação de aprendizagem, que deve ser realizada ao final do Treinamento, que aborda todo o conteúdo disponibilizado na Trilha. Devem ser disponbilizadas 03 tentativas para a realização da avaliação. O nível de aproveitamento requerido para aprovação é de 70%. O colaborador que não obter o aproveitamento desejado deve ser considerado reprovado e um comunicado deve ser enviado ao Gestor imediato, sendo este responsável por realizar um plano de ação para desenvolver o Colaborador no tema em questão. O Plano de ação deverá ser registrado no Portal de Gestão de Pessoas como forma de evidência.

Como forma de reconhecimento aos colaboradores que buscam o seu desenvolvimento e capacitação, a conclusão e aprovação nas trilhas de aprendizagem institucional compõe uma das metas referente ao Programa de Remuneração Variável.

Trilha Profissional

A trilha profissional é destinada aos colaboradores que atuam em áreas assistenciais e de atendimento ao paciente, aplicável a determinados cargos e áreas de atuação como, por exemplo, equipes de Enfermagem, Multiprofissional e Médica.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

O processo de definição e planejamento de conteúdo levará em consideração as atividades realizadas pela Sociedade, as competências necessárias a serem desenvolvidas e/ou aprimoradas, os indicadores operacionais e assistenciais, os requisitos legais relativos aos processos, as acreditações, certificações, auditorias e reconhecimentos a serem adquiridos e/ou mantidos e os protocolos e procedimentos adotados pela Sociedade.

Os conteúdos desenvolvidos terão como objetivos:

- Proporcionar a atuação dos profissionais com excelência, assegurando qualidade e segurança ao paciente;
- Apoiar a atuação profissional de forma segura, evitando possíveis riscos no exercício das funções;
- Fortalecer a consciência situacional dos profissionais;
- Evitar eventos adversos graves e danos aos pacientes;
- Atender novas competências exigidas ao cargo;
- Habilitar os profissionais para o uso de novas tecnologias em saúde;
- Atender as diretrizes institucionais; e
- Atender auditorias, certificações, acreditações e reconhecimentos.

Cópia Controlada

Para compor o conteúdo desta trilha, serão utilizadas metodologias ativas e colaborativas de aprendizagem, com a utilização do formato de ensino a distância, presencial ou híbrido. Desse modo, a Sociedade ofertará possibilidades e vantagens de ambas as metodologias.

A Trilha Profissional é segmentada em:

- **Trilha Profissional de Enfermagem** – Os conteúdos devem ser elaborados e disponibilizados de acordo com os objetivos de aprendizagem definidos para cada público, sendo:
  - **Novos Colaboradores da Equipe de Enfermagem** (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, residentes, estagiários e profissionais do programa de aprimoramento da enfermagem);
  - **Colaboradores da Equipe de Enfermagem que atuam na Sociedade há mais de um ano** em áreas de atendimento a Pacientes Internados, Pacientes Ambulatoriais e Pacientes Cirúrgicos.
- **Trilha Multiprofissional –** Trilha disponibilizada para novos Colaboradores da Equipe Multiprofissional e colaboradores que atuam no cargo há mais de 01 ano; e
- **Trilha de Atendimento –** Trilha disponibilizada para novos Colaboradores da Equipe Multiprofissional e colaboradores que atuam no cargo há mais de 01 ano.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 1845

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

O ciclo de atualização da Trilha Profissional é anual.

O prazo de conclusão segue as regras abaixo:

- **Novos Colaboradores:** devem realizar os treinamentos em até 90 dias após a data de admissão; e
- **Demais colaboradores:** o prazo deve variar de acordo com o ciclo de cada trilha.

O colaborador deve gerenciar o tempo de conclusão, de forma a cumprir o prazo estabelecido no ano em curso. O desempenho do colaborador é medido por meio de uma avaliação de aprendizagem, que deve ser realizada ao final do Treinamento, que compreende o conteúdo disponibilizado na Trilha. Devem ser disponblizadas 03 tentativas para realização da avaliação. A nível de aproveitamento requerido para aprovação é de 70%. O colaborador que não atingir o aproveitamento desejado será considerado reprovado e um comunicado é enviado ao Gestor imediato, sendo este responsável por realizar um plano de ação como forma de desenvolvê-lo no tema em que este foi reprovado. O Plano de ação deverá ser registrado no Portal de Gestão de Pessoas, como forma de evidência.

Como forma de reconhecimento aos colaboradores que buscam aprimorar o seu desenvolvimento e capacitação, a conclusão da trilha profissional compõe uma das metas referente ao Programa de Remuneração Variável.

Cópia Controlada

A Trilha Setorial

Os treinamentos oferecidos por meio da Trilha Setorial são organizados conforme Políticas de conhecimentos requeridos para atuação profissional e disponibilizados de acordo com os cargos assistenciais e de atendimento, áreas de atuação dos profissionais, níveis de especialidade e diretrizes estratégicas da Sociedade. Tem como premissa atender às necessidades de desenvolvimento dos colaboradores que necessitem de atualização constante em temas de relevância para atuar com excelência e segurança em áreas críticas como, por exemplo, Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Pronto Atendimento. A Trilha deve possuir uma abordagem específica e uso de métodos de aprendizagem híbridos, ativos e colaborativos como forma de facilitar a internalização do conteúdo aplicado e assegurar o aprendizado por parte do aluno/colaborador.

A periodicidade de aplicação da Trilha Setorial ocorre conforme políticas institucionais de conhecimentos requeridos para atuação profissional e o seu prazo para conclusão varia de acordo com o ciclo de trilhas.

O desempenho do colaborador deve ser medido por meio de avaliações teóricas e práticas, conforme programa estabelecido.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

7. RESPONSABILIDADES

Colaboradores

- Realizar as trilhas de aprendizagem;
- Respeitar o prazo estipulado para conclusão;
- Ser protagonista do seu aprendizado e crescimento profissional; e
- Realizar avaliação de reação para melhoria dos ciclos posteriores.

Gestores

- Acompanhar a adesão e desempenho dos colaboradores durante o ano, formalizado por meio do Ciclo de Gestão de Desempenho Einstein;
- Engajar os colaboradores para a participação das trilhas de aprendizagem;
- Estabelecer plano de ação em casos de baixo desempenho e reprovações por parte dos Colaboradores; e
- Estabelecer plano de ação aos colaboradores pouco aderentes ao programa.

Cópia Controlada

Ensino Corporativo

- Promover a capacitação dos seus colaboradores, em conformidade a Resolução RDC nº63/2011;
- Garantir a experiência de aprendizagem, disponibilizando soluções educacionais inovadoras e atualizadas para diferentes níveis e categorias profissionais, facilitando a retenção do aprendizado;
- Desenhar soluções de aprendizagem, com foco na retenção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades necessárias para atuação, com a participação de especialistas no tema para o desenvolvimento dos conteúdos;
- Construir, juntamente com a área de comunicação interna, o plano de comunicação das trilhas de aprendizagem, com autonomia para divulgá-lo em canais institucionais, como, por exemplo, e-mail, rede social corporativa e TV corporativa;
- Ser curador do conteúdo, garantindo o alinhamento de informações e o padrão de prática institucional.
- Gerenciar a participação dos colaboradores no ciclo das trilhas, promovendo ações de engajamento;
- Acompanhar indicadores estratégicos como um direcionar para implementar temas, conteúdos e alertas nas trilhas de aprendizagem;
- Disponibilizar aos gestores os dados de treinamentos por meio do Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem *(LMS - Learning Management System*), de forma que os gestores possam gerenciar de forma assertiva o desenvolvimento de suas equipes;

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47

- Construir novos ciclos de treinamento com base em análise de dados coletados pelas trilhas realizadas em associação com os indicadores operacionais e o desempenho dos colaboradores;
- Sensibilizar colaboradores sobre o uso das informações no que tange a confidencialidade de dados;
- Implementar melhorias no programa e na plataforma de acesso para proporcionar a melhor experiência de aprendizagem;
- Dar suporte aos colaboradores e gestores com o objetivo de facilitar o engajamento e a realização das trilhas de aprendizagem; e
- Realizar, com base nos resultados dos ciclos de trilhas, as melhorias para o ciclo subsequente propondo novos formatos e metodologias, reforçando assim a aprendizagem dos colaboradores.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

Cópia Controlada

- Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977 – Define as infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

- Resolução RDC n° 63 de 25 de novembro de 2011 - Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde.

Nota: Os treinamentos previstos na RDC nº63/2011 devem ser obrigatoriamente realizados sob risco de caracterização de infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437/1977, sem prejuízo de possível responsabilização civil, administrativa e penal.

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Os dados de treinamento são armazenados no Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS), extraídos e analisados pela equipe do Ensino Corporativo por meio de relatórios.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Seguem abaixo os indicadores de Trilhas de Aprendizagem acompanhados por fase:

#	Fase	Indicador	Objetivo

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 1848

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1	Durante o ciclo de trilhas.	Satisfação com as trilhas de Aprendizagem.	Acompanhamento da média geral de satisfação dos colaboradores com relação aos treinamentos realizados por meio de trilhas de aprendizagem. O indicador NPS é resultado do percentual de participantes promotores diminuindo o percentual de participantes detratores em relação aos treinamentos realizados por meio das trilhas de aprendizagem
#	**Fase**	**Indicador**	**Objetivo**
2	Durante e após o ciclo de trilhas.	Adesão às trilhas de Aprendizagem.	Acompanhamento e análise dos profissionais que iniciaram a jornada nas trilhas de Aprendizagem.
3	Durante e após o ciclo de trilhas.	Desempenho nas trilhas de Aprendizagem.	Acompanhamento e análise dos profissionais quanto ao desempenho de aprendizagem em sua jornada nas trilhas de aprendizagem.
4	Ao final do ciclo de trilhas.	Conclusão das trilhas de Aprendizagem.	Acompanhamento e análise dos profissionais que concluíram toda a sua jornada de trilhas de aprendizagem.
5	Hora Homem Treinamento	Hora de treinamento por profissional	Avaliar a quantidade média de horas de treinamentos realizados por colaborador no ano, bem como a sua dispersão incluindo as trilhas de aprendizagem.

Cópia Controlada

11. ANEXOS

Não se aplica.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 1849

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EBOLI, M. **Educação Corporativa no Brasil: Mitos e Verdades.** 2. ed. São Paulo: Gente, 2004.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Política de Conhecimentos Requeridos para atuação da Enfermagem.
- Política de Qualificação Médica.

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

Giovana Ribeiro Brambilla - 24/10/2022 - 14:22

Atualização dos processos e informações.

Atualização do título DE: Política de Capacitação Profissional por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências, PARA: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Cópia Controlada

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
25/09/2017 00:00:00	Criado por	DM User
24/10/2022 14:22:09	Atualizado por	Giovana Ribeiro Brambilla
06/04/2023 16:33:07	Aprovado por	Miriam do Carmo Branco da Cunha
19/04/2023 12:45:30	Aprovado por	Henrique Sutton de Sousa Neves

Cópia Controlada

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 1851

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. INTRODUÇÃO

Organizações de alto desempenho buscam a melhoria contínua para promover um ambiente organizacional produtivo e satisfatório e para isso, adotam programas para motivar seus colaboradores.

Programas de incentivo educacional são exemplos de ações que contribuem para o engajamento e beneficiam o colaborador e a organização, pois estimulam e ampliam o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para a melhoria dos processos internos e, consequentemente, um bom posicionamento da marca no mercado em que atua.

Considerando este contexto, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (Sociedade), instituiu o Programa de Incentivo Educacional (PIE) que visa estimular seus colaboradores a aprimorar sua formação e qualificação.

Cópia Controlada

A presente Política apresenta os processos e regras do PIE, que contempla subsídios para os Cursos Técnicos, Graduação, Pós-graduação, Mestrado e MBA no Brasil, como também o Programa de Incentivo Internacional (PIE – I) para pós-graduação, ou seja, *fellowship* (programa de complementação para médicos especialistas), Doutorado e Pós-doutorado.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações passíveis de aplicação ao PIE e PIE - I. Quando não houver neste documento exemplo explícito para orientar a medida aplicável, devem-se guiar as decisões pelos seguintes princípios:

EXCELÊNCIA: a Sociedade oferece bolsas e incentiva a realização de cursos para favorecer o desenvolvimento na atuação profissional visando uma prestação de serviço de qualidade e excelência.

TRANSPARÊNCIA: todos os colaboradores da Sociedade têm o direito de acesso às informações do PIE e PIE – I através dos canais oficiais de comunicação interna.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

3. OBJETIVO

Esta Política tem por objetivo estabelecer as regras, papéis e responsabilidades para estruturação e manutenção do processo de concessão das bolsas do PIE e PIE – I, para cursos de média e longa duração, visando a transparência dos critérios de elegibilidade, etapas do processo seletivo e tratativas em caso de desligamento e ou cancelamento.

4. DEFINIÇÕES

- **Bolsa de Estudos:** concessão de desconto em cursos educacionais.
- **Capital Humano:** habilidades, conhecimentos, atitudes e experiências que os colaboradores possuem. É o resultado dos investimentos relacionados à formação profissional e educacional de colaboradores.
- **Ensino Einstein:** são os cursos oferecidos pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE).
- **Ensino Internacional:** são os cursos ofertados fora do Brasil, como: F*ellowship*, Doutorado e Pós-doutorado.
- **Instituição de Ensino Externa:** são as organizações de ensino externas ao Einstein.
- **Modalidade do Curso:** forma como o curso será oferecido, podendo ser Ensino Einstein, Instituição de Ensino Externa ou Ensino Internacional.

Cópia Controlada

5. APLICABILIDADE

As regras estabelecidas nesta política aplicam-se a todos os colaboradores da Sociedade contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), exceto para estagiários e aprendizes, que se interessarem por participar do PIE para cursar cursos de média e longa duração. Todas as diretrizes estabelecidas devem ser observadas e cumpridas seguindo os critérios de elegibilidade.

Para incentivos educacionais de cursos de curta duração, como simpósios, congressos e eventos, é necessário consultar a Política de Apoio Financeiro para Capacitação Externa (CAEX).

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

6. DESCRIÇÃO

O PIE tem por objetivo a concessão de incentivo de estudo, por meio da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) ou por outras instituições de ensino externas, com o intuito de ampliar a formação e qualificação dos colaboradores da Sociedade e manutenção de quadro de pessoal qualificado e comprometido com a eficiência, qualidade e segurança no desenvolver da sua atuação.

O PIE concede bolsas, conforme a modalidade escolhida para os cursos disponíveis nas tabelas da seção Anexos. Para ser contemplado, o colaborador interessado deverá atender aos requisitos e seguir as regras descritas nesta política.

Requisitos para Habilitação ao Programa

Poderão concorrer ao processo de seleção os colaboradores que preencherem os seguintes requisitos:

Cópia Controlada

- Colaboradores CLT
- Obtenção, na última Avaliação de Competências, do resultado mínimo Atende as Expectativas (AT). O processo desta avaliação está descrito no Procedimento de Avaliação de Competências
- Não possuir nos últimos 12 (doze) meses, registro de advertência ou suspensão
- Tempo de Instituição:
    - Para curso Técnico, Graduação, Mestrado e MBA: mínimo de 6 meses.
    - Para cursos de Pós-graduação lato senso: mínimo de 3 meses.
    - Para Doutorado, Pós-doutorado e Ensino Internacional: mínimo de 2 anos.

Regra Gerais para a Concessão do Incentivo Educacional:

- O curso precisa ser reconhecido pelo MEC/CAPES.
- O curso escolhido deve prever a sua aplicabilidade na área de atuação e/ou dentro da Sociedade.
- O curso pode ser presencial ou EAD. Deve ser analisada a certificação da Instituição de Ensino, a qualidade e carga horária do curso, bem como o sistema de validação dos conteúdos e nível de aprendizado. O aluno pode ser acionado para comprovação efetiva de participação nas aulas.
- Solicitação de incentivo para cursos de graduação na FICSAE pode ser aceita a partir do 1º ano de curso.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

- Solicitação de incentivo em Ensino Externas pode ser feitas somente a partir do 2º ano de curso. O colaborador deve estar regularmente matriculado e não possuir dependências (DP) ou reprovação nas disciplinas do curso.
- As solicitações para os cursos do Ensino Einstein são priorizadas em relação aos de cursos em Instituição de Ensino Externa, quando estes possuírem objetivos semelhantes.
- O valor aprovado no momento da inscrição é fixo e não poderá ser modificado, ou seja, não haverá alteração no montante pago ainda que a mensalidade sofra reajustes ao longo do tempo.
- O Incentivo Educacional é válido pelo período máximo de 4 (quatro) anos corridos para graduação e 2 (dois) anos corridos para curso Técnico, MBA, Mestrado, Pós-graduação lato sensu, Doutorado, Pós-doutorado e Cursos da modalidade de Ensino Internacional, descritos em contrato da instituição de ensino.

Regras Adicionais e Específicas para o Curso de Graduação em Enfermagem

O Incentivo Educacional para o curso de Graduação em Enfermagem somente é concedido para as Faculdades listadas a seguir:

Cópia Controlada

- Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE)
  - A bolsa de estudo é concedida a partir do 1º ano do curso.
  - Caso ao final do 1º ano de curso, o colaborador (aluno) alcance média anual igual ou superior a 7,75, será concedido um adicional de 10% de desconto a partir do 2º ano do curso.
- Faculdades Externas: Cruz Vermelha, Santa Casa, Santa Marcelina, São Camilo, UNASP e UNISA
  - Anualmente esta lista é reavaliado de acordo com a classificação das Instituições pelo MEC/CAPES, sendo a bolsa concedida a partir do 2º ano de curso.

Regras Adicionais e Específicas para o Mestrado Profissional em Enfermagem na FICSAE

Incentivo Educacional para Mestrado Profissional em Enfermagem é somente para a Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE).

Regras Adicionais e Específicas para MBA

Cursos de MBA's tem como público-alvo as lideranças assistências e não assistenciais, possibilitando uma visão generalista de todas as funções de uma organização, preparando profissionais para posições estratégicas e executivas alinhadas ao plano de sucessão da Sociedade.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

- O número de vagas para MBA é aprovado anualmente, pelo Comitê Executivo, associado ao orçamento disponível para o ano.
- As inscrições devem seguir o calendário definido pela área de Desenvolvimento – RH.
- A diretoria do solicitante deve enviar a recomendação sobre o solicitante ao Comitê Executivo.
- A decisão sobre a concessão do incentivo cabe integralmente à Sociedade, que deve considerar em sua análise:
    - Indicação no Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) e do Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO).
    - Aplicabilidade do curso na Sociedade.
    - Especialidade e cargo do profissional.
- O Incentivo Educacional para MBA Executivo em instituições externas será oferecido após análise de escopo, programação e carga horária (necessário carga horária mínima de 480 horas) nas seguintes instituições: Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), Fundação Instituto de Administração (FIA), Fundação Getúlio Vargas (FGV) e Fundação Dom Cabral (FDC).
- Havendo módulos internacionais, o Comitê Executivo deve avaliar se haverá incentivo para o colaborador, bem como o seu valor.
- O colaborador que já está cursando MBA poderá fazer a solicitação da bolsa desde que atenda aos critérios de elegibilidade e não possua pendências de pagamento junto à instituição de ensino. Caso sua solicitação seja aprovada pelo Comitê Executivo, o pagamento deve ser realizado a partir da data de aprovação até o final do curso. Não haverá pagamento retroativo.
- A Sociedade, por meio da área de Desenvolvimento – RH, se reserva o direito de alterar as regras deste programa em qualquer ocasião, sem alterar as condições para os colaboradores que estejam com cursos em andamento.

Cópia Controlada

Regras Adicionais e Específicas para o Ensino Internacional

Cursos de Ensino Internacional tem como público-alvo especialistas e lideranças, a fim de preparar os profissionais para posições estratégicas e executivas alinhadas ao plano de sucessão da Sociedade.

Tipos de Cursos Contemplados:

Fellowship, Doutorado e Pós-doutorado, desde que vinculados a determinada área de interesse da Sociedade e caracterizada como atividade de pesquisa em uma universidade ou instituição com cunho acadêmico.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Regras para Seleção:

Para a seleção será levado em consideração:

- O projeto de pesquisa do curso e a sua aplicabilidade à Sociedade.
- A quantidade de vagas disponíveis conforme orçamento anual.
- Se o colaborador já possui alguma bolsa de estudo. Só deve haver concessão para os casos em que o colaborador não tenha bolsa por agências de fomento, como por exemplo: CNPQ, CAPES e FAPESP.

Responsabilidades dos Colaboradores Selecionados:

Ao ser contemplado pelo Programa de Incentivo Educacional, o colaborador beneficiado se compromete a:

Cópia Controlada

- Desenvolver um Projeto de interesse para a Sociedade de forma a ampliar o conhecimento adquirido durante os estudos. Este projeto deve ser acompanhado por um responsável, colaborador da Sociedade, com competência reconhecida no tema proposto e ou, gestor da área, interessado direto no projeto estratégico ou da diretoria, que fará o reporte do projeto junto ao Comitê. Na falta de conhecedor da área de aplicação do projeto, deve ser considerada a possibilidade de um consultor externo.
- Apresentar ao Gestor, a cada 3 (três) meses, um relatório sumário das atividades, o qual deve ser acompanhado, revisitado e comentado pelo Gestor, com auxílio de assessor se necessário.
- Fazer referência ao apoio da Sociedade nas teses, artigos, livros ou em qualquer publicação, seguindo as diretrizes da Política de Propriedade Intelectual. Essa diretriz é válida para o colaborador e seu gestor responsável.

Regras para Aderência ao Modelo de Licença Não-remunerada:

Para cursar o Ensino Internacional o colaborador poderá optar por aderir a Licença não Remunerada, caso precise se ausentar para a realização do Curso.

- Licenças não-remuneradas são aceitas por período superior a 30 (trinta) dias e máximo de 2 (dois) anos. O colaborador solicita afastamento da Sociedade por motivos pré-estabelecidos, sem remuneração e após conclusão retorna à Sociedade.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Periodicidade do Processo de Seleção, Inscrição e Análise de Bolsistas

O processo de seleção dos colaboradores a serem beneficiados pelo PIE será realizado:

- Semestralmente para Pós-graduação latu sensu e Cursos Técnicos do Ensino Einstein;
- Anualmente para todas as demais modalidades.

As regras de elegibilidade para participação no processo seletivo de bolsas do PIE devem ser comunicadas pelos canais institucionais e os colaboradores seguir as orientações para inscrição.

As inscrições devem ser analisadas e submetidas para validação de acordo com os critérios citados nesta política e orçamento disponível. O valor destinado para Incentivo Educacional é definido no orçamento anual e informado a cada diretoria.

Bolsas de Estudo

Cópia Controlada

Para os colaboradores inscritos, que atenderem aos critérios de elegibilidade e que forem selecionados, será concedida bolsa de estudo conforme modalidade e curso escolhidos:

Modalidade de Ensino	Curso Técnico	Graduação	Pós-graduação					
			Especialização (Lato sensu)	MBA (Lato sensu)	*Fellow ship* (Lato sensu)	Mestrado (Stricto sensu)	Doutorado (Stricto sensu)	Pós-Doutorado (Stricto sensu)
Einstein	70% de desconto	70% de desconto	70% de desconto	60% de desconto	70% de desconto	70% de desconto	70% de desconto	70% de desconto
Externa	-	50% de desconto (Teto de R$400)	50% de desconto (Teto de R$500)	50% de desconto (Teto de R$24.000)	50% de desconto (Teto de R$500)	50% de desconto (Teto de R$500)	50% de desconto (Teto de R$500)	50% de desconto (Teto de R$500)
Internacional	-	-	-	-	U$ 2.200 ou € 2.200 (conforme moeda do país destino)	-	U$ 2.200 ou € 2.200 (conforme moeda do país destino)	U$ 2.200 ou € 2.200 (conforme moeda do país destino)

Cursos Acadêmicos
Cursos de Mercado

Despesas Não Reembolsáveis no Programa de Incentivo Educacional

Não serão reembolsados valores relativos a:

- Despesas com inscrição, matrícula e rematrícula;

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16 1858

- Despesas com materiais;
- Despesas com declarações;
- Juros, atrasos e/ou valores que não foram informados no processo de aprovação, nem mensalidades cujos comprovantes sejam entregues após o prazo informado para reembolso;
- Valores retroativos ao período aprovado e descrito no programa.
- Despesas com alimentação.

Renovação da Bolsa

Para a renovação da bolsa do PIE devem ser seguidas as regras, de acordo com a instituição de ensino:

- Ensino Einstein:
  - Todos os Cursos: estão isentos da necessidade de pedido de renovação desde que o colaborador tenha bom desempenho profissional, esteja regularmente matriculado e não possua dependências (DP) ou reprovação no curso.
- Instituição de Ensino Externa:
  - Graduação: a solicitação deve ser realizada anualmente, pois não há renovação automática da bolsa. Caso o colaborador não efetue a sua renovação para o ano seguinte dentro do prazo, ele perderá o benefício.
  - Pós-graduação: não é necessário o pedido de renovação, pois as bolsas são concedidas durante todo o período do curso, pelo período máximo de 2 anos.
  - Todos os Cursos: o colaborador deve estar regularmente matriculado e não possuir dependências (DP) ou reprovação no curso.

Cópia Controlada

Cancelamento da Bolsa

Motivos

Os cancelamentos do Incentivo Educacional podem ocorrer por diferentes motivos, como desistência, falta, dependência (DP), não obtenção de desempenho adequado acadêmico ou profissional, ou até mesmo pelo colaborador não apresentar os comprovantes de pagamento das mensalidades para reembolso no período de 2 (dois) meses consecutivos a contar da 1ª mensalidade em atraso.

Consequências

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Havendo o cancelamento pelos motivos citados acima ou por quaisquer outros, o colaborador perde o direito a bolsa, independentemente de estar cursando o Ensino Einstein ou Instituição de Ensino Externa.

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Afastamentos

INSS

Nos casos de afastamento do colaborador pelo INSS, o subsídio deve ficar suspenso a partir do primeiro mês de afastamento. Ao retornar ao trabalho e voltar a apresentar os comprovantes de pagamento das mensalidades, o subsídio deve ser depositado normalmente.

Nota: Não são reembolsadas mensalidades retroativas.

Licença Maternidade

Neste caso, o subsídio não deve ser suspenso, ou seja, o reembolso é creditado mediante apresentação do boleto e comprovante de pagamento.

Consequências em Caso de Trancamento de Matrícula, Dependências e Transferência

Cópia Controlada

Em caso de trancamento de matrícula, dependências, transferências entre outras, o colaborador deve enviar imediatamente a informação para o PIE, sendo observada, ainda, as seguintes regras:

- **Trancamento de Matrícula:** a justificativa para o trancamento deve ser compartilhada pelo colaborador ao RH responsável pelo PIE. No caso de intenção de retorno do colaborador ao PIE, deve ser feita nova solicitação.
- **Dependências:** a dependência em matérias no curso cancela a bolsa e a Sociedade não se responsabiliza pelo pagamento destas. Em se tratando de Graduação, não deve haver a concessão de uma nova bolsa e o colaborador se obriga a devolver à Sociedade 50% (cinquenta por cento) do valor concedido por esta no último ano do incentivo, devidamente corrigidos conforme descrito abaixo na subseção de ‘Correção do Valor Devido’.
- **Transferência:** a transferência de curso, ou de instituição de ensino deve ser realizada somente a cada semestre. O colaborador deve informar ao PIE que irá cancelar o Incentivo Educacional para que seja realizada nova solicitação.

Consequências em Caso de Solicitação de Desligamento ou Dispensa por Justa Causa

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

O Termo de Compromisso que formaliza a concessão do Incentivo Educacional, assinado pelo colaborador participante, estabelece que para os colaboradores que permaneceram na Sociedade após o término da concessão:

- Por período **igual ou superior a 24 (vinte e quatro) meses** o valor está quitado;
- Por período **inferior a 24 (vinte e quatro) meses,** deve ser devolvido como descrito abaixo.

  - **Antes do Término do Curso**

  O colaborador deve devolver 100% do valor da bolsa concedido até o momento do desligamento.

  - **Após Curso Concluído**

  O colaborador deve devolver o valor proporcional investido, ou seja, 1/24 (um, vinte e quatro avos) da dívida corrigida, na oportunidade de rescisão contratual, multiplicado pelo número de meses faltantes para completar o prazo de 24 meses.

Cópia Controlada

  - **Trancamento**

  O colaborador que não concluir o curso no prazo máximo definido pela Instituição de Ensino ou trancar o curso por período superior a 6 (seis) meses, sem autorização expressa da Sociedade, deverá ressarcir 100% da dívida corrigida, que será descontada mensalmente em folha de pagamento (em quantas parcelas forem necessárias à sua quitação, respeitando o limite legal).

<u>Rescisão do Contrato por Decisão da Sociedade e sem Justa Causa</u>

Nada será devido pelo colaborador caso a rescisão do contrato ocorra por decisão da Sociedade e sem justa causa.

<u>Correção do Valor Devido</u>

O valor devido deve ser corrigido pelo índice mensal do IGP-M, apurado desde a data do início do Incentivo Educacional até à data do efetivo cancelamento.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

7. RESPONSABILIDADES

Diretorias

- Conhecer a política, procedimentos, diretrizes e calendário do PIE.
- Assegurar a coerência na utilização do Incentivo Educacional para as áreas, de acordo com a verba disponível.
- Assegurar que a política esteja alinhada ao desenvolvimento do capital humano da sua Diretoria.

Beneficiário

- Conhecer e cumprir a política, procedimentos, diretrizes e calendário do PIE.
- Fornecer corretamente os dados e documentos necessários para participação.
- Assumir quaisquer despesas decorrentes do curso, com exceção do Incentivo Educacional concedido pela Sociedade.

Cópia Controlada

- Realizar pagamento das mensalidades e, nos casos de instituições externas, apresentar assiduamente os comprovantes de pagamentos em via digitalizada para realizar o reembolso pelo RH.
- Enviar e aguardar a confirmação de recebimento da documentação entregue.
- Informar alterações nos dados bancários ocorridas após início da concessão do Incentivo Educacional.
- Comunicar quaisquer alterações relacionadas ao curso durante o período de concessão da bolsa.
- Cumprir com o termo de compromisso acordado entre as partes.
- Avaliar o momento mais adequado e sua conveniência pessoal e profissional, e se comprometer a frequentar o curso dentro do prazo definido nesta Política.
- Comunicar imediatamente a área de Desenvolvimento, em caso de desistência, trancamento de matrícula, dependências, transferência e outras situações que interfiram no curso.
- Acordar com o líder imediato os períodos de ausência da empresa em função de atividades relacionadas ao curso.
- Para colaboradores contemplados no programa de Incentivo Educacional Internacional, apresentar ao Gestor, relatório descritivo das atividades, a cada 3 (três) meses.

Gestor

- Conhecer a política, procedimentos, diretrizes e calendário do PIE.
- Acompanhar o desempenho do profissional subsidiado.

- Os gestores que possuem colaboradores contemplados com cursos de Ensino Internacional devem (com auxílio de assessor, se necessário) acompanhar, rever e comentar o relatório descritivo das atividades, que deve ser apresentado pelo colaborador a cada 3 (três) meses.

Recursos Humanos - Desenvolvimento Organizacional

- Divulgar e atualizar os canais de comunicação, política e procedimentos para Incentivo Educacional.
- Comunicar cronograma do PIE.
- Disponibilizar orientações e procedimento de participação.
- Conferir os critérios de elegibilidade dos inscritos.
- Receber e conferir os comprovantes de pagamento das mensalidades referente a subsídios das instituições externas.
- Reembolsar o colaborador de acordo com os valores aprovados e comprovantes apresentados.
- Zelar pelo cumprimento das diretrizes da política do Programa de Incentivo Educacional.

Comitê Executivo

Cópia Controlada

- Garantir que as indicações no Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) e do Programa de Desenvolvimento Organizacional (PDO) sejam consideradas para a tomada de decisão para a concessão do Incentivo Educacional.
- Avaliar as solicitações, definir os aprovados e emitir o parecer final (aprovados/ reprovados), tomando por base as premissas da política, bem como o desenvolvimento do capital humano da Sociedade.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

- Lei nº 5.452/54 – Consolidação das Leis Trabalhistas.
- Lei nº 9.394/96 – Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.
- Eventuais acordos ou convenções coletivas de trabalho aplicáveis ao tema.

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Arquivamento da Documentação Digital: Toda a documentação referente ao PIE deve ficar armazenada no drive de RH Desenvolvimento ou em O*neDrive*. Tempo de Armazenamento: 5 anos após o término do curso.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Acompanhamento do número de concessão de bolsas: Quantidade de bolsas oferecidas anualmente separadas por modalidade educacional, bem como se a instituição de ensino é interna ou externa. Vide exemplo em tabela abaixo:

Modalidade Bolsas	Curso Técnico	Graduação	Pós-graduação						Total de Bolsas no Ano	Total de Bolsas no Semestre
			Especialização (Lato sensu)	MBA (Lato sensu)	*Fellow ship* (Lato sensu)	Mestrado (Stricto sensu)	Doutorado (Stricto sensu)	Pós-Doutorado (Stricto sensu)		
Bolsas FICASE										
Bolas Externas										
Total de Bolsas										

Indicador	Descrição
Valor Despendido	Acompanhamento do valor despendido no PIE e PIE-I
% Conclusão de Curso	Porcentagem de colaboradores bolsistas que concluiram o Curso
% Renovação	Porcentagem de colaboradores que tiveram a sua bolsa renovada de 2 a 5 anos após a conclusão de um Curso
% Retenção	Porcentagem de colaboradores que foram mantidos na Sociedade após 5 anos da conclusão do Curso

Cópia Controlada

Será publicado anualmente um relatório de desempenho do PIE e avaliado pelo COMEX.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16 1865

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

11. ANEXOS

Anexo 1 – Descrição de Tipos de Cursos

TIPOS DE CURSOS			
Curso Técnico			Programa de nível médio com o propósito de capacitar o aluno proporcionando conhecimentos teóricos e práticos nas diversas atividades do setor produtivo. É destinado a quem já concluiu oEnsino Médio.
Graduação			Curso de ensino superior. É destinado a quem já concluiu o Ensino Médio e deseja se formar e obter diploma.
Pós-graduação	Lato Sensu	Especialização	Curso de pós-graduação lato sensu. Destina-se a capacitação e desenvolvimento de habilidades técnicas específicas em determinada área de formação.
		Master in Business Administration	Curso de pós-graduação lato sensu voltado à atuação prática profissional. Também conhecido como MBA.
		Fellowship	Curso de pós-graduação lato sensu. É um programa de complementação especializado para médicos especialistas interessados em aumentar a experiência e aprofundar o conhecimento na especialidade em que já possui.
	Stricto sensu	Mestrado	Curso de pós-graduação stricto sensu. É destinado a quem já concluiu o curso de graduação e deseja seguir a área acadêmica.
		Doutorado	Curso de ensino superior, pós-graduação stricto sensu. É destinado a quem já concluiu o curso de Mestrado e deseja seguir a área acadêmica.
		Pós-doutorado	Curso de pós-graduação stricto sensu. Também conhecido como Pós-doc, o curso de Pós-doutorado é destinado a quem já concluiu o curso de Doutorado.

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16 1866

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Anexo 2 – Pós-graduação: diferença entre '*lato sensu*' e *'stricto sensu'*

PÓS-GRADUÇÃO	
Pós-graduação lato sensu	Compreendem os Cursos de Especialização e incluem os cursos designados como MBA (*Master Business Administration*). Com duração mínima de 360 horas, ao final do curso o aluno obterá certificado e não diploma. É destinado a quem já concluiu o curso de Graduação.
Pós-graduação stricto sensu	Compreendem os Cursos de Mestrado e Doutorado abertos a candidatos diplomados em cursos superiores de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino. Ao final do curso o aluno obterá diploma. É destinado a quem já concluiu o curso de Graduação.

Cópia Controlada

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Política de Apoio Financeiro para Capacitação Externa (CAEX)

Procedimento de Avaliação de Competências

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

Beatriz Ramos Vieira - 30/01/2023 - 16:12
Correção ortográfica na introdução.

Andréia Barros - 29/07/2022 - 16:00

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Na elaboração desta Política foi considerado o conteúdo das 3 políticas abaixo, que foram descontinuadas: 1) Política Incentivo Educacional; 2) Política de Incentivo Educacional para MBA Executivo; 3) Política de Incentivos Internacionais.

Cópia Controlada

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
29/07/2022 15:34:56	Criado por	Andréia Barros
30/01/2023 16:12:38	Atualizado por	Beatriz Ramos Vieira
28/02/2023 17:30:25	Aprovado por	Miriam do Carmo Branco da Cunha
22/03/2023 17:31:59	Aprovado por	Henrique Sutton de Sousa Neves

Cópia Controlada

Título: Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO:

Capacitar os colaboradores assistenciais em seu ambiente de trabalho com acompanhamento a beira leito, potencializando as competências técnicas e não técnicas, favorecendo o desempenho das atividades, aprimorando a consciência situacional e qualidade e segurança, promovendo segurança psicológica e contribuindo como uma barreira em situações de riscos e eventos adversos.

2. DEFINIÇÕES:

É um treinamento mediado pela prática de acompanhamento à beira-leito. Este modelo de capacitação contribui para o aprendizado contínuo com foco na segurança e qualidade do cuidado ao paciente, com suporte e orientação nos procedimentos executados pelos profissionais assistenciais.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

O modelo é indicado:

Cópia Controlada

- Para capacitação de profissionais recém-formados, recém-contratados ou para aqueles que são movimentados nas organizações de saúde e não possuem experiência prévia para a nova área de atuação.
- Para as unidades que necessitam de rápida cobertura de profissionais para atender a aumento de demanda de pacientes, implementação de novas unidades, ampliação da capacidade de atendimentos e internações hospitalares a pacientes críticos, conversão de leitos de Clínica médica para leitos de atendimento a pacientes graves.
- Em situações de escassez de profissionais de enfermagem com experiência e/ou déficits de competências em determinadas áreas e especialidades.

Este modelo pode ainda ser utilizado de forma complementar a jornada de aprendizagem dos profissionais para agilizar o processo de integração na unidade de trabalho.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Recursos Necessários

Humanos:

- Instrutores com experiência na área de atuação, com habilidades socioemocionais.
- Instrutores com disponibilidade para atuação à beira leito, diurno e noturno.

Tecnológico:

- Formulário Online .
- Dispositivo móvel para registro.

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

- Planilha derivada de um banco de dados (exemplo: plataforma Microsoft® OneDrive) para extração, consolidação e análise dos dados.

Educacional:

- Políticas, Protocolos e Procedimentos Institucionais.
- Equipamentos e/ou materiais, manequins para demonstração prévia ao colaborador.
- Plataforma (LMS) para acesso à vídeos, materiais ilustrativos, documentos institucionais que possam complementar o aprendizado ao profissional e instrutores.

Gestão dos Dados:

- Definir o canal de acesso as informações para análise contínua e intervenção.
- Estabelecer agrupamentos de informações e indicadores isolados de forma a avaliar a proficiência de cada colaborador, levando em consideração os procedimentos realizados, para acompanhamento dos profissionais e/ou processos que necessite de acompanhamento e intervenções no exercício da prática segura.
- Elaborar e disponibilizar o dashboard para as lideranças e para as áreas envolvidas no processo de treinamento, qualidade e segurança.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Cópia Controlada

Apresentação dos objetivos do programa.

Alinhamento e capacitação dos instrutores.

Acompanhamento.

Feedback estruturado.

Registro de Dados.

Acompanhamento das informações.

Retroalimentação do processo.

6. DESCRIÇÃO

ETAPA 1. Definir área alvo para a aplicação do Treinamento mediado pela jornada de aprendizagem à beira leito.

ETAPA 2. Elencar os procedimentos essenciais a serem acompanhados na jornada de aprendizagem à beira leito.

ETAPA 3. Adaptar o *checklist* / instrumento de acompanhamento para a medição da proficiência dos colaboradores, baseando-se nos procedimentos e indicadores que serão acompanhados. Utilizamos o referencial teórico focado na aprendizagem experiencial na prática clínica de enfermagem, o qual examina a

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

aquisição de competências baseadas tanto nesta aprendizagem quanto no conhecimento inerente à prática da enfermagem (Patricia Benner, 2001). Este instrumento é estruturado considerando as competências técnicas e não técnicas requeridas conforme cargo e área de atuação.

ETAPA 4. Alinhar com a equipe de *Analytics Ensino,* o melhor formato de apresentação dos dados, para análise de acompanhando dos dados.

ETAPA 4. Definir os recursos tecnológicos para registro dos dados coletados durante o acompanhamento.

ETAPA 5. Definir o perfil dos instrutores e selecioná-los conforme expertise na área de atuação.

ETAPA 6. Elaborar pasta compartilhada na nuvem, conforme plataforma padronizada com documentos: cronograma, procedimentos e escala de trabalho.

ETAPA 7. Realizar a capacitação dos instrutores, apresentando o programa de treinamento, o contexto em que estarão inseridos, as ferramentas e habilidades necessárias para a execução das atividades (feedback), as características da área de atuação, os procedimentos e a equipe referência. Disponibilizar o cronograma de atividades, os materiais de apoio e a escala de trabalho na plataforma na nuvem, conforme padronizado na instituição.

Cópia Controlada

ETAPA 8. Reconhecimento pelos instrutores, da liderança local, da área de acompanhamento, dos processos, procedimentos e práticas específicos, bem como de materiais e equipamentos disponíveis. Realização de orientação e apoio aos profissionais instrutores em demandas trazidas pelos colaboradores, como: questões administrativas, individuais/pessoais e situações acerca dos pacientes.

ETAPA9. Implementação do Acompanhamento a Beira Leito

9.1. O instrutor se apresenta na unidade e explica sobre o modelo de capacitação.

9.2. Ao iniciar o processo de acompanhamento o instrutor questiona sobre a segurança do profissional na realização do procedimento.

- **Colaborador relata estar seguro** para executar o procedimento: o instrutor acompanha o profissional em sua atividade e ao finalizar, realiza um momento de feedback pontual e oportuno, preenchendo os dados observados no checklist de acompanhamento por meio de um dispositivo móvel.
- **Colaborador relata não estar seguro para executar o procedimento,** o instrutor conduz a orientação ao colaborador retomando a prática, repassando as etapas do procedimento, demonstrando sempre que necessário com recursos disponíveis, fora do ambiente do paciente e assim que o colaborador estiver seguro na realização da prática, ele o acompanha em sua atividade e ao finalizar, realiza um momento

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

de feedback pontual e oportuno, preenchendo os dados observados no checklist de acompanhamento por meio de um dispositivo móvel.

- **Colaborador não se sente seguro, mesmo após ter sido orientado/demonstrado** as etapas do procedimento fora do ambiente do paciente, , o instrutor acionará a referência da unidade, para que delegue o procedimento a outro profissional mais experiente, assim, dando a oportunidade do colaborador acompanhar a prática no paciente. O instrutor realiza feedback pontual e oportuno, preenchendo os dados observados no checklist de acompanhamento por meio de um dispositivo móvel.

7. RESPONSABILIDADES

Área Solicitante | Lideranças

Ensino Corporativo

Instrutores

Área de *Learning Analytics*

Cópia Controlada

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Escala dos colaboradores podendo impactar na programação da Capacitação.

Erro no preenchimento do checklist de acompanhamento.

Instrutor não capacitado.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

- Seguir políticas e procedimentos institucionais.
- Garantir o acompanhamento e os registros de forma padronizada.
- Oferecer suporte e orientação aos instrutores, realizando checagens dos registros e feedback quanto as dúvidas e situações gerenciadas.
- Selecionar profissionais qualificados para a condução do treinamento mediado pela prática supervisionada à beira leito.
- Reportar o desempenho e acompanhamento dos colaboradores para a liderança.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Conforme demanda.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

- Os registros são realizados pelo canal de acesso as informações para análise contínua e intervenção.
- Estabelecemos agrupamentos de informações e indicadores isolados de forma a avaliar a proficiência de cada colaborador, levando em consideração os procedimentos realizados, para acompanhamento dos profissionais e/ou processos que necessite de acompanhamento e intervenções no exercício da prática segura.
- Elaboramos e disponibilizamos um dashboard para as lideranças e para as áreas envolvidas no processo de treinamento, qualidade e segurança.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Procedimentos Acompanhados x Tentativas.

- Proficiência na aquisição de habilidade e competência de Benner.

13. ANEXOS

Cópia Controlada

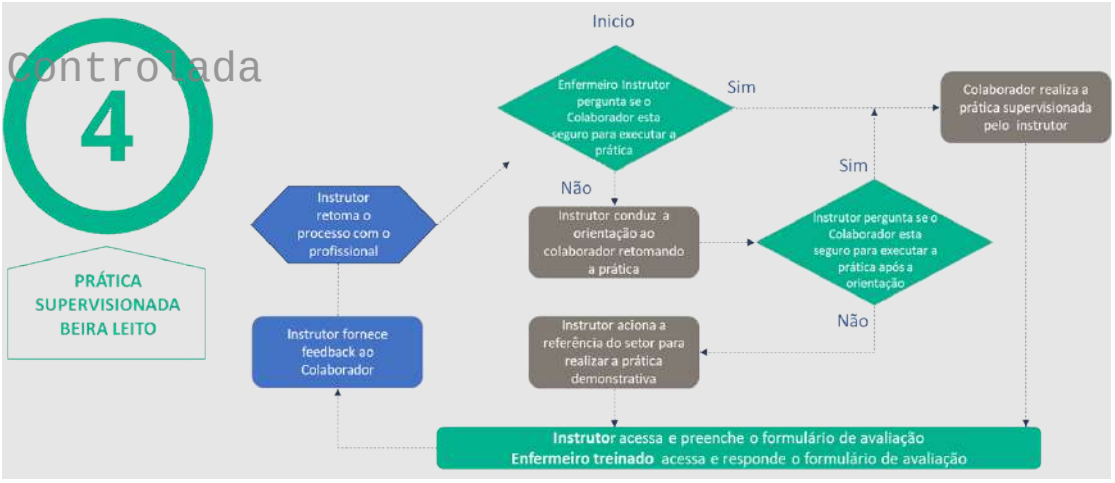


Figura 1: Esquema do processo de acompanhamento beira leito.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) BENNER, P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative Edition: New Jersey: Prentice Hall, 2001a. BENNER, P. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Tradução de: QUEIRÓS, A. A.; LOURENÇO, B. edição comemorativa. Coimbra: Quarteto, 2001b. Original em inglês.

2) BENNER, P. Using the Dreyfus Model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. Bulletin of Science, Technology & Society,Utah, v. 24, n.3, p.188-199, apr. 2004.

3) BERNADINHO E, Felli VEA, Peres AM. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. Cogitare Enferm [Internet]. 2010[cited 2014 May 12];15(2):349-53. Available from: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17875/11665.

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

Título: Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Cópia Controlada

Título: Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
28/04/2023 15:47:56	Criado por	Giovana Ribeiro Brambilla
15/05/2023 12:38:52	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Oferecer apoio ao desenvolvimento dos colaboradores em suas competências e no seu crescimento profissional, por meio de estratégias educacionais para promoção e retenção de conhecimento, favorecendo o desempenho de suas atividades com excelência, qualidade e segurança.

2. DEFINIÇÕES

O Ensino Corporativo (EC) foi criado no ano de 2004 e é responsável por gerenciar as ações de treinamento para os colaboradores da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), incluindo estagiários, aprendizes e residentes.

Missão

Melhorar a saúde da população, a qualidade da assistência e da gestão em saúde, difundindo conhecimento e educando pacientes e a sociedade.

Cópia Controlada

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicada: colaboradores da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).
Contraindicada: colaboradores terceiros ou pessoas jurídicas.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Recursos Necessários

Humanos:

- Equipe composta por gerente, coordenadores, consultores, analistas de treinamento e de sistema do ensino corporativo.
- Equipe de Apoio composta por monitores, aprendizes e estagiários.
- Facilitadores de treinamentos.

Logística e Tecnológica:

- Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS) – Portal de Gestão de Pessoas, módulo aprendizagem (PGP) e Moodle Free, módulo de treinamentos.
- Sistema da Educação Médica Continuada (EMC).
- Salas de Treinamentos, Equipamentos, Materiais, Recursos Físicos e Tecnológicos.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

As jornadas de aprendizagem conduzidas pelo Ensino Corporativo seguem metodologia baseada nas seis disciplinas cujo objetivo é avaliar indicadores e resultados do negócio para planejar e direcionar as ações de educação (WICK, C. et al., 2011). Assim, é possível atingir os melhores resultados com qualidade e segurança para o profissional, para o paciente e para o ambiente, seguindo diretrizes institucionais alinhadas às estratégias organizacionais da SBIBAE.

O Ensino Corporativo também atua em parceria com as áreas e com o GADE (Grupo de Apoio ao Desenvolvimento da Enfermagem), apoiando as ações educacionais que conduzem em relação à experiência de aprendizagem, além de gerenciar também as participações nos cursos realizados, desde que atendam aos prazos e critérios estabelecidos.

Cópia Controlada

É importante frisar que eventos informativos como, por exemplo, comunicações internas e reuniões administrativas não são considerados treinamentos e, portanto, não serão aceitos pelo Ensino Corporativo para fins de registro de participação.
Para os treinamentos conduzidos pelas próprias áreas sem o alinhamento prévio com o Ensino Corporativo e liderança, o Ensino não se responsabilizará por empresas terceiras, instrutores externos ou convidados, metodologias, recursos ou técnicas de aprendizagem utilizadas.

Estratégias de Ensino

O Ensino busca a melhor experiência de aprendizagem para o colaborador. Para isso, estrutura os objetivos de aprendizagem a partir da Taxonomia de Bloom, que permite auxiliar na identificação e a declaração dos objetivos ligados ao desenvolvimento cognitivo, visando facilitar o planejamento do processo de ensino e aprendizagem dos colaboradores. Para isso, utiliza recursos tecnológicos, inovação e metodologias ativas e colaborativas que permitam conciliar a teoria com a prática profissional, em um modelo híbrido de aprendizagem. Além disso, atua em parceria com outras áreas especialistas da Instituição, como o Ensino Digital e o Centro de Simulação Realística para elaboração das estratégias.

Áreas de Apoio do Ensino Corporativo

- Operações e Logística Ensino;
- Núcleo de Curadoria do Ensino;
- Centro de Simulação Realística (CSR);
- Ensino Digital.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

7. RESPONSABILIDADES

Responsável: Diretor do Ensino Corporativo e de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Papéis e responsabilidades dos profissionais do Ensino Corporativo:

- Proporcionar uma experiência de aprendizagem, disponibilizando soluções educacionais ativas, colaborativas, inovadoras e atualizadas para diferentes níveis e categorias profissionais.

- Garantir que responda aos protocolos, acreditações, certificações e legislações vigentes, mantendo o padrão de qualidade e segurança na atuação do profissional.

- Gerenciar a participação dos colaboradores nos diversos programas de treinamento conduzidos pelo Ensino Corporativo.

- Acompanhar indicadores estratégicos como um termômetro para direcionar as ações de treinamento.

- Disponibilizar dados de treinamentos, continuamente, de modo que os gestores possam gerenciar diretamente o desenvolvimento e o engajamento de suas equipes, de forma assertiva.

- Garantir a confidencialidade de informações dos dados.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Os profissionais não realizarem os treinamentos.

Cópia Controlada

Não atingir as metas contratadas definidas no ciclo anual.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

No processo de aprendizagem, o Ensino Corporativo leva em consideração importantes norteadores, como:

- Visão, missão e valores da SBIBAE;
- Indicadores Estratégicos – BSC (Balanced ScoreCard);
- Diretrizes Institucionais (segurança do paciente, colaborador, ambiente e sustentabilidade);
- Competências profissionais mapeadas por nível profissional;
- Diversidade;
- Alta Confiabilidade;
- Plano Diretor;
- Requisitos legais e documentações de conhecimento requerido técnico para exercício da função;
- Políticas e processos de acreditação;
- Resultados dos Indicadores de Qualidade e Segurança;
- Notificação de evento adverso;
- Implantação de Protocolos Assistenciais e Gestão de Risco;
- Normas regulamentadoras.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41 1879

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

De acordo com a política de qualificação dos profissionais.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Os dados de treinamentos são armazenados no Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS), extraídos e analisados pela equipe do Ensino Corporativo por meio de relatórios e a gestão das áreas tem acesso a visualização e extração dos dados de forma restrita.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Os principais indicadores gerados pelo Ensino Corporativo são:

- Adesão, aprovação e conclusão das Trilhas de Aprendizagem.
- Net Promoter Score (NPS) - Trata-se de uma métrica criada para mensurar de forma mais apurada indicação dos participantes com relação ao treinamento, independente da área de atuação (REICHHELD, Frederick F., 2011).

Cópia Controlada

- Satisfação em Treinamentos – Indicador da média geral de satisfação dos colaboradores com relação aos treinamentos realizados.
- Hora Homem Treinamento: Tem por finalidade avaliar a quantidade média de horas de treinamento realizado por colaborador.

Para acompanhar os resultados de aprendizagem das ações de treinamento, o Ensino Corporativo também utiliza alguns formatos de avaliação de aprendizagem, teóricas e práticas.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WICK, C. et al. 6Ds: as seis disciplinas que transformam educação em resultados para o negócio. São Paulo: Évora, 2011.

REICHHELD, Frederick F., A pergunta definitiva 2.0: como as empresas que implementam o net promoter score prosperam em um mundo voltado aos clientes / Fred Reichheld; tradução Bruno Alexander e Luiz Otávio Talu. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 281 p.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41 1880

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Programa Admissional de Atendimento.

Programa Admissional de Enfermagem.

Programa Admissional da Equipe Multiprofissional.

Programa Admissional dos Programas Governamentais.

Política de capacitação profissional por meio de trilhas de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Programa de Educação Médica Continuada

Organização de Programas de Treinamento (Público Interno).

Contratação de Consultoria de Treinamento.

Procedimento para Recebimento e Arquivamento de Listas de Presença do Ensino.

Emissão de Certificado e Declaração dos Treinamentos.

Cópia Controlada

Inscrição e Cancelamento de Treinamentos e Cursos.

Avaliação de Aprendizagem - Teórica e Prática.

Avaliação de Reação.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
26/02/2007 00:00:00	Criado por	DM User
28/12/2022 16:17:10	Atualizado por	Jaqueline Aline de Oliveira
05/01/2023 16:34:24	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Esta política tem por objetivo estabelecer as regras, papéis e responsabilidades relativas à Trilha de Integração Institucional por parte da Diretoria de Ensino com apoio dos especialistas e referências institucionais, como forma de ratificar o compromisso da SBIBAE com o acolhimento de novos colaboradores, transmitir conhecimento sobre a cultura organizacional e informações associadas às políticas, normas e diretrizes institucionais. Está associado a experiência do colaborador e deve proporcionar aprendizado fortalecendo a cultura organizacional e a retenção de talentos.

A Trilha de Integração Institucional tem como objetivos:

- Proporcionar acolhimento e aculturamento ao novo colaborador em sua jornada inicial.
- Apresentar informações sobre a instituição, sua cultura e frentes de atuação, facilitando a conexão e o sentimento de pertencimento.

Cópia Controlada

- Facilitar o acesso aos principais canais de comunicação para suporte durante toda a sua jornada.
- Transmitir conhecimento sobre o jeito Einstein de ser.
- Orientar quanto as primeiras etapas da sua rotina dentro da Instituição.
- Apoiar a adaptação e retenção do novo colaborador.

2. DEFINIÇÕES

A realização da Trilha de Integração Institucional é obrigatória a todos os colaboradores efetivos, efetivados e estagiários. A sua conclusão deve ocorrer até 45 dias corridos da data de sua admissão.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 1883

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

A Trilha de Integração Institucional é disponibilizada por meio da Plataforma de Aprendizagem oficial - Portal Gestão de Pessoas (PGP). Trata-se de Trilha assíncrona on-line (EAD) realizada de forma autônoma e individual pelos colaboradores.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

A partir do D2 o colaborador receberá em seu e-mail interno o comunicado com a disponibilização e instrução de realização da Trilha de Integração Institucional. Ao concluí-la, os dados ficarão registrados no perfil do colaborador.

6. DESCRIÇÃO

A Jornada do novo colaborador é composta por diferentes etapas e conduzidas por diversas áreas da instituição. A jornada é composta por:

Cópia Controlada

1. Processo seletivo.
2. Processo admissional online (entrega de documentação) e assinatura de contrato de trabalho.
3. Envio de acessos.
4. Início na instituição: Live de Boas-Vindas.
5. Treinamentos admissionais específicos.
6. Trilha de integração institucional online.

Descrição das etapas:

6.1 Processo Seletivo:

- Alinhamento com área demandante.
- Divulgação das vagas nos canais.
- Triagem e análise de perfil.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 1884

- Realização do processo seletivo.
- Devolutiva de aprovação do candidato.
- Envio da carta proposta com próximos passos da Jornada admissional.

6.2 Processo Admissional Online:

- Envio da lista de documentação necessária.
- Gestão e conferência da documentação digital.
- Confirmação da data de início.
- Envio e gestão do contrato de trabalho assinado.
- Envio de orientações para o 1º dia.

Cópia Controlada

6.3 Envio de Acessos:

- Disponibilizar login e senha e orientações de acesso a rede Einstein.
- Prestar suporte ao novo colaborador referente a dúvidas.

6.4 Live de Boas-Vindas:

- Live com as áreas de Recursos Humanos para recepcionar e acolher os novos colaboradores.

6.5 Treinamentos Admissionais Específicos:

- Envio do convite para participar dos Treinamentos Admissionais Específicos (Equipes: Enfermagem, Multiprofissional e Atendimento).
- Realização dos treinamentos.
- Gestão e acompanhamento da adesão dos treinamentos.

6.6 Trilha de Integração Institucional:

- Envio do link de acesso a Trilha de Integração Institucional.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 1885

- Realização da Trilha.
- Monitoramento e acompanhamento da adesão e engajamento da Trilha.

7. RESPONSABILIDADES

7.1 Atração, Seleção e Diversidade:

- Realizar processo seletivo.
- Devolutiva da aprovação do candidato.
- Informar o novo colaborador sobre os próximos passos para finalização do processo admissional online.

7.2 Serviços de Recursos Humanos:

Cópia Controlada

- Consolidação e envio da relação de colaboradores que serão admitidos nas datas programadas para admissão.
- Conferência da entrega de documentação online, envio do kit admissional online com o contrato de trabalho digital, e formalização da data de início.
- Envio dos contatos do Gestor e informações sobre o setor.
- Orientações sobre as próximas etapas.
- Live de acolhimento de novos colaboradores.

7.3 Saúde do Trabalho:

- Realizar exame admissional para validar aptidão do novo colaborador para assumir o cargo.

7.4 Tecnologia da Informação (Segurança da Informação):

- Criar e enviar login, senha, e-mail corporativo e orientação de acesso aos novos colaboradores

7.5 Ensino Corporativo:

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 1886

- Treinamentos Admissionais Específicos (Equipes: Enfermagem, Multi e Atendimento).
- Definir o público-alvo, conforme elegibilidade a partir da planilha de contratados.
- Organizar e planejar as capacitações, levando em consideração o headcount.
- Enviar o convite de treinamento admissional específico ao novo colaborador e gestor.
- Atualizar conteúdos e estratégias de aprendizagem anualmente, levando em consideração as diretrizes institucionais e atualização em políticas, práticas e procedimentos.
- Informar as lideranças quanto a programação dos treinamentos admissionais;
- Enviar convite e disponibilizar a Trilha de Integração Institucional e realizar a gestão e acompanhamento da conclusão.

Cópia Controlada

7.6 Diretoria de Recursos Humanos:

- Realização e condução da Live de Boas-Vindas para novos colaboradores.
- Gestão da experiência na Jornada do novo colaborador.
- Medição da satisfação do novo colaborador com a Live de Boas-Vindas.
- Informar os próximos passos em relação à Trilha de Integração Institucional e demais treinamentos admissionais.

7.7 Gestores das Áreas:

- Recepcionar o novo colaborador ou direcionar um profissional da equipe para essa recepção.
- Incentivar e contribuir com a participação do colaborador nos Treinamentos Admissionais obrigatórios.
- Acompanhar a adesão e desempenho dos colaboradores num processo contínuo durante o ano, formalizado por meio do Ciclo de Gestão de Desempenho Einstein.
- Engajar os colaboradores para a participação das trilhas de aprendizagem.
- Realizar um plano de ação nos casos de baixo desempenho e reprovações.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35

7.8 Colaborador:

- Acompanhar os comunicados e informações das etapas da sua jornada (Aprovação, contratação/admissão e chegada na instituição).
- Participar da Live de Boas-vindas.
- Realizar a Trilha de Integração Institucional Online (dentro do prazo estipulado de até 45 dias após a data de admissão).
- Realizar todos os treinamentos admissionais.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

A Trilha de Integração Institucional está atrelada a auditorias e certificações dentro da Instituição, a sua não realização pode gerar possíveis não-conformidades.

Cópia Controlada

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

A Trilha de Integração Institucional deverá ser realizada uma única vez, no início da jornada do colaborador. Contudo, em caso de reingresso à instituição, o colaborador deverá realizar a Trilha de Integração Institucional desde seu início.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Os dados de treinamento são armazenados no Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS), extraídos e analisados pela equipe do Ensino Corporativo por meio de relatórios e a gestão das áreas tem acesso a visualização e extração dos dados de forma restrita.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Destacamos abaixo os indicadores acompanhados por fases:

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 1888

Fase	Indicador	Objetivo
Durante e após o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Adesão	Acompanhamento e análise da adesão à Trilha.
Durante o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Satisfação	Acompanhamento e análise da satisfação referente à Trilha.
Ao final do ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Conclusão	Acompanhamento e análise de conclusão da Trilha.

Essas análises, são realizadas por meio do dashboard, ou seja, um painel visual que contém informações, métricas e indicadores dos treinamentos. A ideia é que nele estejam representados os números relevantes para o acompanhamento de resultados conforme a estratégia do negócio e alcance dos objetivos organizacionais conforme meta estabelecida pela diretoria da área.

13. ANEXOS

Não se aplica.

Cópia Controlada

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MORGAN, JACOB, THE EMPLOYEE EXPERIENCE ADVANTAGE: HOW TO WIN THE WAR FOR TALENT BY GIVING EMPLOYEES THE WORKSPACES THEY WANT, THE TOOLS THEY NEED, AND A CULTURE THEY CAN CELEBRATE, 2017.

ABBAD, GARDÊNIA DA SILVA. MEDIDAS DE AVALIAÇÃO EM TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO: FERRAMENTAS PARA GESTÃO DE PESSOAS. [ET AL.]. – PORTO ALEGRE: ARTMED, 2012.

FLEURY, MARIA TEREZA LEME; FLEURY, AFONSO FLEURY: REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO CONTEMPORÂNEA, 2001 - SCIELO BRASIL.

REICHHELD, FREDERICK F., A PERGUNTA DEFINITIVA 2.0: COMO AS EMPRESAS QUE IMPLEMENTAM O NET PROMOTER SCORE PROSPERAM EM UM MUNDO VOLTADO AOS CLIENTES / FRED REICHHELD; TRADUÇÃO BRUNO ALEXANDER E LUIZ OTÁVIO TALU. – RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2011. 281 P.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 1889

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Beatriz Ramos Vieira - 10/01/2023 - 09:23
Atualização para o novo template 10/01/2023

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
17/09/2021 17:41:10	Criado por	DM User
10/01/2023 09:23:34	Atualizado por	Beatriz Ramos Vieira
11/01/2023 21:39:24	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

O programa é destinado ao acolhimento e aculturamento dos parceiros que estão sob a gestão da área de Recursos Humanos e que prestam serviços a Instituição por mais de 7 dias corridos: prestadores de serviços, voluntários, aprimorandos, residentes, alunos da Faculdade, Escola Técnica e Ensino Médio/Técnico. O intuito é fornecer objetos associados às políticas, normas e diretrizes institucionais e proporcionar aprendizado e fortalecer a cultura organizacional.

2. DEFINIÇÕES

A realização da Trilha de Integração Institucional é obrigatória a todos os parceiros que atuam por mais de 7 dias corridos na Instituição, sendo eles: prestadores de serviços que estão sob a gestão de RH, aos voluntários, residentes, aprimorandos e alunos da Faculdade, Escola Técnica e Ensino Médio/Técnico. A sua conclusão deve ocorrer até 45 dias corridos da data de sua admissão.

Cópia Controlada

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

A Trilha de Integração Institucional é disponibilizada por meio da Plataforma de Aprendizagem oficial - Moodle. Trata-se de Trilha assíncrona on-line (EAD) realizada de forma autônoma e individual pelos parceiros.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

A partir do D1 o parceiro receberá em seu e-mail o comunicado com a disponibilização e instrução de realização da Trilha de Integração Institucional. Ao concluí-la, os dados ficarão registrados no perfil do colaborador dentro da plataforma.

6. DESCRIÇÃO

A Trilha de Integração Institucional voltada aos parceiros é composta por diferentes etapas. Os prestadores de serviços, voluntários e alunos são informados sobre a trilha online pela área contratante e/ou Faculdade/Escola Técnica e recebem o manual de orientações de acesso a plataforma.

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Fase 1: Integração Institucional Online

Ao adentrar na plataforma o parceiro terá acesso aos seguintes conteúdos:

Módulo I – Princípios e Valores

Este módulo tem como objetivo apresentar a cultura organizacional e missão, visão e valores institucionais. Abaixo, os itens abordados neste módulo:

- Mensagem do Presidente.
- História do Einstein.
- Missão, Visão e Valores.
- Diversidade e Inclusão.

Módulo I – Cultura de Segurança

Cópia Controlada

Este módulo tem como finalidade fornecer conhecimentos e orientações gerais de cuidado, precaução e prevenção de quaisquer incidentes com relação a segurança do colaborador, paciente e Instituição. Abaixo, os itens abordados neste módulo:

- 6 Metas de Segurança
- Sustentabilidade - Ecossistema Einstein
- Prevenção e Controle de Infecção
- Higiene das Mãos - Parte I
- Higiene das Mãos - Parte II
- LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados
- Noções Básicas de Prevenção e Combate a Incêndios
- Segurança da Informação
- Segurança Patrimonial
- Segurança do Colaborador

Módulo III – SPA | Modelo de Atendimento

Este módulo tem como objetivo de orientar e aculturar o novo colaborador sobre o modelo de atendimento Einstein, SPA.

- SPA - Experiência do Paciente

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

Módulo IV – Políticas E Práticas

Este módulo tem como intuito fornecer informações sobre as políticas e práticas institucionais de ética e segurança.

- Manual de Ética
- Política de Biossegurança
- Comunicação Interna

Módulo V - Avaliação de Reação

Este módulo tem como objetivo estabelecer um canal de comunicação e confiança com o novo colaborador com o intuito de mensurar a satisfação em relação ao Programa de Integração Institucional.

7. RESPONSABILIDADES

Cópia Controlada

Gestores de Contrato, Supervisores técnicos (Representantes dos Prestadores de Serviço), Departamento de Voluntários, Programa de Residência Médica e Multiprofissional e Programa de Aprimoramento:

- Cadastrar os profissionais (CPF e nome completo) na plataforma Moodle e realizar a atribuição da Trilha de Integração Institucional;
- Orientar e acompanhar os colaboradores quanto a realização da Integração, atuando como suporte para eventuais dúvidas e garantindo a conclusão do treinamento,
- Reportar para a área de Recursos Humanos o status de conclusão dos profissionais e eventuais intercorrências.

Faculdade, Escola Técnica e Ensino Médio Técnico:

- Cadastrar os alunos (CPF e nome completo) na plataforma Canvas e realizar a atribuição da Trilha de Integração Institucional;
- Orientar e acompanhar os alunos quanto a realização da Integração, atuando como suporte para eventuais dúvidas e garantindo a conclusão do treinamento,
- Reportar para a área de Recursos Humanos status de conclusão dos alunos e eventuais intercorrências.

Ensino Corporativo:

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

- Criação da Trilha de Integração Institucional conforme direcionadores estratégicos da organização dentro da plataforma (Moodle).
- Gestão e atualização dos objetos de aprendizagem da Trilha de Integração Institucional na plataforma (Moodle);

Recursos Humanos:

- Gestão e atualização dos parceiros no sistema de admissão de terceiros.
- Apresentar o processo e o fluxo para gestores terceiros e stakeholders dos contratos.
- Representar a área e reportar os indicadores em auditorias e certificações.
- Gerir a adesão e conclusão dos prestadores de serviço junto aos gestores terceiros e stakeholders.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

A Trilha de Integração Institucional está atrelada a auditorias e certificações dentro da Instituição, a sua não realização pode gerar possíveis não-conformidades.

Cópia Controlada

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

A Trilha de Integração Institucional deverá ser realizada uma única vez, no início da jornada do parceiro. Contudo, em caso de reingresso de parceiro não atuante no período de 12 (doze) meses à instituição, ele deverá realizar a Trilha de Integração Institucional desde seu início.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Os dados de treinamento são armazenados no Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS), extraídos e analisados pela equipe da área de Recursos Humanos por meio de relatórios. Os stakeholders dos contratos e os gestores das empresas terceiras tem acesso a visualização e extração dos dados de forma restrita.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Destacamos abaixo os indicadores acompanhados por fases:

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

Fase	Indicador	Objetivo
Durante e após o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Adesão	Acompanhamento e análise da adesão à Trilha.
Durante o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Satisfação	Acompanhamento e análise da satisfação referente à Trilha.
Ao final do ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Conclusão	Acompanhamento e análise de conclusão da Trilha.

Essas análises, são realizadas por meio do dashboard, ou seja, um painel visual que contém informações, métricas e indicadores dos treinamentos. A ideia é que nele estejam representados os números relevantes para o acompanhamento de resultados conforme a estratégia do negócio e alcance dos objetivos organizacionais conforme meta estabelecida pela diretoria da área.

13. ANEXOS

Não se aplica.

Cópia Controlada

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MORGAN, JACOB, THE EMPLOYEE EXPERIENCE ADVANTAGE: HOW TO WIN THE WAR FOR TALENT BY GIVING EMPLOYEES THE WORKSPACES THEY WANT, THE TOOLS THEY NEED, AND A CULTURE THEY CAN CELEBRATE, 2017.

ABBAD, GARDÊNIA DA SILVA. MEDIDAS DE AVALIAÇÃO EM TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO: FERRAMENTAS PARA GESTÃO DE PESSOAS. [ET AL.]. – PORTO ALEGRE: ARTMED, 2012.

FLEURY, MARIA TEREZA LEME; FLEURY, AFONSO FLEURY: REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO CONTEMPORÂNEA, 2001 - SCIELO BRASIL.

REICHHELD, FREDERICK F., A PERGUNTA DEFINITIVA 2.0: COMO AS EMPRESAS QUE IMPLEMENTAM O NET PROMOTER SCORE PROSPERAM EM UM MUNDO VOLTADO AOS CLIENTES / FRED REICHHELD; TRADUÇÃO BRUNO ALEXANDER E LUIZ OTÁVIO TALU. – RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2011. 281 P.

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Beatriz Ramos Vieira - 13/02/2023 - 14:11
Ensino Corporativo:

- Criação da Trilha de Integração Institucional conforme direcionadores estratégicos da organização dentro da plataforma (Moodle).
- Gestão e atualização dos objetos de aprendizagem da Trilha de Integração Institucional na plataforma (Moodle);

Recursos Humanos:

- Gestão e atualização dos parceiros no sistema de admissão de terceiros.
- Apresentar o processo e o fluxo para gestores terceiros e stakeholders dos contratos.
- Representar a área e reportar os indicadores em auditorias e certificações.
- Gerir a adesão e conclusão dos prestadores de serviço junto aos gestores terceiros e stakeholders. - 13/02/2023

Beatriz Ramos Vieira - 06/01/2023 - 15:56
Atualização para o novo template - 06/01/2023

Cópia Controlada

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
09/04/2015 00:00:00	Criado por	DM User
13/02/2023 14:11:17	Atualizado por	Beatriz Ramos Vieira
14/02/2023 13:13:55	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Capacitar os profissionais para prestar a assistência de qualidade baseada nas diretrizes institucionais e competências mapeadas pelo RH, alinhando-o à missão, visão, valores e filosofia da instituição.

1.1 Objetivos específicos

- Promover a integração dos profissionais assistenciais recém-admitidos na SBIBAE;
- Uniformizar as informações relacionadas aos padrões de prática assistencial, com foco em qualidade e segurança, considerando os aspectos relevantes de cada categoria profissional;
- Fornecer conhecimentos e treinar habilidades requeridas para o desempenho das competências técnicas da equipe assistencial.

2. DEFINIÇÕES

O Programa de Treinamento Admissional Assistencial promove capacitação e o desenvolvimento das equipes assistenciais para a prestação de uma assistência de qualidade garantindo a segurança do paciente e colaboradores. É um processo sistematizado, que visa fornecer conhecimento e habilidades que serão necessárias em sua atuação. E, é norteado pela Política Institucional de Conhecimentos Requeridos para Atuação Profissional.

Cópia Controlada

O Programa está dividido por categoria profissional, em equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de enfermagem de coleta, auxiliares de enfermagem, estagiários, aprimorando, residentes e profissionais promovidos de cargo), equipe de enfermagem dos Programas Governamentais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem).

Equipe multidisciplinar (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistente social, biomédicos, psicólogos, farmacêuticos, residentes e estagiários).

O Treinamento Admissional Assistencial de Enfermagem Master é realizado durante 5 dias com carga horária total de 26 horas. Após o treinamento presencial, o colaborador irá para a unidade de atuação. Deverá realizar a Trilha Profissional do Novo Colaborador e será acompanhado pelo Enfermeiro de Referência/Par de Prática Exemplar e Gade dando continuidade ao treinamento setorial baseado no checklist setorial.

O Treinamento Admissional Assistencial Multiprofissional é realizado durante 2 dias com carga horária total de 9 horas com uma turma mensal, por conta do baixo quórum de admissões. O colaborador irá para a unidade de atuação, deverá realizar a Trilha Profissional do Novo Colaborador e convocado ao treinamento admissional conforme cronograma.

O Treinamento Admissional dos Programas Governamentais é realizado em um dia, com a carga horária de 5 horas, no formato presencial, onde são abordados os temas: administração de medicamentos, reanimação cardiorrespiratória, prevenção de infecções, coleta de exames e vacina. Após o treinamento presencial, o colaborador vai para a unidade de atuação.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

3.1 Critérios de Inclusão:

Os profissionais elegíveis para participar do treinamento Admissional Assistencial são:

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46

- Profissionais da equipe de enfermagem/ recém-admitidos na instituição;
- Profissionais promovidos (alteração de categoria profissional) e após licença médica (maior ou igual um ano);
- Profissionais transferidos de setores que não desempenhavam atividades assistenciais diretas ao paciente (hospitalar/ambulatorial);
- Profissionais em retorno de afastamentos que configurem um período maior que 12 meses.

3.2 Critérios de Exclusão:

- Profissionais após licença médica em período menor que um ano.
- Profissionais promovidos dentro da mesma categoria de atuação.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

O Treinamento assistencial se dá de forma híbrida com abordagem online síncrona e presencial, com exceção dos programas governamentais que se dá de forma presencial.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Cópia Controlada

Para consolidação da metodologia ativa no qual é aplicada no treinamento, são encaminhados junto ao e-mail de convocação, os conteúdos para estudo prévio, aplicamos questionário de avaliação prévia e pós treinamento, além das trilhas de aprendizagem online assíncrona.

6. DESCRIÇÃO

6.1 Treinamento Admissional Assistencial – Enfermagem e Equipe Multiprofissional

Agente	Descrições
Recursos humanos	Envia a lista dos admitidos/promovidos.
Ensino **Corporativo**	Elabora o cronograma das atividades de treinamento com base no calendário anual de admissões. Elabora a planilha de turma com os elegíveis: novos colaboradores e promovidos.

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 1900

	Encaminha convites por e-mail e celular para o público do treinamento. Encaminha a lista de convocados aos gestores por turma. Durante o treinamento, orienta os novos colaboradores a realizar a Trilha Profissional do Novo Colaborador (Online assíncrona), a ser realizada em até 90 dias a partir do início da admissão e os promovidos a partir da data de atribuição. Desenvolve o conteúdo teórico por meio de estratégias ativas de aprendizagem. Aplica as avaliações de habilidade técnica para temas específicos. Realiza o registro da frequência de participação no curso. Emiti relatórios de participação do treinamento, aquisição de conhecimento, avaliação de reação e indicador do NPS. Analisando, reportando e solicitando aos gestores o plano de ação para os colaboradores reprovados e ausentes.
Ensino Corporativo	Capacita e acompanha os instrutores, para aplicação das melhores estratégias educacionais que facilite o aprendizado, a retenção dos conhecimentos abordados e propicie os melhores resultados com foco na experiência completa de aprendizado. Analisa os resultados das avaliações de reação e aprendizado, identificando os pontos de melhoria e propõe ações que garantam a qualidade do programa.

Cópia Controlada

6.2 Treinamento Admissional Assistencial – Programas Governamentais

Agente	Descrições
Recursos Humanos/Empresa	Enviar a lista dos admitidos/promovidos.

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Responsável pelos Contratos Temporários	
Ensino Corporativo / Analista de Treinamento	Selecionar os recém-admitidos (Equipe de Enfermagem) à Área Técnica dos Programas Governamentais. Elaborar o cronograma das atividades de treinamento (nome dos profissionais e calendário) em conjunto com Educação Permanente da Área Técnica dos Programas Governamentais. Enviar o cronograma das atividades de treinamento ao Especialista da Educação Permanente da Área Técnica dos Programas Governamentais para indicação dos instrutores. Prover recursos humanos, físicos e materiais (ex. reserva de sala, materiais, coffee). Garantir a atualização do conteúdo teórico e prático; Desenvolver o conteúdo teórico prático em parceria com a área técnica por meio de aplicação de estratégias ativas de aprendizagem. Aplicar as avaliações de habilidade técnica para temas específicos. Realizar o registro da frequência de participação no curso. Emitir relatórios de participação no treinamento, aquisição de conhecimento, avaliação de reação e indicador NPS (Net Promoter Score) analisando, reportando e solicitando o plano de ação para os colaboradores reprovados e ausentes de forma a identificar os pontos de melhoria bem como propor ações que garantam a qualidade do Programa. Capacitar, acompanhar e reportar dados das avaliações de reação e aprendizagem aos instrutores dos treinamentos.

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 1902

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

7. RESPONSABILIDADES

- Ensino Corporativo
- Recursos Humanos
- Gestores das áreas

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Conhecimento teórico e prático insuficiente;
- Reprovação na validação de RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar);
- Ausência do recém-admitido/promovido no programa de treinamento presencial admissional;
- Baixa adesão à Trilha Profissional de Enfermagem, exceto Programas Governamentais.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

- Cumprimento integral do Programa de Treinamento;
- Aprovação na validação prática de RCP
- Conclusão da Trilha Profissional de Enfermagem do Novo Colaborador no prazo determinado.

Cópia Controlada

Obs.: Os colaboradores que não atingirem o conceito mínimo na Avaliação de Aprendizagem referente ao tema de RCP, terão uma segunda oportunidade no mesmo dia e caso seja reprovado novamente, será reportado para o gestor e convocado em outro momento para refazer o conteúdo/avaliação.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

- 1(uma) vez, na admissão e/ou movimentação de cargo.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

- Portal de Gestão de Pessoas - PGP

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de aquisição de conhecimento;
- Taxa de adesão ao programa;
- NPS (Net Promoter Score – métrica criada para mensurar de forma mais acurada a satisfação dos participantes com relação ao treinamento) > 40.

13. ANEXOS

Não se aplica.

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 1903

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento do Ensino Corporativo

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Vanessa Pio da Silva - 05/04/2023 - 15:36
-> Atualização para o novo template documental. - 31/03/2023.

->Atualização da seção 4.ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL - 31/03/2023.

Cópia Controlada

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
11/04/2018 00:00:00	Criado por	DM User
05/04/2023 15:36:45	Atualizado por	Vanessa Pio da Silva
25/04/2023 15:38:38	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Promover a melhor Experiência ao paciente e ao Colaborador e a excelência no atendimento são valores essenciais do Einstein que correspondem ao modelo de governança Triple Aim do Institute Health Improvement (IHI).

O objetivo deste treinamento é apresentar para o Novo colaborador o Modelo de Atendimento Einstein denominado SPA e relaciona-lo às atividades profissionais.

Esta capacitação abrange os profissionais que atuam nas áreas de atendimento ao cliente e apoio assistencial de acordo com a validação dos gestores.

2. DEFINIÇÕES

SPA: Modelo de Atendimento Einstein baseado nos pilares de: Segurança, Paixão em Servir, Atenção aos detalhes

SAC: Serviço de Atendimento ao Cliente

NPS: Net Promoter Score

Cópia Controlada

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

A capacitação abrange os profissionais que atuam nas áreas de atendimento ao cliente e apoio assistencial de acordo com a validação dos gestores, sendo os novos admitidos e colaboradores movimentados para os cargos elegíveis ao Programa.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

O treinamento ocorre em formato online síncrono, com duração de 3 (três) horas.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Os temas abordados são:

- Apresentação pessoal
- Perfil do Cliente: Interno e Externo
- Experiência do Paciente (Jornada e pontos de contato) e do Colaborador (Autocuidado, Saúde e Bem Estar)
- Modelo de atendimento SPA
- Alta Confiabilidade e seus pilares (Comunicação, Consciência Situacional, Gestão de Risco, Trabalho em Equipe e Tomada de Decisão)

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

6. DESCRIÇÃO

Recursos Humanos	▪ Envia a lista dos admitidos/movimentados de cargos.
Ensino Corporativo	▪ Elabora o calendário com base nas datas de admissão encaminhadas pelo RH (anual) ▪ Define os multiplicadores que atuarão em cada data (anual, com ajustes mensais) ▪ Realiza a criação de links das reuniões via ferramenta online ▪ Seleciona os recém-admitidos e movimentados para o Treinamento (semanal, ao receber a lista do RH) ▪ Encaminha Convites por e-mail e celular para o público do treinamento (semanal) ▪ Encaminha a lista de convocados aos gestores (semanalmente) ▪ Prepara/atualiza o conteúdo teórico e prático por meio de estratégias ativas de aprendizagem ▪ Aplica o treinamento (conforme necessidade e ausência de multiplicadores de outras áreas ou externo); ▪ Orienta quanto ao Programa junto às lideranças ▪ Atualiza os indicadores do programa, tais como absenteísmo, adesão, Relatório de Desempenho ▪ Realiza o registro da frequência de participação no curso por meio das planilhas online de Registro de Participação e Avaliação de Reação via Forms ▪ Realiza o report de ausentes aos gestores para reconvocação (mensal). ▪ Capacita os multiplicadores para atuação no Programa ▪ Realiza atualizações no Programa sempre que necessário ▪ Acompanha os resultados de avaliação de reação para implementar melhoria continua.

Cópia Controlada

7. RESPONSABILIDADES

Ensino Corporativo

Recursos Humanos

Gestores das áreas

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55 1907

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Cumprimento parcial do programa de treinamento por necessidade da área

Absenteísmo

Incompatibilidade de agenda do Colaboradores do cargo de Aprendiz com a agenda do programa Admissional, devido ao curso inicial que este cargo realiza externamente

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

1(uma) vez, na admissão e/ou movimentação de cargo.

Cópia Controlada

11. REGISTROS DA QUALIDADE

O registro de presença é realizado via formulário digital, QRCODE, pelo aplicativo Forms. Os dados são armazenados na nuvem e após a conferência migrado para a plataforma de aprendizagem gerenciada (LMS).

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

% Satisfação do cliente (Dados SAC);

% Adesão ao programa;

% NPS e Satisfação do programa de treinamento.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55 1908

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Procedimento do Ensino Corporativo

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Cópia Controlada

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55 1909

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
12/04/2018 00:00:00	Criado por	DM User
22/02/2023 11:12:32	Atualizado por	Ana Paula Magalhaes
30/03/2023 07:04:44	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

PROCEDIMENTO DE BIOSSEGURANÇA

1. OBJETIVO

Este procedimento tem por objetivo estabelecer e definir regras, papéis e responsabilidades dos colaboradores da Sociedade para o cumprimento adequado das normas e padrões de segurança, com objetivo de alcançar um nível satisfatório de segurança diante dos riscos biológicos, químicos e físicos, inerentes às atividades profissionais, dentro dos serviços de saúde. Tem por finalidade proteger a saúde dos profissionais, dos pacientes e dos visitantes, além de evitar danos ao meio ambiente e promover a sustentabilidade do sistema, em toda Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).

Dentre os objetivos, destacam-se:

- Estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos profissionais da área da saúde assim como dos pacientes, de acordo com requisitos legais vigentes, normas de boas práticas e atendimento a padrões nacionais e internacionais de qualidade e segurança;
- Estabelecer condutas permitidas e não permitidas para todos os profissionais visando antecipar, reconhecer, avaliar e controlar quaisquer riscos biológicos, considerando a segurança do colaborador, paciente e meio ambiente.

2. DEFINIÇÕES

Adornos: são enfeites, acessórios, adereços ou ornamentos utilizados com o intuito de embelezamento ou hábito/costume. Exemplos de adornos: alianças e anéis, pulseiras, colares, brincos, relógios, broches de qualquer material e piercings em locais aparentes, como face, orelhas e pescoço, que devem ser removidos e não devem ser cobertos com fitas adesivas. Este conceito também se estende a crachás com cordão retrátil e/ou pendurados por cordão de tecido e enfeites de qualquer tipo de material sobre o crachá (como por exemplo, objetos brilhantes, EVA, entre outros), gorros, chapéus, bonés, cachecóis, lenços e gravatas.

Aerossóis: núcleos goticulares ou de pequenas partículas (<5 micras de tamanho) que podem conter agentes infecciosos que permanecem infectantes por períodos prolongados e podem percorrer longas distâncias.

Amostra: uma ou mais partes retiradas de um sistema com o intuito de fornecer informações sobre o sistema, e servir de base para uma decisão sobre o sistema ou a sua produção. Exemplo: Determinado volume de soro retirado de um volume maior.

Antisséptico: formulações germicidas hipoalergênicas e de baixa causticidade destinadas à redução do número de microorganismos em pele e mucosas. Os antissépticos podem ser divididos em: sabões antissépticos - combinam a ação antimicrobiana com a ação mecânica dos tensoativos, soluções antissépticas tópicas – atuam como antimicrobianos de uso tópico, devendo ser empregadas após a limpeza da pele/mucosa, para assegurar sua efetividade ou formulações alcoólicas.

Áreas Assistenciais: todos os setores que, independentemente da criticidade, prestam cuidados de saúde ao paciente em regime de internação e/ou ambulatorial. Exemplo: consultórios médicos, unidades de internação, Clínicas Einstein, on sites, Einstein Até Você, entre outras.

Áreas Críticas: UTIs Adulto, Pediátrica e Neonatal, Semi-Intensivas Adulto, Pediátrico e Neonatal, Oncologia e Transplante de Medula Óssea, Transplante de Órgãos Sólidos, Unidades de Primeiro Atendimento, Centros Cirúrgicos, Centros Obstétricos, Centro de Parto e CMEs, Centro de Intervenção, Hemodinâmica, Endoscopia, Laboratório e Anatomia Patológica, Banco de Sangue, Pesquisa Experimental e todas as unidades dos Programas Governamentais.

Áreas Externas: compreendem o lado exterior, adjacentes às unidades/edificações.

Áreas Sociais: compreendem áreas como recepções, auditórios, lojas de conveniência, salão de beleza, restaurantes e quiosques, bem como todas as lojas e áreas que oferecem serviços alimentícios, estacionamento e outras áreas com circulação de clientes.

Biossegurança: processo progressivo, funcional e operacional de fundamental importância em serviços de saúde, que aborda medidas de controle de infecções para proteção dos profissionais, um conjunto de condições de segurança alcançada por um conjunto de normas e procedimentos considerados seguros e adequados à manutenção da saúde, visando a redução de riscos e acidentes ocupacionais.

Bioterrorismo: o termo agente biológico aplica-se a diversos grupos de microrganismos, assim como toxinas originadas de microrganismos, plantas e animais. O uso de agentes biológicos com a finalidade de causar doenças e até morte em seres humanos, animais ou plantas é o que se define por bioterrorismo.

Certificado de Aprovação (CA): garantia concedida ao equipamento de proteção que passou por todos os testes de qualidade e está em plenas condições de uso, sendo aprovado pela norma regulamentadora NR 6.

Calçado de Segurança: aquele que não expõe a região do calcâneo (calcanhar), do dorso ("peito"), das laterais do pé e ponta dos dedos. É um EPI e é indicado em qualquer atividade que coloque em risco os pés do colaborador, e como qualquer EPI, que tenha CA.

Conjunto Privativo: consiste em um conjunto de calça e bata, de diferentes cores, cujo uso varia conforme o cargo exercido pelo colaborador. Devem ser utilizados única e exclusivamente nos setores aos quais se destinam, sendo a lavagem e higienização de responsabilidade da Sociedade.

Descontaminação: processo de remoção de microrganismos patogênicos de objetos inanimados e superfícies.

Desinfecção: processo de eliminação de microrganismos patogênicos, exceto os esporos bacterianos, de objetos inanimados ou superfícies.

Distribuição de Uniformes: setor responsável pela distribuição dos Uniformes Sociais e Jalecos. Nas demais unidades, esse setor pode ter outra nomenclatura.

Ergonomia: campo do conhecimento que abrange biomecânica, fisiologia do trabalho, antropomorfismo e interfaces homem-máquina.

Esterilização: eliminação total ou inviabilização de todos os organismos, incluindo os esporos.

Equipamento de Proteção Individual (EPI): considera-se EPI todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado a proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho (NR 6). É regulamentado pela Portaria 485, de 11 de novembro de 2005, que aprova a NR 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde) do Ministério do Trabalho.

Equipamento de Proteção Coletiva (EPC): medidas, dispositivos ou produtos que previnem, eliminem ou reduzam a utilização ou formação de agentes prejudiciais à saúde no ambiente de

trabalho (NR 9) e podem ser utilizados por mais de um colaborador após a desinfecção, descontaminação ou limpeza preconizada.

Kit de Derramamento: conjunto de itens utilizados para a remoção e/ou contenção de material químico de uma superfície qualquer.

Limpeza: processo de remoção de toda a sujeira visível.

Matéria orgânica: sangue, secreções, excreções, qualquer fluido corporal.

On sites: unidades ambulatoriais com gestão da Sociedade que se localizam dentro de outras empresas.

Plano de Catástrofe: plano de prontidão em emergência (catástrofe / desastre) idealizado para ser acionado quando a capacidade de atendimento local for superada ou inviável. O desastre pode ter origem externa, o que significa um grande fluxo de vítimas ao mesmo tempo, ou interna, como um desastre gerando vítimas dentro da Sociedade.

Ponto de Entrega de Conjuntos Privativos: setor responsável pela distribuição de conjuntos privativos. No Morumbi, está localizado no G2 do bloco A1. Nas Unidades Externas pode ter outra nomenclatura.

Profissionais que não prestam assistência direta ao paciente: colaboradores que não entram em contato - direto ou indireto - com o paciente internado e/ou ambulatorial, como por exemplo, profissionais que atuam em áreas corporativas, como Financeiro, Ensino, Sala de laudos, entre outros.

Rejeito Perigoso: é uma substância ou produto potencialmente danoso à população ou ao meio ambiente e destinado ao descarte.

Rouparia: setor responsável pela guarda e distribuição do enxoval e dos conjuntos privativos para as áreas. No Morumbi, localiza-se no 1º andar do bloco E. Nas Unidades Externas pode ter outra nomenclatura.

Scrubs: consiste em um conjunto de calça, blusa e jaqueta, considerado Uniforme Social e destinado exclusivamente para Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Fisioterapeutas que prestam assistência direta ao paciente.

Serviços de Saúde ou Áreas Internas: compreendem espaços internos às edificações destinadas à prestação de assistência à saúde da população e em todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em qualquer nível de complexidade.

Tênis de Superfície Lavável e Impermeável: aquele que pode ser higienizado facilmente sem que haja absorção de fluidos, por exemplo, couro. Nesse quesito, excluem-se os tênis de tecido.

Troca Imediata: tempo mínimo transcorrido entre o contato de matéria orgânica e/ou produto químico com a vestimenta ou calçado usado pelo colaborador e sua devida remoção.

Unidades Externas: compreendem todas as unidades de saúde da Sociedade fora da unidade hospitalar Morumbi: Unidades avançadas - Alphaville, Jardins, Ibirapuera, Chácara Klabin e Perdizes; Clínicas Einstein - Alto de Pinheiros, Anália Franco, Santana, Ibirapuera, Parque da Cidade; Unidades dos Programas Governamentais, Programa Einstein na comunidade Paraisópolis (PECP), Residencial Vila Mariana, UPA Campo Limpo, Hospital Municipal da Vila Santa Catarina (HMVSC); on sites; Creches, Faria Lima, Paulista, Morato, Hospital Moises Deutsch (M'Boi Mirim), Hospital de Goiânia, HMAP, Hospital M'boi Mirim (HMBM), Unidades Einstein no interior de São Paulo e em outros estados.

Uniforme Social: consiste em peças de vestuário masculinas ou femininas, que podem ser de diferentes modelos como calças, saias, coletes, vestidos, camisas, blazers, ternos ou jalecos, de acordo com o cargo exercido pelo colaborador.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: este procedimento é aplicável a todos os colaboradores, prestadores, alunos, residentes, voluntários, corpo clínico contratado e PJ que atuam na SBIBAE, incluindo os que atuam em unidades externas e *on sites*, considerando as exceções mencionadas na seção de Descrição.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

Este procedimento está estruturado nos temas listados abaixo, específicos e aplicáveis, definidos por Procedimentos de Segurança:

- Guia do Ambiente
- Guia Segurança do Profissional
  - Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva, Vestimentas, Adornos, Calçados e Crachá
  - Cuidados com Alimentos/Bebidas e Cabelos, Barbas e Unhas
  - Precauções Gerais e Específicas
  - Riscos Microbiológicos
- Segurança no Manuseio de Nitrogênio Líquido
- Segurança para Produtos Químicos
- Segurança para Exposição à Radiação Ionizante e Rejeitos Radioativos
- Segurança para Exposição à Luz Ultravioleta
- Gerenciamento de Resíduos
- Bioterrorismo
- Segurança para Uso de Laser
- Medidas de redução da propagação do COVID-19
- Atenção ao Paciente Agitado e/ou Agressivo

Guia do Ambiente

As informações contidas no Guia do Ambiente contemplam processos relacionados ao Sistema de Gestão Ambiental, como aspectos e impactos ambientais, objetivos e metas ambientais, Política do Sistema de Gestão Integrado, informações referentes a produtos químicos e materiais perigosos, classificação de resíduos e Plano de Atendimento a Emergência e estão disponíveis na Intranet, no Sistema Einstein da Qualidade:

Guia de Segurança do Profissional

- **Equipamento de Proteção Individual (EPI)**
  - **Luvas**

É necessária a utilização de luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, e em procedimentos envolvendo manuseio de reagentes químicos, amostras biológicas, lavagem de materiais, câmaras frias, entre outros, com o objetivo de proteger as mãos dos profissionais de saúde. As luvas estão disponíveis nas áreas para uso dos profissionais em quaisquer situações, citadas ou não, que indiquem sua utilização.

Em alguns setores dos laboratórios de Análises Clínicas e Anatomia Patológica que manuseiam determinados produtos químicos perigosos, deve ser utilizada a luva nitrílica para manipulação. Utilizar sempre as *luvas de proteção contra agentes mecânicos, químicos e térmicos* na lavagem de materiais, por exemplo, na Endoscopia e na Central de Material Estéril (CME), pois estas apresentam maior resistência contra esses tipos de materiais.

O uso de luvas deve ser restrito ao local de manuseio ou do procedimento, sendo desprezada logo após o uso ou quando apresentar sujidade, evitando o contato das mãos enluvadas com pessoas e outras superfícies (telefone, teclados, maçanetas e equipamentos), que podem levar à contaminação dos mesmos e consequente infecção por transmissão indireta.

A utilização de luvas não substitui a higiene de mãos. Portanto, os profissionais devem higienizar suas mãos imediatamente antes de calçar as luvas e imediatamente após sua retirada.
Aqueles que apresentarem lesões ou qualquer solução de continuidade na pele das mãos deverão usar luvas continuamente, trocando-as quando terminarem as manobras em área de risco.

Nota: Antes da padronização de um novo modelo de luva, deverá passar por avaliação das equipes de Segurança do Trabalho e Meio Ambiente e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Atenção:
Existem luvas especiais que devem ser utilizadas em determinados procedimentos e em áreas específicas, por exemplo:

- ✓ Luvas Neolatex: utilizadas para manobras em baixas temperaturas (até -70ºC);
- ✓ Luvas PVC: para manipulação de gelo seco;
- ✓ Luvas Criogênicas: utilizadas na manipulação dos materiais armazenados em Nitrogênio líquido;
- ✓ Luvas especiais: caso haja indicação do médico da Medicina do Trabalho;
- ✓ Luvas térmicas: para manipulação de panelas/equipamentos quentes;
- ✓ Luvas de corte: para manipulação de frutas, verduras, carnes e legumes.

- o **Toucas e gorros descartáveis**

As toucas e gorros descartáveis deverão cobrir todo o cabelo e não é permitido o uso de toucas e gorros de tecidos e/ou laváveis, exceto nas unidades de Programas Governamentais, que tem seus insumos fornecidos pelo órgão público.

Os gorros descartáveis não são considerados EPIs, e sim um item de segurança. Seu uso é necessário sempre que houver risco de formação de aerossóis durante a coleta de amostras respiratórias e manipulação de amostras positivas ou suspeitas de SARS-Cov-2. O item deve ser utilizado pelos profissionais das áreas técnicas laboratoriais onde há produção de aerossóis e quando não possuírem cabine de segurança biológica (CSB) ou ainda, quando não for possível manter os cabelos totalmente presos durante a atividade prestada.

- o **Óculos de Segurança**

O uso dos óculos de segurança é obrigatório e individual, sempre que houver risco de exposição dos olhos do profissional a sangue, secreções, excreções, fluidos corporais, partículas sólidas,

produtos químicos, vapores etc. Use-os sempre junto ao corpo, preferencialmente, pendurados por cordão de silicone.

- **Máscaras/Respiradores**

As máscaras cirúrgicas não são consideradas EPIs, e sim um item de segurança, pois servem como barreira de proteção e devem ser utilizadas sempre que houver risco de respingos de sangue, fluido corporal, secreção, excreção ou produtos químicos, a fim de proteger as regiões do nariz e boca do profissional de saúde.

As máscaras cirúrgicas devem ser confeccionadas em material não tecido para uso odonto-médico-hospitalar, possuir, no mínimo, uma camada interna e uma camada externa e, obrigatoriamente, um elemento filtrante (de forma consolidada ou não).

Atenção:

Existem máscaras especiais que devem ser utilizadas em determinadas situações:

✓ Máscara N95: no atendimento de pacientes com doenças transmitidas por aerossóis (Por exemplo: Tuberculose/ Sarampo/Herpes Zoster/ Varicela e COVID-19);

As máscaras N95 devem possuir CA e serem fabricadas parcial ou totalmente de material filtrante a atender aos requisitos estabelecidos nas seguintes normas técnicas: ABNT NBR 13698:2011 para peça semifacial filtrante para partículas; e ABNT NBR 13697:2010 - Equipamento de proteção respiratória - Filtros para partículas.

✓ Máscara com viseira: quando, na ausência dos óculos de segurança, houver risco de exposição dos olhos, nariz e boca do profissional.

✓ Face shield ou protetor facial: os protetores faciais devem ser fabricados em materiais impermeáveis. O visor frontal deve ser fabricado em material transparente, e preferencialmente possuir dimensões de espessura de 0,5mm, largura de 240 mm e altura de 240mm.

Nota: Antes da padronização de um novo modelo de máscara cirúrgica, máscara N95, Máscara com viseira e protetor facial, deverão passar por avaliação das equipes de Segurança do Trabalho e Meio Ambiente e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

- **Uniformes**

Conjuntos Privativos

A Sociedade é responsável pelo fornecimento dos conjuntos privativos limpos para todos os profissionais que prestam assistência direta ao paciente em áreas específicas.

A lavagem desta roupa é de responsabilidade da Sociedade e o descarte correto deve ser feito pelos profissionais nos *hampers* dos vestiários. A circulação de profissionais com conjuntos

privativos restringe-se às áreas internas da Sociedade, não sendo permitida em áreas sociais com circulação de clientes, mesmo com o uso de jalecos brancos sobre eles.
No Morumbi, a circulação de profissionais do banco de sangue com o conjunto privativo pode ser realizada pelo 3º andar do Bloco E em virtude da localização do setor.
Os privativos devem ser usados única e exclusivamente durante o expediente e nas áreas indicadas. Não devem ser usados para outras finalidades.

Todos os funcionários devem realizar a troca imediata do conjunto privativo em caso de qualquer contaminação com matéria orgânica ou produto químico, seguindo o fluxo:

- colocar o conjunto privativo contaminado com matéria orgânica em saco plástico branco (infectante) ou em saco plástico laranja, caso a contaminação tenha sido com produto químico;
- solicitar um novo conjunto de privativo nos pontos de entrega;
- descartar o saco plástico (branco ou laranja) com o privativo contaminado dentro do *hamper* para que seja higienizado de maneira adequada, sendo este processo de inteira responsabilidade do hospital.

Os profissionais não devem sair da edificação com privativos utilizados em suas atividades laborais. É proibido circular com esse tipo de vestimenta em áreas externas, salvo exceções, que devem ser reportadas à liderança imediata.

É proibida a guarda de conjuntos privativos em armários pessoais, seja antes ou após o uso. Quando indicado, estes devem ser retirados diariamente nos pontos de entrega (No Morumbi: Piso G2 do Bloco A1, nos horários abaixo*) e nos setores de entregas de privativos da Sociedade (HMVSC, HMMD, Unidades Avançadas, Einstein Goiânia, HMAP, IIRS etc.) ver localização.

Período da Manhã	
Segunda à sexta	5h30 às 8h00
Sábado e domingo	5h30 às 7h00
Segunda à domingo	9h30 às 10h30
Segunda à domingo	11h30 às 14h00

Período da tarde	
Segunda à domingo	17h30 às 19h30

***Horários de entrega de privativos na Unidade Morumbi, nos demais horários, procurar pelo setor de Rouparia.**

É **proibido** transitar com perfurocortantes nos bolsos dos privativos e/ou dos uniformes sociais - certifique-se de que os descartou nas caixas apropriadas para descarte, onde foram gerados, para segurança de todos.

Uniformes Sociais

A Sociedade é responsável pelo fornecimento dos uniformes sociais e jalecos/aventais de tecido para os profissionais que atuam nas áreas assistenciais e outras, como as de apoio à assistência. Os profissionais que usam uniformes sociais estão autorizados a circular nas áreas internas e sociais da Unidade Morumbi, Unidades Avançadas, IIRS, *on sites,* no estado de SP e em outros estados.

Todos os funcionários devem realizar a **troca imediata** do uniforme social, jaleco/avental ou vestimenta própria em caso de qualquer contaminação com matéria orgânica ou produto químico, seguindo o fluxo:

- colocar o uniforme social ou jaleco/avental contaminado em saco plástico branco infectante (matéria orgânica) ou saco plástico laranja (produto químico);
- solicitar um conjunto privativo no setor de distribuição dos mesmos;
- caso sua unidade de trabalho seja no Morumbi: identificar com seu nome completo e unidade e encaminhar para a Rouparia, para que seja higienizado de maneira adequada, sendo este processo de inteira responsabilidade do hospital;

Nas demais unidades, a entrega do uniforme contaminado deverá ocorrer para o responsável da Rouparia (ou setor correspondente) para ser encaminhado para a lavanderia, de acordo com o contrato local.

A higienização e conservação dos uniformes sociais, jalecos/aventais são de responsabilidade de cada profissional, salvo condição descrita no 3º parágrafo.

Nota: É importante salientar que apesar do avental de algodão não ser considerado EPI por não ter número de C.A., seu uso é obrigatório para o **Laboratório Clínico e Anatomia Patológica** por se tratar de um item de segurança. O mesmo deve ser confeccionado em algodão, com manga longa e punho sanfonado, na altura dos joelhos e deve ser usado abotoado.

Os aventais descartáveis são obrigatórios nas Precauções por Contato e também para atividades no setor de microbiologia. O setor de anatomia patológica, devido ao excesso de respingos de material biológico e químico, pode optar por utilizar conjuntos privativos de manga longa, seguindo o padrão dos jalecos/aventais.

* No Laboratório Clínico e Anatomia Patológica, qualquer visitante ou prestador de serviço deve, minimamente, fazer uso de avental descartável ou seguir o padrão já estabelecido pelas áreas citadas.

Não é recomendado o uso de saias e vestidos – de qualquer comprimento, modelo e cor para profissionais que atuam em áreas assistenciais e do laboratório. A decisão de uso deverá considerar critérios de risco de incidentese segurança do colaborador e paciente, e devem ser avaliados em conjunto com o Setor de Uniformes, gestor da área, tipo de atividade, ambiente de trabalho, apresentação pessoal, religião, entre outros.

Aventais ou Jalecos

Jalecos e aventais de tecido podem ser considerados uniformes sociais e não devem ser customizados. São vestimentas amplamente utilizadas pela equipe de saúde, mas do ponto de vista da Segurança do Trabalho, não podem ser considerados EPIs porque não possuem CA (Certificado de Aprovação). Do ponto de vista da SCIH, oferecem menor risco de transmissão de doenças em comparação com a inadequada higiene das mãos e seu uso deve considerar critérios como sujidade visível e uso em procedimentos contaminados, entre outros. No entanto, a Lei nº 14.466, de 08 de junho de 2011, é soberana frente às políticas internas, e como tal, na Sociedade, o uso de jalecos e aventais em áreas como restaurantes e quiosques, bem como nas lojas da Alameda de Serviços que oferecem serviços alimentícios, é vedado.

O uso do jaleco ou avental nas áreas técnicas dos laboratórios é obrigatório e deve ser confeccionado em algodão, com manga longa e punho sanfonado, na altura dos joelhos e usado abotoado.

Os aventais descartáveis não são considerados EPIs, e sim um item de segurança, pois servem como barreiras de proteção e devem ser utilizados sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção ou excreção, produtos químicos, com o objetivo de proteger as roupas do profissional de saúde.

A quantidade esperada de respingos ou material biológico envolvidos no procedimento, e, portanto, com maior risco de contato a grandes volumes de sangue ou outros líquidos, pode justificar o uso do avental impermeável.

Nos quartos de precaução durante o contato o profissional deve utilizar avental descartável ao tocar o paciente ou as superfícies próximas a ele. Estes aventais são de uso único e devem ser desprezados após o uso.

Os aventais descartáveis de isolamento devem ser fabricados em material não tecido para uso odonto-médicohospitalar, ou equivalente ser resistentes à penetração de fluidos transportados pelo ar (repelência a fluídos).

Para maior proteção do profissional, a altura do avental deve ser de, no mínimo, 1,5 m, medindo-se na parte posterior da peça do decote até a barra inferior, e garantir que nenhuma parte dos membros superiores fique descoberta por movimentos do usuário. O avental deve possuir punhos (elástico grosso) e a sua amarração deve ser realizada na parte de trás do corpo.

O avental deve ser apropriado para a atividade (PVC, anti chamas, retardante, térmico, impermeável, descartável etc.) a ser desempenhada. Existem determinadas funções e áreas onde há indicação de uso de aventais brancos descartáveis de mangas longas, tanto para proteção dos profissionais como para evitar a contaminação de alguns ensaios laboratoriais. Não é indicado dobrar as mangas.

Já o avental antichamas é utilizado na cozinha, para preparação de alimentos em chapas quentes, fornos, entre outros.

Ao término do procedimento o profissional deve retirar o avental e realizar a higiene das mãos.

Se o avental for descartável deverá ser desprezado na lixeira infectante.

Se o avental for reutilizável (Impermeável – ex. CME, cozinha, sala de desinfecção química, entre outros) proceder à desinfecção com álcool a 70% ou produto detergente desinfetante padronizado na instituição, para uso posterior.

Casaco/Japona térmica

É obrigatório o uso de casacos térmicos para entrada na câmara fria. Para o Laboratório Clínico, o uso do casaco/ japona térmica é compartilhado pelos colaboradores sendo considerado um EPC, desta forma, deve-se utilizar um jaleco descartável limpo entre jaleco/ avental de tecido e o casaco/ japona térmica.

- **Adornos e Calçados**

As orientações a seguir se aplicam aos profissionais ou terceiros que atuam ou estejam presentes, mesmo que temporariamente, em áreas assistenciais, áreas críticas e de pesquisa.

Adornos

Não é permitido o uso de brincos (de qualquer tamanho), alianças, anéis (inclusive alianças), correntes, colares, gargantilhas, cordões retráteis ou de tecido (utilizados para prender crachás, que podem colocar em risco a segurança e saúde do colaborador), relógios no pulso, pulseiras, piercings em locais visíveis como rosto e orelhas, que devem ser removidos e não podem ser usados cobertos por máscara ou adesivos de qualquer natureza, gravatas (soltas ou fora do avental), broches de qualquer material, lenços/cachecóis, unhas longas, postiças, acrigel, ou com esmalte descascado para os profissionais que prestam assistência direta ao paciente ou os que atuam em áreas técnicas, independentemente da sua função.

Para profissionais que não prestam assistência direta ao paciente internado/ambulatorial, como por exemplo, profissionais administrativos, é permitido o uso de brincos pequenos e discretos (Entende-se por pequeno e discreto, brincos até o lóbulo da orelha), exceto profissionais que, independentemente da função, atuam em áreas críticas (conforme Definições Internas) e em áreas assistenciais, desde que autorizados pela sua liderança local.

Importante: A restrição ao uso de alianças, anéis, pulseiras e relógios se mantém a todos os colaboradores, independente da área de atuação, pois esses adornos dificultam a higienização adequada das mãos.

Os óculos de leitura/grau, bem como os óculos de segurança (EPI) não são considerados adornos. Os óculos de segurança devem estar sempre junto ao corpo ou preso por um cordão de silicone higienizável (não é permitido cordão de tecido) e prontos para serem imediatamente utilizados durante os procedimentos assistenciais que se fizerem necessários (Ver documento relacionado: Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e dispositivos complementares na assistência).

Os relógios deverão ser mantidos nos bolsos do uniforme, se necessário.

Calçados

É vetado o uso de calçados abertos (dedos, dorso do pé e calcâneos expostos), sandálias, papetes, chinelos, tamancos, calçados de tecido e similares ao Crocs 'aberto' para profissionais que atuam em áreas assistenciais, áreas técnicas e em áreas críticas. Nestes locais devem ser utilizados sapatos fechados, de superfície impermeável e higienizável.

Os calçados específicos adquiridos pelas áreas da higiene, nutrição e laboratório devem ser recomendados como primeira opção, em relação ao tênis/calçados próprios.

Nas unidades onde o uso do tênis/calçados próprios é permitido, a Segurança do Trabalho não emite pareceres sobre a cor, desde que a segurança dos pés seja preservada (calçado fechado e de superfície impermeável), cabendo ao gestor da área, esse controle.

Calçados emborrachados podem ser utilizados desde que sejam fechados e cumpram o descrito no 1º parágrafo.

Para profissionais nos cargos de Diretoria, Gerência, Coordenação, Consultoria, Supervisão e Analista que não estiverem prestando assistência ao paciente, é permitido o uso de calçado do tipo 'sapatilha' ou calçados com solado de borracha antiderrapante ou saltos baixos (3 a 4 cm de altura no máximo) para evitar ruídos e prevenir quedas.

Propés devem ser utilizados apenas nas áreas aos quais se destinam, não é recomendada a circulação com os mesmos fora dessas áreas.

Em caso de sujidade do calçado de segurança com matéria orgânica, remova imediatamente o calçado e proceda à limpeza utilizando um detergente desinfetante pronto uso padronizado pela Sociedade. Para isso:

- ✓ Higienize as mãos;
- ✓ Coloque um par de luvas de procedimento;
- ✓ Aplique detergente desinfetante pronto uso cadastrado na Sociedade;
- ✓ Descarte os panos, as luvas e higienize as mãos.

Nota: Os setores que distribuem calçados de segurança para seus colaboradores deverão ter uma grade de calçados (diferentes numerações) reservados para esse fim.

Outras Considerações

O crachá de identificação deve ser mantido na altura do tórax, sem broches, bottons, cordões, adereços, adesivos ou similares, pois impedem a sua limpeza. Assim como o cordão de tecido, o cordão retrátil também é contraindicado, pois coloca em risco a segurança do colaborador.

- **Equipamentos de Proteção Coletiva**

Chuveiro de Segurança

Usados imediatamente após incidentes com derramamento de grande quantidade de material biológico ou substância química sobre as roupas e pele do profissional, ou quando as roupas estiverem em chamas. Os profissionais devem ser treinados quanto ao seu uso e as orientações, localizadas próximas ao equipamento.

Manter livre acesso ao equipamento.

Lava-olhos

Usado quando ocorrem incidentes onde haja contato de substância química ou ainda, a ocorrência de ardor por vapor químico. Os olhos e/ou face devem ser lavados imediatamente por aproximadamente 15 minutos no lavaolhos ou afins. Os profissionais devem ser treinados quanto ao seu uso e as orientações, localizadas próximas ao equipamento. Manter o livre acesso ao equipamento. Realizar a remoção prévia de lentes de contato quando aplicável.

Capela de Exaustão

Usada para a manipulação segura de reagentes químicos voláteis protegendo o profissional de vapores tóxicos.

Cabine de Segurança Biológica

É o principal equipamento de contenção física para agentes infecciosos. Protegem o material e o profissional, na manipulação de materiais biológicos altamente infectantes, substâncias tóxicas e cultura de células. Observar a revisão e troca de filtros. As cabines devem estar em local de pouco trânsito e distantes de portas. Existem três tipos de cabine de segurança biológica (Classes I, II e III).

***Classe I*:** é uma cabine em que o fluxo de ar ocorre de fora para dentro, pela abertura frontal, sem recirculação do ar. O ar da cabine passa por um filtro HEPA antes de ser liberado para o interior do laboratório. Essas cabines protegem o operador, mas não o material que está sendo manipulado e podem ser usadas quando se está trabalhando com micro-organismos de baixo ou moderado risco.

***Classe II*:** é uma cabine com abertura frontal na qual uma parte do ar é recirculado. Esse tipo de cabine protege o operador, o material a ser manipulado e o meio ambiente. Existem dois tipos de cabine classe II:

- ***. Classe II* A:** 30% de ar ambiente entram pela abertura frontal, 70% são recirculados para o interior da cabine passando por um filtro HEPA e 30% são exauridos para dentro ou fora do laboratório passando por filtro HEPA. Usadas na ausência de substâncias químicas voláteis, radioativas ou tóxicas.
- ***. Classe II B:*** 70% de ar ambiente entram pela abertura frontal, 30% são recirculados para o interior da cabine passando por um filtro HEPA e 70% são exauridos para fora do laboratório através de outro filtro HEPA, por um sistema de exaustão. São indicadas para manipulação de cultura de microbactérias e substâncias tóxicas, voláteis e/ou radioativas.

***Classe III*:** é uma cabine hermeticamente fechada, impermeável a gases, e todo o trabalho é realizado com luvas de borracha que estão presas a câmara. O ar que entra passa por um filtro HEPA e o ar que sai pelo exaustor passa por dois filtros HEPA dispostos sequencialmente. Todos os equipamentos necessários (centrifuga, incubadora etc.) devem estar dentro da cabine. É indicada para o trabalho com micro-organismos de alto poder infectante. Oferece o mais alto grau de proteção ao operador e ao meio ambiente.

Pressão Negativa

Diferencial de pressão do ar ambiente significa que existe uma diferença na medição da pressão relativa do ar entre duas áreas. Se um ambiente tem pressão negativa do ar, significa que o suplemento de ar é menor que a exaustão. Os ambientes com pressão negativa devem ser mantidos sempre fechados e devem ser monitorados.

Nestes ambientes é necessário verificar o valor da pressão negativa no display digital ou manômetro analógico. Referência da pressão negativa: Para unidade medida Pascal (Pa) o valor deve ser igual a -2,5Pa ou inferior (ex.: -2,6Pa; -2,7Pa; -2,8Pa etc.). Para a unidade de medida milímetros de coluna de água (mmca) o valor deve ser igual a -0,26mmca ou inferior (ex.: -0,27mmca; -0,28mmca; -0,29mmca etc.)

Garrafas e Tubos com Tampa de Rosca

Produz confinamento eficaz contra aerossóis e derramamentos.

Centrífuga

Para procedimentos específicos que geram aerossóis, é imprescindível que as centrífugas tenham caçapas seladas, que evitam a dispersão de aerossol caso haja quebra de algum tubo durante a centrifugação.

Cuidados com Alimentos/Bebidas, Cabelos, Barbas e Acessórios

Alimentos/Bebidas

Nenhum tipo de comida ou bebida deve ser manuseado, armazenado ou ingerido nas áreas técnicas/assistenciais, de atendimento e administrativas, pois o risco de transmissão de agentes infecciosos ou tóxicos está potencialmente presente, além do risco de atrair insetos.

A alimentação deve ser realizada somente na área reservada aos profissionais do departamento para essa finalidade, nunca nos postos de trabalho.

O armazenamento de alimentos é permitido somente em geladeiras específicas para esse fim e nunca junto a reagentes, amostras biológicas, hemocomponentes e medicamentos, sendo indicado o armazenamento somente para o dia de consumo.

Cabelos, barbas e unhas

Em atividades críticas, técnicas ou no contato com pacientes, os cabelos abaixo da linha dos ombros devem estar completamente presos durante toda a jornada de trabalho, de maneira a evitar o contato com superfícies, pacientes, doadores, equipamentos, alimentos, produtos e materiais que estão sendo manipulados. Caberá à gestão das áreas que não são consideradas assistenciais, técnicas ou críticas, a recomendação dos cabelos presos ou não.

Cabelos curtos podem necessitar de presilhas, grampos ou tiaras para evitar que atrapalhem o campo visual durante a atividade laboral. Caso apresentem sujidade com material biológico, diante da impossibilidade de higienização (por exemplo, materiais que possuem tecido em sua composição), devem ser descartados. Na ausência desses dispositivos, o uso de uma touca descartável é recomendado.

Homens devem manter cabelos e barbas aparados. Quando indicado o uso da máscara N95, a barba deverá ter sido aparada num intervalo inferior a 8h.

As gravatas, se indicado o uso, devem permanecer dentro do jaleco ou *blaser*, abotoados.

Todo profissional que atua na assistência ao paciente e/ou em áreas críticas, deve cumprir as seguintes

recomendações:

- ✓ Manter as unhas curtas e limpas;
- ✓ As unhas podem ser esmaltadas, mas o esmalte precisa estar íntegro, ou seja, é proibido uso de esmalte descascado;
- ✓ As unhas naturais esmaltadas não podem ter relevos, aplicações de pedras ou semelhantes;
- ✓ É proibido o uso de unhas postiças de qualquer tamanho ou tipo (ex.: porcelana, acrílico, gel, acrigel, fibra de vidro, etc);
- ✓ Manter as mãos livres de adornos;
- ✓ Procurar a Saúde do Trabalho na presença de lesão nas mãos ou unhas.

Precauções Gerais e Específicas

Precauções Padrão

Higiene das mãos

A Higiene das Mãos é uma medida básica e fundamental para prevenir a transmissão de microorganismos entre pacientes, profissionais da saúde e ambientes através das mãos dos profissionais e evitar as infecções relacionadas à assistência à saúde.

Este termo se aplica ao ato de friccionar as mãos com produto alcoólico (forma de gel ou espuma), ao ato de lavar as mãos com água e sabonete (sabão contendo ou não antimicrobianos), e também a antissepsia cirúrgica das mãos.

O produto de escolha na higiene de mãos é o produto alcoólico (gel ou espuma) se não houver sujeira visível nas mãos. Friccionar o produto alcoólico em todas as superfícies das mãos, no tempo de 20 a 30 segundos, é mais eficaz contra os microrganismos, mais rápido e menos prejudicial à pele do que lavar com água e sabonete. Em caso de sujeira visível nas mãos, lave-as com água e sabonete durante 40 a 60 segundos.

Nota**:** Antes da padronização de um novo produto para higiene das mãos, ele deverá passar por avaliação da equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Objetos Perfurocortantes

A Sociedade segue a NR 32 e busca constantemente pela implantação de materiais com dispositivo de segurança.

Todos os objetos perfurantes ou cortantes como agulhas, bisturis, lâminas ou vidros quebrados devem ser manuseados com cuidado e imediatamente descartados pelo profissional que os utilizou, em recipientes apropriados para esse fim, como caixas imantadas e caixas de descarte para perfurocortantes.

Para manobras de maior risco, deve-se utilizar instrumentos como pinças para manuseá-los ou descartá-los.

As agulhas não devem ser dobradas, quebradas, desconectadas ou reencapadas.

Precauções Específicas

São um conjunto de medidas que visam prevenir a transmissão de microrganismos para a equipe de saúde, paciente, visitante e ambiente. Devem ser instituídas para pacientes com suspeita ou confirmação de infecção ou colonização por patógenos transmissíveis e de importância epidemiológica. São elas:

• Precauções Aéreas

• Precauções durante o Contato
• Precauções por Gotículas

As formas de transmissão dos microrganismos podem ser através:

➢ **Transmissão por aerossóis:**

Esta via de transmissão ocorre por meio de núcleos goticulares expelidos durante a tosse, espirro ou fala, cujas partículas (< 5 micras) contendo o agente infeccioso podem ficar suspensas no ar por longos períodos ou ressecadas no ambiente. Estes microrganismos podem alcançar longas distâncias por meio de correntes de ar e serem inalados por indivíduos susceptíveis.
Outra situação envolvendo a transmissão por via aérea é a aerossolização de partículas a partir do ambiente ou de procedimentos assistenciais (ex. abertura de tubos, centrifugação de amostras abertas ou no aquecimento muito rápido de amostras, ressuscitação cardiopulmonar etc.)
Na precaução por aerossóis é obrigatório o uso da máscara N95.

➢ **Transmissão por Contato:**

É o modo de transmissão mais comum e pode ser dividido em dois subgrupos, contato direto ou indireto. No contato direto, a transmissão do agente infeccioso ocorre diretamente de pessoa a pessoa e no contato indireto o agente infeccioso é transmitido por meio de um objeto intermediário (materiais, equipamentos, ambiente, etc)
Na precaução durante o contato é obrigatório o uso de luvas de procedimento e aventais descartáveis.

➢ **Transmissão por Gotícula:**

Esta via de transmissão ocorre por meio de gotículas respiratórias contendo o agente infeccioso, que transmitem a infecção quando se deslocam diretamente do trato respiratório do indivíduo infectado para a mucosa do hospedeiro susceptível.
As gotículas respiratórias podem ser geradas durante a fala, tosse ou espirro e ainda durante procedimentos como aspiração traqueal, intubação, fisioterapia respiratória e ressuscitação cardiopulmonar.
Na precaução por gotículas é obrigatório o uso da máscara cirúrgica.
Observação: todos os profissionais devem instituir e aderir às medidas de precauções específicas indicadas, em qualquer unidade, assistencial ou não assistencial, incluindo setores como: Unidades de Internação, Bloco cirúrgico, Banco de Sangue, Laboratório, Medicina Diagnóstica e Preventiva, Transporte, Copa, Higiene, etc.

- **Riscos Microbiológicos**

Risco: Possibilidade de dano pessoal, infecção ou de outras consequências negativas ao ser humano ou ao meio ambiente.

Risco biológico: Possibilidade de contaminação por agentes biológicos oriundos da atividade profissional.

Classes de agentes de Risco Biológico:

Agentes biológicos humanos e animais são divididos em classes de acordo com critérios de patogenicidade: alteração genética ou recombinação gênica, estabilidade, virulência, modo de transmissão, endemicidade, consequências epidemiológicas, disponibilidade de medidas profiláticas e tratamento eficaz (Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Material Biológico – Ministério da Saúde):

Classe de Risco I - Nenhum ou baixo risco individual e comunitário. Microrganismo que tenha pouca probabilidade de causar enfermidades humanas e em animais. Ex: *Bacillus subtilis, Lactobacillus casei*

Classe de Risco II - Risco individual moderado e risco comunitário limitado. A exposição ao agente patogênico pode provocar doença humana ou animal, porém dispõe-se de medidas eficazes de tratamento e prevenção, sendo o risco de propagação limitado. Ex: *Clostridium tetani, Staphylococcus aureus, Cândida albicans, Schistosoma mansoni, Plasmodium* etc.

Classe de Risco III - Risco individual e para comunidade elevados. A exposição pode causar doenças graves ao homem podendo propagar-se de uma pessoa infectada para outra, entretanto existe profilaxia e/ou tratamento. Ex: *Bacillus anthracis, Brucella, Mycobacterium tuberculosis, Histoplasma*, *Toxoplasma gondii, Trypanossoma cruzi*, vírus da Hepatite, HIV.

Classe de Risco IV - Elevado risco individual e comunitário. Os agentes patogênicos representam grande ameaça para as pessoas e animais, com fácil propagação de um indivíduo para outro, direta e indiretamente, não existindo profilaxia nem tratamento. Ex: vírus de febres hemorrágicas, vírus Ebola, certos arbovirus etc.

Níveis de Biossegurança:

• **Nível de Biossegurança 1 (NB1)):**

- Uso de EPIs
- Trabalho geralmente conduzido em bancadas abertas e limpas regularmente, não exigindo equipamentos especiais de contenção
- Profissionais treinados para os procedimentos e trabalho sob supervisão
- Acesso limitado ou restrito de acordo com definição do responsável
- Procedimentos técnicos e administrativos descritos
- Pia para lavagem das mãos
- Descontaminação dos resíduos sólidos, antes de serem transportados para fora da instituição

• **Nível de Biossegurança 2 (NB2):**

- As instalações exigidas devem atender as especificações estabelecidas para o NB-1 acrescidas das seguintes exigências:
- Autoclave disponível para descontaminação no interior ou próxima ao laboratório de modo a permitir a descontaminação de todo o material antes do seu descarte
- Cabine de Segurança Biológica Classe I ou II e centrífuga com caçapa protegida sempre que houver manipulação de materiais que possam formar aerossóis
- Os profissionais deverão ter treinamento especifico no manejo de agentes patogênicos, orientação sobre os possíveis riscos e trabalhar sob supervisão
- Acesso limitado durante os procedimentos operacionais.

• **Nível de Biossegurança 3 (NB3):**

- As exigências devem atender as especificações estabelecidas para o NB1 e NB2 acrescidas das seguintes exigências:
- Ambiente adequado ao trabalho com microrganismos de elevado risco infeccioso
- Barreiras de proteção individual (Máscara tipo respirador - N95) devem ser utilizadas, e toda manipulação,
- realizada em cabine de segurança biológica classe II ou III, com filtro HEPA
- Oferecer treinamento específico aos funcionários no manejo de agentes patogênicos e potencialmente letais, orientando-os sobre os possíveis riscos e trabalho sob supervisão
- Quando não houver condições especificas para o NB-3 e instalação laboratorial sem área de acesso especifica, com ambientes selados ou fluxo de ar unidirecional (pressão negativa), as atividades de rotina e operações repetitivas podem ser realizadas em laboratório com instalação NB2, acrescidas de equipamentos de contenção e das práticas recomendadas para NB3. Cabe

ao pesquisador principal a decisão de implementar essas modificações, comunicando-as a CIBio e CTNBio (Biossegurança em Laboratório de Saúde Pública – Oda, Leila, Avila, Suzana *et al*. Brasília).

- O acesso ao laboratório será controlado e é proibida a entrada de menores de idade no local.

• Nível de Biossegurança 4 (NB4)):

- Representa o nível máximo de segurança. Adequado ao manuseio de agentes infecciosos que possuem alto risco de infecção individual e de transmissão pelo ar e sempre que o trabalho envolver OGM (Organismos Geneticamente modificados) resultante de organismo receptor ou parenteral classificado como classe de risco NB4.
- O Responsável Técnico tem a responsabilidade final no controle do acesso ao laboratório.

Considerações Gerais quanto aos Riscos Microbiológicos

Algumas atividades podem gerar aerossóis na abertura de tubos, centrifugação de amostras abertas ou no aquecimento muito rápido de amostras.

- O inóculo por essa via é sempre reduzido.
- A ingestão de microrganismos de amostras por pipetagem com a boca pode resultar em infecção, portanto, é uma prática proibida. As pipetagens são realizadas com pipetas automáticas, descartáveis e de vidro. No caso de pipetas de vidro utilizar sempre com as peras ou outros equipamentos de aspiração.
- O contato com mucosas oculares seja diretamente com o material contaminado ou pelas mãos, ao esfregar os olhos ou aplicação de maquiagem é uma via potencial de infecção por microrganismos.
- A inoculação direta por agulhas é a rota de contaminação com evidência epidemiológica nos raros casos conhecidos de contaminação pelo HIV (+/- 0,03% dos acidentes de inoculação com amostras conhecidamente contaminadas). Esse tipo de acidente somente é evitado pelo manuseio adequado de objetos perfurocortantes.

Amostras de Pacientes

Foi utilizado como referência normativa, o manual "Biossegurança em Laboratórios Biomédicos e de Microbiologia", disponibilizado pelo Ministério da Saúde:

- Todas as amostras biológicas provenientes de pacientes mesmo aparentemente saudáveis devem ser consideradas como potencialmente contaminadas.

- Nos casos de pacientes graves altamente infectados, ou na ocorrência potencial de pacientes com agentes de alta virulência serão utilizadas medidas de precauções excepcionais de identificação, isolamento e proteção individual, quando aplicável.
- Sistema de Coleta, Transporte e Manuseio de Amostras de Pacientes
- O transporte de material biológico é descrito nos documentos - 'Transporte de Amostras Biológicas e Pneumático – Utilização e Higiene das Cápsulas'
- As amostras biológicas não devem ser transportadas com agulhas.

Segurança com Manuseio de Nitrogênio Líquido Refrigerado e/ou Nitrogênio Comprimido

Geral:

- Nitrogênio

O nitrogênio é um gás inerte e asfixiante, não é capaz de sustentar a vida e pode produzir imediatamente situações perigosas pelo deslocamento do oxigênio. Sob alta pressão, este gás pode produzir narcose, mesmo que haja suprimento de oxigênio adequado à manutenção da vida no momento.

Os vapores de nitrogênio no ar diluem a concentração de oxigênio necessária ao apoio ou sustentação da vida. A inalação de altas concentrações deste gás pode causar anóxia, resultando em tontura, náusea, vômito, ou inconsciência e possivelmente a morte. Indivíduos devem ser proibidos de entrar em ambientes onde o conteúdo de oxigênio seja menor que 19%, a não ser que estejam equipados com equipamentos de respiração autossuficientes. Inconsciência e morte podem ocorrer sem nenhum aviso se a concentração de oxigênio for menor que aproximadamente 8%. O contato com nitrogênio frio pode causar queimaduras criogênicas e congelar tecidos corporais.

Pessoas que sofrem de falta de oxigênio devem ser imediatamente movidas para áreas com atmosferas normais. Sistemas respiratórios autossuficientes são necessários para prevenir a asfixia do pessoal de resgate. Assistência respiratória e suplementação de oxigênio deverão ser ofertadas se a vítima não estiver respirando. Caso nitrogênio líquido entrar em contato com a pele ou olhos, a área afetada deverá ser lavada ou imersa em água tépida (até 40 ºC). Não use água quente. Queimaduras criogênicas que resultem em bolhas ou congelamento de tecidos mais profundos devem ser imediatamente examinadas por um médico.

Sempre que houver qualquer incidente (por exemplo, dano) com um recipiente criogênico ou seus dispositivos de segurança devem ser seguidas as boas práticas de segurança. O mesmo se aplica sempre que a integridade ou funcionamento de um recipiente estiver sob suspeita de operação anormal.

O conteúdo de um recipiente danificado ou sob suspeita deve ser cuidadosamente esvaziado tão rápido quanto possível e nenhum produto deve ser armazenado no seu interior por longos períodos.

Os incidentes abaixo discriminados requerem que as boas práticas sejam seguidas:

- Acidentes em estradas;
- Imersão de um recipiente em água;
- Exposição a calor extremo ou fogo;
- Exposição a condições de clima adverso, tais como: terremotos, tornados, etc.

Na eventualidade de problemas no sistema de vácuo conhecido ou suspeito, mesmo que as circunstâncias extraordinárias acima descritas não tenham ocorrido, a utilização do recipiente deve ser interrompida, pois pode ocorrer o enfraquecimento e rachadura do mesmo. A cobertura de carbono do recipiente pode se romper se a unidade for exposta ao estresse excessivo.
Sempre após o conserto de um recipiente e antes de recolocá-lo em uso a unidade deve ser revalidada. É altamente recomendado que qualquer recipiente danificado seja encaminhado ao serviço responsável para reparo e certificação.
Os gases liquefeitos nunca devem ser usados em combinação com outras substâncias, sem o conhecimento prévio dos possíveis resultados. Quando houver dúvidas, entre em contato com o responsável pela Engenharia Clínica.

Ambientes com atmosferas pobres em Oxigênio

O conteúdo normal de oxigênio no ar é de aproximadamente 21%. A remoção de conteúdo de oxigênio do ar, seja por combustão, ou deslocamento por gases inertes, é um perigo potencial e os usuários devem adotar precauções adequadas.
Outro aspecto deste risco potencial é a resposta humana quando expostos a uma atmosfera de 8 a 12% de oxigênio. Neste ambiente, pode-se ficar imediatamente inconsciente, sem nenhum sinal de alerta.
Quando o oxigênio do ar é reduzido a aproximadamente 15 ou 16%, a chama de materiais combustíveis, inclusive daqueles usados normalmente como combustível para luz e calor, pode ser extinta. Um pouco abaixo dessa concentração, um indivíduo respirando este ar é mentalmente incapaz de diagnosticar a situação por causa de sintomas como sonolência, fadiga, lassidão, perda de coordenação, erros de julgamento e confusão, que podem estar mascarados por um estado de "euforia", deixando a vítima com uma falsa sensação de segurança e bem estar.

A exposição humana a atmosferas contendo 12% ou menos de oxigênio, leva rapidamente a inconsciência, tornando a pessoa essencialmente indefesa. Isto pode ocorrer se a condição é alcançada por uma mudança imediata de ambiente, ou pela redução gradual de oxigênio. A maioria dos indivíduos trabalhando próximos ou em ambientes pobres em oxigênio confia num "sistema de parceiros" para proteção - obviamente que o "parceiro" também está suscetível a asfixia se ele entrar na área para auxiliar um parceiro inconsciente, a não ser que esteja equipado com um suprimento portátil de oxigênio. A melhor proteção é equipar todos com um suprimento portátil de ar respirável. As linhas vitais também são aceitáveis apenas se área for essencialmente livre de obstruções e se os indivíduos puderem ajudar uns aos outros.

Se houver suspeita ou a certeza da existência de uma atmosfera pobre em oxigênio:

1. Use o "sistema de parceiros". Use mais de um "parceiro" se necessário para remover um companheiro de trabalho durante uma emergência;
2. Tanto o colaborador quanto o "sistema de parceiros" devem estar equipados como um equipamento de respiração autossuficiente ou uma linha vital (cabo de ar).

<u>Atmosferas ricas em oxigênio:</u>

Atmosferas ricas em oxigênio ocorrem sempre que o conteúdo normal de oxigênio no ar sobe acima de 23%. Apesar do oxigênio não ser inflamável, a ignição de materiais combustíveis ocorre com mais facilidade em atmosferas ricas em oxigênio e a combustão ocorre num ritmo acelerado, apesar do total de calor liberado não ser alterado.

É importante colocar o sistema de oxigênio num local bem ventilado, pois uma atmosfera rica em oxigênio pode se formar temporariamente em áreas confinadas durante o funcionamento de uma válvula de escape de segurança ou de vazamento de sistemas.

Os componentes de um sistema de oxigênio, inclusive, mas não limitando a recipientes, válvulas, assentos de válvulas, lubrificantes, encaixes, gaxetas e equipamentos de conexão, incluindo mangueiras, devem ser adequados ao trabalho com oxigênio sob as condições de temperatura e pressão às quais estarão expostos durante a contenção e uso de oxigênio. Materiais que entram facilmente em ignição devem ser evitados a não ser que façam parte de equipamentos ou sistemas aprovados, listados, ou que se provaram adequados em função de teste ou experiência anterior.

A compatibilidade envolve tanto a combustibilidade quanto a facilidade de ignição. Materiais que se queimam no ar podem queimar violentamente em oxigênio puro sob pressão normal, e explosivamente em oxigênio pressurizado. Em adição, muitos materiais que não se queimam no ar, podem se queimar em oxigênio puro, particularmente sob pressão. Os metais dos recipientes

e encanamentos devem ser cuidadosamente selecionados, dependendo das condições de serviço. Os vários aços inoxidáveis são aceitáveis para muitas.

Segurança com Gás Liquefeito - Manuseio com Nitrogênio Líquido refrigerado e/ou comprimido:
É sempre perigoso introduzir equipamentos que estão em temperatura ambiente, em recipientes com nitrogênio líquido, pois pode ocorrer espirros ou borbulhamentos.
Todo profissional que executa estas operações deve ser informado e treinado sobre os procedimentos adequados para o manuseio do nitrogênio.
Os profissionais que lidam com gases liquefeitos devem ser treinados cuidadosamente quanto à natureza destes
materiais. O treinamento adequado é essencial para a segurança e evitar acidentes.
A temperatura do nitrogênio líquido refrigerado é de -196ºC e causam queimaduras de pele com a mesma intensidade dos líquidos quentes.

Por esta razão os seguintes EPI's devem ser utilizados em caso de manuseio com nitrogênio líquido refrigerado e/ou comprimido:

- Roupas protetoras;
- Óculos protetores ou viseiras;
- Luvas criogênicas grandes;
- Avental criogênico;
- Sapatos de cano alto e calças que cubram totalmente o cano dos sapatos são recomendados para maior proteção.

O nitrogênio líquido refrigerado e comprimido deve ser manuseado e transportado em recipientes apropriados. Utilizar um carrinho de mão para transportar os recipientes, que devem ser movimentados na posição vertical.

➢ Medidas de Primeiros Socorros:

Nas situações de contato com nitrogênio líquido refrigerado e/ou comprimido as seguintes medidas devem ser tomadas:

✓ Se o material entrou em contato com olhos:

Lave a área abundantemente com água fria, remover lentes de contato, quando for o caso, e consultar um médico imediatamente.

✓ Se o material entrou em contato com pele:

Lavar imediatamente a área atingida com água corrente. Se exposta ao líquido, imediatamente aqueça a área congelada com água morna (não exceder 41ºC). Em caso de exposição severa, remova as roupas enquanto for banhando com água morna.

✓ Se a pele ficou queimada com bolhas (em caso de manuseio com nitrogênio líquido refrigerado):

Proteja as áreas congeladas com bandagens estéreis, grandes, frouxas e secas.

Encaminhar imediatamente o colaborador para atendimento médico no pronto atendimento e comunicar gestor.

✓ Em caso de inalação:

Acione os Bombeiros imediatamente no ramal 73000, informando a ocorrência com inalação de Nitrogênio. Não tente remover a vítima do local.

Pontos de Atenção:

Medidas de Proteção da Equipe de Combate a Incêndio e Áreas com Risco de asfixia:

A equipe dos Bombeiros deverá ser acionada e utilizar equipamento de respiração autônoma e roupas apropriadas contra incêndio. Não entrar em áreas confinadas com risco de asfixia sem os equipamentos adequados (EPI).

O nitrogênio líquido refrigerado e/ou comprimido, quando liberado em um ambiente confinado, pode retirar o oxigênio do ar e causar inconsciência sem sinais prévios e asfixia.

Sempre verifique a qualidade do ar ao entrar em um recinto, onde líquidos criogênicos são utilizados e se possível tenha respiradores disponíveis.

O laboratório de Terapia Celular do Departamento de Hemoterapia e a Terapia Celular do Hospital possui uma sala de criogenia. Como medidas de segurança, esta sala possui alertas na entrada, tais como, "Risco de asfixia" e "Deficiência de Oxigênio" além de um sistema cardax para que somente pessoas autorizadas tenham acesso à sala. Além disso, as paredes de uma das salas de criogenia são de vidro para permitir a visibilidade de quem está em seu interior. Devido ao risco de asfixia essa área possui um sistema de monitoramento de concentração de oxigênio através de três sinalizadores de oxigênio posicionados estrategicamente na sala. Esses sinalizadores possuem 04 cores diferentes: a luz verde indica que a concentração de oxigênio está adequada e não há riscos para entrar na sala; a luz laranja indica que a concentração de oxigênio da sala atingiu 19,5 %, há riscos ao entrar na sala e o setor de gasoterapia deve ser acionado; a luz vermelha indica que a concentração de oxigênio atingiu 18,5 %, um alarme sonoro será disparado, há risco de asfixia na sala e o setor de gasoterapia deve ser acionado. A luz azul acesa indica falha em algum dos analisadores da sala, o setor de gasoterapia deve ser

acionado e não será permitida a entrada de ninguém até que tudo esteja normalizado. A sala de criogenia possui tanques de nitrogênio com a tampa mais estreita a fim de diminuir os incidentes com colaboradores.
Somente os colaboradores que realizaram o treinamento poderão ter acesso liberado à sala. Ao notar uma pessoa inconsciente na sala de criogenia, ligue para emergência (Unidade Morumbi – ramal 73000). Dessa forma os bombeiros serão acionados e entrarão com equipamento adequado na sala para socorrer a vítima.

Segurança para Produtos Químicos

O conteúdo detalhado sobre a segurança do colaborador com Produtos Químicos Perigosos está contemplado no normativo 'Procedimento de *Gestão de Produtos Químicos'*

Segurança para Exposição à Radiação Ionizante e Rejeitos Radioativos

A Sociedade dispõe de 4 grandes departamentos que fazem uso da radiação ionizante com finalidade diagnóstica e terapêutica: Radioterapia, Medicina Nuclear, Diagnóstico por Imagem e Hemoterapia.
Diagnóstico por Imagem compreende as áreas de Tomografia, Radiologia, Hemodinâmica, Cardiologia
Intervencionista, Mamografia e Densitometria Óssea.
Todo controle da manipulação, armazenamento e descarte de materiais radioativos e utilização de equipamentos emissores de radiação é feito pelo departamento de física médica, seguindo um plano de radioproteção, específico para cada área.
Todos os profissionais que exercem atividades com risco de exposição à radiação ionizante são monitorados pela utilização de dosímetros individuais e têm à disposição os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) indicados para sua função e taxa de exposição, como avental de chumbo ou plumbífero, óculos plumbíferos, protetores de gônadas, protetores de tireóide, entre outros.
O dosímetro é substituído a cada 30 dias e as leituras de dose são encaminhadas mensalmente para os gestores das áreas de risco.
Os documentos relativos à proteção radiológica seguem legislações específicas como a RDC 611 do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária e normas da CNEN. A Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) é o órgão federal de planejamento, orientação, supervisão e fiscalização, que estabelece normas e regulamentos em radioproteção, e licencia, fiscaliza e controla a atividade nuclear no Brasil.

- Radioterapia

O Serviço de Radioterapia destina-se ao tratamento de pacientes portadores de lesões, principalmente malignas, por intermédio da aplicação da radiação ionizante. Pode-se subdividir a Radioterapia nas modalidades Tele e Braquiterapia.

Por Teleterapia, entende-se o tratamento com a fonte de radiação localizada a certa distância do paciente. Os equipamentos existentes no Serviço, nesta modalidade, são os aceleradores lineares. Na modalidade Braquiterapia, o tratamento é realizado com a fonte de radiação colocada próxima ou no interstício do tumor. Podemos ainda subdividir a Braquiterapia em baixa e alta taxa de dose (LDR e HDR). Na Braquiterapia convencional ou com baixa taxa de dose (LDR) utilizam-se fontes de Iodo-125 e Irídio-192, entre outras. As técnicas atuais do setor incluem os procedimentos de implante intersticial permanente com sementes de I-125 e colocação de placas oftálmicas com o mesmo isótopo, porém com atividade por semente mais alta. Com isto a exposição aos membros do Serviço e pessoal de apoio é reduzida em função da baixa energia dessas sementes e absorção pelo paciente. Na modalidade HDR, utilizamos fonte de Irídio-192 de alta atividade, controlada por equipamento de colocação remota e "*afterloading*" em sala devidamente preparada.

Na modalidade Teleterapia, não se utiliza nenhum equipamento ou material que possa ser considerado como rejeito radioativo após o uso. No entanto, devem ser realizados anualmente um levantamento radiométrico ao redor das salas de tratamento para validar a blindagem das paredes dessas salas. No entanto, na Braquiterapia, somente fontes seladas, mas que deverão ser armazenadas até que se tenha um tempo decorrido para retirada de uso com aproximadamente 10 meias-vidas. Isto se aplica aos isótopos Irídio-192 e Iodo-125, que são utilizados no Serviço. Para cada um deles existem cofres de chumbo, com proteção física e radiológica, para manter esses materiais por períodos de dois anos a 800 dias (Ir-192).

Todos os materiais radioativos que são adquiridos para a Braquiterapia são devidamente registrados por ocasião da entrada, da movimentação durante o período de uso e também da sua retirada de operação. As fontes de Ir- 192 de alta taxa de dose são exportadas ao fabricante ao final do seu tempo de utilização no serviço, sendo que a comprovação do destino final se encontra em documento anexo fornecido pela *Varian Medical Systems*, fabricante do equipamento.

Um Plano de Radioproteção está disponível no setor de Radioterapia e não se encontra publicado na atual plataforma de documentos (DmDocs) por requerer constantes revisões com aprovação pela CNEN, bem como da alta rotatividade de profissionais que têm seus nomes e funções descritas no documento e que necessitam ser atualizados a cada substituição.

- Medicina Nuclear

Medicina nuclear é uma especialidade da medicina que utiliza pequenas quantidades de radioisótopos para examinar a função de órgãos e tecidos. Os radioisótopos são ligados a moléculas carreadoras, as quais variam de acordo com a região a ser observada e o objetivo do escaneamento. Assim, formando os radiofármacos, que serão administrados ao paciente.
É uma técnica extremamente segura, uma vez que as doses de radiação são pequenas para tais fins (em diagnósticos, a medicina nuclear gera praticamente a mesma quantidade de radiação no paciente do que um raio X comum) e casos de alergia aos tracers são raros.
A medicina nuclear pode ser aplicada na detecção de doenças em seus estágios mais iniciais. Como por exemplo, antes que causem alterações estruturais detectáveis por exames anatômicos. A técnica é muito utilizada no diagnóstico e seguimento de diversos tipos de câncer, avaliação de doenças cardíacas, endócrinas, neurológicas e gastrointestinais. A mesma técnica de unir um isótopo radioativo a alguma molécula, usada no imageamento diagnóstico da medicina nuclear, pode ser também utilizada para "entregar" tratamentos a determinadas regiões do corpo.
O departamento de Medicina Nuclear utiliza fontes não-seladas do tipo I-131, Tc-99m, Tl-201, In-111, I-123, Ga- 67, Ga-68, SM-153, Ra-223, F-18, Y-90 e Lu-177.
Para guarda dessas fontes o setor conta com bancadas blindadas para armazenamento e segregação primária e cofres de decaimento blindados. Todos os cálculos de blindagem e as rotinas de monitoração e liberação dos rejeitos estão descritas em um **Plano de Radioproteção** específico para o HIAE. Esses documentos estão disponíveis no setor de Medicina Nuclear, e não se encontram publicados na Documentação Institucional por requererem constantes revisões com necessidade de aprovação pela CNEN.

- Diagnóstico por Imagem

Os equipamentos radiológicos (para fins de diagnóstico) atualmente instalados e em operação no Hospital Albert Einstein e nas Unidades Avançadas são divididos nas seguintes modalidades: raios X portátil, raios X convencional/digital, raios X telecomandado, arco cirúrgico, mamografia, estereotaxia, tomografia computadorizada, tomografia computadorizada portátil, hemodinâmica e densitometria óssea.
O Serviço de Diagnóstico por Imagem compreende as modalidades citadas acima, e um **Plano de Radioproteção** específico para essas áreas foi elaborado e disponibilizado na Documentação Institucional, sob o título "Plano de Radioproteção – Radiodiagnóstico Sociedade"

- Hemoterapia

O Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular possui equipamentos para irradiação de hemocomponentes. A irradiação de hemocomponentes é realizada para a prevenção da doença

enxerto contra hospedeiro (DECH) transfusional, complicação imunológica usualmente fatal, causada pela enxertia e expansão clonal dos linfócitos do doador em receptores suscetíveis.
A irradiação é feita através do uso de bomba de césio 137 (Cs137) – irradiação gama – na dose de, pelo menos, 2500 cgy (25 gy). É obrigatório o uso de dosímetro individual durante o procedimento de irradiação. O dosímetro é substituído a cada 30 dias e as leituras de dose são encaminhadas para a coordenação da área. O controle de doses individuais e controle de qualidade dos equipamentos é realizado pela Física Médica.

Segurança para Exposição à Luz Ultravioleta

A radiação ultravioleta produzida por lâmpada pode ser utilizada para descontaminar as superfícies de trabalho da cabine de segurança biológica ou bancadas. Esta radiação pode causar queimaduras em pele e córnea, quando expostas diretamente a ela.
É recomendado que as lâmpadas germicidas dentro de um aparelho não devem ser diretamente visíveis a uma distância de 9 metros por volta da unidade. Nesta distância ainda é possível irritar a retina de quem permanece olhando para a lâmpada, então recomendamos que durante o procedimento germicida, não fique ninguém na sala, ou seja, a lâmpada deve ficar ligada durante um período de 30min antes de iniciar o trabalho e após o término do mesmo, então durante este período, não é recomendada a permanência de pessoas próximas ao local de exposição.

Informações Gerais:

Existem três tipos de raios ultravioletas: UV-A, UV-B e UV-C, este último é o que nós utilizamos, é também conhecido como UV de onda curta, não presente na luz solar, inclui UV germicida (253.7nm), usado na desinfecção de ar, exterminando germes contidos nas pequenas partículas do ar, como fungos, bactérias, etc. A superexposição por engano causa avermelhamento da pele e irritação ocular, ambos transitórios, mas não causa câncer de pele, nem cataratas nos olhos.
UV germicida tem sido usado com segurança e com bons resultados em hospitais, clinicas e laboratórios.

Vida Útil:

As lâmpadas germicidas apresentam vida útil de 5.000 horas. Após este período a lâmpada continua funcionando na maioria das vezes, porém o seu comprimento de onda é alterado e esta perde sua ação germicida. A troca das lâmpadas é realizada pela equipe da manutenção, mediante abertura de chamado na Intranet.

EPC: Enquanto o fluxo laminar ou cabine de segurança estiver com a luz ativa, é necessário manter o visor de acrílico abaixado.

EPI: Quando existir risco potencial à exposição é recomendado utilização de EPIs conforme indicação: máscara de acrílico/óculos de proteção, aventais ou luvas.

Gerenciamento de Resíduos

Durante suas atividades são gerados pela Sociedade resíduos classificados como infectante, químico, radioativo, comum e perfurocortante, divididos em grupos: A, B, C, D e E conforme a RDC 222/18. Destes, os grupos A, B, C e E (Infectante, químico, radioativo e perfurocortante) são classificados como Resíduos Perigosos pela NBR 10.004 e por isso seu manejo difere dos demais.

O manejo seguro dos resíduos em todas as etapas, desde a geração até a destinação final deve ocorrer conforme o Plano de Gerenciamento de Resíduos da Sociedade. Cada unidade da Sociedade possui um fluxo específico, e dessa forma, também possui um anexo específico dentro do Plano de Gerenciamento de Resíduos da Sociedade.

Classificação dos Resíduos:

GRUPO A - Resíduos Infectantes - São resíduos que apresentam riscos devido à possível presença de agentes biológicos e têm como características: secreções, excreções e líquidos orgânicos na forma livre e outros resíduos que apresentem essas substâncias em quantidade representativa.

GRUPO B - Resíduos Químicos – São resíduos que contenham substâncias químicas e que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, reatividade, corrosividade e toxicidade.

GRUPO C - Rejeitos Radioativos – São quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos e, para os quais, a reutilização é imprópria ou não prevista. Fazem parte desse grupo todos os resíduos dos grupos A, B e D contaminados direta ou indiretamente por radionuclídeos.

GRUPO D - Resíduos Comuns – São resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Os Resíduos Comuns são subclassificados como recicláveis e não recicláveis.

GRUPO E - Perfurocortantes – São resíduos caracterizados por materiais que apresentam pontas e arestas e que podem ocasionar perfuração ou corte com risco de contaminação. Podem apresentar características infectantes, químicas ou radioativas, como: agulhas, vidros, tesouras com ponta, bisturis, lâminas em geral, entre outros.

A tabela de Descarte de Resíduos encontra-se no documento 'Descarte de Resíduos de Serviço de Saúde',
disponível na Intranet, em sua versão mais atual.

Bioterrorismo

O Manejo de Emergências Infecto Contagiosas consiste na resposta do hospital frente à ameaça ou confirmação de um evento infeccioso, e compreende ações de prevenção de infecção, que minimizem o risco da disseminação deste evento dentro do hospital.

O manejo possui diferentes fases para o enfrentamento de emergências infecciosas, que vão desde a análise devulnerabilidade de risco da ocorrência de um evento até a fase de recuperação. Nas fases tem como objetivo otimizar a capacidade frente ao aumento de pacientes, no que se refere a estrutura, suprimentos e recursos humanos.

A instituição possui um protocolo que tem por objetivo:

- Mitigar a probabilidade da ocorrência de um evento infeccioso.
- Preparar a instituição para o atendimento de eventos infecciosos, no que se refere a estrutura, insumos e recursos humanos.
- Orientar a resposta rápida das unidades frente à admissão de um evento infeccioso (epidemia ou bioterrorismo), que possa impactar na dinâmica assistencial.
- Orientar a utilização adequada das barreiras de proteção para os profissionais de saúde e pacientes.
- Orientar a instituição adequada das precauções específicas de acordo com a forma de transmissão do agente infeccioso.

Dentre os aspectos abordados neste protocolo estão o atendimento de casos de doença hemorrágica pelo vírus Ebola e bioterrorismo pelo agente: *Bacillus anthracis*.

O termo agente biológico aplica-se a diversos grupos de microrganismos, assim como toxinas originadas de microrganismos, plantas e animais. O uso de agentes biológicos com a finalidade de causar doenças e até morte em seres humanos, animais ou plantas é o que se define por bioterrorismo.

Os agentes biológicos com maior possibilidade de serem usados como armas biológicas são:

- *Bacillus anthracis*
- *Francisella tularensis*
- *Yersinia pestis*
- Vírus da varíola
- Agentes de febre hemorrágica de causa viral: Ebola, Hantavirus, Febre amarela, dengue entre outros.

- Toxina do *Clostridium botulinum*

Outros agentes como a *Brucella sp, Vibrio cholerae, Burkholderia pseudomallei, Coxiella burnetti,* vírus associados a quadros de encefalite e enterotoxina, potencialmente também podem ser utilizados.

Do ponto de vista de normas de biossegurança laboratorial, a maioria destes agentes quando presentes em amostras clínicas, permitem o processamento da amostra em condições classificadas como BLS 2 (*biosafety level*). Estes pré-requisitos são aqueles já determinados para o funcionamento dos laboratórios clínicos de microbiologia. No caso de crescimento de *F.tularensis ou Brucella spp,* a manipulação das culturas exige normas classificadas como BLS 3 (as mesmas definidas para cultura de *M.tuberculosis*). Finalmente, no caso da suspeita da presença do vírus da varíola ou qualquer outro associado à febre hemorrágica, haverá necessidade de se fazer o encaminhamento da amostra para um laboratório de referência, sem qualquer manipulação prévia do material.

Principais características dos quadros causados pelos diferentes agentes:

-*Bacillus anthracis:* é um bacilo Gram positivo esporulado, causador do ANTRAZ ou carbúnculo. Trata-se de uma doença aguda, que pode ser adquirida através da pele não íntegra, via gastrointestinal e aérea.

A forma mais frequente é a cutânea. Após a introdução dos esporos na pele, em um período curto de horas, há passagem das células para a forma vegetativa que produzem a toxina. No local da inoculação desenvolve-se uma pápula vermelha, que evolui para lesão vesiculo-papular e depois ulcerativa. Em muitos casos não tratados pode haver cicatrização espontânea, porém se o paciente fizer bacteremia, pode evoluir para óbito.

Na forma inalatória, os esporos do *B.anthracis* são aerozolizados em esporos de pequeno tamanho (menor que 5 µm) passando para célula germinativa após fagocitose pelos macrófagos alveolares. Inicialmente parece com um quadro de resfriado e após vários dias, há uma evolução progressiva do quadro, caracterizado por insuficiência respiratória, que com alta frequência leva o indivíduo a óbito.

Na forma intestinal, a contaminação se dá pelo consumo de carne contaminada, que resulta em uma inflamação intestinal aguda. Ocorrem sintomas iniciais de náuseas, perda de apetite, vômitos e febre, seguidos de dor abdominal e diarreia importante.

Esta doença não é transmitida de um indivíduo para outro, e a antibioticoprofilaxia nos casos suspeitos é bastante eficaz. Os antimicrobianos recomendados são a penicilina, doxiciclina e fluorquinolonas.

A vacinação também pode prevenir a doença, porém não está indicada para a população em geral e neste momento não está disponível.

TABELA 1: Correlação entre agentes associados em relação ao período de incubação do agente e características de transmissibilidade:

Agente	PI	Transmissão Pessoa-Pessoa
Bacillus anthracis	1 a 5 dias	Não
Francisella tularensis	2 a 10 dias	Não
Brucella spp	5 dias a 2 meses	Não
Yersinia pestis	2 a 3 dias	Sim
Vírus da Varíola	7 a 17dias	Sim
Vírus associado a febre hemorrágica	4 dias a 3 semanas	alguns não bem identificados
Toxina do *Clostridium botulinum*	1-5 dias	Não

TABELA 2: Indicações de procedimentos laboratoriais X agentes que podem estar associados ao bioterrorismo (Laboratório de Patologia Clínica):

Agente	PI	Transmissão Pessoa-Pessoa
Bacillus anthracis	1 a 5 dias	Não
Francisella tularensis	2 a 10 dias	Não
Brucella spp	5 dias a 2 meses	Não
Yersinia pestis	2 a 3 dias	Sim
Vírus da Varíola	7 a 17dias	Sim
Vírus associado a febre hemorrágica	4 dias a 3 semanas	alguns não bem identificados
Toxina do *Clostridium botulinum*	1-5 dias	Não

Correspondências e pacotes destinados ao Hospital (profissionais, pacientes, doadores, terceiros e ao Departamento):

As entregas de flores, alimentos, presentes e qualquer outra do tipo "*Delivery*", devem aguardar na recepção a chegada do solicitante / destinatário.

Não fazer a guarda, mesmo que momentânea, de objetos de desconhecidos, como malas, sacolas, pastas etc.

As entregas de materiais e equipamentos, realizadas a partir do portão de carga e descarga serão vistoriadas minuciosamente, e haverá a confirmação da entrega junto ao Armazenamento Central ou área solicitante.

Envelopes com pó no interior e derramamento de pó em superfícies:

- Não tentar limpar o conteúdo.
- Cobrir a área com qualquer tipo de cobertura.
- Deixe o ambiente em que estava e não permitir que outras pessoas entrem no local.
- Lavar as mãos com água e sabão para prevenir a disseminação de qualquer poeira para a face.
- Remover a roupa grosseiramente contaminada e acondicioná-la em um saco plástico ou qualquer outra embalagem que possa ser lacrada.
- Tomar banho assim que possível usando somente água e sabão.
- Se possível, listar todas as pessoas que estavam no mesmo ambiente.

Características a serem observadas com a finalidade de identificar embalagens e cartas suspeitas:

- Número de selos excessivos.
- Endereço escrito manualmente ou de forma inadequada.
- Título incorreto ou sem nome.
- Troca de palavras comuns.
- Falta de remetente.
- Peso exagerado.
- Envelope fora do padrão.
- Material muito empacotado.
- Sinal sonoro.
- Identificação de "Pessoal" ou "Confidencial".
- Cidade ou estado da postagem não compatível com o endereço do remetente.
- Ilustração exagerada.

*Em qualquer emergência deverá ser acionado o Serviço de Segurança e o Corpo de Bombeiros que estão equipados para esta situação.

Controle de acesso para terceiros e materiais:

Todos os terceiros que venham prestar serviços ou entregar materiais devem passar pela entrada de serviços do G2 e confeccionar um crachá de identificação junto à segurança do hospital, o trânsito pelas áreas internas somente poderá ser feito portando o crachá.

Todo material encaminhado deve passar pela entrada de serviços do G2.

Paramentação e Atendimento de Pacientes:

Durante a assistência a pacientes com este diagnóstico devemos utilizar EPIs específicos disponíveis nas farmácias das UPAs: protetor facial, propés - bota descartável (cobre botas), macacão de segurança impermeável (confeccionado com uma camada de tecido DuPont™ Tychem®; elásticos, no capuz, cintura, tornozelos e pulsos; fechamento frontal em zíper e sobreposição com uma pala; costura termosselada com linha de poliéster torcido por toda peça), máscara de proteção respiratória N95/PFF2 e luvas estéreis sem talco. No caso de exposição ao material contaminado com *Bacillus anthracis*, iniciar quimioprofilaxia até que se tenho resultado da bacterioscopia:

- Esquema inicial: ciprofloxacina 500mg 2x ao dia, a cada 12 horas (opções: doxiciclina 100mg 12/12h – crianças com < 20kg: 5mg/kg/dia 12/12h, ou levofloxacina 750mg/dia, ou moxifloxacina 400mg/dia, ou clindamicina 600mg 8/8h);
- Manter este esquema até resultado, que poderá ser substituído de acordo com o perfil de sensibilidade da cepa isolada;
- Resultado positivo das amostras enviadas ao laboratório (material suspeito ou swab nasal) ou presença de sintomas compatíveis com uma ou mais das formas clínicas (pulmonar, pele e gastrintestinal):
  - coletar hemoculturas;
  - coletar coprocultura, se houver quadro digestivo e encaminhar para o laboratório clínico do HIAE;
  - colher também amostra de soro de fase aguda e congelar;
  - continuar quimioprofilaxia até 60 dias;
  - se o paciente apresentar quadro clínico, tratar com antimicrobianos injetáveis e manter medidas de suporte.

Limpeza Ambiental

Em situações de contaminação ambiental por qualquer agente listado na tabela 2 seguir as etapas:

- Manter a área isolada;

- Utilizar EPIs completos;
- Aplicar produto desinfetante a base de cloro (na concentração de 1:20) nas superfícies e deixar agir por 5 minutos. Na sequência reaplicar o produto na superfície e deixar agir por mais 5 minutos, totalizando 10 minutos de exposição.
- Deixar as superfícies secarem naturalmente.
- Após o processo de descontaminação, realizar a limpeza convencional das superfícies, como o produto desinfetante padronizado na instituição.

OBS.: Este capítulo é parte do documento '*Protocolo de Manejo de Emergências Infecto Contagiosas'*.

Segurança para Uso de Laser

O conteúdo detalhado sobre a segurança do colaborador frente às medidas de proteção está contemplado no normativo: "*Política Gestão Uso Seguro de Lasers e Radiação Óptica".*

Medidas de Redução da Propagação do COVID-19 O conteúdo detalhado sobre a segurança do colaborador frente às medidas de redução da propagação do COVID-19 está contemplado no Medical Suite, acessado pela plataforma Sou Einstein - '*Manejo COVID-19'.*

Atenção ao Paciente Agitado e/ou Agressivo

O conteúdo detalhado sobre a segurança do colaborador frente às condições clínicas de pacientes agitados e/ou agressivos, está contemplado no normativo 'Atenção ao Paciente Agitado e/ou Agressivo' e 'Manejo ao Paciente Agitado, Agressivo e/ou Violento – Programas Governamentais – IIRS'

7. RESPONSABILIDADES

Liderança da Sociedade:

- Garantir o cumprimento desta política em suas áreas.

Colaboradores, Prestadores/Terceiros, Fornecedores, Alunos, Estagiários, Voluntários, Pesquisadores, Docentes, Corpo Clínico e Residentes:

- • Cumprir as diretrizes deste documento, orientados pela sua liderança e/ou gestor do contrato.

SESMT – Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho e SCIH; Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e demais áreas mencionadas no normativo:

- • Atualizar esta política de forma conjunta.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

O não cumprimento dos itens deste procedimento.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Que todos os colaboradores da SBIBAE tenham conhecimento deste procedimento.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Biossegurança em Laboratórios Biomédicos e de Microbiologia. 1ªed – Brasilia: Ministério da Saúde, 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e Outras Micobactérias. 1ª ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Silva, C L C; Hansen, L L; Almeida, A G C Santos; Kawagoe, J Y; Padoveze, M C; Graziano, K U. Pressão negativa do ar ambiente em área de limpeza do centro de material e esterilização: revisão sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2016, pag.24.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, módulo 1 - Biossegurança e Manutenção de Equipamentos em Laboratório de Microbiologia Clínica. 1ª ed – Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. Biossegurança em Laboratórios Biomédicos e de Microbiologia. 3ª ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE-SP). Carbúnculo ou Anthrax – Informe técnico. 2001. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/INF_TEC_ANTRAX.htm

Hendricks KA, Wright ME, Shadomy SV, et al. Centers for disease control and prevention expert panel meetings on prevention and treatment of anthrax in adults. Emerg Infect Dis. 2014;20(2). doi: 10.3201/eid2002.130687.

Bowen WM, Chen JY, Tukel OI. Preparedness for epidemic disease or bioterrorism: Minimum cost planning for the location and staffing of urban point-of-dispensing centers. J Emerg Manag. 2014;12(5):391-406.

Greub G, Grobusch MP. Bioterrorism: myth or reality? Clin Microbiol Infect. 2014 Jun;20(6):485-7

Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos. Surface Decontamination Methodologies for a WideArea Bacillus anthracis Incident. EPA Office of Research and Development, Washington, DC, EPA/600/S-15/172, 2015.

SURFACE DECONTAMINATION METHODOLOGIES FOR A WIDE-AREA BACILLUS ANTHRACIS INCIDENT. United States Environmental Protection Agency, 2015. Disponível em: https://cfpub.epa.gov/si/si_public_record_report.cfm?Lab=NHSRC&count=10000&dirEntryId=309170&searchall=&showcriteria=2&simplesearch=0&timstype=

Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com material biológico - Ministério da Saúde 2004

CNEN 3.01 - Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica

CNEN 3.05 - Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Medicina Nuclear

CNEN 3.06 - Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Radioterapia

CNEN 6.05 - Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radiativas

RDC 38 – ANVISA - Dispõe sobre a instalação e o funcionamento de Serviços de Medicina Nuclear "in vivo"

RDC 63 – ANVISA Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde

Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 - Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)

NR 1 – Disposições gerais e gerenciamento de riscos ocupacionais

NR 6 – Equipamentos de proteção individual – EPI

NR 7 – Programa de controle médico de saúde ocupacional – PCMSO

NR 9 – Avaliação e controle das exposições ocupacionais a agentes físicos, químicos e biológicos

NR 16 – Atividades e operações perigosas

NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde

Lei nº 14.466 de 08/06/2011 - Proíbe o uso, por profissionais da área da saúde, de equipamentos de proteção individual fora do ambiente de trabalho

Parecer do CREMESP sobre uso de jaleco fora do local de trabalho

Portaria Nº 3.012, de 1º de dezembro de 2009

NBR 14785

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Procedimento de Higiene pós Emergências com Produtos Perigosos
- Plano de Gerenciamento de Resíduos – Sociedade
- Descarte de Resíduos de Serviço de Saúde
- Procedimento Operacional Padrão de Coleta de Resíduos no HIAE (Coleta II)
- Procedimento Operacional Padrão de Coleta de Resíduos Químicos Perigosos
- Conduta nas Exposições Ocupacionais a Material de Risco Biológico
- Exame Médico Periódico
- Exposição a Agentes Transmissíveis, Abordagem e Restrições ao Trabalho
- PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde - NR 07
- Programa de Gerenciamento de Riscos
- Procedimento para Gestão de Produtos Químicos
- Procedimento de Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes com e sem lesão
- Uso e manutenção de Câmara de Fluxo Laminar
- Procedimento de Lava Olhos e Chuveiros de Emergência
- Plano de Radioproteção – Radiodiagnóstico Sociedade
- Plano de Radioproteção – Irradiador de Sangue com Fonte de Radiação Gama – Unidade de Hemoterapia
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Dispositivos Complementares na Assistência
- Protocolo de Manejo de Emergências Infecto Contagiosas
- Distribuição de Uniformes
- Política Gestão Uso Seguro de Lasers e Radiação Óptica
- Atenção ao Paciente Agitado e/ou Agressivo
- Manejo ao Paciente Agitado, Agressivo e/ou Violento – Programas Governamentais – IIRS
- Manejo ao COVID-19

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 10/07/2023 - 19:50

Julho/23 - Daisy Okada: Inserida informação da proibição de unhas longas, postiças, acrigel ou com esmalte descascado no item Adornos.

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 05/07/2023 - 13:06
Julho/23 - Daisy Okada: retirada a indicação do uso de lava olhos para o contato com material biológico e descrição com maior detalhe da proibição do uso de piercings no rosto e orelhas, com ou sem adesivos, nem cobertos por máscaras.

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 10/05/2023 - 15:31
Retirada a palavra 'biológicos' do Kit de Derramamento, item 2.Definições

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 23/03/2023 - 09:14
Alterada a palavra "política" para "procedimento", no campo Objetivo.

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 21/03/2023 - 17:05
Março/23: Alteração do tipo documental de Manual para Procedimento de Biossegurança, correções ortográficas, inserção dos capítulos de Uso de Laser, COVID-19, pacientes agitados/agressivos; revisão das referências bibliográficas do laboratório.

QUALIDADE SUBJETIVA

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POLÍTICA DE CONTROLE DE ACESSO DE ANIMAIS NO HOSPITAL

INTRODUÇÃO

As atividades que envolvem animais em estabelecimentos de saúde oferecem benefícios sociais, psicológicos e fisiológicos aos pacientes. As unidades de saúde podem fornecer um ambiente seguro para os pacientes, profissionais de saúde e animais, estabelecendo diretrizes e políticas para o acesso dos animais.

OBJETIVOS

- Estabelecer os critérios para o acesso de animais ao hospital.
- Definir situações em que o acesso do animal seja possível desde que sejam controladas algumas condições como a área de circulação do animal, as condições do paciente, segurança em relação à saúde do animal e segurança dos demais pacientes, visitantes e ambiente.

DEFINIÇÕES

1. Animais de Serviço: os animais de serviço são cães treinados individualmente para trabalhar ou executar tarefas para pessoas com deficiências. Exemplos de tais trabalhos ou tarefas incluem guiar pessoas que são cegas, alertar pessoas que são surdas, puxar uma cadeira de rodas, alertar e proteger uma pessoa que está tendo uma convulsão, alertar uma pessoa com doença mental para tomar medicamentos, acalmar uma pessoa com Transtorno de Estresse Traumático durante um ataque de ansiedade ou outras tarefas. Os animais de serviço são animais de trabalho, não animais de estimação. O trabalho ou tarefa que um cão foi treinado para fornecer deve estar diretamente relacionado à deficiência da pessoa. Cães cuja única função é proporcionar conforto ou apoio emocional não se qualificam como animais de serviço.

2. Animais de estimação para visita: são animais domésticos, de propriedade de um paciente, que não são caracterizados com animais de serviço ou animais usados para atividades assistidas. A visita de animais é uma intervenção de curto prazo para ajudar o paciente a melhorar seu bem-estar.

As visitas de animais de médio e grande porte (acima de 6 kg) deverão ser realizadas somente em áreas comuns.

3. Visita Terapêutica com animais em grupo (Organização não governamental - ONG): são animais treinados para visitas a serviços de saúde com intuito de melhorar o bem-estar do paciente.

Todos devem possuir atestado com os nomes dos donos e cachorros, podendo ser um documento único, atestando que de acordo com o "Protocolo de Saúde Animal" os animais (nome e raça) dos respectivos donos estão aptos a realizar a visita no hospital assinado pelo veterinário responsável pelo acompanhamento destes cachorros. Este documento deve ser atualizado a cada 4 meses.

Não é permitido a trocas de animais, para se manter sempre nas visitas o grupo de cães que constam no atestado.

Os cães devem entrar no hospital acompanhados de seus donos, coordenador da ONG, sob supervisão da equipe de Segurança e Hospitalidade do Hospital.

As visitas são bimestrai e ocorrem na Clínica Médica Cirúrgica (CMC) selecionados previamente.

- CMC: a visita ocorre no quarto de pacientes pré-selecionados junto a equipe de enfermagem e médica. Os pacientes devem estar sentados na poltrona do apartamento (entrada de somente 1 animal no quarto).
- Todos os dispositivos invasivos devem estar protegidos com filme plástico.
- Os profissionais devem orientar e facilitar a higienização das mãos dos pacientes antes e após o contato com os animais.
- Colaboradores podem participar da ação: realizando a higiene das mãos antes e após tocar no cachorro, deve-se evitar pegar os cães no colo.
- A visita é proibida em setores de pacientes imunossuprimidos.
- É proibida a visita de cachorros que estiverem doentes com quadro febril, diarreia, pulgas ou outras ectoparasitoses (carrapatos etc.), lesões de pele ou oculares no dia da visita ou nas últimas 72h.
- É proibida a permanência do dono do cachorro que estiver com doenças infecciosas (ex: diarreia, vomito, quadro respiratório, exantema, febre etc.) no dia da visita ou nas últimas 72h.

4. Paciente imunossuprimido: é aquele que tem uma ou mais das seguintes condições:

- Neoplasia hematológica (Leucemias, Linfomas);
- Redução do número de algumas células do sangue, os neutrófilos (contagem total de neutrófilos polimorfonucleares < 500 / mm3 ou < 1000 / mm3 em queda);
- Quimioterapia nos últimos 30 dias e/ou radioterapia nos últimos 6 meses;
- Transplantados de órgãos sólidos (ex. rim, pulmão, etc) e de medula óssea;
- Doenças autoimunes (exemplo: doença reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico);
- Uso de corticoide (prednisona > 40mg/d ou hidrocortisona > 160mg/d ou metilprednisolona > 32mg/d, dexametasona > 6mg/d) ou outros imunossupressores (exemplo:

ciclosporina, tacrolimus, micofenolato, ciclofosfamida, metotrexato, etc) durante mais de 2 semanas;

- Ausência funcional ou anatômica do baço (exemplo: esplenectomia);
- Imunodeficiências congênitas;
- Imunodeficiência adquirida (exemplo: HIV positivos com contagem de CD4 < 200).

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Animais de serviço

- É proibido o ingresso dos cães nos seguintes setores:

- Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Recuperação Anestésica e Central de Material e Esterilização;
- Unidades de Terapia Intensiva;
- Farmácia;
- Áreas de preparo de alimentos;
- Salas de medicação;
- Medicina Diagnóstica
- Quartos de pacientes em precauções específicas (Precauções Aérea, por Gotícula ou Precauções durante o Contato)
- Outras áreas determinadass pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

- Será permitido o acesso a qualquer área pública do hospital (cafeteria, área de exames, etc).
- Os animais de serviço devem estar sob controle de seu proprietário, em coleira ou guia, a menos que interfiram no trabalho do animal, ou que a deficiência do indivíduo impeça o uso desses dispositivos. Nesse caso, o indivíduo deve manter o controle do animal por meio de voz, sinal ou outros controles efetivos.

- Caso não seja evidente qual o serviço que o animal oferece, o proprietário poderá ser questionado da seguinte maneira:

- O animal de serviço é necessário por causa de uma deficiência?
- Que trabalho ou tarefa o cão é treinado para realizar?

- É proibido solicitar à pessoa com deficiência, o cartão de identificação especial para o cão, a documentação do treinamento, ou que o cão demonstre sua capacidade de realizar determinado trabalho ou tarefa.

- Não é permitido negar o acesso da pessoa com um animal de serviço por causa de alergias ou medo de outros indivíduos. Caso corra esta situação as duas pessoas deverão ser acomodadas em locais distintos.
- A retirada do cão poderá ser solicitada somente caso ele esteja fora de controle e o portador for incapaz de dominá-lo.
- São proibidas brincadeiras com o animal dentro da instituição.
- É proibida a permanência do animal em cima de cama ou sofá do paciente.
- Depois do contato com o animal, todas as pessoas (inclusive a pessoa com deficiência visual) devem higienizar as mãos antes de qualquer outra atividade.
- Este animal não deve ter contato direto com pele não íntegra, dispositivos invasivos e feridas cirúrgicas.
- O cuidado do animal de serviço é de responsabilidade do paciente ou de uma pessoa por ele designada (ou seja, não é de responsabilidade da equipe do hospital). Se o paciente não puder providenciar o cuidado ao animal de serviço, o animal não poderá permanecer na instituição.
- Caso haja eliminação de urina ou fezes pelo animal, o profissional da higiene deve realizar a limpeza desta área utilizando precauções padrão.

Visita do animal de estimação

A visita do animal de estimação é proibida nas seguintes situações:

- Pacientes em Precauções Aéreas, por Gotícula ou Precauções durante o Contato;
- Pacientes imunossuprimidos (especialmente pacientes receptores de órgãos sólidos, transplante de medula óssea ou em uso de terapia imunossupressora em virtude de outras doenças, tais como neoplasias);
- Pacientes em unidade de terapia intensiva/semi intensiva ou outras unidades determinadas pelo SCIH.
- Pacientes psicóticos, com alucinação ou confusos a ponto de não terem entendimento perceptivo;
- Não será permitido o acesso de animais doentes com quadro febril, diarreia, pulgas ou outras ectoparasitoses (carrapatos, etc), lesões de pele ou oculares no dia da visita ou nas últimas 72h.

- Situações em que a visita do animal poderá ser realizada:

- Visita a um doente terminal;
- Visita a um paciente hospitalizado por tempo prolongado;
- Visita a um paciente que tenha um vínculo estreito com o animal, em situações em que haja benefício físico ou mental para o paciente.

Recomendações

- Os animais deverão estar em recipiente ou caixa adequada e, tratando-se de cães, deverão estar em guias presas por coleiras.
- A vista de animais está restrita a cães. Para outros animais deve ser feita a consulta ao SCIH, com avaliação caso a caso.
- Os animais devem ter pelo menos 1 ano de idade. Para animais mais jovens deve ser feita a consulta ao SCIH, com avaliação caso a caso.
- Antes da visita o animal deve estar limpo, com banho realizado nas últimas 24h.
- O familiar responsável por trazer o animal ao hospital deverá trazer um atestado de avaliação veterinária com data de no máximo 5 dias da data da visita ao hospital. O registro de vacinação deve estar disponível caso seja solicitado.
- Depois da comprovação do estado de saúde e comportamento do animal, o médico do paciente deverá registrar em prontuário que a visita deste animal teve seu consentimento.
- O familiar deve garantir através de informação registrada em prontuário que o animal é dócil e que permanecerá com guia ou em compartimentos de transporte para circulação em áreas comuns do hospital e dentro do quarto.

- A equipe da unidade deve combinar com os familiares e paciente envolvido qual o horário mais adequado para a visita (início e término), de maneira que não prejudique o tratamento do paciente (exames, fisioterapia, medicações, etc). Este tempo não deverá passar de 30 minutos.
- O familiar e paciente devem ser orientados para que não haja contato do cachorro com pele não íntegra, feridas, cateteres, traqueostomia, etc e caso a equipe de saúde identifique qualquer risco não previsto, pode solicitar a saída imediata do animal.
- O paciente deve estar com dispositivos invasivos protegidos com filme plástico no momento da visita.
- Após a visita do animal o paciente, acompanhantes e equipe de saúde devem higienizar as mãos antes de qualquer outra atividade.
- Caso haja eliminação de urina ou fezes pelo animal, o profissional da higiene deve realizar a limpeza desta área utilizando precauções padrão.
- No caso de pacientes pediátricos, não será permitido que o animal tenha acesso e contato a brinquedos da criança.
- Não será permitida a interação do animal de estimação com outros pacientes ou visitantes.
- Os animais não devem ser alimentados ou receber petiscos durante a visita.
- É proibida a permanência do animal em cima de cama ou sofá do paciente.

RESPONSABILIDADES

Cabe à equipe de enfermagem da unidade, quando houver solicitação de visita de animal de estimação:

- Equipe da Unidade em que o paciente está internado encaminha email com a solicitação para o SCIH, Central de Segurança e Hospitalidade com as informações do paciente (nome, leito, prontuário e data da visita) com prazo de resposta de até 72 horas.
- Registrar em prontuário todas as orientações e permissões.

Não há necessidade do registro destas informações no caso de acesso de animal de serviço.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

1. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5904. Regulamenta a Lei nº 11126, de 27 de junho de 2005, que dispõe sobre o direito da pessoa com deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhada de cão-guia e dá outras providências, Brasília, 21 de setembro de 2006.
2. LEI Nº 16.827, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2018 (Projeto de Lei nº 355/17, do Vereador Rinaldi Digilio – PRB) Dispõe sobre a liberação de entrada de animais de estimação em hospitais públicos para visitas a pacientes internados, e dá outras providências.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Não se aplica

ANEXOS

Não se aplica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADA: Americans With Disabilities Act of 1990. 1990. Pub. L. No. 101-336, 104 Stat. 328. http://www.dol.gov/dol/topic/disability/ada.htm. Accessado em 11 de abril de 2018.
- Weber DJ and Rutala WA. Epidemiology and prevention of nosocomial infections associated with animals in the hospital. In: Hospital Epidemiology and Infection Control. Mayhall CG. Third edition. 2004. p 1787-1808.
- Joint Commission. Maintaining an effective control program: more challenges and tips. In: A priority focus area: Meeting JCAHO's Infection Control Requirements. Chapter 5. 2004. p 73-88.
- Murthy, R., Bearman, G., Brown, S., Bryant, K., Chinn, R., Hewlett, Weber, D. (2015). Animals in Healthcare Facilities: Recommendations to Minimize Potential Risks. Infection Control & Hospital Epidemiology, 36(5), 495-516. doi:10.1017/ice.2015.15.
- Background H. Animals in Health-Care Facilities, Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities (2003). https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/background/animals.html#h4. Acessado em 18 de fevereiro de 2021.

ROTINA PARA VISITAS DE CRIANÇAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

Objetivo

Ampliar as informações acerca da situação, auxiliar na diminuição da ansiedade e na redução de fantasias em relação à hospitalização do familiar e do ambiente da UTI, instrumentalizar a criança para o enfrentamento da situação.

Indicação

Implica no acolhimento, avaliação psicológica e intervenção psicoterápica com crianças de até doze anos de idade incompletos (Art. 2º, Estatuto da Criança e do Adolescente), que manifestem desejo de visitar o familiar internado na UTI. Irmãos maiores de 12 anos poderão passar por avaliação psicológica, mas podem ser autorizados diretamente pela equipe médica.

Contraindicação

Crianças que apresentarem condições clínicas ou psicológicas desfavoráveis, questões conflituosas significativas ou alterações de comportamento que a impeçam de adentrar ao ambiente hospitalar.

Orientação Paciente/Família/Responsável Pré e Pós Procedimento

Serão orientados pela psicóloga e/ou equipe de enfermagem da unidade sobre as normas do setor.

Materiais e Equipamentos

Instrumentos de avaliação psicológica.

Descrição do Processo

Profissionais Envolvidos Ação
Equipe de enfermagem ou Equipe médica

1. Comunicar os familiares sobre a rotina para visita de crianças menores de 12 anos nas unidades a serem realizadas entre segunda e sexta feira, após avaliação psicológica e agendamento prévio com equipe assistencial.

2. Solicitar avaliação de visita de criança à psicóloga da instituição, a solicitação deverá ser feita via prescrição.

3. Autorizar a entrada do visitante, somente após o contato prévio da psicóloga com a equipe médica e/ou de enfermagem.

Psicóloga

1. Realizar contato prévio com o familiar solicitante visando compreensão do contexto familiar e da informação dada à criança e motivo da solicitação.

2. Discutir com a equipe médica e equipe de enfermagem sobre viabilidade da visita para definição de agendamento.

3. Realizar autorização da entrada da criança na instituição para avaliação de visita, por escrito, devidamente datada e assinada e entregar ao familiar solicitante do pedido.

4. Antes da visita na unidade, realizar acolhimento, avaliação, orientação e caso necessário, intervenção psicoterápica à criança.

5. Acompanhar a visita da criança no leito juntamente com familiar responsável.

6. Avaliação pós-visita e ao longo da internação por meio de informações da família

Serão orientados quanto aos procedimentos psicológicos realizados.

Pontos Críticos / Riscos e Medidas Preventivas

Paciente

Não realização da triagem, acolhimento, avaliação psicológica e orientação.

Criação da rotina e orientação aos profissionais.

Ocupacional (Colaboradores)

Visitante adentrar a unidade sem autorização da psicóloga e sem comunicação prévia da mesma com a equipe.

Orientação aos profissionais.

Referência

Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal n°8069 de 13 de julho de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm

Rappaport, Clara R. Psicologia do Desenvolvimento (Vol.1) – Teorias do Desenvolvimento. Conceitos Fundamentais. Editora EPU.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

ROTINA DE ORIENTAÇÃO DA VISITA ABERTA NA UTI

1. DEFINIÇÃO

1. As orientações de admissão serão fornecidas a todos os pacientes e/ou acompanhantes em até 48 horas de sua internação.
2. Serão fornecidas exclusivamente pelo enfermeiro responsável pelo paciente.
3. Será utilizado o formulário de Check list como guia para as informações fornecidas.
4. Deverá ser checada cada informação garantido o entendimento do paciente e/ou acompanhante.
5. Ao término das orientações é importante que o paciente ou acompanhante assine o formulário, assim como o enfermeiro responsável.
6. Registrar no plano educacional.
7. Manter este formulário no quarto em acrílico próprio, de fácil acesso aos acompanhantes.
8. Na alta do paciente retirar o impresso do acrílico e entregar na secretária

2. Objetivos

Orientar rotinas da UTI, esclarecer dúvidas e orientar rotinas aos acompanhantes e pacientes no prazo de 48 horas da admissão.

3. indicação e contra-Indicação

É aplicável para todos os acompanhantes de pacientes e pacientes conscientes e orientados internado na UTI

4. responsáveis

Enfermeiros

5. Requisitos mínimos para o procedimento

Não aplicável

6. Material

Check list (em anexo).

7. Orientação Pré e Pós Procedimento

Orientar acompanhante/familiar sobre rotina de visita na unidade de terapia intensiva através do check list de orientações.

8. Descrição do Procedimento

Descrição do procedimento, passo a passo, obedecendo aos itens dos cabeçalhos abaixo:

Procedimento	Segurança	Proteção
As orientações de admissão serão fornecidas a todos os pacientes e/ou acompanhantes em até 48 horas de sua internação. 2. Serão fornecidas exclusivamente pelo enfermeiro responsável pelo paciente. 3. Será utilizado o formulário de Check list como guia para as informações fornecidas. 4. Deverá ser checada cada informação garantido o entendimento do paciente e/ou acompanhante. 5. Ao término das orientações é importante que o paciente ou acompanhante assine o formulário, assim como o enfermeiro responsável. 6. Registrar no plano educacional. 7. Manter este formulário no quarto em acrílico próprio, de fácil acesso aos acompanhantes. 8. Na alta do paciente retirar o impresso do acrílico e entregar na secretária.	Garantir um processo seguro durante visita a pacientes na UTI	Paciente/Colaborador

9. Pontos Críticos / Riscos

Falta de registro

Falta de orientação ao familiar

10. Padrão de Prática

Não aplicável

11. Periodicidade de Treinamento

De acordo com a necessidade da unidade

12. Registro

Em prontuário eletrônico

13. Indicadores de Qualidade

Não aplicável.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. DEFINIÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR ou ACR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo principal eixo estruturante é incentivar a humanização nas relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, com foco no fortalecimento da participação socioassistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). O ACCR deve ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

2. Objetivos

O ACCR objetiva avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto socorro, fazendo com que a avaliação ocorra precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Objetiva, ainda, a humanização do atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, informar os tempos de espera e dar a devolutiva de informações aos familiares.

3. Responsáveis

Gestores, equipe multiprofissional e equipe de atendimento.

4. Descrição do Procedimento

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica garantir a resolutividade e responsabilização no atendimento. Visa também orientar, quando pertinente, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento envolve uma postura ética da instituição, sendo responsabilidade de todos os profissionais em todos os locais e momentos da assistência à saúde. As teorias de Acolhimento e Classificação de Riscos se complementam, de forma a garantir a ordenação da necessidade, mas também promovendo singularidade aos serviços.

Os setores de Emergência e Pronto-Socorro devem estar organizados da seguinte maneira:

- Área Vermelha: área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as demais áreas;

- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada;
- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda;
- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O usuário, ao procurar o Pronto Atendimento, deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente;
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

No processo de Acolhimento com classificação de riscos, as atribuições do Serviço Social incluem:

1. Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas) humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seus acompanhantes;
2. Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;
3. Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo;
4. Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos/acompanhantes;
5. Trabalhar junto ao cidadão/acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco, no sentido de salvar vidas;
6. Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
7. Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
8. Orientar/encaminhar os usuários no sentido de viabilizar o acesso universalizado às políticas públicas;
9. Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais;
10. Executar demais atividades afins.

5. Pontos Críticos / Riscos

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações;
- Ampliar a visão centrada na dimensão biológica para a perspectiva humana;
- Integração multiprofissional;
- Capacitação profissional;
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

6. Referências Bibliográficas

Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf.

Silva, W.M.C.S.; Sousa, C.C.O. Acolhimento com classificação de risco, um olhar na perspectiva do Assistente Social. Disponível em: https://meuartigo.brasilescola.uol.com.br/saude/acolhimento-com-classificacao-risco-um-olhar-na-perspectiva.htm.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE – ATENDIMENTO AO PACIENTE

INTRODUÇÃO

Essa Política estabelece os critérios para solucionar e/ou intermediar soluções para situações que não foram solucionadas pelos processos usuais. Identificar e antever crises e conflitos que possam gerar risco de imagem, jurídico e, se possível, financeiro à Instituição.

OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes e descrever o processo e atividades relacionadas à gestão do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) do Hospital.

DEFINIÇÕES

O SAC é a área que estabelece diálogos entre as diversas áreas da Instituição e seus pacientes/clientes. É responsável por atender a necessidade dos clientes, assegurado que todas as manifestações sejam ouvidas e tratadas. Recebe, endereça e quando possível soluciona de imediato às sugestões, queixas, elogios, solicitações e informações.

Zela pela prática dos Valores da Instituição e atua de forma personalizada e interativa com seus públicos.

É a área que intermedia e desenvolve relacionamentos entre os públicos da Instituição e as áreas envolvidas em caráter mediador, evolutivo e estratégico.

Assuntos tratados

Manifestações referentes a normas e políticas, processos, procedimentos, infraestrutura e comportamentos que foram ou não tratados pelos processos usuais da empresa.

Nas situações às quais as questões recebidas sejam de competência de outras áreas do hospital, o SAC encaminhará a manifestação à área competente e orientará o manifestante a como proceder para o encaminhamento de questões de mesma natureza.

Públicos atendidos

Pacientes, familiares e visitantes.

- Elogio: Satisfação ou agradecimento por atendimento prestado por um serviço.
- Dúvidas: Dúvidas referente ao Sistema único de Sáude (SUS) e ações e programas de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (Ses)
- Sugestão: Sugestões de ações e campanhas de saúde
- Solicitação: Relato que indica insatisfação necessariamente contendo requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde/Sus. Não pode ser anônima ou sigilosa
- Reclamação: Relato de insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.

- Denúncia: Relato de irregularidades ou indício na administração ou atendimento por entidade pública ou privada de Saúde .

Canais de Contato

• Ouvidoria SUS A Ouvidoria é um canal democrático de comunicação entre o cidadão(ã) e o gestor destinado a esclarecer dúvidas, receber elogios, sugestões, informações, reclamações e denúncias dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que permite à Secretaria do Estado da Saúde melhorar a qualidade do atendimento prestado ao cidadão(ã).

É papel da Ouvidoria efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda, e o retorno ao cidadão, com o objetivo de propiciar uma resposta adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Telefone: 0800 643 3700

E-mail: ouvidoria.saude@goias.gov.br

Presencialmente: Av. República do Líbano nº 1875, 2º andar, Edifício Vera Lúcia, no Setor Oeste, em Goiânia (atendimento de segunda a sexta, das 07h às 18h).

Via Web: OuvidorSus

Ouvidorias dos Hospitais / Policlínicas do Estado

• E-mail do Hospital HUGO: a ser definido

• Internet: preenchimento do formulário eletrônico do Fale Conosco, link Serviço de Atendimento ao Cliente.

• Urnas de Avaliação de Atendimento/Caixas de Sugestões: disponíveis em todas as unidades da Instituição

• Presencial: no hospital.

Registros

Após identificação do paciente em sistema de prontuário eletrônico, a manifestação será cadastrada no sistema de registro e tratativas de manifestações vigentes à época da manifestação da ocorrência e direcionada à(s) área (s) envolvida.

Acesso às informações

Para o exercício de sua função, o SAC HUGO poderá utilizar e/ou solicitar aos gestores das áreas envolvidas informações e/ou documentações que sejam necessárias para as atividades e tratativas realizadas pela área, desde que não infrinja nenhuma lei de proteção ao sigilo médico/paciente. Todo o conteúdo acessado pelo SAC é utilizado em caráter confidencial e unicamente para análise das manifestações.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Esta política se aplica a todas as áreas e colaboradores da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBHAE).

RESPONSABILIDADES

SAC:

• Captar os relatos dos pacientes, familiares, visitantes e médicos. Registrar todas as manifestações no sistema e direcionar às áreas envolvidas e após análise e apuração das manifestações, encerrar o caso no sistema de acordo com a devolutiva da área.

• O retorno aos usuários será realizado pelas áreas envolvidas, mas sempre que necessário o SAC poderá fazer o retorno, desde que a situação esteja pré-alinhada e de comum acordo entre os setores.

• Fornecer dados e estruturar indicadores que permitam aos gestores das áreas aferirem o desempenho dos seus setores e atuarem no processo de evolução das atividades e serviços prestados.

• Reportar relatórios periodicamente às Gerências, Diretorias, CEO e Presidência.

Áreas envolvidas:

• Respeitar os prazos estabelecidos para respostas aos clientes/pacientes. Os gestores ou responsáveis das áreas envolvidas nos processos relatados devem elaborar as respostas às manifestações e fazer o contato com o manifestante para esclarecer dúvidas.

• Quando aplicável, tomar as medidas corretivas e preventivas, implementar e monitorar planos de ações em busca de soluções aos problemas apresentados, visando à contínua satisfação dos pacientes e familiares.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

O SAC utiliza como indicador de qualidade o total de queixas por números de passagens.

As queixas são extraídas do sistema de registro e gerenciamento de queixas do SAC Pacientes e as passagens são extraídas do sistema de divulgação da Instituição de responsabilidade da Epidemiologia.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

GUIA DE INFORMAÇÕES PARA PACIENTES INTERNADOS, ACOMPANHANTES E VISITANTES

1. DEFINIÇÃO

Guia de informações entregue no momento da internação para elucidação dos direitos e deveres dos pacientes internados, acompanhantes e visitantes dentro do ambiente hospitalar.

2. OBJETIVOS

Orientar os clientes durante utilização do serviço hospitalar considerando as condições de uso: internação, acompanhantes e visitantes.

3. RESPONSÁVEIS

Recepções, SAC e áreas assistenciais.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

INTERNAÇÃO

Pacientes menores de 18 anos tem direito a 1 acompanhante Lei 8069/ECA de 13/07/90. Acima de 60 anos e/ou condições especiais conforme Decreto Lei nº8842 de 04/01/94. Autorizado 1 acompanhante por vez ao lado do paciente.

Todo procedimento cirúrgico deve ser autorizado pelo paciente (quando maior de 18 anos) ou representante legal (pai, mãe, avós ou guardião legal). No caso de menores de 18 anos ou condições especiais, deverá ser formalizado através do consentimento informado. Informações sobre o estado de saúde do paciente serão fornecidas durante o período de internação no horário de visita.

Toda internação eletiva, paciente deverá comparecer ao hospital, na recepção de internação, com meia hora de antecedência para se identificar na recepção, sendo obrigatória apresentação do documento de identidade com foto (RG/CNH), cartão do SUS, CPF ou certidão de nascimento para realização do cadastro e identificação do paciente. Importante que paciente mantenha documento pessoal, durante todo período de internação.

Enxoval solicitado para internação:

ADULTOS: 01 escova e pasta de dente, 01 sabonete, 01 pente ou escova de cabelo, 01 toalha, 01 camisola sem decote ou pijama, 01 par de chinelos, 02 pacotes de absorventes e calcinhas/cuecas.

RECÉM-NASCIDO: 03 macacões, 03 conjuntos de pagão ou body, 01 toalha, 03 pares de meias ou sapatinhos, 02 cobertores, 01 sabonete neutro, 02 pacotes de fraldas.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

VISITANTES

Entrada de visitantes será liberada dentro dos horários estabelecidos, munido de documento com foto. Não é permitida a visita de crianças menores de 12 anos; em caso de visitante menor de 18 anos a entrada será permitida somente acompanhado de um adulto maior e/ou responsável. Uso de máscara obrigatório de acordo com o Decreto nº 64.959/20.

A declaração de horas deve ser solicitada nas recepções na saída diariamente. Não disponibilizamos declaração de horas pelo período de internação do paciente.

Visita Religiosa: Atendendo à Lei Federal 9982 de 14 de Julho de 2000 (Assistência religiosa nas entidades hospitalares), os pacientes internados poderão receber uma visita por dia, mediante apresentação da identificação e com a autorização da família.

Será permitida a entrada somente de 01 pessoa ao dia nos horários abaixo. Caso esteja com acompanhante, este deverá revezar a entrada da visita.

HORÁRIOS POR ÁREA: atualizar conforme áreas do hospital.

LEITOS DUPLOS (229 a 231)

Leitos com final 1- Dentro do Horário de:10h às 11h com permanência de 40 minutos.

Leitos com final 2- Dentro do Horário de:11h às 12h com permanência de 40 minutos.

LEITOS INDIVIDUAIS (201 a 228) – não é liberado visita, somente acompanhante.

CLÍNICA MÉDICA º ANDAR (301 a 315)

Dentro do Horário das 16h às 17h com permanência de 40 minutos.

UTI Adulto

Dentro do Horário das 14h às 15h com permanência de 20 minutos.

Desaconselhamos visitantes que fazem parte do grupo de risco para COVID.

Em casos de pacientes paliativos, liberação de mais de 01 visita no dia conforme alinhamento com equipe.

ACOMPANHANTES

A liberação da permanência de acompanhantes ocorrerá para pacientes menores de 18 anos e maiores de 60 anos e/ou condições especiais internados para tratamento clínico e/ou cirúrgico, exceto UTI Adulto e Unidade de Covid. Deverá se apresentar na recepção central de visitantes sendo obrigatória apresentação de documento com foto (RG/CNH).

A declaração de horas deve ser solicitada nas recepções na saída diariamente. Não disponibilizamos declaração de horas pelo período de internação do paciente.

O acompanhante deve permanecer junto à paciente no leito, sem possibilidade de transitar pelas dependências do hospital. Nos horários de visita, acompanhante deverá liberar entrada do mesmo mediante revezamento permitido somente 01 pessoa beira-leito. Uso de máscara obrigatório de acordo com o Decreto nº 64.959/20.

Terão direito à refeição (café da manhã, almoço, jantar e ceia), os acompanhantes dos pacientes internados - idoso (Lei Nº 10.741/03, criança (Lei Nº 13.257/16 e gestante (Lei Nº 11.108/05). Não será permitida a entrada de acompanhantes no refeitório, as três refeições (café da manhã, almoço, jantar e ceia), serão servidas no leito e/ou quarto, pela Nutrição.

HORÁRIOS DA REFEIÇÕES - Desjejum: entre 7h30 e 8h30, Almoço: entre 11h30 e 12h30, Lanche: 14h30 as 15h30, Jantar: entre 17h30 e 18h30, Ceia: entre 20h30 e 21h30.

ORIENTAÇÕES GERAIS

O hospital não disponibiliza estacionamento, oferecendo indicação de estacionamentos pelos arredores da unidade.

NÃO É PERMITIDO

Fumar em nenhuma dependência do Hospital, conforme decreto nº. 54.311, de 07 de maio de 2009 e Lei Federal nº. 13.541 de 07 de maio de 2009;

Circular sem etiqueta de identificação e/ou autorização que lhe foram concedidas;

Sentar ou deitar nos leitos dos pacientes, mesmo que não estejam ocupados;

Efetuar visitas entre pacientes;

Entrar nos postos de enfermagem ou nas copas dos andares, assim como em outras áreas assistenciais.

Consumir alimentos além dos prescritos pelo médico e fornecidos pelo hospital;

Trajar roupas inadequadas ao ambiente hospitalar (shorts, mini-blusa, mini-saia ou roupas transparentes);

Permanecer mais que um acompanhante por paciente;

Manusear, por conta própria, materiais e equipamentos que só podem ser operados por profissionais treinados (soro, registro de oxigênio e vácuo e etc.).

5. REGISTRO

Toda entrada de paciente, acompanhantes e visitantes o cadastro é realizado em sistema institucional.

6. INDICADORES DE QUALIDADE

Não se aplica

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.068/1990 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).

LEI FEDERAL Nº 10.741 – ESTATUTO DO IDOSO, CRIADO EM 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Lei Nº 11.108/05 – GESTANTE

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

1. INTRODUÇÃO

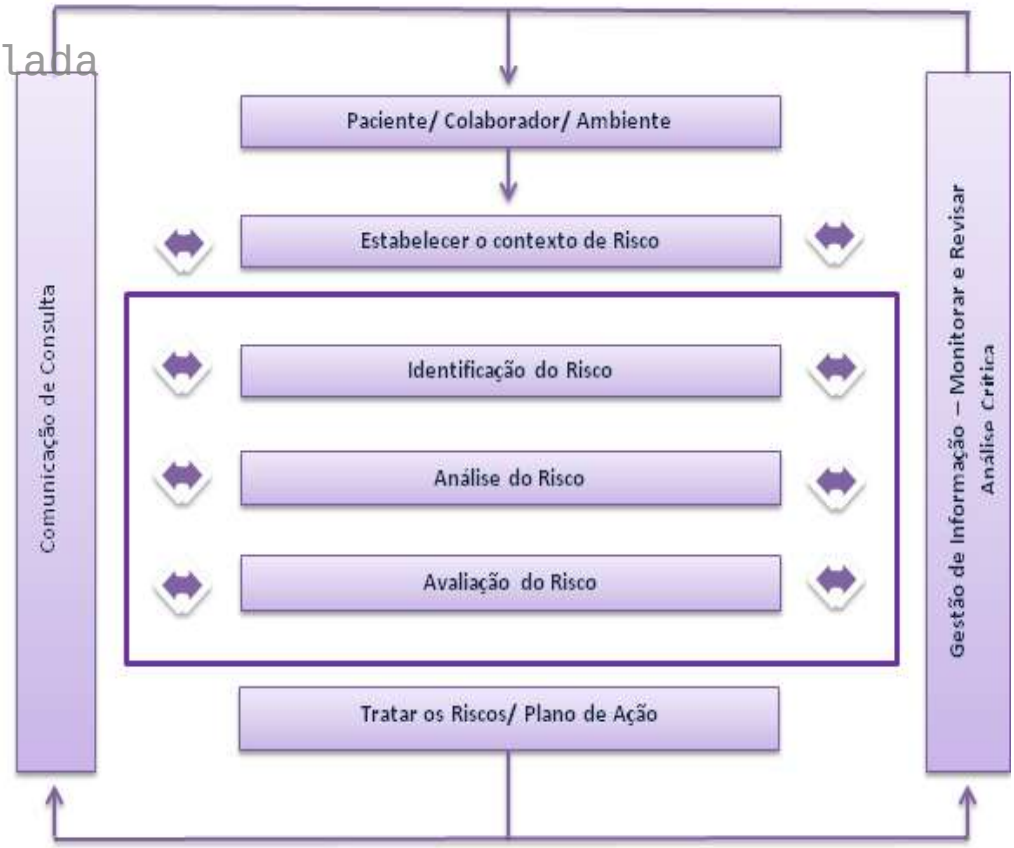
Essa Política estabelece os critérios para a **Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos (GSVR)** na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta Política determina as bases que garantem a segurança dos serviços prestados pela Sociedade, respeitando o princípio fundamental de **não causar qualquer tipo de dano ao paciente, colaborador e meio ambiente**. Segue as diretrizes gerais do SEQS - Sistema Einstein de Qualidade e Segurança, que se baseia em estruturas propostas por normas nacionais e internacionais, e incorpora diversas áreas, serviços, comitês e comissões com o objetivo de garantir a qualidade e segurança na Sociedade. (Figura 1)

Figura 1. Estrutura do sistema de gestão de segurança e vigilância de riscos (GSVR)

Cópia Controlada



Fonte: ABNT/NBR/ISO31000

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

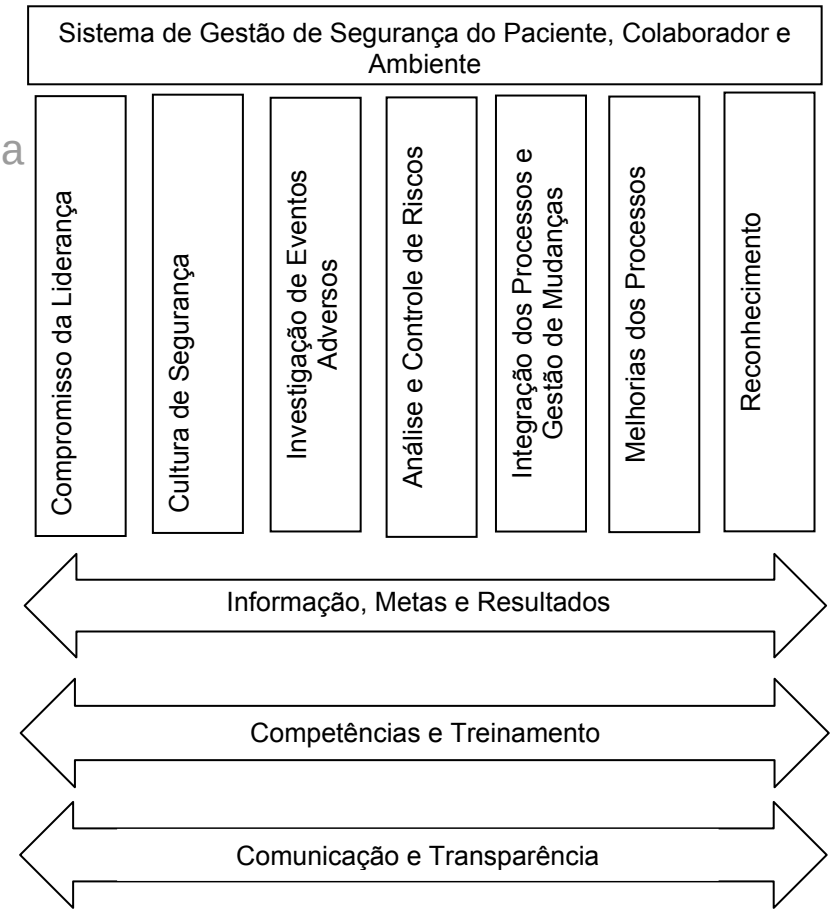
Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

Os direcionados do SESSCO (Condições Físicas, Gestão e Processos e Cultura & Comportamento) são as bases para a conquista do Dano Zero com os Colaboradores e suporte para uma Organização de Alta Confiabilidade.

3. OBJETIVO

Evidenciar o **sistema de gestão** que visa minimizar ou eliminar riscos a pacientes, familiares/acompanhantes, colaboradores, corpo clínico, ambiente hospitalar e meio ambiente, descrevendo a estrutura, os papéis e responsabilidades e os processos desenhados para **identificar, investigar**, **analisar** e **corrigir não conformidades** relacionadas aos **pacientes**, **colaboradores** e **meio ambiente**. (Figura 2 e 2A)

Figura 2. Sistema de Gestão de Segurança do Paciente, Colaborador e Ambiente da SBIBAE.



Cópia Controlada

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

Figura 2A. Sistema Einstein de Segurança do Colaborador (SESSCo)

4. DEFINIÇÕES

- ✓ Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos (GSVR)
- ✓ Núcleos de Segurança do Paciente (NSP)

Cópia Controlada

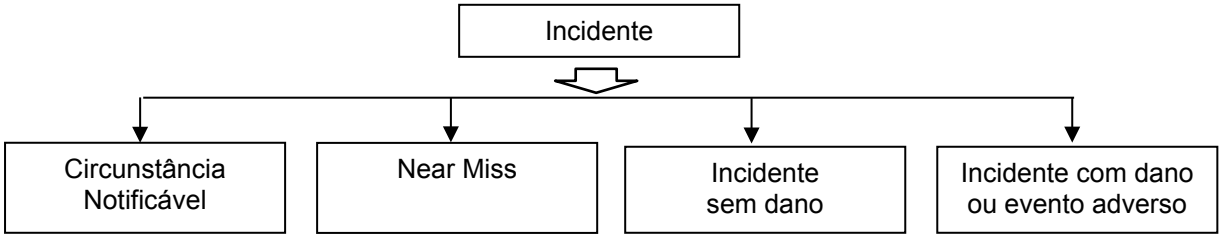
5. APLICABILIDADE

A presente Política é aplicável a todos as atividades exercidas pela Sociedade, considerando que as nossas práticas são objeto de constante melhoria contínua e, por este motivo, sujeitas a avaliações periódicas.

6. DESCRIÇÃO

A GSVR organiza processos e recursos para o seu desenvolvimento, implantação e manutenção. Utiliza um **sistema eletrônico anônimo para notificação** de incidentes, acidentes e eventos adversos, de simples manuseio e acessível a todos os colaboradores. Este sistema está disponível na intranet e utiliza um método de classificação recomendado pela Organização Mundial da Saúde, 2009 (Figuras 3 e 4)

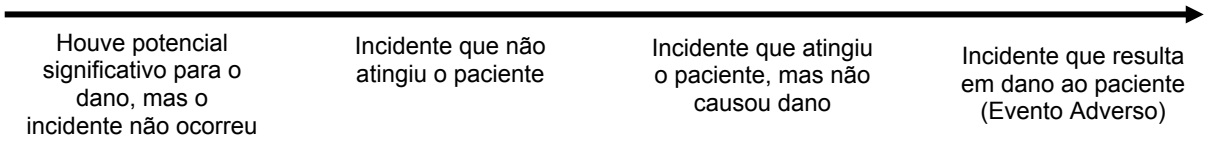
Figura 3. Fluxo de classificação dos incidentes e eventos adversos com pacientes



Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 1980

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos



Fonte: Organização Mundial da Saúde OMS/2009

Figura 4. Fluxo de classificação dos incidentes e eventos adversos com colaborador

Cópia Controlada

Segundo a nomenclatura da OMS, adotada por boa parte dos serviços de saúde e utilizada no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Todos os incidentes notificados no sistema de notificação são avaliados, conforme definido na sua estrutura e, independentemente de seu impacto (dano) ao paciente, colaborador ou ambiente, são classificados, segundo terminologia estruturada, para pacientes, bem como para colaboradores e ambiente assistencial.

O sistema prevê também análise diferenciada para temas considerados estratégicos. Entende-se por temas estratégicos, aqueles cuja informação relacionada às notificações deverá ser complementada por outros monitoramentos ou análises de risco para a tomada de decisão, a exemplo de: erros de medicação, queda, lesão por pressão, broncoaspiração e infecções hospitalares.

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

A implantação do GSVR tem, em sua base, o cumprimento da estratégia de **reportabilidade anônima** das notificações, como forma de consolidação da Cultura de Segurança na Instituição.

A instituição estabelece um fluxo de consequências, conforme Figura 5.

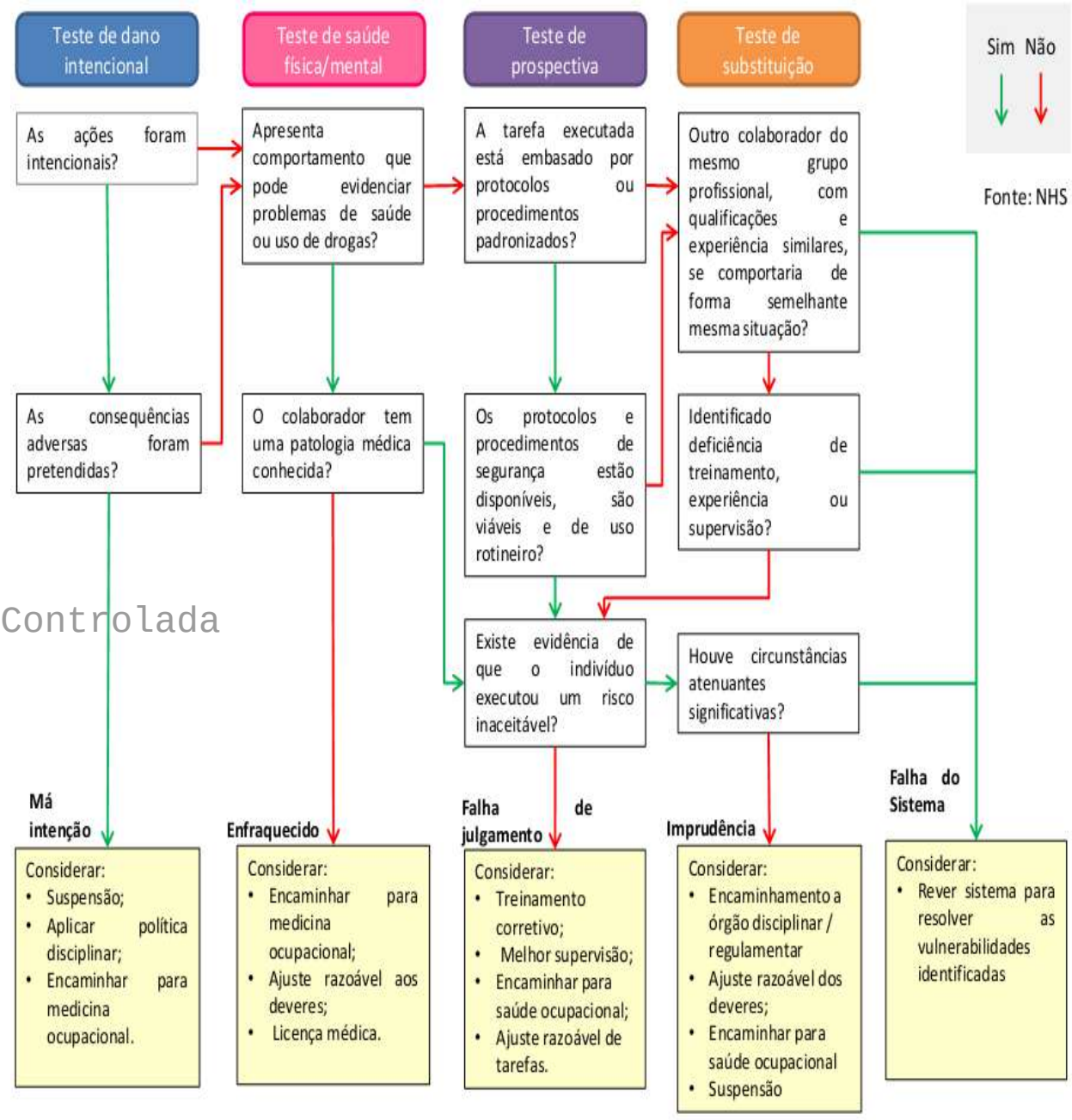
Figura 5. Fluxo de consequências

Cópia Controlada

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos



Cópia Controlada

O fluxo de consequências, quando utilizado para médicos do corpo clínico (não contratados), segue orientações definidas no documento “Regras Gerais para atividades Médicas”

Na **página da Intranet** institucional há ícones que dão acesso a diferentes formulários para notificação de incidentes, eventos e acidentes, cujos fluxos de investigação, análise e implementação de melhoria são gerenciados por grupos específicos, segundo o tipo de evento.

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

Para o tratamento dos incidentes relacionados a pacientes foram estruturados 2 níveis de dano, que obedecem determinados critérios de inclusão e, cujos processos de investigação, análise e tratativa estão descritos em procedimento específico (Figura 6).

Figura 6. Abordagem e tratamento dos incidentes notificados – Pacientes

	Escopo	Nível 1	Nível 2
Critérios de Inclusão	Paciente	Near Miss Dano Ausente Dano Leve/Moderado Potencial de Dano Grave	Eventos Sentinela: ▪ Dano Temporário Grave ▪ Catastrófico (Morte ou Perda de Função Permanente) ▪ Never Event

Nota: alguns eventos são gerenciados e possuem tratativas diferentes, sendo eles: queda, lesão por pressão, erro de medicação e broncoaspiração. Mesmo nestes casos, os classificados em nível 2, seguem o formato de análise aos moldes de evento sentinela.

Para as áreas da organização que não possuem acesso à intranet ou possuem sistemas de notificações paralelos, a centralização da informação ocorre por meio de fluxos de compartilhamento de dados, segundo as necessidades das áreas envolvidas com a equipe do GVR Morumbi.

Cópia Controlada

A comunicação dos eventos segue, em toda SBIBAE, o fluxo a seguir: (Figura 7).

Figura 7. Canais para comunicação de incidentes - paciente

	Tipo de Incidente	Comunicar no mínimo para:	Canais de comunicação	Tempo para comunicação
Nível 3	Sentinela ou Fatalidade	Diretor Geral Diretor da área envolvida Liderança imediata da área envolvida NSP	Alerta do sistema de notificação (email) ou Gerente do NSP (ou seu designado) Liderança no *Safety Huddle* de Diretoria HIAE ou nos *Safetys Huddles* Locais	Imediato (via Sistema)
	Dano Grave	Diretor Geral Diretor da área envolvida Liderança Imediata da área envolvida NSP	Alerta do sistema de notificação (email) ou Gerente do NSP (ou seu designado) Liderança no *Safety Huddle* de Diretoria HIAE ou nos *Safetys Huddles* Locais	Imediato (via Sistema)
Nível 2	Potencial de dano grave	Liderança imediata da área envolvida NSP	Liderança no *Safety Huddle* de Diretoria HIAE ou nos *Safetys Huddles* Locais	Imediato (via Sistema)
Nível 1	Dano moderado a ausente	Liderança imediata da área envolvida Tríades (OU PROFISSIONAL DESTACADO PARA ATIVIDADE)	Alerta do sistema de notificação (email)	Imediato (via Sistema)
	Near Miss e condições inseguras	Tríades (OU PROFISSIONAL DESTACADO PARA ATIVIDADE) Times de especialidade	Tríades, times de especialidades	Periodicamente

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

Nota: Os dados dos resultados sobre hemovigilância, tecnovigilância, notificações compulsórias e eventos adversos são reportados à entidade de governo como parte do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente, seguindo as recomendações das legislações vigentes.

A GSVR estabelece fluxos, estruturas, métodos, processos e controles que garantem a gestão da Segurança nas três dimensões, **paciente**, **colaborador** e **ambiente**, detalhadas na sequência.

A - Gestão Da Segurança do Paciente (GSVR-Paciente)

A GSVR-Paciente estabelece fluxos, estruturas, métodos, processos e controles que garantem a gestão da segurança do paciente, em seus componentes **Proativo e Reativo.**

Gestão Proativa

A gestão proativa de segurança do paciente tem como objetivo utilizar métodos e ferramentas estruturadas para identificar, avaliar e tratar por meio de priorização os principais riscos reais e potenciais relacionados aos cuidados à saúde e suas consequências à segurança do paciente. Identificar e avaliar os principais riscos assistenciais a fim de priorizar as ações a serem realizadas com o objetivo de reduzir progressivamente as incertezas presentes nos processos assistenciais tornando os serviços de saúde mais seguros.

Cópia Controlada

<u>Estrutura da gestão proativa de segurança do paciente</u>

A) Fontes para identificação do risco

- ✓ Sistema de notificação eletrônica (SINAPSE)
- ✓ *Safety Huddle* diário
- ✓ Planejamento estratégico anual
- ✓ Matriz de riscos assistenciais (RCA²)
- ✓ Visitas de Segurança
- ✓ Análise de eventos adversos
- ✓ Alertas vindos de agências reguladoras (Hospital Sentinela/ANVISA), conselhos de classe, agências acreditadoras, meios de comunicação (mídia) e agências internacionais de referência

A.1) Método de identificação de riscos

Por meio de *brainstorming* é realizado o levantamento dos principais riscos assistenciais com a participação de um time interdisciplinar da área envolvida e áreas de apoio considerando a percepção e experiência dos profissionais que executam as atividades que serão abordadas. Para garantir maior efetividade diagnóstica a diversidade profissional é fundamental. (Figura 8):

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 1985

Figura 8. Método de identificação de riscos assistenciais

Cópia Controlada

B) Análise dos riscos

O processo de análise trata-se de **realizar uma avalição detalhada dos riscos identificados quanto às principais causas e consequências**. As análises são realizadas com a utilização de ferramentas padronizadas. Atualmente são utilizadas duas diferentes ferramentas para a análise, sendo elas: *What If* e/ou Matriz de priorização *Root Cause Analysis Square* (RCA^2).

B.1) Avaliação e priorização dos riscos

Posteriormente à fase de análise é realizado novo encontro com o time interdisciplinar da área estudada para a classificação (em consenso) de cada um dos riscos identificados a partir de suas experiências pregressas relacionadas a incidentes que causaram dano ou potenciais consequências graves/catastróficas. Esta classificação é realizada quanto ao **potencial de frequência e consequência.**

Dessa forma, se obtém o **nível de risco**, podendo variar conforme a metodologia utilizada:

1. *What if*: risco baixo(verde), risco moderado (amarelo), risco alto (laranja) e risco extremo (vermelho).
2. Matriz *Root Cause Analysis Square* (RCA^2): risco baixo (1- verde), risco moderado (2- amarelo) e risco alto (3- vermelho).

Para os **riscos na zona de risco vermelha classificados como extremos (segundo a ferramenta *What If*) e riscos altos (segundo a ferramenta *Root Cause Analysis Square*)** devem ser priorizadas ações imediatamente com o objetivo de estabelecer barreiras de segurança tornando menos vulneráveis os processos assistenciais com potencial de dano grave. As ações são estruturadas individualmente na ferramenta 5W2H.

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

C) Registros e relatórios de riscos

Os riscos identificados são tabulados e organizados em duas diferentes formas: matriz 5x5 e tabela de riscos organizados do maior para o menor nível identificado (conforme figura 9 e 10):

Figura 9. Matriz de risco no formato 5x5 (cinco níveis de risco e cinco níveis de consequência)

MATRIZ DE RISCO							
Níveis de Risco		Probabilidade					Total de Risco
		1 - Raro	2 - Improvável	3 - Possível	4 - Provável	5 - Quase Certo	
Consequência Potencial	5 - Catastrófico						
	4 - Grave						
	3 - Moderado						
	2 - Leve						
	1 - Insignificante						

Figura 10 – Tabulação utilizada para organização dos riscos assistenciais segundo níveis

Cópia Controlada

TIPO DE RISCO | PROCESSO CRÍTICO	CAUSA	FREQUÊNCIA REAL	SEVERIDADE REAL	SEVERIDADE POTENCIAL	RISCO
					3
					2
					1

Todo o processo de gestão de risco proativo é registrado em relatórios pré-formatados seguindo a metodologia DMAIC para aqueles que são realizados em parceria coma melhoria contínua e em relatórios compostos pela descrição de risco, causa, frequência, severidade, nível de risco e ações de mitigação para análises conduzidas pelas tríades de segurança.

D) Definição de escopo, objetivos e critérios para avaliação de riscos

D.1) Escopo: A depender da determinação da Diretoria e/ou Gerente de Qualidade e Segurança, o **escopo** a ser estudado poderá variar entre áreas assistenciais de risco e processos assistenciais de risco identificados pela vulnerabilidade da frequência de ocorrência de eventos adversos com dano ao paciente.

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 1987

D.2) Objetivos: Para cada análise de risco define-se os objetivos, as metas e os indicadores que contribuirão com a análise dos resultados para compreender se os objetivos foram alcançados. Os objetivos, metas e indicadores são definidos em conjunto com o Analista Sênior de Riscos Assistenciais, Lideranças solicitantes do trabalho e Lideranças da área estudada.

D.3) Critérios para avaliação de riscos: Como critérios para avaliação de riscos, são identificadas as áreas assistenciais com maior incidência de eventos sentinelas, além dos processos assistenciais sinalizados com maior oportunidade de melhorias e/ou maior probabilidade de ocorrência e de severidade de dano ao paciente.

E) Gerenciamento de riscos

A gestão de riscos assistenciais baseia-se no modelo sugerido pela ISO 31.000 (Figura 01 - Estrutura do sistema de gestão de segurança e vigilância de riscos) alinhada às melhores práticas de risco corporativo (*Entreprise Risk Management in Healthcare* – ERM). A gestão proativa tem por objetivo sistematizar a prática de identificação, avaliação, controle, minimização e prevenção de riscos reais e potenciais relacionados à assistência e suas consequências à segurança do paciente em todas as áreas da SBIBAE

F) Gerenciamento de riscos residuais e sinistros relacionados

Cópia Controlada

Depois de concluídas as ações previstas para os riscos na zona de risco vermelha, realiza-se uma revalidação de cada um dos riscos quanto a sua potencial frequência e severidade/impacto/consequência realizando um novo encontro entre o time interdisciplinar da área estudada para avaliar se ainda existem riscos na zona de risco vermelha (riscos residuais) para a contratação de novas ações. Além disto, a gestão de sinistros relacionados, é feita pela avaliação dos eventos adversos notificados nas áreas e processos críticos de estudo, e compõem os indicadores da análise de efetividade das ações implantadas.

G) Comunicação: Os métodos de comunicação podem variar de acordo com o escopo e método de análise de riscos realizada, sendo elas:

1. Reunião com os profissionais envolvidos, Lideranças e Diretoria da área estudada, *Toolgate* e Reunião da Mesa COMEX: aplicada para análise de riscos realizada a partir do Planejamento Estratégico Anual.

2. Matriz de riscos locais trimestral: apresentação verbal e divulgação impressa da Matriz RCA[2] confeccionada pelas Tríades Locais (em unidades que possuem este representante).

3. *Dashboard* das Visitas de Segurança: disponibilizado link para acesso remoto a todos os profissionais institucionais com a publicação dos principais riscos identificados e classificados por níveis.

H) Revalidação das análises: A revalidação das análises é indicada nas seguintes situações:

1. Solicitação da Diretoria e/ou Gerente de Qualidade e Segurança do Paciente;
2. Alteração de infraestrutura significativa;

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

3. Implementação de novos processos assistenciais;
4. Alteração significativa do modelo assistencial da unidade;

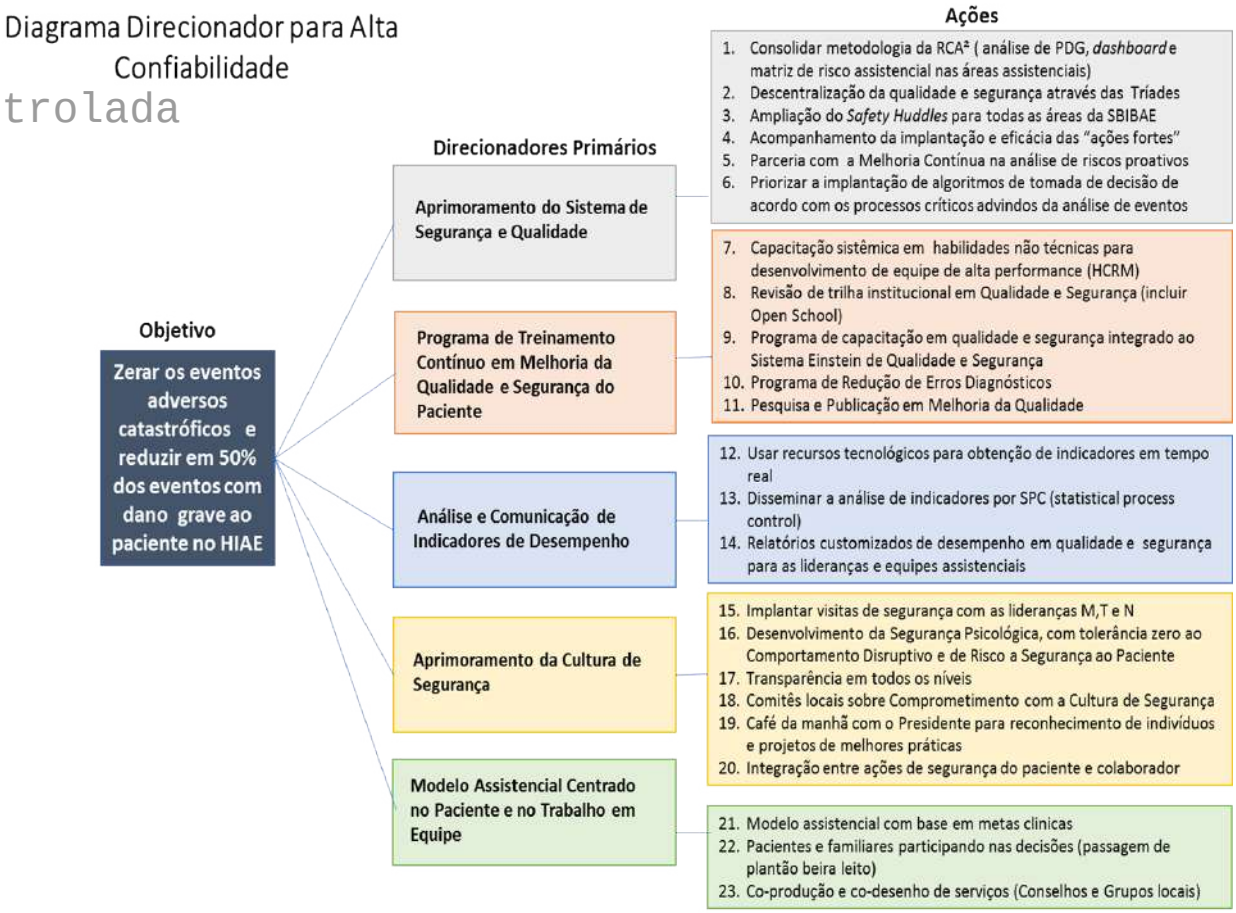
Gestão Reativa

A gestão dos incidentes e eventos adversos (componente reativo) tem como objetivo realizar o gerenciamento dos riscos assistenciais, identificados por meio das notificações de incidentes e eventos adversos, relacionados ao paciente, seguindo o cumprimento da lei RDC Nº 36, ISO 31000: 2019 e os requisitos da *Joint Commission* Internacional. Para tanto, utiliza métodos e ferramentas estruturadas para identificar, avaliar e tratar os principais riscos relacionados aos cuidados à saúde e o impacto para a segurança do paciente.

Diagrama direcionador para alta confiabilidade

A instituição tem como meta estratégica o alcance da alta confiabilidade com o objetivo de alcançar o dano "zero" aos pacientes. Para esta jornada, foi estabelecido um Diagrama Direcionador que recomenda ações importantes que são seguidas pelo Sistema de Gestão Reativa de Riscos Assistenciais (figura11).

Figura 11. Diagrama Direcionador para a Alta Confiabilidade



Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 1989

Além disto, o planejamento do risco proativo, bem como as frentes de trabalho direcionadas ao exercício das práticas multiprofissionais, são contemplados como iniciativas com impacto direto no gerenciamento de risco da instituição.

Conceitos e escopo da gestão reativa de riscos assistenciais – foco paciente

Evento adverso é um evento de segurança do paciente que resultou em danos a um paciente.

Evento sem danos é um evento de segurança do paciente que atinge o paciente, mas não causa danos.

Evento de quase falha (*Near Miss*) é um evento de segurança do paciente que não atingiu o paciente.

Condição perigosa ou "insegura" é uma circunstância (diferente do processo ou condição da doença do próprio paciente) que aumenta a probabilidade de um evento adverso.

Incidente: é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Evento sentinela: é um evento de segurança do paciente (não relacionado ao curso natural da doença ou condição subjacente do paciente) que atinge um paciente e **resulta em:**

a. **Morte**

Cópia Controlada

b. **Danos permanentes** – quando o dano resulta em **perda permanente** de capacidade funcional de um órgão ou sistema comprometendo a condição básica de saúde do paciente.

c. **Danos temporários graves** - **Os danos temporários graves são definidos como danos graves,** potencialmente fatais, que duram por um tempo limitado, **sem consequência permanente**, mas exigem transferência para um nível elevado de cuidado intensivo com o objetivo de minimizar o risco de morte. Consideram-se, portanto, os casos que necessitaram de intervenção para sustentar a vida, a exemplo de intubação orotraqueal, droga vasoativa, intervenção cirúrgica, a despeito do desfecho satisfatório após o manejo de complicação.

Um evento também é considerado **sentinela,** segundo recomenda a *Joint Commission International* (JCI):

d) Suicídio de qualquer paciente que receba cuidados, tratamentos e serviços em um ambiente de cuidado 24hs por dia ou até 72horas após a alta, inclusive de emergência do hospital

e) morte inesperada de um bebê a termo

f) Alta de um bebê para a família errada, independente do dano

g) Sequestro de qualquer paciente que recebe cuidados, tratamento e serviço, independente do dano

h) Qualquer fuga (saída não autorizada) de um paciente, de um ambiente de cuidado de 24hs (incluindo a emergência), levando à morte, dano permanente ou danos temporários graves ao paciente

i) Reação de transfusão hemolítica envolvendo administração de sangue ou produtos sanguíneos com incompatibilidades de grupo sanguíneos maior (ABO, Rh, outros grupos sanguíneos)

j) Estupro, agressão (levando à morte, dano permanente ou grave dano temporário), ou homicídio de qualquer paciente que recebe cuidado, tratamento e serviços enquanto estiver no ambiente do hospital
k) Estupro, agressão (levando à morte, dano permanente ou grave dano temporário), ou homicídio de funcionário, profissional independente licenciado, visitante ou vendedor enquanto estiver no ambiente do hospital
l) Procedimento invasivo, incluindo cirurgia, no paciente errado, no local errado, ou que é o procedimento errado (não intencional)
m) Retenção não intencional de um objeto estranho, em um paciente após um procedimento invasivo, incluindo cirurgia
n) Hiperbilirrubinemia neonatal grave (bilirrubina > 30 miligramas /decilitros)
o) Fluroscopia prolongada com dose cumulativa > 1.500 rads para único campo ou qualquer entrega de radioterapia para região do corpo errado ou > 25% acima da dose planejada de radioterapia
p) Fogo, chama ou fumaça inesperada, calor ou flashs ocorrendo durante um episódio de cuidado ao paciente
q) Qualquer morte materna intraparto (relacionada ao processo de nascimento)
r) Morbidade materna grave (evento que ocorre desde o intraparto até o pós-parto imediato (24 horas) não principalmente relacionada ao curso natural da doença ou condição subjacente do paciente) que resulta em danos permanentes ou danos temporários graves

Cópia Controlada

***Never Events*:** termo internacional utilizado para definir incidentes sérios e **totalmente evitáveis** que não deveriam ocorrer se os profissionais de saúde tivessem implementado práticas reconhecidas nacional ou internacionalmente como barreiras eficazes para a segurança do paciente.

Os ***Never events*** seguem a mesma metodologia de análise dos eventos considerados **sentinelas** em nossa instituição. Todavia, é valido ressaltar que **nem todo evento sentinela** é considerado ***never event.***

Assim, segue a **lista de eventos considerados *never events***, válida para todas as unidades que compõem o Sistema de Saúde Einstein, cujas referências são a ANVISA (RDC N° 36) referenciando as afinidades dos eventos citados como **sentinelas** pela JCI, bem como a recomendação específica da NHS como *never event*, com adaptações, segundo alinhamentos institucionais.

A - Eventos cirúrgicos:

A1 - Procedimento invasivo (1), incluindo cirurgia, no paciente errado, no local errado, ou que é o procedimento errado – (ANVISA E JCI)

A2 - Retenção não intencional (2) de um objeto estranho (3), em um paciente após um procedimento invasivo, incluindo cirurgia – (ANVISA E JCI)

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

A3 - Óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1 (ANVISA)

A4 - Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível (ANVISA)

Glossário: 1 - Entende-se por procedimento invasivo todos os procedimentos que envolvam incisão ou punção, incluindo, mas não se limitando a, procedimentos cirúrgicos (abertos ou laparoscópicos), inserções de CVC ou drenos torácicos, injeções selecionadas (contempla os bloqueios anestésicos ou analgésicos), e todos os demais procedimentos percutâneos e vasculares como: biópsias, diagnósticos cardíacos percutâneo e vascular, procedimentos intervencionais, laparoscopias, endoscopias ou procedimentos da radiologia intervencionista) .

2 - Será considerado Retenção de Corpo Estranho, toda retenção não intencional de um objeto estranho, em um paciente após um procedimento invasivo, cirurgia ou procedimentos obstétricos cujo manejo desta complicação necessite de um novo procedimento * invasivo ou cirúrgico. Pressupões que estes “objetos estranhos” deveriam ter sido submetidos a um processo formal de contagem ou verificação no início do procedimento e/ou antes de sua conclusão

* Será considerado novo procedimento, qualquer situação em que o paciente tiver seu procedimento inicial encerrado e for necessário novo procedimento para tal manejo, mesmo que isto ocorra enquanto o paciente ainda estiver “em sala”. Exemplo: ao término do fechamento da incisão cirúrgica, ainda com o paciente em “mesa” identifica-se que faltou uma compressa e a incisão é aberta novamente para retirada desta compressa. Esta situação deverá ser considerada como “novo procedimento”.

Cópia Controlada

3 – Entende-se por objeto estranho todo e qualquer material ou parte do corpo do paciente que tenha sido retido de maneira não intencional. Exemplos: gaze, compressa, instrumentais, fio guia de CVC ou PICC, drenos torácicos, restos cirúrgicos, entre outros.

B - Eventos relacionados ao gerenciamento do cuidado:

B1 - Morte inesperada de um bebê a termo (ANVISA E JCI)

B2 - Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exame de radiologia (ANVISA)

B3 - Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética (ANVISA)

B4 - Lesão por pressão 3 (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos), adquiridas depois da admissão na instituição de saúde (ANVISA E JCI)

B5 - Lesão por pressão 4 (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos), adquiridas depois da admissão na instituição de saúde (ANVISA E JCI)

B6 - Inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado (ANVISA)

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 1992

B7 - Estupro, agressão (levando à morte, dano permanente ou dano grave temporário), ou homicídio de qualquer paciente que recebe cuidado, tratamento e serviços enquanto estiver no ambiente do hospital (JCI)

B8 - Estupro, agressão (levando à morte, dano permanente ou grave dano temporário), ou homicídio de funcionário, profissional independente licenciado, visitante ou vendedor enquanto estiver no ambiente do hospital (JCI)

B9 - Óbito ou lesão grave associado à hipoglicemia durante o período de internação ou prestação de cuidados de saúde (NHS)

B10 - Óbito ou lesão grave associado a manipulações ou terapias peridurais (NHS)

C- Eventos relacionados a produtos ou dispositivos:

C1 - Óbito ou lesão grave associado ao uso de drogas (medicações) contaminadas, ou falhas técnicas relacionadas a produtos e dispositivos utilizados nos cuidados à Saúde (ANVISA)

D - Eventos relacionados à segurança do ambiente hospitalar (acesso):

D1 - Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada (ANVISA E JCI)

Cópia Controlada

D2 - Qualquer fuga (saída não autorizada) de um paciente, de um ambiente de cuidado de 24hs (incluindo a emergência), levando à morte, dano permanente ou danos temporários graves ao paciente (ANVISA E JCI)

D3 - Raptos/Sequestro de qualquer paciente que recebe cuidados, tratamento e serviço, independente do dano (JCI)

E - Eventos relacionados à segurança do ambiente hospitalar (infraestrutura)

E1 - Gás errado na administração de O2 ou gases medicinais (ANVISA E JCI)

E2 - Contaminação na administração de O2 ou gases medicinais (ANVISA E JCI)

E3 - Óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde (ANVISA)

E4 - Óbito ou lesão grave associado à contenção física ou grades da cama durante o período de internação (ANVISA)

F - Eventos recomendados pela JCI (segundo o manual vigente em 2023):

LETRA d) Suicídio de qualquer paciente que receba cuidados, tratamentos e serviços em um ambiente de cuidado 24hs por dia ou **até 72horas após a alta, inclusive de emergência do hospital**

LETRA i) Reação de transfusão hemolítica envolvendo administração de sangue ou produtos sanguíneos com incompatibilidades de grupo sanguíneos maior (ABO, Rh, outros grupos sanguíneos)

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 1993

LETRA n) Hiperbilirrubinemia neonatal grave (bilirrubina > 30 miligramas /decilitros)

LETRA o) Fluroscopia prolongada com dose cumulativa > 1.500 rads para único campo ou qualquer entrega de radioterapia para região do corpo errado ou > 25% acima da dose planejada de radioterapia

LETRA p) Fogo, chama ou fumaça inesperada, calor ou flashs ocorrendo durante um episódio de cuidado ao paciente

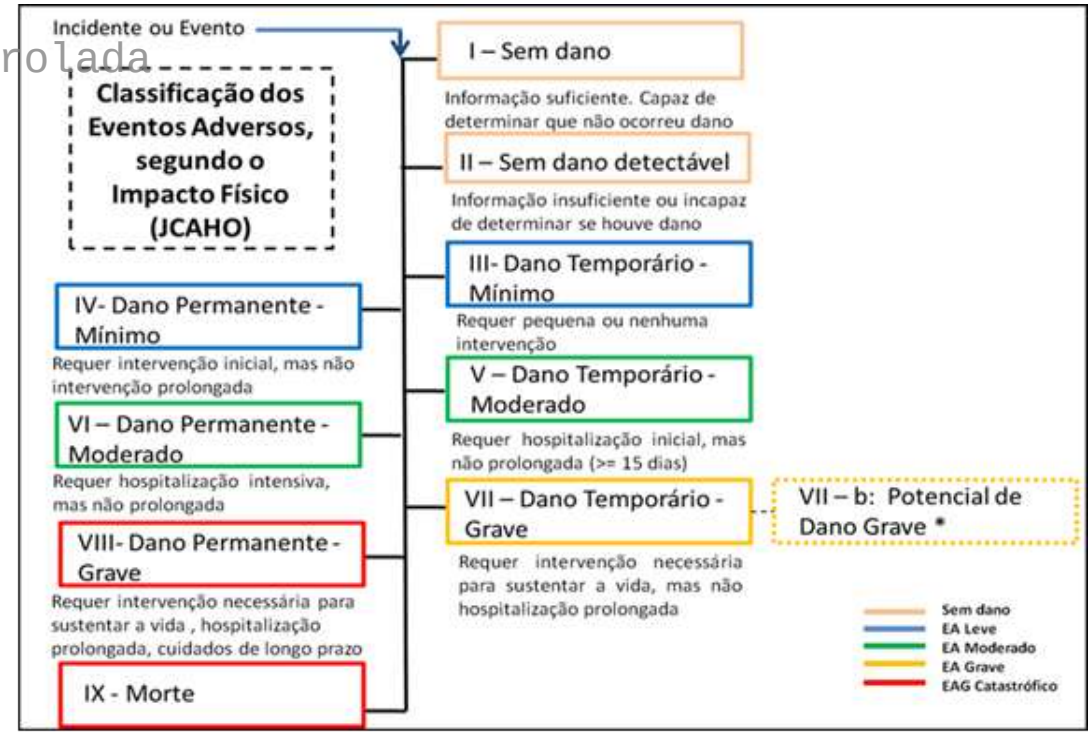
LETRA q) Qualquer morte materna intraparto (relacionada ao processo de nascimento)

LETRA r) Morbidade materna grave (evento que ocorre desde o intraparto até o pós-parto imediato (24 horas) não principalmente relacionada ao curso natural da doença ou condição subjacente do paciente) que resulta em danos permanentes ou danos temporários graves

A classificação de severidade dos eventos é feita seguindo o proposto pela *Joint Commission International*, com enfoque no impacto físico (Figura 12):

Figura 12: Classificação dos EAs, segundo impacto físico (*Joint Commission International)*

Cópia Controlada



Os danos físico, moral, psicológico, financeiro, éticos e de imagem, quando identificados, na análise dos eventos, seguem suas tratativas segundo fluxos específicos, como:

- ✓ Acionamento da psicologia para suporte aos pacientes e familiares.
- ✓ Suporte à segunda vítima.

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

- ✓ Encaminhamento de casos aos Comitês de Ética Institucionais, segundo o contexto, se pertinente
- ✓ Encaminhamento de casos ao GR jurídico e *Compliance*, quando aplicáveis.

Tratamento de incidentes e eventos adversos

O sistema de gestão reativa de riscos assistenciais estabelece análises diferenciadas, bem como times específicos para tratativa dos eventos segundo o tipo de dano ao paciente, conforme descrito na figura 13:

Figura 13. Tratativa dos eventos segundo o tipo de dano ao paciente

Classificação por dano	Responsáveis pela tratativa	Tipos de análises	Prazo
Dano Grave Dano Catastrófico *Never Event*	Time independente que compõe o Núcleo de Segurança do Paciente	Análise completa do evento com investigação, análise de causa raiz e plano de ação	Até 45 dias
Dano Ausente/*Near miss* Dano leve/moderado	Tríade ou profissional designado/ Liderança Local	Análise concisa e/ou análise por matriz de risco (RCA²) com propostas de ações	Periodicamente

Cópia Controlada

O sistema prevê também análise diferenciada para temas considerados estratégicos. Entende-se por temas estratégicos, aqueles cuja informação relacionada às notificações deverá ser complementada por outros monitoramentos ou análises de risco para a tomada de decisão, a exemplo de: erros de medicação, queda, lesão por pressão e broncoaspiração.

Há outros eventos que também são considerados estratégicos que são monitorados na instituição por times específicos e seguem um fluxo de análise própria com o objetivo de propor e implementar ações para minimizar reincidências, como: sepse, IAM, AVC e infecções hospitalares. Estes eventos não necessariamente estão notificados no sistema de notificação (SINAPSE) institucional, mas são rastreados de forma diferenciada por times específicos.

O sistema de gestão reativa também prevê a coleta e análise dos eventos gerenciados por times específicos, cujos dados são analisados quando há **tendência e variação indesejável,** abrangendo minimamente, os eventos de a até h:

a. Todas as reações de transfusão confirmadas;
b. Todos os eventos adversos de medicamento;
c. Todos os erros significativos de medicação
d. Todas as principais discrepâncias entre diagnóstico pré-operatório e pós-operatório;
e. Eventos adversos ou padrões de eventos adversos durante a sedação, independentemente do local da administração;
f. Eventos ou padrões de eventos durante a anestesia, independentemente do local da administração

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

g. Eventos adversos relacionados à identificação do paciente
h. Outros eventos adversos, como infecções associadas aos cuidados de saúde e surtos de doenças infecciosas.

A tratativa dos incidentes classificados como ***Near Misses*** (quase falhas), eventos com **dano leve**, **moderado** e **potencial de dano grave**, são conduzidos pelas áreas onde ocorreram, por equipes locais e/ou pelas tríades de segurança.

A tratativa dos eventos considerados **sentinelas** (morte, danos permanentes, danos temporários graves ou *never event*) são analisados no prazo de **45 dias (úteis)** pela equipe do GSVR-Paciente. Os casos que ultrapassarem os 45 dias (úteis) de análise deverão ser justificados na planilha gerenciamento de tempo (disponível no drive DPAQS, pasta EAG).

Segue abaixo o **macrofluxo e as etapas do processo de análise de eventos sentinelas e *never events* conforme figura 14 e 15:**

Figura 14. Macrofluxo de análise de eventos sentinelas e *never event* – Cuidado Premium – Site Morumbi e MDA

Cópia Controlada

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 1996

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

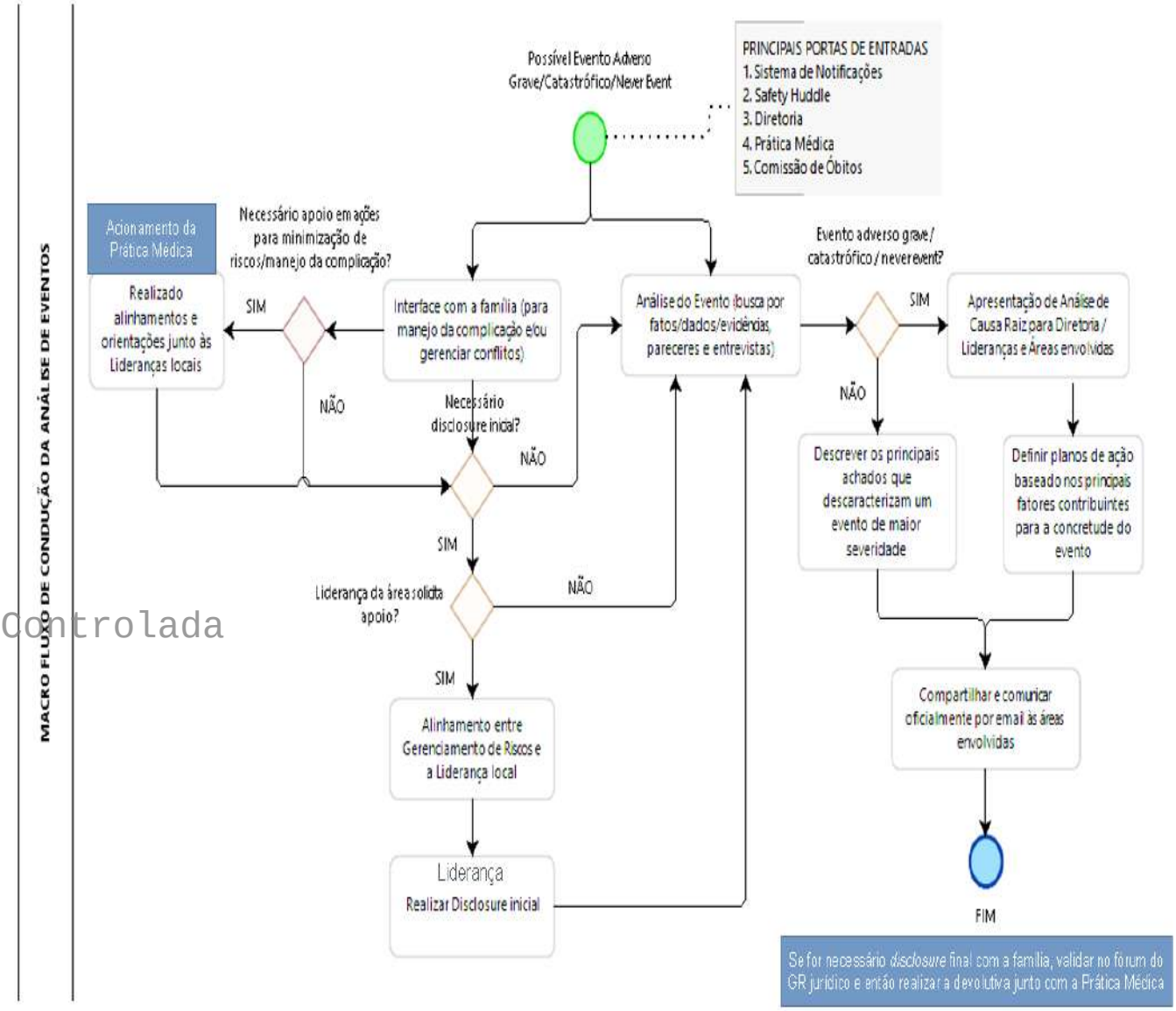


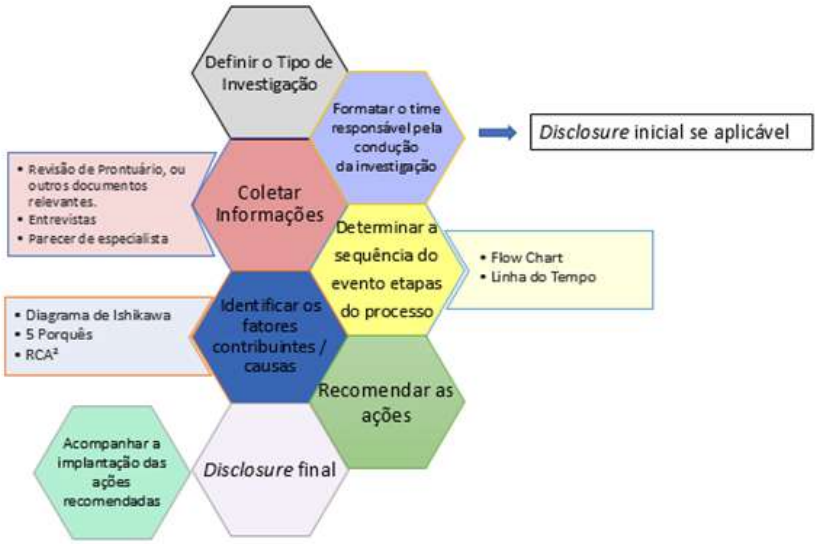
Figura 15. Etapas do processo de análise dos eventos sentinelas - SBIBAE

Cópia Controlada

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos



Um ponto fundamental no processo de garantia da segurança do paciente é a **gestão de conflitos.** A instituição busca sempre mediar os conflitos assistenciais e, neste contexto, a mediação ativa de conflitos pelas lideranças, tem como objetivo promover o consenso e facilitar o diálogo entre as partes para o alcance de um resultado efetivo para o paciente. O **Fluxo de Resolução de Conflitos na Assistência ao Paciente** está descrito em documento específico e registrado no sistema de documentação institucional e disponibilizado na intranet.

Cópia Controlada

Os **eventos com risco legal potencial** são gerenciados por um grupo denominado **Gerenciamento de Risco Jurídico** (GR-Jurídico), constituído, por representante do departamento jurídico da organização, consultores médicos, representantes da equipe do NSP e da Prática Médica, representante do Serviço de Experiência do Paciente e Família - SAC) e consultores da área de gestão (*ad hoc*). O GR-Jurídico está sob a coordenação da Diretoria de Prática Médica, Qualidade e Segurança e Prática Assistenciais e Serviços Hospitalares e visa resgatar as relações com o paciente e conduzir os acordos quando necessários, além de trabalhar preventivamente os riscos e potenciais impactos financeiros e de imagem para a Sociedade.

Casos especiais de **violações intencionais**, contemplados no fluxo de consequência (cultura justa) são encaminhados pelas Diretorias de Prática Médica, Qualidade e Segurança e Práticas Assistenciais aos devidos **Comitês de Ética** institucionais. Estes fóruns conduzem o caso com os envolvidos e fazem os encaminhamentos necessários, juntos aos **órgãos reguladores pertinentes** (externos ou internos) - Conselhos de Classe e Comitês de Ética, quando aplicável.

Gerenciamento das ações

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

A última fase do processo de análise e uma das mais importantes, é a implantação e acompanhamento das ações corretivas que são construídas juntamente com as áreas responsáveis pelos eventos adversos.

Para construção do plano de ação é importante identificar cada fator contribuinte com o evento e adotar ações corretivas para melhorar, prevenir ou reduzir o risco de recorrência do evento.

A ações implantadas serão monitoradas quanto à sua eficácia e sustentabilidade ao longo do tempo

A construção das ações de melhoria deve seguir necessariamente estas recomendações:

- ✓ Incluir um prazo previsto para a conclusão, acordado com o time de trabalho;
- ✓ Incluir uma medida de resultado para medir se as melhorias foram efetivamente realizadas, nas ações em que se aplicam medidas;
- ✓ Identificar quem será o(s) responsável(s) pela execução e acompanhamento das recomendações;
- ✓ Possuir anuência do líder da área envolvida e, na dependência da gravidade do evento, do diretor de área.

As ações são classificadas baseadas no instrumento do *VA National Center for Patient Safety RCA Tools REV 10/2016 e IHI's Patient Safety Essentials Toolkit*. como descrito na figura 16

Cópia Controlada

Figura 16 - Classificação das ações de melhoria

Ações fortes	
As recomendações podem ser consideradas fortes quando são altamente susceptíveis a reduzir o risco tornando muito fácil para a pessoa fazer a coisa certa	Mudanças arquitetônicas/físicas na planta Novos dispositivos com testes de usabilidade Controle de engenharia (função de força) Simplifique o processo Padronização de equipamentos e processo Envolvimento tangível da liderança
Ações Intermediárias	
As recomendações podem ser consideradas intermediárias quando estão moderadamente relacionadas à redução dos riscos	Redundância Aumento da equipe/diminuição da carga de trabalho Melhorias de software, modificações Eliminar/ reduzir distrações Educação usando treinamento baseado em simulação, com sessões periódicas de atualizações e observações Lista de verificação/auxílios cognitivos Eliminar aparência e sons semelhantes Comunicação padronizada Documentação baseada em evidências

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 1999

Ações Fortes	
Recomendações fracas são aquelas menos susceptíveis de reduzir o risco (essas tarefas exigem mais confiança em humanos para se lembrar de executar a tarefa corretamente)	Duplas verificações Comunicados/ avisos/lembretes Revisão de política/procedimentos Treinamento

fonte: RCA2 Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm

De acordo com a classificação do dano por impacto físico é definido os responsáveis que farão o processo de análise e gerenciamento das ações conforme a figura 17:

O processo de gerenciamento de ações de eventos com dano grave, catastrófico e *never event* é conduzido pelo time que compõe o gerenciamento de risco do paciente, sendo composto pelas seguintes etapas:

1ª Construção do plano de ação: na reunião de análise de causa raiz (ACR), as ações são elaboradas com a área e os profissionais que serão responsáveis pelas ações. E na ocorrência de um evento com a mesma causa raiz ou processo crítico, o time do GVR deverá revisitar as ações acordadas a fim de identificar os GAPs que precisam ser ajustados. As ações são validadas e dispostas em cronograma utilizando a planilha de 5W3H.

Cópia Controlada

2ª Desdobramento do plano de ação: nesta etapa, identifica-se a natureza das ações e avaliamos a complexidade das mesmas, sendo que aquelas ações que exigirão um alto esforço x alto impacto, serão avaliadas/discutidas junto à Gerencia da Qualidade e Segurança do Paciente para serem conduzidas em formato de projeto utilizando a metodologia de Lean Six Sigma ou Modelo de Melhoria (MM).

Os prazos serão acordados conforme complexidade e urgência das ações sendo que o prazo desejável para a implantação das ações de melhorias será de até 12 meses.

As ações de eventos recorrentes (por exemplo queda e LP), poderão ser compartilhadas junto aos comitês específicos quando aplicável e/ou com equipe de Práticas Assistenciais ou Médicas.

Cabe a equipe do Núcleo de ações e projetos realizar o acompanhamento dos status via software de acompanhamento e quando necessário com reuniões com o time responsável pelas ações, visando identificação de barreiras que necessitem de suporte para a garantia da implantação.

3ª Análise da implantação e efetividade:

As medidas de implantação e efetividade serão definidas no ato do planejamento das ações em conjunto com o time de trabalho cabendo avaliar a viabilidade delas, método e responsáveis pela execução. São medidas de avaliações previstas:

Método	Definição	Aplicabilidade
Auditoria de implementação	Avaliar a implementação das ações com as evidências anexadas ao *planner* (conforme figura *planner*)	100% das ações desenhadas
Indicadores de Efetividade	Acompanhamento dos indicadores de efetividade definidos no ato do planejamento Verificar/mensurar o resultado do indicador definido	Dias entre eventos (EAGs monitorados no dashboard) Adesão
Simulação In Situ	Realizar simulação *in situ*	Eventos que tenham como causa raiz ou fator contribuintes falhas relacionadas a habilidades

Cabe ao Núcleo de Ações e Projetos mensurar, acompanhar e divulgar os seguintes indicadores ao time implementador das ações:

- ✓ % de ações dentro do prazo
- ✓ % de ações em andamento
- ✓ % de ações fora do prazo

Por meio do dashboard de cada plano disponível no software de acompanhamento. A análise do resultado geral das ações deve ser apresentada à Gerência de Qualidade, Segurança e Experiência, diretorias das áreas responsáveis pelos planos de ações e CQATI - Comitê de Qualidade Assistencial e Tecnologia em informação.

Cópia Controlada

4ª Desenvolvimento de Projetos em Modelo de Melhoria

Cabe ao Núcleo de Ações e Projetos em Ciência da Melhoria junto ao time de Gestão de Risco Reativo, Proativo e Qualidade realizar uma análise anual dos principais ofensores para a Segurança do Paciente compreendidos como processos críticos recorrentes, ações contratadas de alto esforço e alto impacto e ações com barreiras que impactem na implantação da ação.

Os principais ofensores à Qualidade, Segurança e Experiência do Paciente são norteadores para a contratação de projetos a serem desenvolvidos no Modelo de Melhoria ou Lean Six Sigma ao longo do ano vigente, em parceria com o Escritório de Excelência Operacional.

Os temas selecionados para o Modelo de Melhoria, são contratados a partir de um processo seletivo interno para capacitação profissional no modelo e desenvolvimento do projeto no tema pré-definido. O Núcleo de Ações e Projetos em Ciência da Melhoria tem como atribuição acompanhar o desenvolvimento dos projetos na instituição.

Disclosure

O ***disclosure*** é um processo de comunicação aberta para o compartilhamento de informação com paciente e família. É realizado, após a revisão de todos os fatos identificados no evento adverso/incidente ocorrido,

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 2001

contemplando todos os profissionais envolvidos e a revelação do evento. A instituição busca manter o exercício da prática de *disclosure***,** demonstrando respeito, honestidade e transparência de propósitos da organização para com os pacientes e profissionais seguindo o fluxo de *disclosure*. A transparência é um dos princípios do Sistema de Gestão de Segurança e Vigilância de Riscos (GSVR). Essa transparência é visível também no processo de *disclosure* instituído. O processo de *disclosure* está descrito em documento específico registrado no sistema de documentação institucional (Processo de Comunicação Disclosure)

Estratégias de comunicação dos principais riscos e lições aprendidas para a instituição

Comitês de segurança do paciente:

A instituição utiliza o Comitê de Segurança Institucional como fórum de comunicação dos indicadores institucionais de segurança do paciente e discussões de temas relevantes com o objetivo de aprimorar a cultura de qualidade e segurança na instituição.

Público: o comitê institucional conta com a presença de diretores, líderes de todas as áreas da instituição, médicos do corpo clínico aberto e equipe multiprofissional assistencial e de apoio.

Cópia Controlada

GMA de Segurança do Paciente:

Periodicamente a análise de indicadores de Segurança do paciente são apresentados neste fórum para direcionar a pauta de trabalho do time que integra o GMA de Segurança do Paciente

O Núcleo Segurança Paciente apresenta a análise de eventos adversos que possuam muitas lições aprendidas em **diversos fóruns institucionais**, a exemplo dos demais GMAs e fóruns de especialidades, também com o objetivo de aprimorar a cultura de segurança na instituição.

Núcleos de Segurança do Paciente (NSP)

Como forma de cumprir as normas estabelecidas pelas **RDC 36** (25/07/13) a instituição criou, desde maio de 2014, estratégias de formatação de **Núcleos de Segurança do Paciente (NSP).**

Atualmente, a **Equipe de Gerenciamento de Riscos Assistenciais** composta pelos integrantes das equipes de gestão proativa e reativa dos riscos, é quem operacionaliza as atividades do **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)**. Esta equipe, segundo o organograma da instituição, é a referência técnica e dá suporte para toda organização, incluindo outros NSP que existem na Sociedade e em suas parcerias públicas e, que atuam de modo complementar, ao Sistema de Gerenciamento de Riscos, em todas suas ações.

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 2002

A Sociedade promove a capacitação dos profissionais que compõem os NSP, utilizando recursos próprios e parcerias com outras instituições como, por exemplo, o *Institute for Healthcare improvement* (IHI), bem como cursos nacionais (especialistas).

Os profissionais da assistência que compõem a Tríade nas áreas são pessoas certificadas no curso de formação em segurança, específico para esta função.

Cada gestor delibera, quanto à organização desta atividade na área, de acordo com a complexidade e especificidade de cada local. Assim, define quantos profissionais são necessários e em que carga horária. É recomendado que este profissional, **referência em qualidade e segurança**, possua horas protegidas para o exercício de suas atividades.

As atribuições e ferramentas utilizadas para análise dos eventos de menor gravidade, pelas Tríades, estão descritas na **política de Gestão de Risco Proativo**, considerando que tais análises seguem o método de matriz de risco (RCA²) e *what if .*

Atualmente, os Núcleos se configuram conforme descrito a seguir.

Cópia Controlada

NSP Morumbi/Unidades Externas: composto pela equipe do Gerenciamento de Riscos (risco proativo e reativo), 1 farmacêutica (gerente de rico da ANVISA), membros do time da SCIH do Morumbi e parceiros da Prática Médica.
Demais NSP-Sociedade: Hospital Municipal Dr. Moyses Deutsch (**M'Boi Mirim**) e Hospital Municipal Vila Santa Catarina – Dr Gilson de Cássia Marques de Carvalho (**HMVSC**), além do NSP na **Atenção Primária**, que envolve unidades básicas (UBS), unidades ambulatoriais (AMAs) ou unidades de atenção à saúde mental (CAPES).

Estes Núcleos atuam em ações complementares àquelas já recomendadas pela Gestão de Riscos Assistenciais da Sociedade e das estruturas de Qualidade e Segurança do IIRS, com as seguintes atribuições:

a. Promover ações para a gestão de risco nos serviços de saúde.
b. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde.
c. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas (quando aplicável).
d. Validar o plano institucional de **segurança do paciente local**, alinhado às estratégias propostas pela Sociedade.
e. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente local.

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 2003

f. Acompanhar e apoiar a implantação de Protocolos de Segurança do Paciente, bem como o monitoramento dos seus indicadores.
g. Contribuir no estabelecimento de barreiras para a prevenção de incidentes em suas áreas de concentração.
h. Acompanhar e promover a participação em programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade.
i. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço local.
j. Compartilhar e divulgar os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos locais.

Estrutura dos Núcleos de Segurança da SBIBAE:

NSP Site Morumbi - referência técnica para os outros Núcleos da Sociedade:

- ✓ 1 Gerente Qualidade e Segurança do Paciente – Coordenador deste Núcleo – Enfermeira
- ✓ 1 analista de dados
- ✓ 1 Médico (meio período)
- ✓ 2 Consultora (enfermeira), sendo uma delas com foco em ações e projetos de melhorias
- ✓ 2 Analistas (Enfermeiros)
- ✓ 1 Técnico de enfermagem – direcionado para gestão do sistema de notificação de eventos
- ✓ Tríades nas áreas assistenciais
- ✓ Equipe do SCIH locada na Unidade Morumbi
- ✓ Médicos e fisioterapeutas parceiros na Gerência da Prática Médica

Cópia Controlada

A organização dos demais NSP (M'Boi Mirim, HMVSC, Atenção Primária e demais unidades da SBIBAE) estão descritos, segundo procedimentos específicos em suas respectivas bases de documentação.

Segurança do Colaborador: todo o detalhamento do SESSCO está descrito e considerado no Manual do Sistema Einstein de Segurança e Saúde do Colaborador SESSCO. O objetivo final é a conquista do incidente zero (figura 20):

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 2004

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

Cópia Controlada

Figura 20. Sistema Einstein de Segurança do Colaborador

O direcionador de Gestão e Processos deriva-se em uma estrutura, abaixo representada, que é a referência da organização das ações e projetos em Segurança e Saúde do Colaborador, conforme a figura 21.

Figura 21. Estrutura da Gestão de Processos da Segurança e Saúde do Colaborador

O direcionador de Condições Físicas promove e assegura equipamentos, ferramentas e ambientes adequados e seguros aos profissionais por meio de processos, investimentos, EPIs e EPCs, entre outros.

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 2005

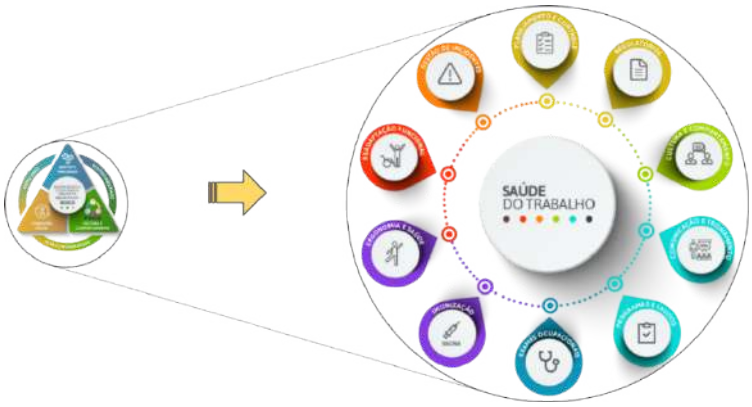
Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

O direcionador Cultura e Comportamento é tratado pelo Protocolo FoCo.

O SESSCo desdobra-se em 2 Mandalas de Processos – Mandala de Processos da Saúde do Trabalho e Mandala de Processos da Segurança do Colaborador conforme demonstrado abaixo, conforme figuras 22 e 23.

Figura 22. Mandala de Processos da Saúde do Trabalho



Cópia Controlada

Figura 23. Mandala de Processos e Segurança do Colaborador

Para cada um dos processos, ações, ferramentas, indicadores, treinamentos, etc, são implantados, mantidos e ajustados periodicamente.

A Sociedade estabelece **5 Regras de Ouro** para a Segurança do Colaborador e do Paciente**,** como sendo os comportamentos mínimos esperados pela Instituição aos que nela atuam **rumo ao dano zero**.

Regra 1 – Segurança: Execute sempre sua atividade com segurança

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 2006

- ✓ Antes de iniciar uma atividade, verifique se você está devidamente capacitado/treinado e se conhece adequadamente todos os procedimentos a serem seguidos e que você irá executar.
- ✓ O ambiente de trabalho é muito importante para o sucesso da sua atividade. Portanto, olhe ao seu redor e verifique se há condições seguras para que a sua atividade seja executada.
- ✓ Tenha certeza de que você tem os materiais e os recursos adequados para executar a sua tarefa.
- ✓ Não arrisque a sua vida e a vida do paciente. Peça ajuda sempre que necessário.
- ✓ Caso ocorra uma mudança durante a execução da tarefa, pare e reavalie o risco para que novas medidas preventivas possam ser determinadas e seguidas.

Regra 2 – Consciência: Tenha sempre a consciência dos riscos e analise cuidadosamente todas as situações. Seja um "vigilante da segurança". Nunca ignore uma situação ou comportamento inseguro – Todos têm autoridade e dever para interromper ou corrigir atividades e comportamentos inseguros.

- ✓ Situações inseguras podem ser: obstrução da passagem de pessoas e pacientes; armazenamento de materiais de forma insegura ou em locais inadequados; profissionais não familiarizados com a tarefa; informações incompletas sobre o paciente e falhas de comunicação; descartes incorretos de materiais.
- ✓ Se você identificar qualquer situação insegura, procure ajuda para resolver. Acione o gerenciamento de conflitos ou a referência de segurança da sua área. Isso também é responsabilidade sua.
- ✓ Comportamentos inseguros podem ser: não seguir as normas e procedimentos; correr ou caminhar sem atenção; não descartar materiais nos locais adequados; não utilizar os EPIs adequadamente; não movimentar pacientes da forma adequada; não trocar a caixa de perfurocortante quando necessário; não realizar a higienização das mãos; não identificar e/ou não conferir a identificação do paciente; avaliar inadequadamente os pacientes; comportamentos disruptivos (comportamentos que quebrem as regras de civilidade), entre outros. Se você identificar um comportamento inseguro, procure reorientar o profissional e, se necessário, busque ajuda para resolver. Acione o gerenciamento de conflitos ou a referência de segurança do colaborador ou paciente da sua área.
- ✓ Você pode e deve interromper qualquer atividade que gere riscos aos colaboradores, aos pacientes ou ao ambiente. Você é um "vigilante da segurança". Sua iniciativa faz toda a diferença.

Regra 3 – Adesão: Mantenha-se atualizado e siga sempre os regulamentos, sinalizações, boas práticas, protocolos e procedimentos determinado pela Instituição.

- ✓ Atender a esta regra ADESÃO significa melhorar a segurança e os desfechos, pois reduz danos, complicações e desperdícios.

Cópia Controlada

- ✓ Ao realizar uma tarefa, concentre-se em seguir os protocolos e em usar os recursos disponíveis de forma correta.

Regra 4 – Mobilidade: Preste atenção ao caminhar. Dentro ou fora do Einstein.Não corra. Use o corrimão ao descer e subir escadas. Ao caminhar, dirigir ou prestar assistência ao paciente, não use o celular. Evite distrações durante suas atividades.

- ✓ O uso do corrimão ao subir e descer escadas é obrigatório.
- ✓ Não é permitido o uso do celular (falando ou digitando) ao mesmo tempo em que se caminha, dirige ou realiza procedimentos. Se houver necessidade de usar o telefone, pare em local seguro e somente após desligar, continue o seu caminho.
- ✓ Ao caminhar ou transportar pacientes, equipamentos, carrinhos e materiais, tenha certeza de seu caminho está seguro, que há espaço suficiente para você passar e que a segurança do pedestre será garantida.
- ✓ Observe muito bem o seu caminho para certificar-se de que está seguro, atentando-se às diferenças de níveis, irregularidades no piso, riscos de escorregões, entre outros.
- ✓ Ao identificar que um paciente possui restrição em sua mobilidade, ofereça ajuda e suporte. Verifique também se será necessária ajuda de outros profissionais.
- ✓ Se identificar, no ambiente de circulação de pessoas, algo que ofereça risco de queda, sinalize e notifique a área responsável.
- ✓ Ao utilizar o transporte público e/ou fretados: somente acesse ou saia dos veículos quando os mesmos estiverem parados; certifique-se de que está seguro ao caminhar no interior dos veículos (use as barras de segurança); atente-se à diferença de nível entre o veículo e o ponto de embarque e desembarque.
- ✓ Uso sempre o cinto de segurança.
- ✓ Mesmo com pressa, ande! Não corra!
- ✓ Observe atentamente o calçamento das vias públicas (buracos, desníveis, lixos e dejetos).
- ✓ Sempre utilize a faixa de pedestre ao atravessar as ruas ou circular pelos estacionamentos.

Cópia Controlada

Regra 5 – Comunicação: A comunicação deve ser clara e objetiva. As falhas de comunicação são causas frequentes de incidentes. Por isso, tenha certeza de que sua mensagem foi compreendida. Qualquer tipo de incidente deve ser imediatamente comunicado para que possa ser tratado.

- ✓ Ouça atentamente seus colegas, suas equipes, seus pacientes e familiares.
- ✓ Realize as passagens de plantão e assegure-se de que todas as informações importantes foram dadas e entendidas.

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 2008

- ✓ Evite ruídos e dispersões durante a comunicação.
- ✓ Ouça e considere o que está sendo dito. Caso não entenda a mensagem, questione. Repita a mensagem recebida – isso facilita a compreensão de quem ouve e a confirmação de quem fala.
- ✓ Todo e qualquer incidente com colaborador, paciente ou ambiente deve ser imediatamente compartilhado com a liderança, notificado, independentemente de sua gravidade ou consequência, para que possa ser tratado.

A classificação de dano ao colaborador segue a definição da Figura 24 – que é igual à figura 4 deste documento

Figura 24. Classificação de dano ao colaborador

Cópia Controlada

O processo de análise e tratamento dos eventos relacionados ao colaborador está disponível no documento "**Comunicação, registro e investigação de incidentes com e sem lesão**"

Segurança do Ambiente

A estrutura de gestão de segurança das instalações prevê a gestão proativa de riscos em todos os oito programas. O processo de gestão de riscos, segue as diretrizes da Política de Gestão de Riscos Corporativos que prevê a avaliação dos processos, identificação, análise e tratamento dos riscos. Os gestores dos programas são responsáveis por promover as análises de riscos bem como pelas tratativas e planos de mitigação. Os riscos representativos são gerenciados pela Gerência de Riscos Corporativos e constam no Mapa de Riscos Corporativos, com reporte periódico à Mesa Diretora da Sociedade. Os processos que representam riscos de rupturas em processos como, por exemplo, desabastecimento são gerenciados dentro do Plano de Continuidade do Negócio, que prevê o contingenciamento e medidas alternativas para garantir a assistência dos pacientes.

Segurança

O processo de análise de riscos em segurança é feito a partir de diversas entradas. São elas: análises críticas dos incidentes ocorridos como descrito no **Manual de Segurança e Saúde do Colaborador (SESSCO)**, onde,

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 2009

pelos resultados, ações e projetos são definidos/ajustados; o procedimento de **Análise preliminar de riscos para atividades de riscos não assistenciais por prestadores de serviços**, com a análise dos riscos ocupacionais para as etapas das atividades, bem como, a definição das contramedidas; o **Procedimento para elaboração do Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR**, onde está descrita a metodologia de identificação, quantificação e gestão dos riscos ocupacionais nas diversas atividades realizadas pelos colaboradores do Einstein.

A Equipe de Manutenção realiza avaliações periódicas como forma de manter o bom funcionamento de equipamentos e sistemas, objetivando a maior disponibilidade possível, através da execução das atividades de manutenção preventiva e corretiva, de modo a garantir o seu funcionamento e confiabilidade, provendo qualidade e segurança ao usuário e a instituição além de realizar manutenções preventivas e corretivas das instalações, afim de garantir a confiabilidade de seu funcionamento, propondo ações de melhoria com foco em segurança, disponibilidade, assim como a busca da satisfação dos clientes internos e externos.

Proteção

A Gerência de Segurança Patrimonial é responsável pela manutenção do Programa de Proteção da Sociedade. As avaliações de riscos são realizadas anualmente pela equipe de inspetores do departamento por meio do Método Mosler de Avaliação de Risco.

Cópia Controlada

O Método Mosler é muito empregado na área da segurança patrimonial e empresarial. Tanto na Europa quanto no Brasil. É dividido em quatro fases:

- ✓ A definição do Risco a ser avaliado (Bem e Dano)
- ✓ Análise do Risco (trabalhados com seis critérios)
- ✓ Função (F)
- ✓ Substituição (S)
- ✓ Produtividade (P)
- ✓ Extensão (E)
- ✓ Agressão (A)
- ✓ Vulnerabilidade (V)
- ✓ A Evolução do Risco para obter:
- ✓ Magnitude (C) = (F x S) + (P x E)
- ✓ Probabilidade (Pb) = A x V
- ✓ E finalmente a Evolução do Risco (Er) = C x Pb
- ✓ A Classe do Risco
- ✓ Uma vez obtida a Evolução do Risco (Er), teremos a Classe do Risco:

Classe do Risco	
Valor do ER	Classe de Risco
2 ~ 250	Muito Baixo
251 ~ 500	Baixo
501 ~ 750	Moderado
751 ~ 1000	Alto
1001 ~ 1250	Muito Alto

O resultado das últimas análises, bem como as evidências das tratativas dos pontos de atenção estão disponíveis para consulta no departamento.

Materiais perigosos: O processo de análise de riscos dos materiais perigosos está descrito no padrão é realizado por uma equipe multidisciplinar e prevê a avaliação dos riscos do produto químico do ponto de vista ocupacional (segurança e saúde) e ambiental (impactos ambientais e manejo).

A aprovação do uso é realizada somente após análise e aprovação do grupo responsável. O procedimento **Gestão de Produtos Químicos** descreve o fluxo de análise e condicionantes para o uso.

Gerenciamento de Emergências: O Comitê de Prevenção e Resposta à Catástrofes é responsável pela manutenção do Programa de Gerenciamento de Emergências. Atualmente o Comitê é formado por Fábio Racy (Médico); Ricardo Galesso (Médico); Rafael Forte (Médico); Dov Smaletz (Gerente de Segurança Patrimonial) e Jefferson Mizutani (Fisioterapeuta).

Cópia Controlada

Os membros do comitê se reúnem semanalmente, sendo que à cada quinze dias o encontro conta com a participação de membros de unidades avançadas que possuem unidades de Pronto Atendimento (UPA Campo Limpo, Hospital Municipal Vila Santa Catarina e o Residencial Israelita Albert Einstein.

No último ano, as reuniões quinzenais, foram utilizadas para elaboração e revisão dos Planos de Catástrofe dessas Unidades. Os planos seguem o modelo do Morumbi, onde existe uma breve discrição do local, checada a capacidade de atendimento de cada unidade (para determinar o nível de catástrofe a ser ativado). Foi elaborado o HVA (*Hazzard Vulnerability Analissys*), ou a avaliação de risco (pelo Método Mosler) de cada uma delas e definido, de forma simples, o HICS (*Hospital Incident Comand System*) para cada local, além da e estrutura da gestão de crise de cada uma delas.
Além desse comitê, desde o ano de 2015, temos anualmente (com exceção dos anos de 2020 e 2021) a realização do Simpósio Internacional de Resposta e Gestão da Catástrofe, no qual durante dois dias são debatidos, com vários participantes da sociedade civil e forças públicas, as melhores práticas e no último dia realizamos o Simulado de Integração das forças Públicas e Privadas da cidade de São Paulo.

Segurança contra incêndio: A equipe de PCI-Bombeiros segue as diretrizes do Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo, definidas na Instrução Técnica – IT 17, que considera áreas críticas do ponto de vista de

desocupação (Berçários, Maternidades, UTIs) ou pela carga de incêndio (Cozinha, Laboratórios, Reservatório de óleo diesel e Geradores). Todo o dimensionamento de equipamentos de prevenção e combate à incêndios, bem como o número de brigadistas considera esses critérios.

Os equipamentos de prevenção e combate a incêndio como extintores de incêndio, hidrantes, detectores de fumaça e calor, alarmes, porta corta-fogo são vistoriados periodicamente para garantir o bom funcionamento e disponibilidade. Durante os simulados de incêndio são verificados a disponibilidade e funcionamento dos recursos além do conhecimento dos usuários sobre o fluxo.

O **Procedimento para formação das brigadas de prevenção e combate à incêndio** define os critérios utilizado, apresenta o mapeamento das áreas que apresentam maior risco durante um evento envolvendo fogo ou fumaça bem como os padrões de dimensionamento de equipamento e brigada.
As evidências de análise, bem como das vistorias estão disponíveis para consulta na área. O resultado das análises é considerado no planejamento de simulado e atualização da brigada de incêndio. Nas áreas consideradas críticas por exemplo, é previsto que todos os profissionais sejam Brigadistas, cabendo ao gestor providenciar o atendimento ao requisito.

Cópia Controlada

Tecnologia médica: Por definição a Engenharia Clínica possui como missão “Garantir o uso de tecnologias médicas de forma segura e eficaz para pacientes e colaboradores”. Nesse contexto, todo o ciclo de vida útil do equipamento é pautado na segurança de seu uso, ou seja, desde a definição do Projeto até a desativação.

Processo de Aquisição de Nova Tecnologia: Na fase de aquisição do equipamento, os seguintes critérios em relação à riscos são avaliados:

- ✓ Regulatório (Registro na Anvisa)
- ✓ Ocorrência de Alertas e Recall
- ✓ Riscos em relação à segurança de dados de pacientes (LGPD)
- ✓ Garantia de treinamento para Equipe Assistencial e Engenharia Clínica
- ✓ Segurança da Informação
- ✓ Políticas e Procedimentos relacionados: Manual Operacional da Engenharia Clínica

Gestão de Manutenção Preventiva: A Manutenção Preventiva e Calibrações tem por objetivo o aumento de confiabilidade do equipamento e garantir sua disponibilidade e operação dentro de suas especificações.

Na etapa de cadastro e/ou instalação do equipamento, é realizada a análise de risco de acordo com a criticidade e parametrização do sistema para o correto planejamento das manutenção preventivas / calibrações, com a elaboração do plano de manutenção preventiva (que irá gerar as ordens de manutenção no período apropriado

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 2012

ao longo de toda a vida útil do equipamento) e do procedimento técnico de execução da manutenção preventiva (quando esta é realizada pela equipe interna da Engenharia Clinica do HIAE), segundo o especificado no Manual Operacional da Engenharia Clínica

Avaliação de Alertas e Recall: Existe um plano estruturado de avaliação e tratativas de Alertas da Tecnovigilância (informados pela ANVISA) e *Recalls* informados pelos fabricantes de tecnologias médicas. Visa-se identificar se as tecnologias utilizadas no HIAE foram impactadas pelos informativos e realizar as tratativas e ações de eliminação/mitigação do risco segundo orientações do fabricante. Políticas e Procedimentos relacionados: Boletins de Alerta

Avaliação de Eventos Adversos: Todos os eventos adversos envolvendo equipamentos médicos comunicados via sistema de notificação da instituição (Sinapse) passam por uma avaliação seguindo um processo investigativo de causa raiz e execução de plano de ação de medidas mitigatórias. Políticas e Procedimentos relacionados: Procedimento para monitoramento e comunicação de incidentes ocasionados por equipamentos médicos

Plano de Radioproteção: O Organograma da Engenharia Clínica conta com a equipe Física Médica, responsável pelo monitoramento, planejamento e execução de ações afim de garantir a segurança sob o ponto de vista de Radiações Ionizantes e Controle de Qualidade para equipamentos de Radiologia.

Cópia Controlada

Políticas e Procedimentos relacionados:

- ✓ Plano de radioproteção - Radiodiagnóstico SBIBAE
- ✓ Controle, solicitação e utilização de dosímetros

Sistemas de utilitários - **Água, energia elétrica e climatização**

O departamento de Manutenção Geral é responsável pela gestão dos Sistemas de Infraestrutura. Utiliza como ferramenta, indicadores que proporcionam uma visão geral e auxiliam na tomada de decisão, avaliando o consumo, recursos e custos propostos, visando estabelecer um programa de gerenciamento eficaz que garanta o funcionamento adequado e a conservação das instalações e equipamentos, assim como o fornecimento de insumos.

A definição da criticidade das áreas é feita com base na legislação vigente e no impacto operacional definido em matriz de criticidade. Situações emergenciais são tratadas por procedimentos específicos de maneira a garantir o pronto atendimento ao departamento.

As áreas consideras críticas, são providas de sistemas de backup, como garantia de pleno funcionamento, e todas as providências emergenciais são tomadas incondicionalmente abrangendo desde um reparo imediato, troca de equipamentos, ou através da solicitação de ativação dos planos de contingência previamente elaborados pelas áreas.

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 2013

O Sistema de Gerenciamento de Manutenção, conta com sistema de automação que permite o monitoramento em tempo real de sistemas críticos como água, energia elétrica e climatização. Os processos que representam riscos de rupturas em processos como, por exemplo, desabastecimento de água ou energia elétrica são gerenciados dentro do Plano de Continuidade do Negócio.

Políticas e Procedimentos relacionados:

- ✓ Manual operacional de Manutenção Geral
- ✓ Falta de água no Complexo HIAE e Unidades Externas
- ✓ Falta de energia Complexo HIAE Morumbi
- ✓ Falta de energia elétrica em Unidades Avançadas
- ✓ Manobra de backup para o Chiller do CPD
- ✓ Operação de Central de Água Gelada
- ✓ Teste com carga em geradores

Gases Medicinais: A completa gestão do suprimento de gases desde seu armazenamento até o ponto final de consumo com o intuito de garantir a disponibilidade do produto 100% do tempo na vazão e qualidade especificadas através das seguintes frentes de trabalho:

Cópia Controlada

- ✓ Avaliação de novas instalações da rede de gases (novas áreas)
- ✓ Acompanhamento diário de autonomia dos tanques de suprimentos de Oxigênio.
- ✓ Avaliação de qualidade do Ar Medicinal produzido in Loco.
- ✓ Avaliação periódica dos pontos de consumo de gases.
- ✓ Processo estruturado de manutenção Preventiva na Central de Ar Medicinal e Vácuo Clínico.

Políticas e Procedimentos relacionados:

- ✓ Preventiva do tanque de oxigênio e rodízio de cilindro
- ✓ Preventiva nos cilindros de gases medicinais (O2, ar medicinal, N2 e N2O) e painéis de alarmes
- ✓ Procedimento para recebimento e liberação de Instalações de Gases Medicinais

Construção e Reformas: A Gerência de Projetos e Obras é responsável pelo programa de Construção e Reformas. A avaliação de risco dos processos é iniciada no momento da concorrência quando se define a forma de demolição a ser utilizada na obra. Antes do início da obra, é realizada uma visita com a Construtora e uma Equipe Multidisciplinar, composta por profissionais da Engenharia de Obras, Segurança do Trabalho, Bombeiros e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Nessa visita os profissionais avaliam os riscos e definem medidas para mitigação, como por exemplo:

- ✓ Isolamento da área de obras;
- ✓ Mudança de fluxos;

- ✓ Utilização do Caderno de Padrão de Materiais não Combustíveis, que não propagam fogo;
- ✓ Identificação e Programação Prévia do desligamento Equipamentos energizados junto a Equipe de Manutenção;
- ✓ Identificação e Programação Prévia do fechamento da rede de gases medicinais junto à Equipe de Gasometria;
- ✓ Identificação e Programação Prévia para a desativação do Sistema de Detecção junto à Equipe de Manutenção,
- ✓ Inclusão do Sistema de Combate à Incêndio pela Construtora antes do início da obra;
- ✓ Avaliação dos Resíduos com a elaboração do PGRCC pela Construtora.
- ✓ Comunicado de Início de Obra para todas as áreas envolvidas;

Comunicação

Comitês de segurança do paciente: A instituição utiliza o Comitê de Segurança Institucional como fórum de comunicação dos indicadores institucionais de segurança do paciente e discussões de temas relevantes com o objetivo de aprimorar a cultura de qualidade e segurança na instituição.

Cópia Controlada

Público: o comitê institucional conta com a presença de diretores, líderes de todas as áreas da instituição, médicos do corpo clínico aberto e equipe multiprofissional assistencial e de apoio.

GMA de Segurança do Paciente: Periodicamente a análise de indicadores de Segurança do paciente são apresentados neste fórum para direcionar a pauta de trabalho do time que integra o GMA de Segurança do Paciente

CQA – Comitê de Qualidade Assistencial e Tecnologia da Informação: Os indicadores que compõem o dashboard da segurança do paciente, pontos críticos e ações de melhoria são apresentados periodicamente para o Presidente e diretoria eleita da SBIBAE.

Reunião Conjunta da Mesa Diretora e Diretoria Eleita: Anualmente os resultados anuais e ações de melhoria e planejamento estratégico da segurança do paciente e colaborador são apresentados para a Mesa Diretora e Diretoria Eleita

O NSP apresenta a análise de eventos adversos que possuam muitas lições aprendidas em **diversos fóruns institucionais**, a exemplo dos demais GMAs e fóruns de especialidades, também com o objetivo de aprimorar a cultura de segurança na instituição.

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

7. RESPONSABILIDADES

A responsabilidade pelo cumprimento ou verificação da aplicação desta política é da Diretoria de Prática Médica, Qualidade e Segurança. Recebe a supervisão do Comitê de Qualidade e Assistência e TI (**CQA**), por meio da submissão regular de resultados dos indicadores e discussão de ações para melhoria de desempenho.

Os papéis e responsabilidades da GSVR, em todos os níveis organizacionais, estão definidos na Figura 25.

Figura 25. Papéis e Responsabilidades

QUEM	RESPONSABILIADE
Comitê de Qualidade e Assistência (CQA) Mesa Diretora	Aprovar direcionadores estratégicos e metas contratadas
	Avaliar o desempenho dos indicadores estratégicos, as ações estabelecidas e as propostas de melhorias verificando o alinhamento destes com a missão e visão da instituição.
Diretor Geral	Fornecer os direcionamentos estratégicos e acompanhar os resultados
	Apoiar a gestão dos riscos, estabelecendo a contratação de metas estratégicas e assegurar recursos para a qualidade e segurança.
Diretores	Consolidar a gestão de Segurança, garantindo a evolução da maturidade de suas equipes.
	Estruturar equipes qualificadas e supervisionar a estratégia e aspectos operacionais da gestão de riscos em toda a organização.
	Definir e acompanhar o planejamento e plano de Segurança, organizando recursos e acompanhando sua evolução.
Diretores Técnicos	Fazer cumprir os parametros de segurança, em todas as operaçoes tecnicas da SBIBAE.
	Deliberar sobre proibiçoes, sançoes e interdiçoes, caso haja comprovaçao de falta grave no cumprimento de padrões de segurança, que imponham aumento do risco, de maneira injustificável, à segurança de pessoas.
	Encaminhamento de processos as comissoes de éticas, quando a analise de casos de eventos adversos apontarem para a contribuição decisiva de fatores humanos no desfecho para o paciente ou colaborador.
Médicos do corpo clínico	Compromisso em seguir normas e regulamentos institucionais para a segurança
	Assegurar que os processos segurança sao cumpridos por todos os profissionais que compõem sua equipe
	Estimulo a notificaçao de incidentes e a participaçao ativa nas açoes de melhoria da segurança
Liderança	Estimulo a notificaçao
	Reporte ao Sistema de Gestao de Segurança sobre o desenvolvimento, progresso e desempenho da segurança dentro da sua esfera.
	Assegurar que as Politicas e Procedimentos relacionados a segurança do paciente, colaborador e ambiente, assim como o gerenciamento dos riscos sejam implantados.
	Consecuçao de açoes de melhorias para mitigaçao ou eliminaçao dos riscos.
	Disclosure imediato, segundo procedimento especifico.
Equipe de Gestão da Segurança do Paciente, Colaborador e Ambiente	Definir politicas e procedimentos para a SBIBAE.
	Executar todas as investigaçoes e analises dos eventos adversos graves, catastróficos ou never events.
	Definir e aplicar metodos de analise de riscos na SBIBAE, em parceria com a Diretoria de Auditoria, Gestão de Riscos e Compliance
	Definir capacitaçao das lideranças e colaboradores nas principais competencias para segurança
	Definir estrategias para comunicaçao sobre riscos e lições aprendidas para segurança
	Definir e implantar praticas de segurança na SBIBAE
	Monitorar e definir açoes de melhorias sistemicas
Todos os colaboradores, terceiros e prestadores de serviços	Compromisso em seguir normas e regulamentos para segurança institucionais
	Zelar pela sua segurança, de seus colegas e pacientes, mantendo atitude segura na execução de suas tarefas.
	Notificar incidentes, acidentes ou condiçao insegura em seu ambiente ou processo de trabalho.
	Colaborar com todas as iniciativas para melhoria dos processos, com vistas a garantir a segurança das pessoas e do ambiente.

Cópia Controlada

Ainda em Segurança do Colaborador e do Ambiente, a evolução do Sistema é determinada e acompanhada pelos Comitês Estratégicos de Segurança e Saúde do Colaborador e do SGI com a participação da alta direção

e áreas estratégicas. Para os demais líderes, o sistema é comunicado e trabalhado com o Comitê Mensal de Saúde e Segurança do Colaborador e SGI para Líderes, sob a liderança da gestão das áreas de Segurança e Saúde do Colaborador e SGI.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

RDC 36 - 14 de novembro 2013

RDC nº9 - 2013/Anvisa

ABNT/NBR/ISO31000 – referenciada para a estrutura de gerenciamento de risco na instituição

Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais – 7ª edição - 2021

CAP - Certificado de Aptidão Profissional dos Técnicos de Segurança do Trabalho

Acreditação AABB

Manual de gestão ambiental da SBIBAE

Comunicação, registro e investigação de incidentes com e sem lesão – norma interna

Política de Gestão Integrada – norma interna

Normas regulamentadoras (NRs)

Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA No 05/2019

Cópia Controlada

Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 03/2021 – Dispõe sobre práticas seguras para a prevenção de lesões e óbitos de pacientes associados a choques elétricos durante a assistência em serviços de saúde: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-03-2021-gvims-ggtes-anvisa-praticas-seguras-para-a-prevencao-de-lesoes-e-obitos-de-pacientes-associados-a-choque-eletrico-durante-a-assistencia-em-servicos-de-saude/view

Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 09/2020 - Dispõe sobre práticas seguras para a prevenção de suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido em serviços de saúde: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-09-de-2020.pdf/view

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Os registros e informações relacionados à tratativa dos eventos para fins de rastreabilidade ou revisão dos casos estão disponíveis nos órgãos competentes, a saber:

Relatórios de investigação, análise de causa raiz e plano inicial de ações de todos os eventos sentinelas e *never event* investigados. Local: drive de rede: drive de rede: dpaqs (\\arqsv0) - Responsabilidade: NSP

Informações de eventos de menor gravidade são disponibilizados às áreas e compõem as análises para comitês deliberativos, se pertinente. Local: drive de rede: drive de rede: dpaqs (\\arqsv0) - Responsabilidade: NSP e tríades

Apresentações dos Comitês de Segurança que têm como público alvo as lideranças, corpo clínico e multiprofissional da instituição. Local: drive de rede: drive de rede: dpaqs (\\arqsv0) - Responsabilidade: NSP

Comissão de Óbitos, Ética, Infecção Hospitalar e reuniões de Gerenciamento de Risco Legal. Local: drive de rede próprios de cada departamento - Responsabilidade: comissões específicas, equipe GR-Jurídico.

Base de dados com todas as informações sobre notificações feitas no sistema SINAPSE. Local: drive de rede: drive de rede: dpaqs (\\arqsv0) - Responsabilidade: NSP

Indicadores de segurança do paciente e colaborador e ambiente - Local: publicados mensalmente para a liderança pela equipe da epidemiologia e equipes específicas **-** Responsabilidade: Epidemiologia, equipe GSVR, SCIH, programas gerenciados (cardiologia, sepse, neurologia e diabetes), Segurança e Saúde do Colaborador, entre outros. Os Indicadores de segurança e saúde do colaborador são publicados periodicamente para a liderança pela equipe da Segurança e Saúde do Trabalho nos comitês estratégicos com a alta direção e com as demais lideranças. Estes resultados também são apresentados, onde aplicável, nos comitês locais e nas reuniões da CIPA.

Cópia Controlada

Apresentações dos Comitês de Saúde e Segurança do Colaborador e SGI para Líderes que têm como público alvo as lideranças, corpo clínico e multiprofissional da instituição - Local: material disponível na intranet no link de Segurança do Colaborador - Responsabilidade: equipe da Segurança e Saúde do Trabalho, Meio Ambiente e Sustentabilidade

Apresentações dos Comitês Estratégicos do SGI - Local: material disponível em diretório específico na rede - Responsabilidade: equipe do SGI

Investigações de Incidentes com Colaboradores - Local: registros físicos na área da Segurança do Trabalho; notificações no Sinapse e demais informações associadas no SAP - Responsabilidade: equipe de Segurança do Trabalho

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

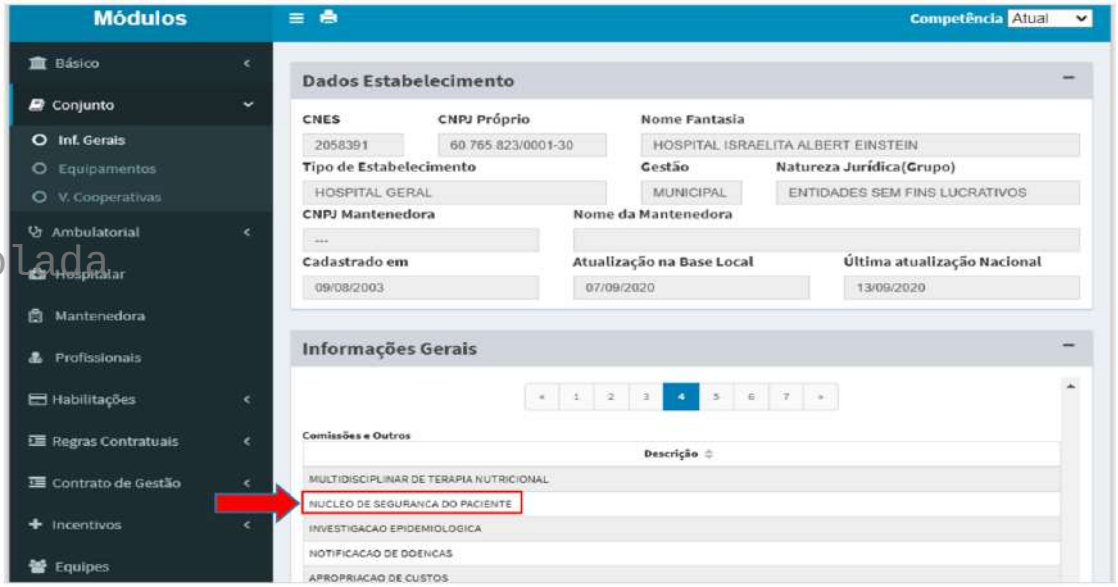
Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

Indicadores de desempenho estratégicos são propostos pela Diretoria Geral da Sociedade, validados no Comitê de Qualidade e Assistência e TI (CQA) e contratados com a liderança. Eles são monitorados, sistematicamente, e as variações significativas são discutidas com o Comitê Executivo (COMEX) e Lideranças para ações e recomendações. Prioridades identificadas pelo COMEX são encaminhadas ao Board/CQA para informação e acompanhamento.

11. ANEXOS

Print da página da internet em que consta a inscrição do núcleo de segurança do paciente no cadastro do CNES

Fonte: http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/infGerais/3550302058391



Cópia Controlada

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual de Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais – 7ª edição - 2021

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Política de Erro de Medicação e Monitoramento
Procedimento Diagnóstico, Conduta, Prevenção das Reações Transfusionais
Protocolo de Manejo da Icterícia Neonatal
Avaliação de Risco Psiquiátrico e Gerenciamento de Pacientes em risco de suicídio e/ou automutilação
Procedimento do processo comunicação *disclosure*

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

Procedimento para resolução de conflito na assistência ao paciente

Manual da Qualidade da Sociedade

Manual de Gestão do Sistema de Gestão Integrado

Manual do Sistema Einstein de Segurança e Saúde do Colaborador – SESSCO

Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes com e sem lesão

Procedimento para elaboração do Programa de Gerenciamento de Riscos

Regras Gerais para atividades Médicas

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

Rosane Oliveira Simoes - 26/04/2023 - 14:39
#Maio/21: atualização da estrutura do documento e informações relacionadas à organização da Gestão da Segurança e Vigilância dos Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

Rosane Oliveira Simões (17/05/2021 06:10:41 PM) - Revisado os elementos da política de acordo com o novo manual da JCI 7ª edição

Rosane Oliveira Simoes (31/08/2021 01:49:32 PM) - Alguns elementos de redação do texto foram modificados para maior clareza e encadeamento lógico do conteúdo. Realizadas ajustes de digitação e formatação. Em REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS alterada a descrição em inglês do Manual da JCI para a versão em português. No documento foi inserido sub item, mencionando os novos requisitos previstos no Capítulo FMS do Manual da JCI, referente à integração das análises de riscos para os 8 programas
Rosane Oliveira Simões (26/04/2023) - Ajustes da lista que compõe os never event na SBIBAE #

Cópia Conferida

Versão: 8 - Elaborado em: 26/04/2023 14:39:07 - Aprovado em: 28/04/2023 08:54:08 2020

Título: Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente

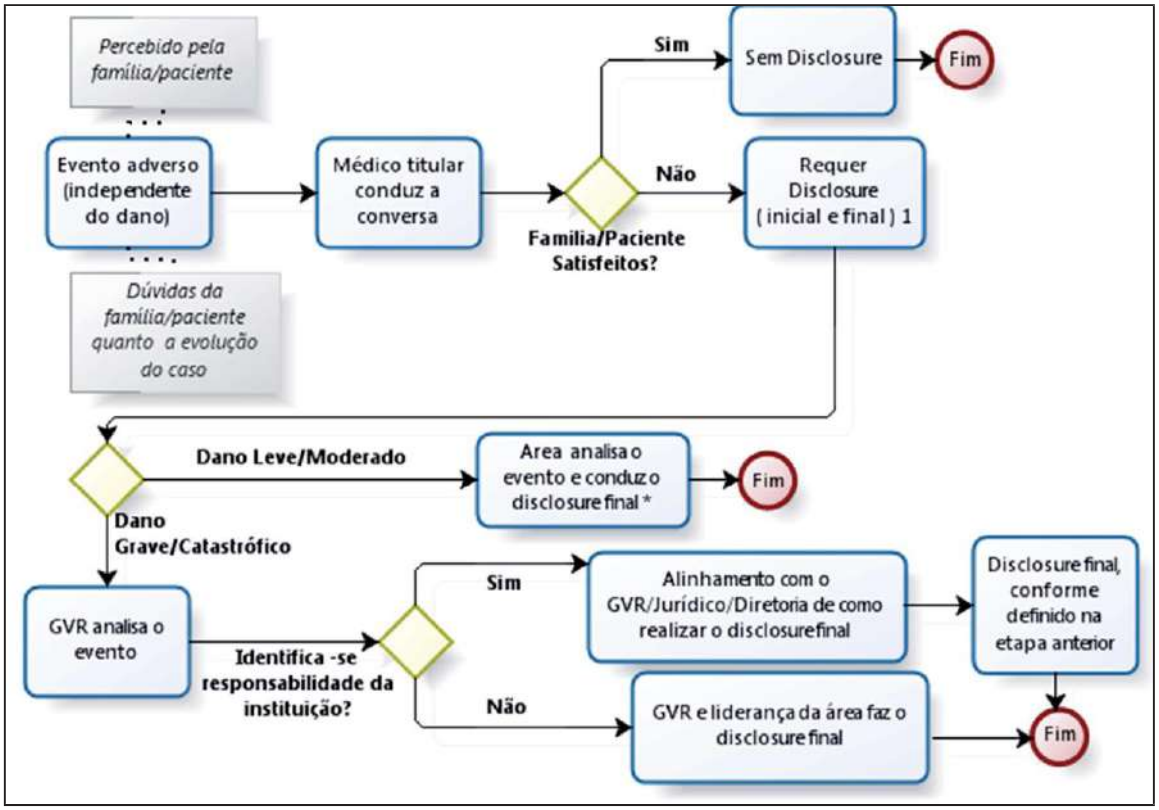
Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.02 Segurança do Paciente - Gestão Proativa e Reativa de Riscos

Data	Evento de assinatura	Usuário
02/09/2021 20:23:59	Criado por	DM User
26/04/2023 14:39:07	Atualizado por	Rosane Oliveira Simoes
27/04/2023 09:02:01	Aprovado por	Eliezer Silva
28/04/2023 08:53:37	Aprovado por	Henrique Sutton de Sousa Neves

Cópia Controlada

1. PROCEDIMENTO DE DISCLOSURE

O ***disclosure*** é um processo de comunicação aberta para o compartilhamento de informação com paciente e família, após a revisão de todos os fatos identificados no evento adverso/acidente ocorrido, com todos os profissionais envolvidos e a revelação do evento ocorrido. A instituição busca manter o exercício da prática de ***disclosure***, visando demonstrar respeito, honestidade e transparência de propósitos da organização para com os pacientes e profissionais, seguindo alguns critérios conforme fluxo abaixo:



Descritivo:

- Quando o evento é percebido pelo paciente/família, o médico titular já conduziu a conversa inicial e a família está satisfeita e segura com as explicações, **não há nova** abordagem à família pela instituição.
- Quando o evento é grave/catastrófico e, após análise, identifica-se que **houve responsabilidade** da instituição no evento, o ***disclosure*** final é conduzido pelo GVR, em até 45 dias, após alinhamento com o GR jurídico e Diretoria, se aplicável.

- Quando o evento for de severidade menor (leve e moderado}, o ***disclosure*** (inicial e final} deve ser conduzido pela liderança da área, fornecendo o suporte institucional para manejo da complicação.

Quando cabe a interface com jurídico:

- Os casos que são identificados (SAC, diretoria, liderança, eventos adversos, mídias, etc} com algum tipo de risco jurídico e/ou de imagem, são discutidos no GR jurídico para alinhamento da condução junto às áreas, com suporte do departamento jurídico da instituição.

- Os casos graves/catastróficos também devem estar na pauta deste fórum para definição do conteúdo do disclosure, bem como os responsáveis por conduzirem esta conversa com o paciente/família.

Há duas etapas de *disclosure* (inicial e final).

O inicial deve ser feito pela **liderança da área** seguindo as orientações:

- Prazo: 24h após o evento ou no ato do evento, se aplicável
- Identificar os fatos conhecidos sem aprofundar nos motivos pelos quais ocorreram (investigação posterior}. Não discutir hipóteses!
- Não utilizar a palavra ERRO
- Explicar as medidas adotadas para minimizar o dano e os próximos passos (terapêutica, prognóstico}
- Verificar a necessidade de suporte psicológico ao paciente e familiares
- Se for EAG (grave ou catastrófico}, informar que nova reunião com um grupo institucional acontecerá em até 45 dias, fornecendo um meio de contato

O *disclosure* final é aplicável para eventos que demandem uma investigação mais detalhada do caso, bem como os EAGs.

Para casos **"difíceis",** em especial os com **dano grave/catastrófico,** em que **não houver consenso** entre médico titular, jurídico e análise dos pareceristas, quanto ao formato do *disclosure* final, uma "**mesa de crise"** deverá ser formada; envolvendo o CEO, diretoria, liderança da área envolvida, médico titular (se aplicável} e o jurídico, para definição do formato do EAG e os responsáveis por dar a devolutiva ao paciente/família.

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

INTRODUÇÃO

Essa política visa estabelecer diretrizes de diagnósticos e condutas para pacientes internados no HIAE em quaisquer de suas dependências físicas da Unidade Morumbi - HIAE e IIEP com sangramento ativo ou choque hemorrágico.

O ***Código Hemorrágico*** consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais no paciente adulto associadas a sangramento, com critérios previamente estabelecidos, que permitirá ao profissional de saúde (médicos e/ou enfermeiros), acionar uma equipe treinada para a melhor condução do caso no HIAE assim como todos os serviços necessários para o manejo do sangramento em tempo hábil, com o objetivo de rápida resolução do quadro e modificação da evolução em direção a desfechos favoráveis.

OBJETIVO

Assegurar que qualquer paciente admitido e ou utilizando as dependências físicas da Unidade Morumbi - HIAE e IIEP sejam devidamente identificado e tratado na vigência de emergências e urgências, mesmo na ausência de seu médico titular e independente de sua anuência.

Cópia Controlada

Garantir a identificação precoce de pacientes com suspeita de sangramento ou em sangramento ativo com práticas e condutas médicas bem estabelecidas de acionamento de equipes, setores envolvidos direta ou indiretamente na assistência dos pacientes.

DEFINIÇÕES

O reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros hemodinâmicos ou de perfusão do(s) paciente(s) adulto(s) associadas a sangramento ou com alto grau de suspeição criará o acionamento de um fluxo institucional cujas ações e medidas visam o rápido diagnóstico e resolução do foco de sangramento.

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Essa politica aplica-se a todos os pacientes adultos com sangramento agudo ou suspeita de sangramento com instabilidade hemodinâmica:

- PAS < 90mmHg após 500ml de ressuscitação volêmica
- PAD < 60mmHg após 500ml de ressuscitação volêmica
- FC > 110bpm após 500ml de ressuscitação volêmica
- Palidez cutânea **associada aos fatores acima**
- Diagnóstico de sangramento por imagem
- Resultado de Pânico em exames de coagulação

RESPONSABILIDADES

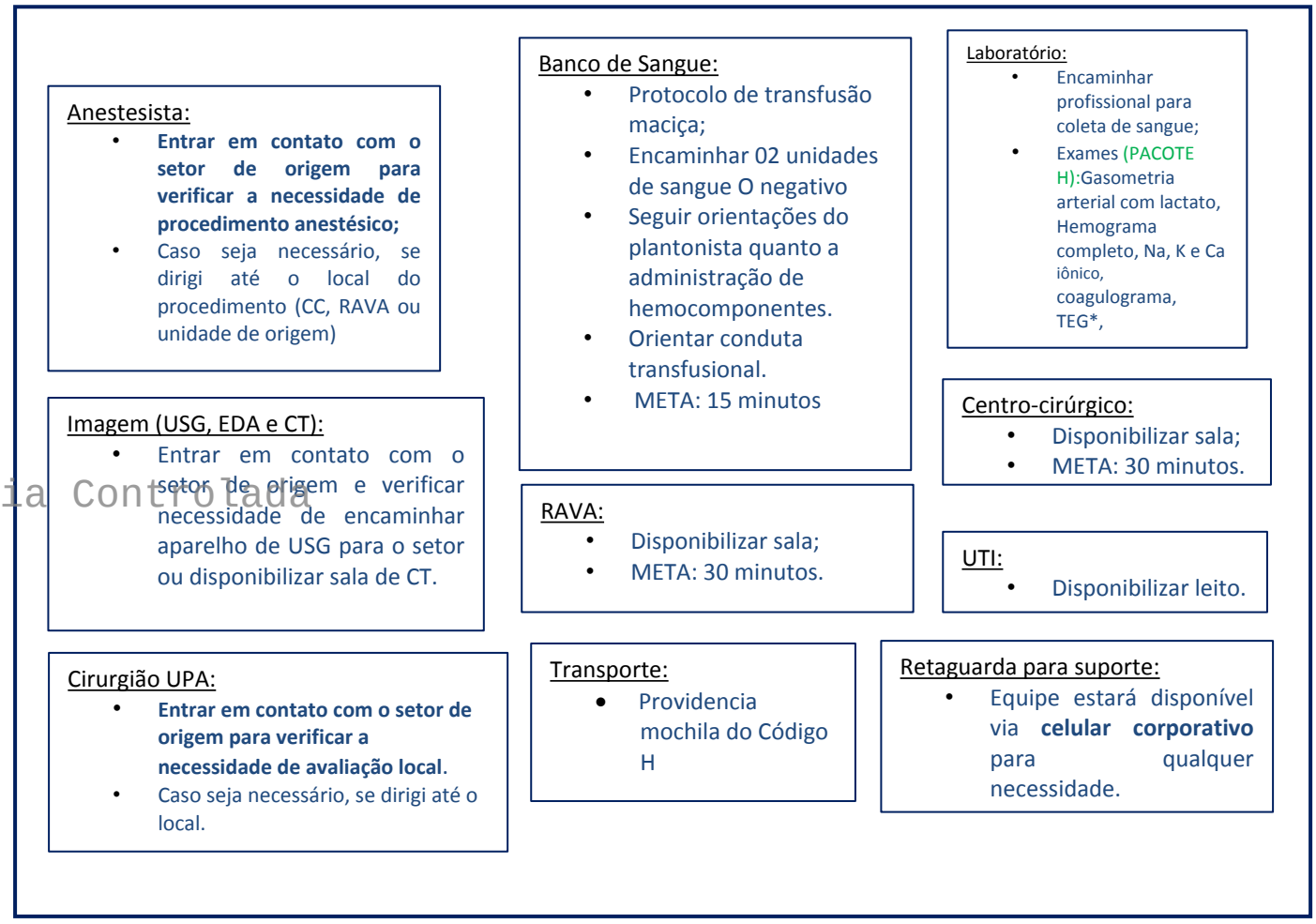
Cópia Controlada

O **Código H** deve ser acionando após avaliação do médico que estiver atendendo o código amarelo ou durante plantão no CTI. O acionamento se faz pelo 7055 +1 do telefones cadastrados no sistema de emergência identificados nas unidades. Exclusivamente no CC quando o paciente estiver em sala operatória, a enfermagem pode acionar o código H se a equipe médica em sala não controlar a instabilidade em até 20 minutos. O código amarelo pode ser acionado também se necessário.

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Após o acionamento algumas áreas recebem simultaneamente o chamado e devem seguir metas para atender as demandas estabelecidas:



Cópia Controlada

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Agentes	Descrições das Atividades
Médico Plantonista	• Identifica sangramento agudo ou suspeita de sangramento e solicita que acionem o **Código H – 7055 + 1** • Realiza avaliação clínica da gravidade; • Proceder ABCD do atendimento paciente crítico; • Expansão volêmica: 500 a 1000ml de cristalóide; • **Se sangramento cirúrgico: priorizar transporte para o CC ou RAVA (META para disponibilizar sala 30 minutos)** • **Se sangramento não cirúrgico: priorizar transporte para a UTI** • Garantir sangue *O negativo* ou tipado sangue específico (02 unidades) - META do banco de sangue para disponibilizar as bolsas 15 minutos • Avisar ao médico titular se possível o destino do paciente; • Ativa PowerPlan do Código H
Enfermeiro da Unidade	• Parar ou suspende drogas anticoagulantes/ antiagregantes/ fibrinolíticos; • Providencia o carro de emergência e monitorar o paciente • MOV: Monitor; Oxigênio e Veia calibrosa (Jelco 16 ou 14); • Verifica SSVV de 5/5min • Realiza glicemia capilar 1x; • Promover aquecimento do paciente (manta térmica imediata ou infusão de solução fisiológica aquecida) • Providencia Ranger * • Realiza dupla checagem para coleta de tipagem com o profissional do laboratório - Impresso disponível na pasta do CE • Encaminhar amostras do banco de sangue pelo tubo pneumático estação 43 ou 123 a depender do modelo disponível na unidade. • Passar informações necessárias para as áreas que entrarem em contato após acionamento do Código H • Ativa Power Plan do Código H para co-assinatura médica

Cópia Controlada

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Transporte	• Direciona-se até a unidade com a mochila do código h **Conteúdo da mochila:** INSYTE AUTOG ORN 14GAX1.75IN INSYTE AUTOBLOOD CONT16G Cateter Introcan SAFETY 18G CURTO PELICULA FENEST CATETER 6,5X7 SERINGA DESC 10ML LUER LOCK AGULHA ROMBA DESC 25X12/1.20X25 EQUIPO MACROGOTA S/INJ 1.40M EQUIPO FOTOSS INFUSOMAT SPACE EQUIPO AQ SAN FL ALT FLUXO 24355 CONECTOR MICROCLAVE CLEAR COMPRESSA GAZE EST 13 FIOS PCT 10 LUVA ESTERIL 7.5 SERINGA INSULINA SAFETYGLIDE 1ML AGULHA DESC 30X7/0.70X30 CONECTOR NEUTRON 011NC100 KIT MONIT COMPLETO MONONYLON 3.0 AG 2.4PS P1663T PELIC S/FENESTRA CAT 10CMX12 TORNEIRA DS 3 V LUER CONJ MON PRESS ARTERIAL 3FR CONJ MONIT PRESS ARTERIAL 4FR MANTA TERMICA ADULTO BPS210 RINGER LACTATO SODIO FR 500M CLOR CALCIO 100MG/ML AP 5ML SORO FISIOLOGICO FR 100ML PVC BIC SODIO 8,4% SO FR250ML NOREPINEFRINA 1MG/ML AP 4ML GLICOSE 5% SO FR 250ML XYLESTESIN 2% S/VASO FAP 20ML SORO FISIOLOGICO FR 250M Rioex DEGERMANTE 2% 100ML RIOEX ALCOOLICO 0,5% 100ML ***Validade dos itens verificados mensalmente pela farmácia satélite**

Cópia Controlada

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

***Localização do RANGER**

Intermediário 1, bloco A1

10° andar, bloco A

8° andar, bloco A

UTI 5° andar, bloco A

UTI 3° andar bloco A

8° andar, bloco D

CC 5º D

CC I4

OBJETIVOS GERAIS DURANTE O ATENDIMENTO

- Temperatura: 35,7- 37°C
- Cálcio: repor cloreto de cálcio 02 ampolas + SF 0,9% 100ml a cada 02 bolsas de qualquer hemocomponentes;
- Acidose: objetivo pH 7,35-7,45 (evitar bicarbonato; considerar DVA mais precocemente)
- Bicarbonato de sódio 8,4% (se pH<7,1 e/ou Bic<12): administrar 1 meq/Kg;

Cópia Controlada

Hemodinâmica:

- PAM 65mmHg: população geral (hipotensão permissiva PAM 50 mmHg)
- PAM 90 a 100mmHg: Neurológicos agudos (se HIC) sem PIC

Sanguíneo/coagulação:

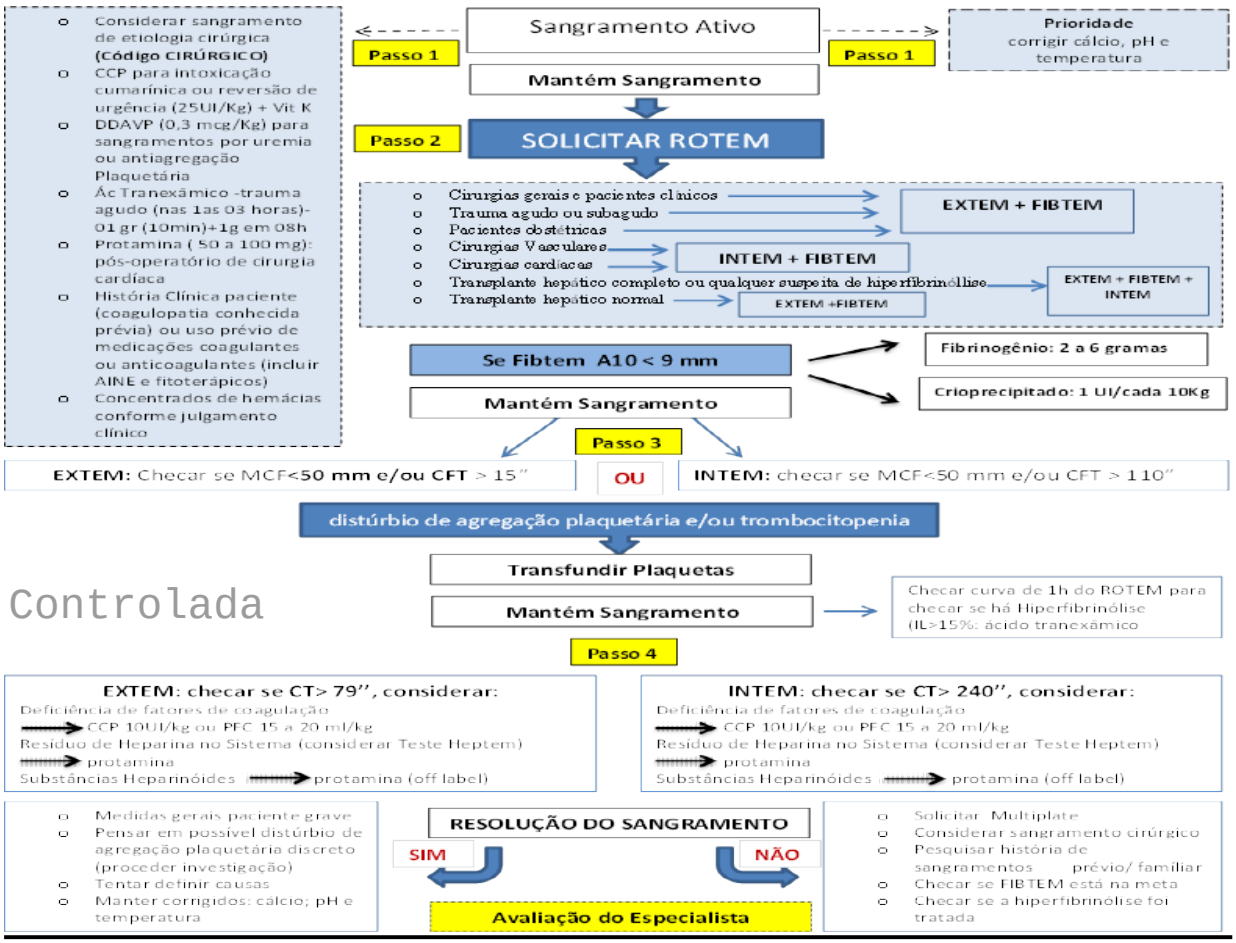
- População geral: Hb entre 7 e 8mg/dl
- Neurológicos agudos: Hb entre 9 e 10mg/dl
- Corrigir Coagulação com Rotem (Fluxo 1) – Acionar Risco de Sangramento (Especialista)
- Indicar transfusão maciça na impossibilidade de guiar por trombo e quando necessário

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Fluxo 1 - Algoritmo Transfusional para Sangramento Ativo Guiado por Trombo

Arquivo para impressão, clicar no link para abrir: Algoritmo_Transfusional_para_Sangramento_Ativo_-_Guiado_por_trombo.pdf



Cópia Controlada

Legenda:

CP - Complexo protrombinico **DDVAP- Desmopressina**

CFT - Clot Formation Time **MCF – Maximum Clot Firmness**

CT – Clotting Time **IL – Index Lysis**

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Fluxo 2: Transfusão Maciça - Banco de Sangue

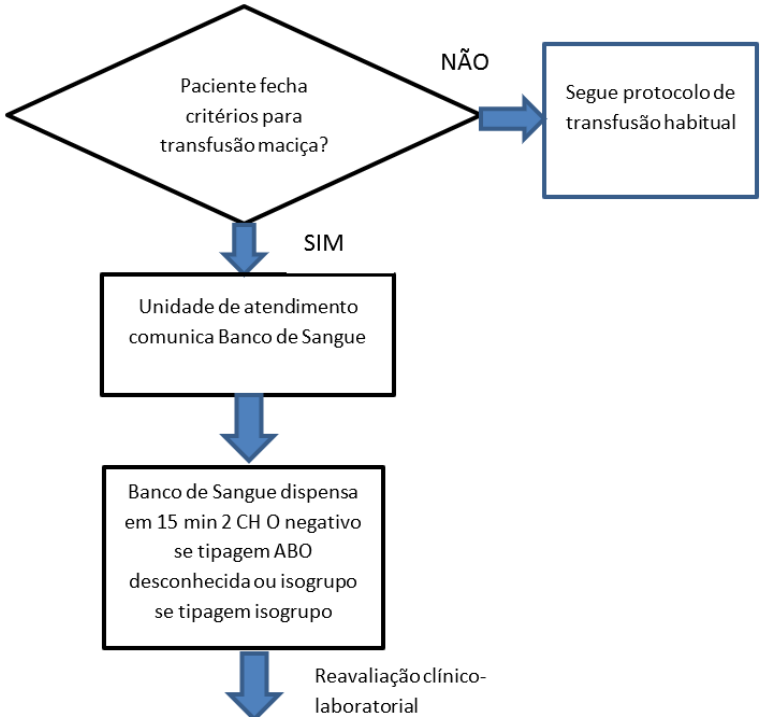
Metas:

- Monitoramento de temperatura, pH e cálcio iônico

-Administração de ácido tranexâmico 1g em 10 min e após 1g após 8h (a primeira dose DEVE ser feita em ATÉ 3 horas da injúria)

-Reavaliação com parâmetros hematimétricos a cada intervenção (Hb, plaquetas, TP/TTPA, fibrinogênio e tromboelastografia)

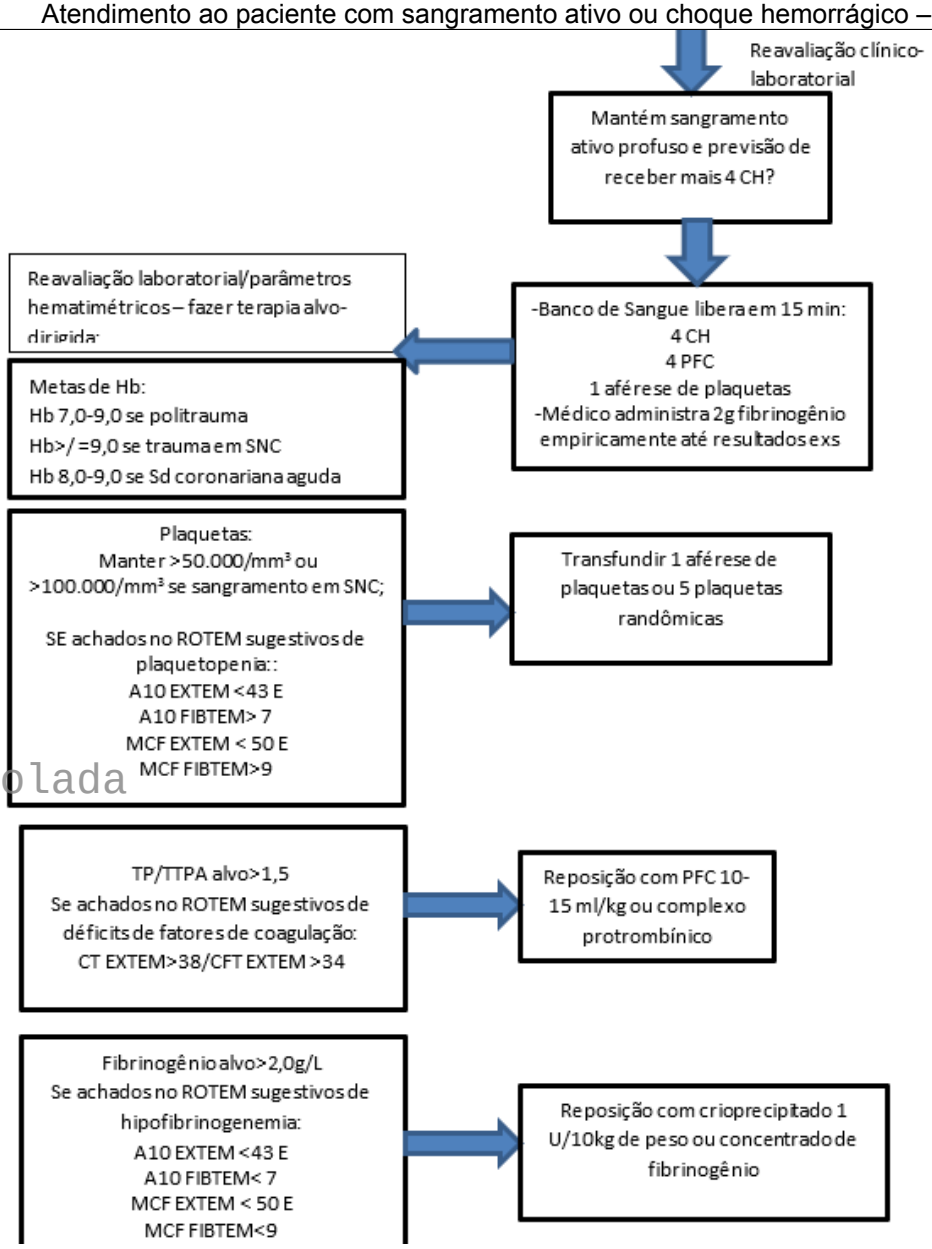
-Ausência de coagulopatia em exs laboratoriais: verificar sangramento de causa cirúrgica



Cópia Controlada

Continua:

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H



Cópia Controlada

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

1. *Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.*
2. Manual de Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais – 7ª Edição:

   Padrão COP.3.2: O corpo clínico é treinado para reconhecer e responder a mudanças na condição de um paciente.

   Padrão COP.3.3: Serviços de ressuscitação estão disponíveis em todo o hospital.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

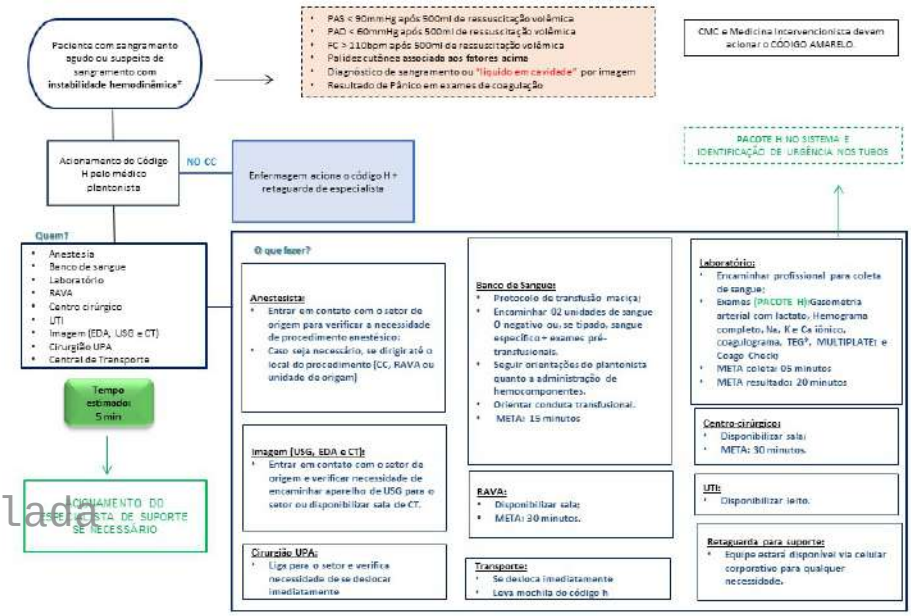
Indicadores:

1. Intervalo entre o acionamento e a chegada dos serviços à unidade
2. Taxa de mortalidade dos pacientes atendidos
3. Taxa epidemiológica das principais causas de sangramento atendidas pelo código

Cópia Controlada

ANEXOS

Fluxo de Atendimento do Código H



CLICK PARA ABRIR: Fluxo_cógigo_H_2021.pdf

Cópia Controlada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rohde JM; Dimcheff DE;Blumberg N; et al. HealthCare–Associated Infection After Red Blood Cell Transfusion. A Systematic Review and Meta-analysis; JAMA. 2014;311(13):1317-1326. doi:10.1001/JAMA.2014.2726
2. Goodnough LT, Spain DA, Maggio P. Logistics of transfusion support for patients with massive hemorrhage. Curr Opin Anaesthesiol 2013; 26: 208–14.

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

3. Yücel N, Lefering R, Maegele M, et al; Polytrauma study group of the German Trauma Society. Trauma Associated Severe Hemorrhage (TASH)-Score: probability of mass transfusion as surrogate for life threatening hemorrhage after multiple trauma; J trauma. 2006 jun;60(6):1228-36; 1236-7
4. Johansson PI: Goal-directed hemostatic resuscitation for massively bleeding patients: the Copenhagen concept. Transfus Apher Sci 2010, 43(3):401-405.
5. Schochl H, Nienaber U, Hofer G, et al: Goal-directed coagulation management of major trauma patients using thromboelastometry (ROTEM)-guided administration of fibrinogen concentrate and prothrombin complex concentrate. Crit Care 2010, 14(2):R55.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Código Amarelo Adulto - Morumbi

Código_Amarelo_Adulto_Morumbi.pdf

Código Cirúrgico- Morumbi

Código_Cirúrgico_Morumbi.pdf

Cópia Controlada

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Nova documentação, elaborada com a participação de:

- João Carlos de Campos Guerra – Médico Hematologista do Laboratório
- Roseny dos Reis Rodrigues - Médica Terapia Intensiva
- Felipe Maia de Toledo Piza - Médico Terapia Intensiva
- Tomaz Crochemore - Médico Terapia Intensiva
- Fernanda Paulino Fernandes – Consultora de Praticas - DPAQSMA - Gerenciamento e Vigilância do Risco
- Camila Bertozzi de Oliveira – Analista de Práticas - DPAQSMA - Gerenciamento e Vigilância do Risco
- Jean Carlo Rodriguez Pegas – Médico DPAQSMA - Gerenciamento e Vigilância do Risco
- Ana Paula Hitomi Yokoyama – Médica Hemoterapia

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Michele Jaures (30/05/2016 04:46:59 PM) - Primeira versão do documento

Michele Jaures (22/03/2018 08:22:12 PM) - Ajustes nos anexos e inclusão das versões para impressão dos fluxos.

Michele Jaures (25/09/2019 12:50:06 PM) - Inclusão do conteúdo da mochila do código h e localização do ranger

Michele Jaures (23/02/2021 06:13:29 PM) - Atualização do fluxo de transfusão maciça

Atualização da atuação do cirurgião após acionamento do Código H Revisão dos Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais conforme atualização da 7ª Edição

Michele Jaures (08/06/2021 11:50:42 AM) - Ajuste de layout do fluxo de acionamento

Cópia Controlada

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

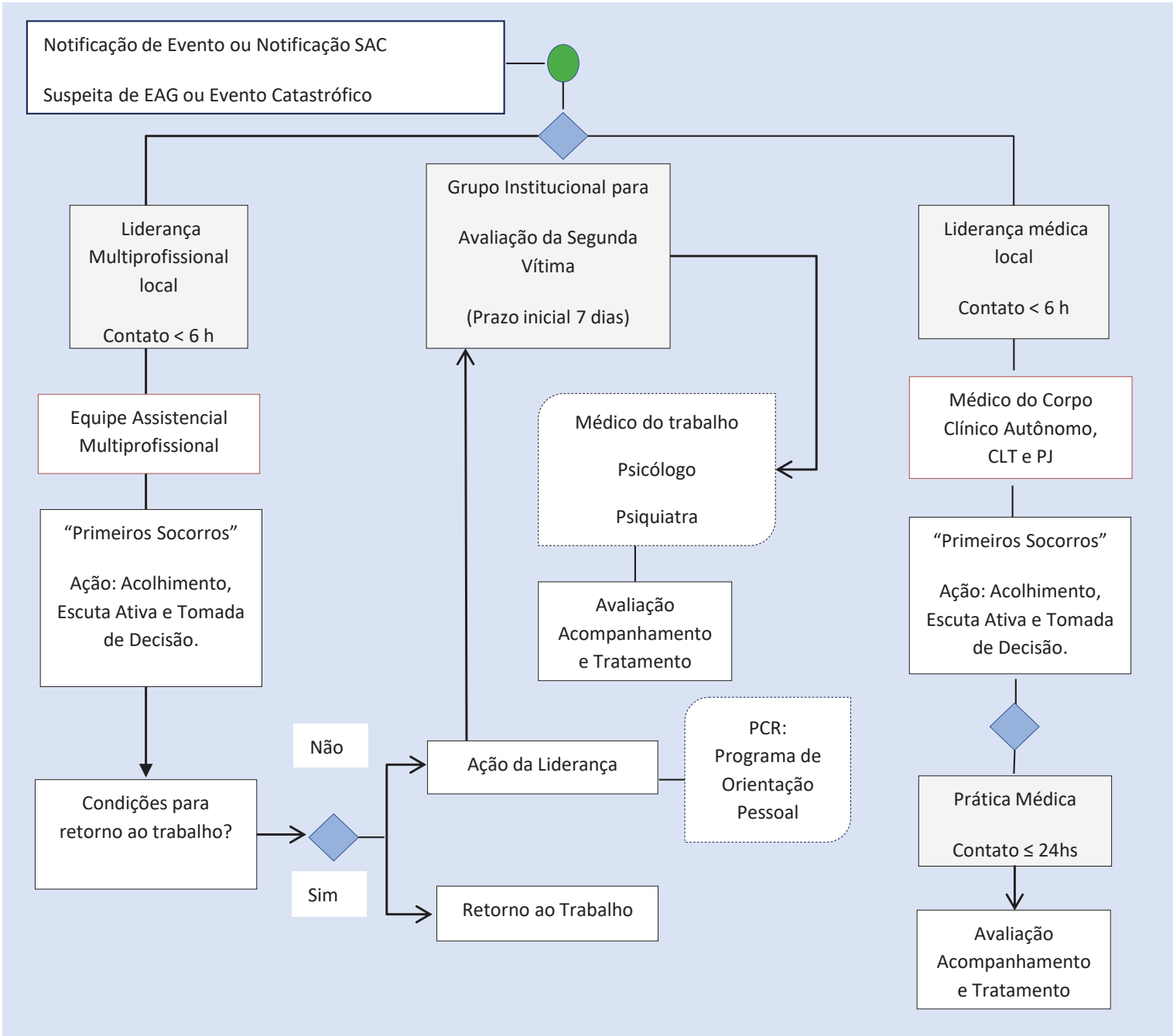
Segunda Vítima

As segundas vítimas são todos os profissionais de saúde (médicos e equipe multiprofissional) que estão envolvidos em um evento adverso imprevisto com consequente dano ao paciente. Considerando que a probabilidade do profissional envolvido vir a sofrer danos físicos e psicossociais é relativamente alta, o amparo e apoio a esse profissional, é primordial para que ele possa retornar às suas atividades, com a segurança necessária.

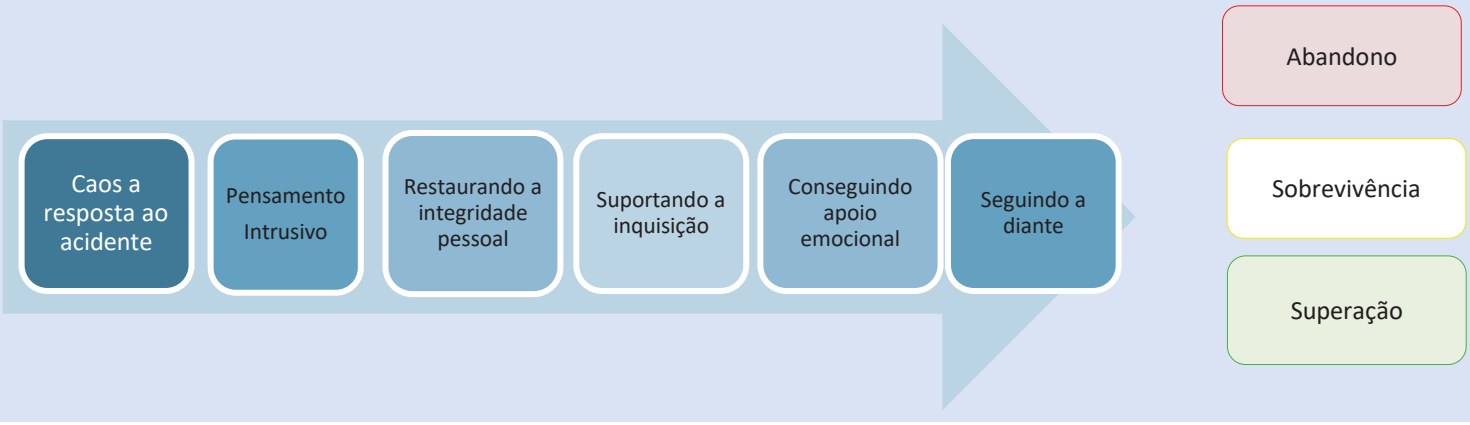
1. OBJETIVO

- Acolhimento do profissional;
- Permitir que os profissionais discutam e compartilhem pensamentos, sentimentos e reações secundárias ao evento adverso;
- Indicar Grupo Institucional (Médico do trabalho; Psiquiatra; Psicólogo) para tratamento e acompanhamento do colaborador;
- Proporcionar valor, qualidade e segurança para o profissional, paciente e Instituição;
- Promover um retorno precoce à produtividade normal .

FLUXO DE ATENDIMENTO A SEGUNDA VÍTIMA



2. TRAJETÓRIA NATURAL DE RECUPERAÇÃO DA SEGUNDA VÍTIMA



3. REAÇÕES COMUNS E SINTOMAS PSICOLÓGICOS

As reações comuns a um evento estressante incluem:	Os sintomas psicológicos associados à segunda vítima incluem:
Distúrbios do sono e / ou distúrbios alimentares	Isolamento
Dificuldade de concentração	Frustração
Dor de cabeça	Medo
Fadiga	Dor e remorso
Diarreia Náuseas ou vômitos	Sensação de desconforto ao retornar ao trabalho
Frequência cardíaca acelerada e / ou respiração	Raiva e irritabilidade
Tensão muscular	Depressão e / ou tristeza extrema
	Dúvidas
	Falta de atenção após um evento clínico estressante

Estado emocional após o evento:

- Indiferença
- Exagerado
- Condizente
- Medo

Exacerbação de queixas físicas:

- Cefaleia
- Taquicardia
- Insônia
- Dificuldade de concentração
- Pensamento intrusivo
- Evitar situações difíceis
- Experiência prévia

5. MODELO INTERVENCIONAL DE TRÊS NÍVEIS DE SCOTT SUPORTE À SEGUNDA VÍTIMA

ANEXOS – CHECK LIST DA LIDERANÇA

Ação	Data	Observação
☐ Escuta e acolhimento do colaborador ☐ Explicar como a instituição aborda os eventos adversos de modo não punitivo, mas oferecendo apoio com o foco em oportunidades de melhoria no processo e na maior segurança do paciente e colaborador. ☐ Buscar entender como o evento está afetando o colaborador pela perspectiva dele, quais são suas preocupações, como sua rotina pessoal e profissional está sendo afetada. ☐ Como você está se sentindo? ☐ Você está preocupado com algo? ☐ O evento está afetando sua rotina de alguma forma? ☐ Há algo que possamos fazer para lhe ajudar?		
☐ Oferecer suporte e explicar os canais de apoio institucionais: ☐ POP (0800-772-4567) 24hx7 – solicitar autorização do colaborador para repassar seu número telefônico ao serviço para que os mesmos façam contato ☐ Orientação psicológica por telefone e presencial ☐ Orientação jurídica (advogado) ☐ Orientação financeira e de serviço social ☐ Tríade do Cuidado – Atenção Primária (médico de família, enfermeira, e coordenador do cuidado) associados, se necessário: ☐ Psicóloga Cuidar ☐ Psiquiatra Cuidar a. Rede Sompo ☐ Rede de Psicologia ☐ Rede de Psiquiatra		
☐ Verificar se o colaborador relata ter condições de manter suas atividades laborativas ou se é necessário afastamento temporário. ☐ Se necessário afastamento, encaminhar à saúde do trabalho.		
☐ Enviar e-mail para a Saúde Mental Cuidar (saudementalcuidar@einstein.br) ☐ A equipe irá monitorar o caso, busca ativamente o agendamento e priorização do atendimento com atenção primária, psicologia e/ou psiquiatria de acordo Com a necessidade do caso.		
☐ Convidar o colaborador a participar do processo de análise do evento		

Referências

[1] Hilfiker, D. (1984). Facing our mistakes. New England Journal of Medicine, 310(2),118-122.
[2] Wears, R.L., Janiak, B., Moorhead, J.C., Kellermann, A.L., Yeh, C.S., Rice, M.M., Jay, G., Perry, S.J., & Woolard, R.(2000). Human error in medicine: Promise and pitfalls, part 1. Annals of Emergency Medicine, 36(1), 58–60.
[3] Scott SD[1], Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. **The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events.** Qual Saf Health Care. 2009 Oct;18(5):325-30. doi: 10.1136/qshc.2009.032870.

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW197.2	Adriana S. Pereira Alfredo Maluf Neto Hélio Minoru Samano Giancarlo Colombo	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	17/03/2021	17/03/2021

ATENDIMENTO COM EVENTOS TRAUMÁTICOS

1. OBJETIVO – POPULAÇÃO ALVO

De acordo com os últimos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), morrem mais de 9 pessoas por minuto decorrentes de eventos traumáticos, sejam eles intencionais ou não, o que corresponde a 5,8 milhões de pessoas de todas as idades e grupos econômicos. O trauma é relevante também quando se analisam custos, pois representa 12% do custo das doenças no mundo. Colisões automobilísticas de forma isolada são responsáveis por cerca de 20 a 50 milhões de lesões significativas e são a principal causa de trauma no mundo. Estima-se que o número de mortes relacionadas ao trauma aumente de forma significativa por volta de 2020, com projeção de aumento de 80% nas mortes devido a colisões automobilísticas nos países com renda baixa ou média e estima-se que neste mesmo período mais do que 1 em 10 pessoas morram por trauma.

O tratamento de uma vítima de trauma grave requer avalição rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida, uma vez que o tempo é essencial, sendo importante uma abordagem sistematizada, que possa ser facilmente aplicada. É fato reconhecido que essa abordagem tem impacto para evolução clínica favorável desses doentes, diminuindo mortalidade, tempo de internação e complicações tardia. A garantia de uma boa assistência às vítimas de trauma transcende a disponibilidade de recursos tecnológicos oferecidos pelo hospital, exigindo equipe multidisciplinar capacitada e preparo organizacional adequado.

A equipe multidisciplinar envolve desde os profissionais envolvidos no atendimento inicial na unidade de emergência (cirurgião, ortopedista, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e funcionários administrativos, entre outros) como também as equipes de retaguarda que garantem a sequência de um bom atendimento.

Quanto ao preparo organizacional, envolve diversos aspectos como: estabelecer critérios de triagem e prioridade de assistência, disponibilizar e coordenar os recursos necessários ao atendimento, facilitar a comunicação entre os diversos setores envolvidos (dentro da própria unidade de primeiro atendimento e demais setores no hospital), dentre outros.

A presente diretriz de assistência ao politraumatizado tem por objetivo primordial oferecer segurança a todos os pacientes traumatizados admitidos no Hospital através dos seguintes tópicos:

- Estabelecer critérios de triagem com base na gravidade e complexidade;
- Padronizar a abordagem inicial multidisciplinar
- Estabelecer critérios para acionamento de equipes específicas da retaguarda de trauma e demais especialidades relacionadas.

O protocolo de trauma grave está indicado a todos os pacientes com suspeita de trauma grave admitidos no hospital identificados conforme os critérios bem estabelecidos.

2. APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os pacientes vítimas de traumatismo grave são reconhecidos tendo por base 4 principais aspectos, segundo critérios do *American College of Surgeons*: (1) critérios fisiológicos, (2) mecanismo de trauma, (3) critérios anatômicos, (4) critérios especiais 1 (5) critérios especiais 2, (6) critérios de gravidade. Esses aspectos estão detalhados, com adaptação sugerindo pontuação que auxiliará na decisão de acionamento do código ou retaguarda de trauma, podem ser verificados na tabela abaixo.

Tabela 1. Critérios de identificação de paciente com trauma grave e acionamento do código

Critérios Fisiológicos	Score
Pressão arterial inaudível	5
Pressão arterial sistólica < 90 mmHg após 2 litros de cristalóides	4
Pulso > 100 após 2 litros de cristalóides	4
Glasgow < 8	5
Glasgow entre 9 e 12	4
Glasgow entre 12 e 14	3
Frequência respiratória < 12	3
Frequência respiratória > 30	3
Total	
Mecanismo de trauma	**Score**
Acidente aeronáutico	3
Ejeção da vítima do veículo	3
Queda > 6 metros	3
Outras quedas	3
Capotamento com intensa deformidade do veículo comprovada	3
Afogamento	2
Acidente motociclístico > 40 km/h	2
Acidente automobilístico > 70 km/h	2
Acidente de bicicleta (qualquer tipo)	2
Atropelamento	2
Capotamento do veículo	2

Tempo de retirada da vítima da cena > 20 minutos	2
Total	
Critérios anatômicos	**Score**
Evisceração evidente (crânio, abdome ou tórax)	5
Ferimentos penetrantes (FAF ou FAB) em crânio, pescoço ou extremidades proximais ao joelho ou cotovelo	5
Amputação proximal de punho e/ou tornozelo	5
Trauma raquimedular	5
Trauma multissistêmico (+2 sistemas)	4
Fratura de bacia	3
Trauma craniofacial complexo	3
Trauma abdominal	3
Trauma associado a queimadura	3
Paralisia de membros	3
2 ou mais fraturas de ossos longos	3
Total	
Critérios especiais 1	**Score**
Julgamento do emergencista (trauma grave)	5
Transporte aéreo	5
Enfermeiro seriamente preocupado com o quadro clínico do paciente	7
3 ou mais vítimas simultâneas	5
Transferências interhospitalar ou indicação de internação	4
Idade < 5 ou > 65	3
Maior score	
Critérios especiais 2 – escolher apenas a maior	**Score**
Coagulopatia	3
Doença cardíaca ou respiratória	3
Gestação > 20 semanas	3
Imunodepressão	3
Diabetes, cirrose ou obesidade mórbida	3
Uso de anticoagulante	3
Maior score	

TOTAL DE PONTOS	

Critérios de gravidade	TOTAL
Trauma gravíssimo (acionar tecla trauma e retaguarda do trauma)	> 15
Trauma grave (acionar retaguarda do trauma)	7-14
Trauma Duvidoso (fluxo atendimento)	0-6

3. ASSISTÊNCIA AO TRAUMA

3.1 Assistência o paciente com trauma

Os pacientes vítimas de politraumatismo devem ser assistidos na sala de emergência ou sala preparada para atendimento ao trauma conforme a rotina de cada na presença de 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, cirurgião e ortopedistas de plantão, e fisioterapeuta. A assistência inicial a todos os pacientes vítimas de trauma deve ser padronizada atendendo aos preceitos de programas de padronização como ATLS, ATCN e outros.

Na abordagem inicial deve-se considerar todos como vítimas potencialmente graves. Isso garante a segurança de uma abordagem imediata e rápida identificação dos pacientes vítimas de trauma grave, através da identificação dos critérios estabelecidos e descritos neste documento.

3.2 Assistência o paciente com trauma grave

Para o atendimento dos pacientes com suspeita de trauma grave, foi instituído o "código trauma", que tem por objetivo otimizar o atendimento a pacientes com suspeita de trauma grave através de um alerta e comunicação com as áreas estratégicas envolvidas no tratamento de emergência. Tais medidas visam reduzir o tempo até a assistência definitiva desses pacientes garantindo um tratamento eficiente, em todas as etapas.

O médico cirurgião de plantão em conjunto com toda a equipe de emergência deverão prestar assistência ao paciente seguindo a padronização do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) nas decisões de prioridades de assistência e reanimação, envolvendo também o acionamento da retaguarda da cirurgia geral e da ortopedia e, se necessário, neurocirurgia.

Pelo fato de o atendimento definitivo envolver potencialmente múltiplas equipes distintas, definimos queo atendimento ocorre em ondas, assim caracterizadas:

- Onda zero: Equipe presencial
- Onda 1: Equipe de retaguarda da cirurgia
- Onda 2: Equipe de retaguarda da neurocirurgia e ortopedia
- Onda 3: Demais equipes de retaguarda

3.2.1 Particularidades do atendimento ao trauma grave antes da chegada ao hospital

O paciente pode chegar por 03 caminhos distintos:

- Remoção direta pelo resgate ou SAMU ou transporte próprio;
- Transferência inter-hospitalar;

3.2.2 Transferência inter-hospitalar

A porta de entrada para o doente traumatizado transferido de outro hospital deve ser o PA. A transferência poderá ser feita usando o serviço de remoção do hospital ou outro serviço externo.

O setor de internação, ao receber a solicitação de vaga com diagnóstico de politraumatismo, o enfermeiro da internação deverá em todos os casos:

- Checar questões administrativas e possibilidade de vaga;
- Solicitar relatório médico atualizado (com até 24 horas) e confirmar como será feito o transporte;
- Identificar e registrar a equipe médica que será responsável pela internação do paciente, podendo ser:
  - Retaguarda de cirurgia do trauma
- Em ambas as situações, deverá encaminhar o relatório médico do hospital de origem ao cirurgião de plantão, junto com informações de contato da equipe médica que será responsável pela internação do paciente.
- Com todas as informações em mãos, cabe ao cirurgião as seguintes responsabilidades:
- Identificar e preparar junto com a equipe de enfermagem os recursos necessários para receber o paciente (solicitar prontidão de eventuais exames de imagem, centro cirúrgico, hemodinâmica, UTI, etc);
- Definir e fazer contato com equipe médica que ficará responsável pela internação do paciente e, caso não seja a retaguarda do trauma, em se tratando de trauma grave, propor acompanhamento em conjunto.
- Contatar o líder de plantão da UTI para passagem do caso.

4. Acionamento do protocolo de trauma grave.

O protocolo de trauma envolve o acionamento sequencial de vários setores do hospital a fim de facilitar e agilizar o atendimento do doente grave. Durante o atendimento na sala de emergência, cabe ao enfermeiro e ao cirurgião de plantão aplicar os critérios de identificação do trauma grave e, uma vez caracterizado, deve-se decidir por:

- Acionar retaguarda de cirurgia;

- Acionar o protocolo de trauma grave, contactando o centro cirúrgico e anestesista.

O responsável por acionar o protocolo de trauma é o enfermeiro da sala de emergência e o médico cirurgião de plantão e, no momento de confirmarem a elegibilidade do paciente, conforme os critérios estabelecidos e detalhados neste documento. Em casos de dúvidas, deve-se discutir com o cirurgião da retaguarda de cirurgia.

5. Responsabilidades de cada área no atendimento ao protocolo de trauma

A porta de entrada para o paciente traumatizado é o PA. O paciente vítima de trauma grave deverá receber o atendimento inicial conforme as prioridades e condutas preconizadas no ATLS pela equipe de emergência (time presencial, onda zero), composta por:

- Cirurgião plantonista: é responsável pelo atendimento inicial ao paciente seguindo os preceitos padronizados pelo ATLS, até a chegada do cirurgião da retaguarda. Deverá transmitir as informações sobre o quadro clínico para a equipe da retaguarda, para que o mais rápido possível seja providenciado os recursos necessários para o tratamento do paciente. Também irá auxiliar na tomada de decisão quanto à necessidade imediata das equipes de apoio (centro cirúrgico, radiologia, ultrassom, anestesista, banco de sangue, hemodinâmica, UTI, entre outras). Deverá comunicar o familiar sobre a necessidade de inclusão do paciente no protocolo, a fim de garantir sua segurança, respeitando sempre que possível a autonomia do paciente.
- Enfermeiros emergência: é necessária a presença de, ao menos, dois enfermeiros na sala de emergência, que são chamados aqui como "líder" e "assistencial":
  - Enfermeiro líder: deverá assumir a função de coordenar a equipe de enfermagem, recursos necessários para o atendimento do paciente, contato com outros setores de apoio e acompanhamento do protocolo.
  - Enfermeiro assistencial: deverá participar diretamente da assistência ao paciente.
- Enfermeiro sênior/horizontal : tem a função de auxiliar no fluxo de atendimento, seja deslocando profissionais para a assistência na emergência ou retriagem de outros pacientes que aguardam atendimento cirúrgico.
- Técnicos de enfermagem: pelo menos dois técnicos deverão auxiliar no atendimento ao paciente e deverão seguir as orientações do cirurgião e do enfermeiro.
- Fisioterapeuta: deverá contribuir para assistência, especialmente quando indicado algum suporte ventilatório.
- Assistente administrativo: um ou mais funcionários se encarregarão do cadastro do paciente, internação e contato com retaguarda do trauma.
- Ultrassonografia de urgência: deverá dirigir-se a sala de emergência para auxiliar em exame de FAST (*Focused Assessment with Sonografy for Trauma*) quando indicado. Também pode contribuir auxiliando a interpretação de eventuais exames de imagem realizados no atendimento inicial.

Os demais setores e profissionais externos acionados no protocolo de trauma terão as seguintes funções e responsabilidades:

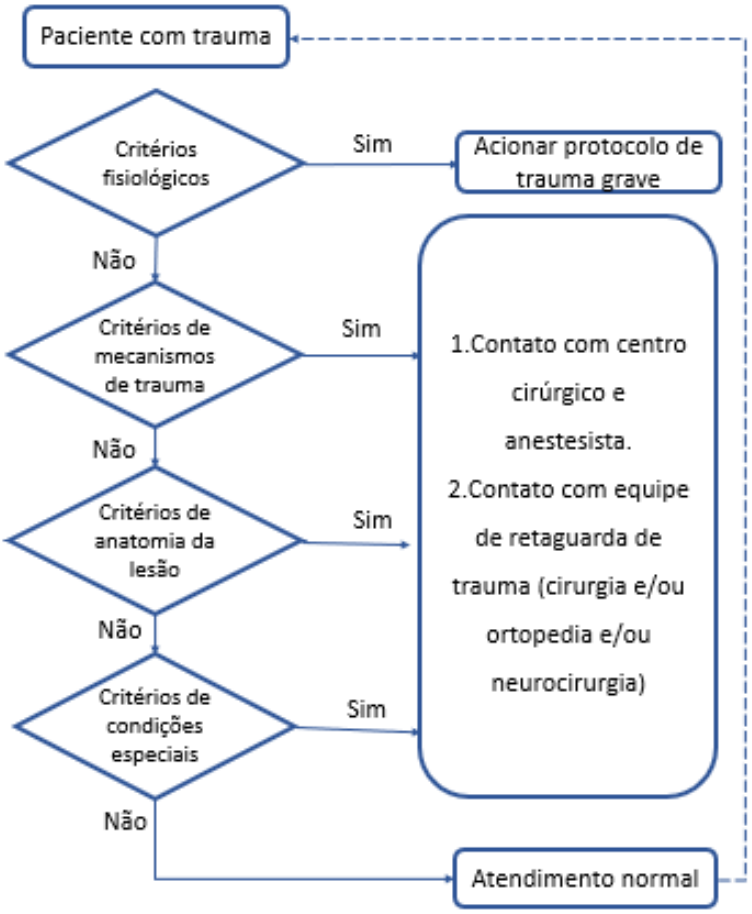
- Ambulância nas unidades avançadas: deverá disponibilizar transporte para transferência rápida à Unidade Morumbi;
- Transporte interno: recebe informação do acionamento do protocolo via ligação e verifica se, naquele momento, precisa de apoio da equipe do transporte. Caso não seja necessária a presença imediata da equipe, o transporte será acionado pela sala de emergência quando necessário e terá o tempo máximo de 06 minutos para chegar até o local.
- Segurança: fica no aguardo de contato telefônico para solicitação do elevador ou do heliponto, quando necessário.
- Tomografia: deverá disponibilizar a sala para exames conforme indicação do médico cirurgião e o radiologista deverá acompanhar o exame em tempo real para auxiliar na interpretação das imagens. A equipe deverá acionar o biomédico para disponibilizar a sala, a tomografia irá aguardar 15 minutos após recebimento reserva de sala, caso neste tempo o paciente não seja encaminhado para realizar o exame, a tomografia irá fazer contato com a sala de emergência para verificar há necessidade ou não do exame.
- Centro cirúrgico: deverá encarregar-se do planejamento para preparo da sala para cirurgia de emergência e fazer contato telefônico com a sala de emergência, para maiores especificações. Ao médico plantonista ou o médico da retaguarda deverá entrar em contato com o agendamento cirúrgico para agendar a cirurgia e o centro cirúrgico deverá aguardar por 01h00 a partir do recebimento do acionamento do protocolo de trauma com a sala da cirurgia pronta para receber o paciente. Caso em 01h00h o paciente não esteja no centro cirúrgico, deverá ser feito contato na sala de emergência para confirmar a necessidade da sala.
- Anestesiologista: recebe a informação do acionamento do protocolo via telefone e deverá entrar em contato com a sala de emergência para verificar se há a necessidade de atuação no encaminhamento para exames e/ou centro cirúrgico.
- UTI: recebe a informação do acionamento do protocolo e deverá verificar os dados do paciente e reservar um leito por 01h00, após o recebimento das informações. Caso não seja necessário o leito de UTI após o tempo estabelecido, a UTI deverá ser avisada pela área de apoio que o paciente estiver alocado.
- Laboratório: recebe a informação do acionamento do protocolo e deverá disponibilizar um funcionário para priorizar resultados dos exames colhidos quando identificado como prioridade (identificados com etiqueta de urgência).
- Banco de sangue: recebe a informação do acionamento do protocolo de trauma por telefone e colhe maiores informações do caso e fornece hemoderivados, conforme indicação do médico cirurgião.

- Hemodinâmica: recebe a informação do acionamento do protocolo de trauma e deverá disponibilizar uma sala para exame de emergência conforme indicação médica.
- Retaguarda da ortopedia: constitui o time da "primeira onda" e deve ser notificado através de contato telefônico assim que for identificado que se trata de trauma grave. Deve ainda, ponderar com a equipe "onda zero" sobre a necessidade de acionamento do protocolo, se necessário. Tem a responsabilidade de fazer o contato imediato e ponderar sobre o deslocamento de alguém de sua equipe para o hospital, auxiliando nas tomadas de decisões à distância enquanto não chega ao hospital. Deve definir a necessidade de acionar outras equipes para assistência (segunda onda) e acionar o restante de sua equipe para procedimento cirúrgico quando indicado (telefone externo). A segunda e terceira ondas são acionadas apenas pela retaguarda da ortopedia ou após a autorização do mesmo. Além disso, são atribuições da retaguarda da ortopedia:
  - Participação na admissão e transferência de pacientes;
  - Supervisão da reanimação e avaliação inicial;
  - Gerenciamento de prioridades;
  - Responsabilidade total em traumas multi-sistêmicos;
  - Adesão aos protocolos;
  - Homogeneidade de condutas;
  - Intervenções cirúrgicas;
  - Acompanhamento horizontal.

Os pacientes que estiverem aguardando para atendimento com cirurgião deverão ser redirecionados até que ele conclua o atendimento do trauma.

6. FLUXOS

6.1 Fluxograma de tomada de decisão para acionamento do protocolo de trauma grave



4.2 Fluxograma de atendimento ao trauma grave

6. GERENCIADO

Protocolo monitorado.

7. INDICADOR INSTITUCIONAL

Serão monitorados os indicadores:

- Tempo entre chegada do paciente e acionamento da retaguarda da ortopedia (onda 1);
- Tempo entre chegada do paciente e acionamento do protocolo trauma;
- Tempo entre acionamento do protocolo trauma e admissão em setor de tratamento definitivo;
- Não acionamento do protocolo (inconformidade).

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Advanced Trauma Life Support (ATLS);

Boffard, KD. Manual de Cuidados Cirúrgicos Definitivos em Trauma. 2010 (2ª edição);

Committee on Trauma American College of Surgeons. Resourcesfor Optimal Care of the Injured Patient. 2014 (6th edition)

10. RESUMO

NSA.

11. ANEXOS

11.1 Protocolo trauma

11.2 Representação das ondas de assistência ao trauma

11.3 Preparo da sala de emergência no centro cirúrgico

Muitos casos de trauma grave necessitam de tratamento cirúrgico de emergência e a sala deve ser adequada para cirurgias de grande porte. Recomenda-se como materiais básicos disponíveis na sala a lista abaixo, mas outros materiais podem ser necessários conforme exigência específica de cada caso:

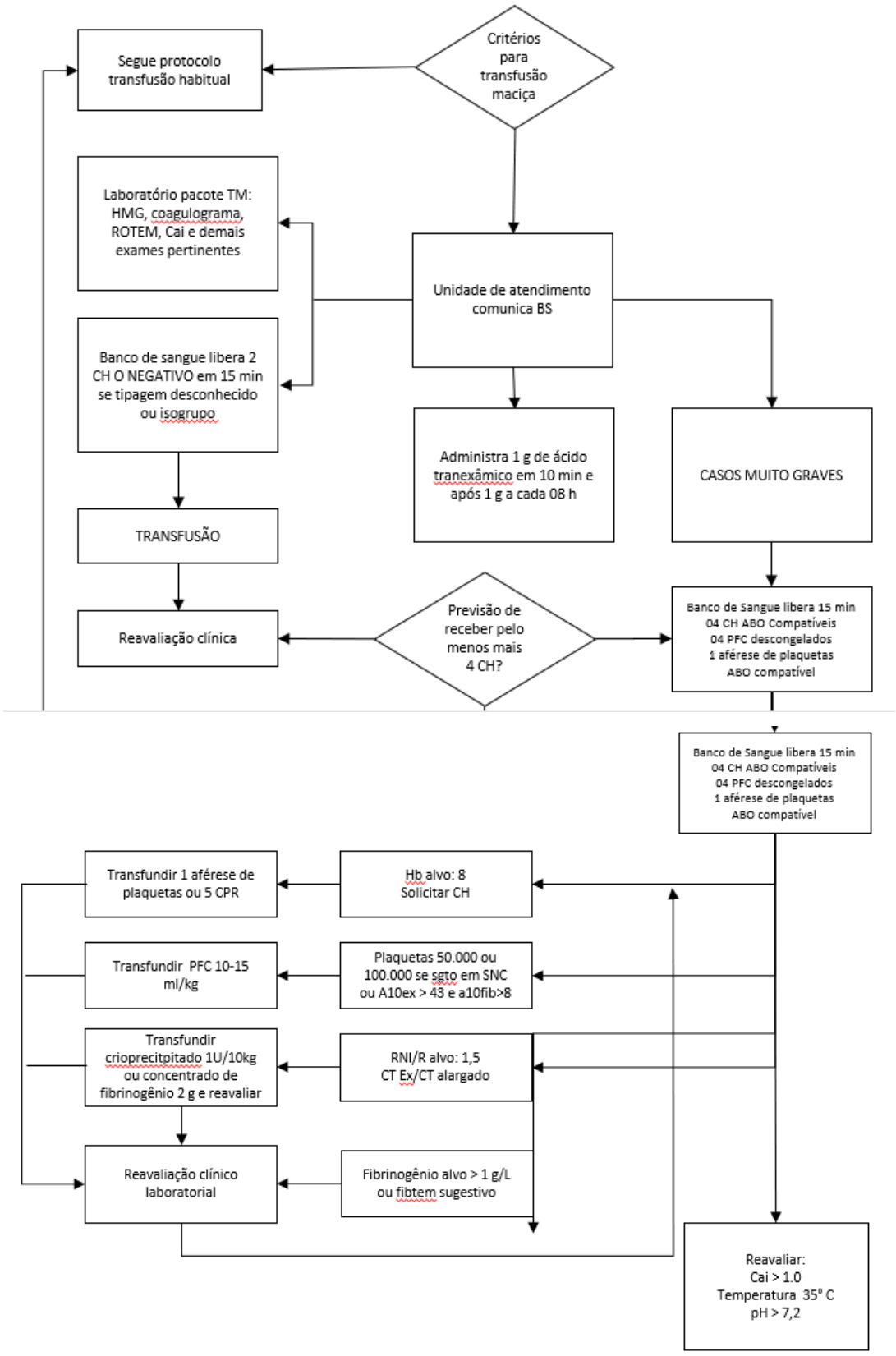
- Material de via aérea difícil;
- Ultrassom;
- Radioscopia;
- Caixa de laparotomia;
- Caixa de complemento vascular;
- Caixa de toracotomia;
- Mesa de instrumentação com suporte de varal;
- Grampeador linear de TNC com 03 cargas em sala;
- Fios de sutura mais utilizados:
  - Algodão sem agulha 2-0, 3-0;
  - Algodão agulhado 2-0 e 3-0;
  - Prolene 3-0, 4-0, 5-0;
  - Vicryl 3-0, 4-0;
  - PDS 0 dupla lançada ou Vicryl 0 dupla lançada;
- Campos estéreis universais (04 partes);
- Vessel loop e fita cardíaca;
- Level 1;
- 2 drenos de tórax (vários tamanhos).

11.4.1 Potencial para transfusão maciça: ABC Score

Condição	Pontos
Trauma penetrante	**1**
PAS < 90 mmHg	**1**
FC > 120 bpm	**1**
FAST Positivo	**1**

- Escore < 2: pouca probabilidade;
- Sensibilidade: 75 a 90%
- Especificidade: 37 a 88%.

11.4.2 Fluxograma para transfusão maciça


Critérios para transfusão maciça
Segue protocolo transfusão habitual
Laboratório pacote TM: HMG, coagulograma, ROTEM, Cai e demais exames pertinentes
Unidade de atendimento comunica BS
Banco de sangue libera 2 CH O NEGATIVO em 15 min se tipagem desconhecido ou isogrupo
Administra 1 g de ácido tranexâmico em 10 min e após 1 g a cada 08 h
CASOS MUITO GRAVES
TRANSFUSÃO
Reavaliação clínica
Previsão de receber pelo menos mais 4 CH?
Banco de Sangue libera 15 min
04 CH ABO Compatíveis
04 PFC descongelados
1 aférese de plaquetas
ABO compatível
Banco de Sangue libera 15 min
04 CH ABO Compatíveis
04 PFC descongelados
1 aférese de plaquetas
ABO compatível
Transfundir 1 aférese de plaquetas ou 5 CPR
Hb alvo: 8
Solicitar CH
Transfundir PFC 10-15 ml/kg
Plaquetas 50.000 ou 100.000 se sgto em SNC ou A10ex > 43 e a10fib>8
Transfundir crioprecitpitado 1U/10kg ou concentrado de fibrinogênio 2 g e reavaliar
RNI/R alvo: 1,5
CT Ex/CT alargado
Reavaliação clínico laboratorial
Fibrinogênio alvo > 1 g/L
ou fibtem sugestivo
Reavaliar:
Cai > 1.0
Temperatura 35° C
pH > 7,2

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

NSA.

13. HISTÓRICO DE REVISÕES

NSA.

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

INTRODUÇÃO

Essa política visa estabelecer diretrizes de diagnósticos e condutas para pacientes internados no HIAE em quaisquer de suas dependências físicas da Unidade Morumbi - HIAE e IIEP com sangramento ativo ou choque hemorrágico.

O ***Código Hemorrágico*** consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais no paciente adulto associadas a sangramento, com critérios previamente estabelecidos, que permitirá ao profissional de saúde (médicos e/ou enfermeiros), acionar uma equipe treinada para a melhor condução do caso no HIAE assim como todos os serviços necessários para o manejo do sangramento em tempo hábil, com o objetivo de rápida resolução do quadro e modificação da evolução em direção a desfechos favoráveis.

OBJETIVO

Assegurar que qualquer paciente admitido e ou utilizando as dependências físicas da Unidade Morumbi - HIAE e IIEP sejam devidamente identificado e tratado na vigência de emergências e urgências, mesmo na ausência de seu médico titular e independente de sua anuência.

Cópia Controlada

Garantir a identificação precoce de pacientes com suspeita de sangramento ou em sangramento ativo com práticas e condutas médicas bem estabelecidas de acionamento de equipes, setores envolvidos direta ou indiretamente na assistência dos pacientes.

DEFINIÇÕES

O reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros hemodinâmicos ou de perfusão do(s) paciente(s) adulto(s) associadas a sangramento ou com alto grau de suspeição criará o acionamento de um fluxo institucional cujas ações e medidas visam o rápido diagnóstico e resolução do foco de sangramento.

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Essa politica aplica-se a todos os pacientes adultos com sangramento agudo ou suspeita de sangramento com instabilidade hemodinâmica:

- PAS < 90mmHg após 500ml de ressuscitação volêmica
- PAD < 60mmHg após 500ml de ressuscitação volêmica
- FC > 110bpm após 500ml de ressuscitação volêmica
- Palidez cutânea **associada aos fatores acima**
- Diagnóstico de sangramento por imagem
- Resultado de Pânico em exames de coagulação

RESPONSABILIDADES

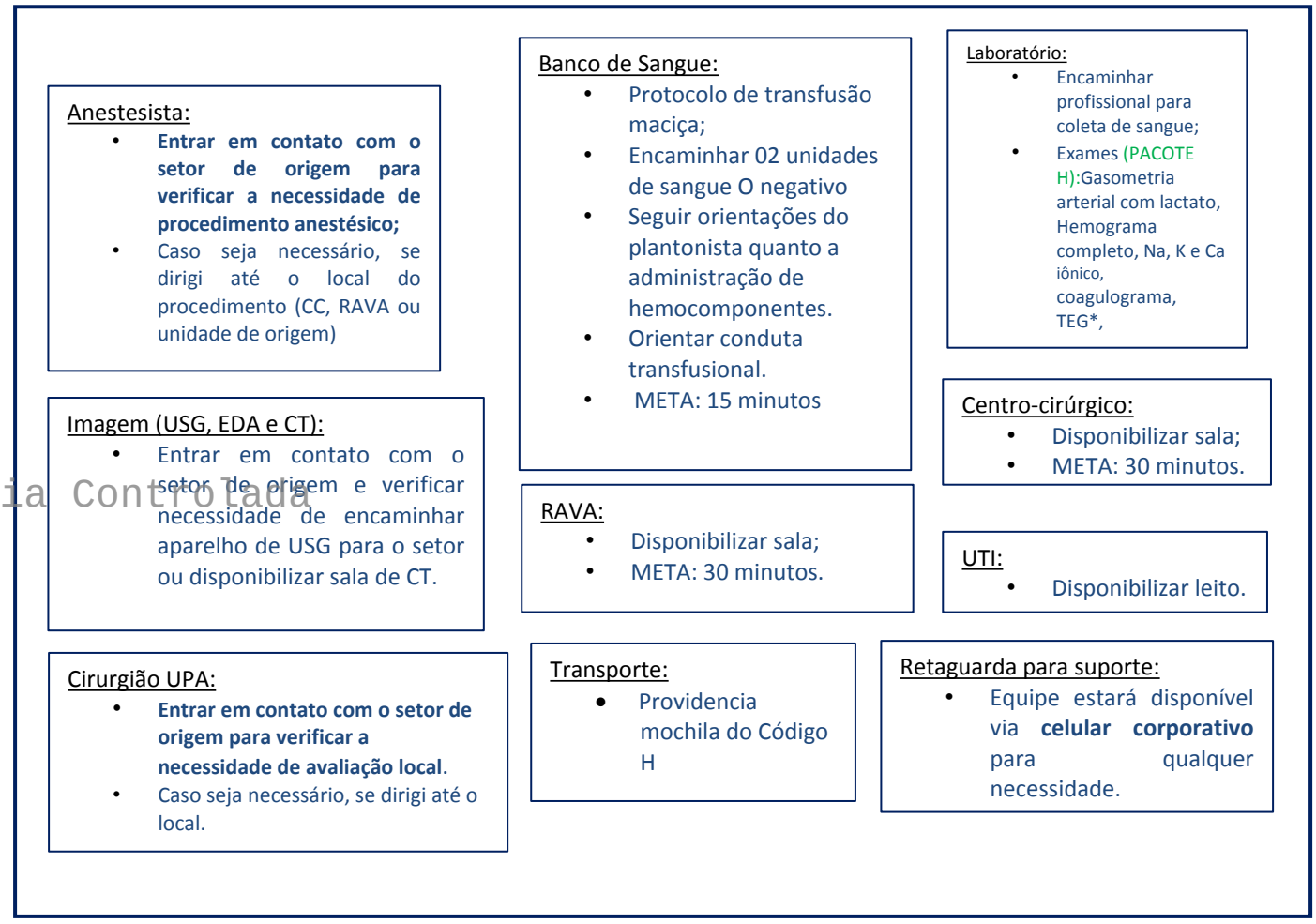
Cópia Controlada

O **Código H** deve ser acionando após avaliação do médico que estiver atendendo o código amarelo ou durante plantão no CTI. O acionamento se faz pelo 7055 +1 do telefones cadastrados no sistema de emergência identificados nas unidades. Exclusivamente no CC quando o paciente estiver em sala operatória, a enfermagem pode acionar o código H se a equipe médica em sala não controlar a instabilidade em até 20 minutos. O código amarelo pode ser acionado também se necessário.

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Após o acionamento algumas áreas recebem simultaneamente o chamado e devem seguir metas para atender as demandas estabelecidas:



Cópia Controlada

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Agentes	Descrições das Atividades
Médico Plantonista	• Identifica sangramento agudo ou suspeita de sangramento e solicita que acionem o **Código H – 7055 + 1** • Realiza avaliação clínica da gravidade; • Proceder ABCD do atendimento paciente crítico; • Expansão volêmica: 500 a 1000ml de cristalóide; • **Se sangramento cirúrgico: priorizar transporte para o CC ou RAVA (META para disponibilizar sala 30 minutos)** • **Se sangramento não cirúrgico: priorizar transporte para a UTI** • Garantir sangue *O negativo* ou tipado sangue específico (02 unidades) - META do banco de sangue para disponibilizar as bolsas 15 minutos • Avisar ao médico titular se possível o destino do paciente; • Ativa PowerPlan do Código H
Enfermeiro da Unidade	• Parar ou suspende drogas anticoagulantes/ antiagregantes/ fibrinolíticos; • Providencia o carro de emergência e monitorar o paciente • MOV: Monitor; Oxigênio e Veia calibrosa (Jelco 16 ou 14); • Verifica SSVV de 5/5min • Realiza glicemia capilar 1x; • Promover aquecimento do paciente (manta térmica imediata ou infusão de solução fisiológica aquecida) • Providencia Ranger * • Realiza dupla checagem para coleta de tipagem com o profissional do laboratório - Impresso disponível na pasta do CE • Encaminhar amostras do banco de sangue pelo tubo pneumático estação 43 ou 123 a depender do modelo disponível na unidade. • Passar informações necessárias para as áreas que entrarem em contato após acionamento do Código H • Ativa Power Plan do Código H para co-assinatura médica

Cópia Controlada

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Transporte	• Direciona-se até a unidade com a mochila do código h **Conteúdo da mochila:** INSYTE AUTOG ORN 14GAX1.75IN INSYTE AUTOBLOOD CONT16G Cateter Introcan SAFETY 18G CURTO PELICULA FENEST CATETER 6,5X7 SERINGA DESC 10ML LUER LOCK AGULHA ROMBA DESC 25X12/1.20X25 EQUIPO MACROGOTA S/INJ 1.40M EQUIPO FOTOSS INFUSOMAT SPACE EQUIPO AQ SAN FL ALT FLUXO 24355 CONECTOR MICROCLAVE CLEAR COMPRESSA GAZE EST 13 FIOS PCT 10 LUVA ESTERIL 7.5 SERINGA INSULINA SAFETYGLIDE 1ML AGULHA DESC 30X7/0.70X30 CONECTOR NEUTRON 011NC100 KIT MONIT COMPLETO MONONYLON 3.0 AG 2.4PS P1663T PELIC S/FENESTRA CAT 10CMX12 TORNEIRA DS 3 V LUER CONJ MON PRESS ARTERIAL 3FR CONJ MONIT PRESS ARTERIAL 4FR MANTA TERMICA ADULTO BPS210 RINGER LACTATO SODIO FR 500M CLOR CALCIO 100MG/ML AP 5ML SORO FISIOLOGICO FR 100ML PVC BIC SODIO 8,4% SO FR250ML NOREPINEFRINA 1MG/ML AP 4ML GLICOSE 5% SO FR 250ML XYLESTESIN 2% S/VASO FAP 20ML SORO FISIOLOGICO FR 250M Rioex DEGERMANTE 2% 100ML RIOEX ALCOOLICO 0,5% 100ML ***Validade dos itens verificados mensalmente pela farmácia satélite**

Cópia Controlada

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

***Localização do RANGER**

Intermediário 1, bloco A1

10° andar, bloco A

8° andar, bloco A

UTI 5° andar, bloco A

UTI 3° andar bloco A

8° andar, bloco D

CC 5º D

CC I4

OBJETIVOS GERAIS DURANTE O ATENDIMENTO

- Temperatura: 35,7- 37°C
- Cálcio: repor cloreto de cálcio 02 ampolas + SF 0,9% 100ml a cada 02 bolsas de qualquer hemocomponentes;
- Acidose: objetivo pH 7,35-7,45 (evitar bicarbonato; considerar DVA mais precocemente)
- Bicarbonato de sódio 8,4% (se pH<7,1 e/ou Bic<12): administrar 1 meq/Kg;

Cópia Controlada

Hemodinâmica:

- PAM 65mmHg: população geral (hipotensão permissiva PAM 50 mmHg)
- PAM 90 a 100mmHg: Neurológicos agudos (se HIC) sem PIC

Sanguíneo/coagulação:

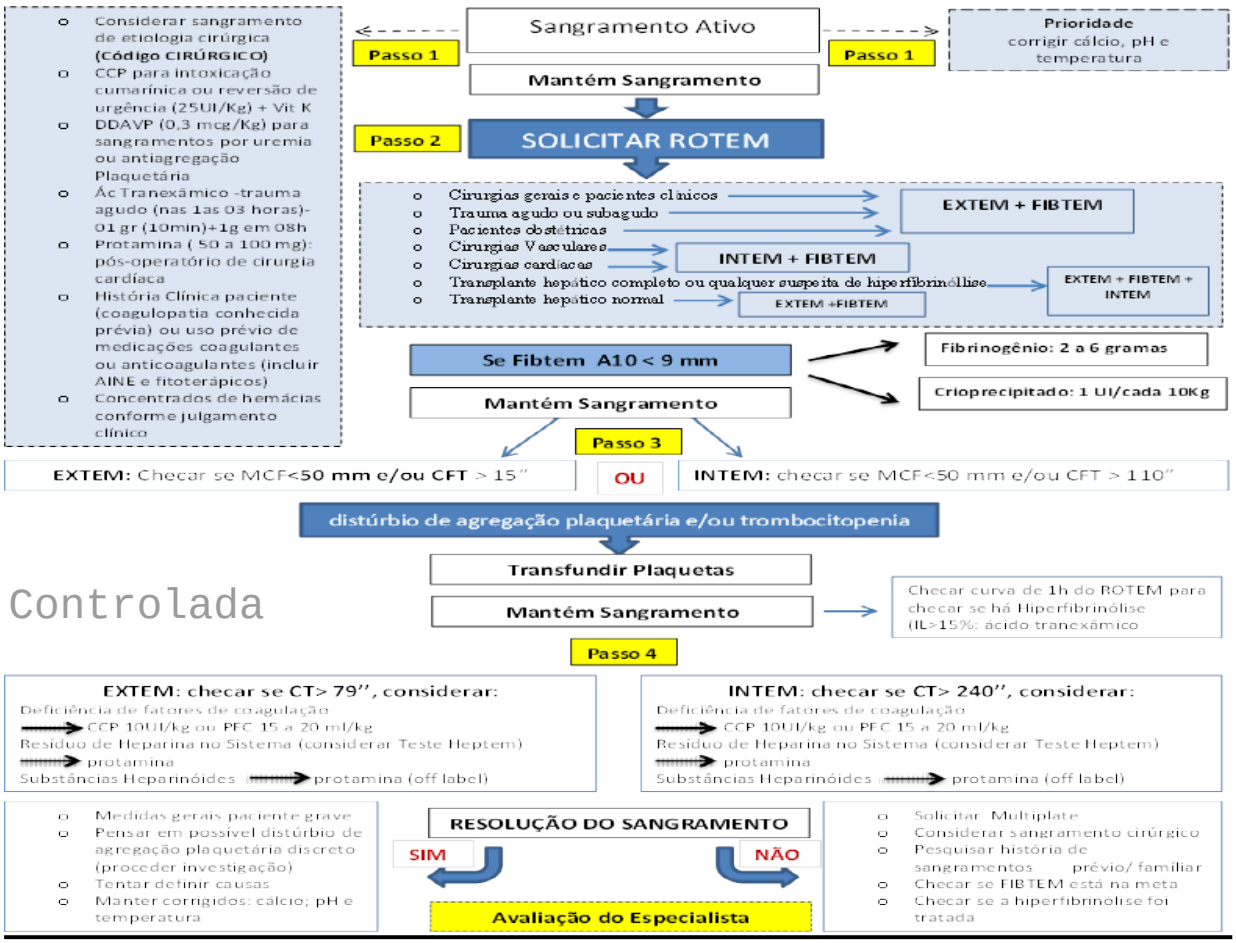
- População geral: Hb entre 7 e 8mg/dl
- Neurológicos agudos: Hb entre 9 e 10mg/dl
- Corrigir Coagulação com Rotem (Fluxo 1) – Acionar Risco de Sangramento (Especialista)
- Indicar transfusão maciça na impossibilidade de guiar por trombo e quando necessário

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Fluxo 1 - Algoritmo Transfusional para Sangramento Ativo Guiado por Trombo

Arquivo para impressão, clicar no link para abrir: Algoritmo_Transfusional_para_Sangramento_Ativo_-_Guiado_por_trombo.pdf



Cópia Controlada

Legenda:

CP - Complexo protrombinico **DDVAP- Desmopressina**

CFT - Clot Formation Time **MCF – Maximum Clot Firmness**

CT – Clotting Time **IL – Index Lysis**

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Fluxo 2: Transfusão Maciça - Banco de Sangue

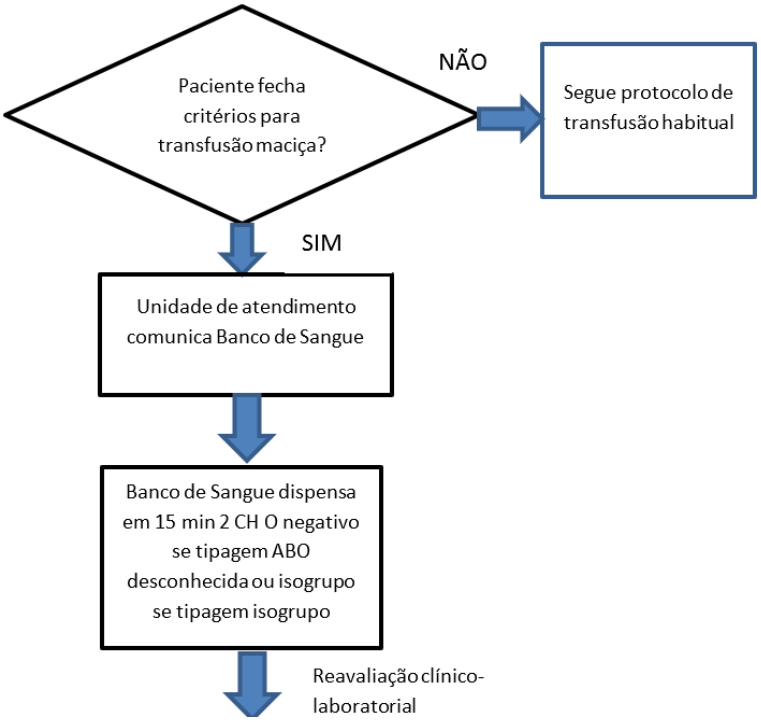
Metas:

- Monitoramento de temperatura, pH e cálcio iônico

-Administração de ácido tranexâmico 1g em 10 min e após 1g após 8h (a primeira dose DEVE ser feita em ATÉ 3 horas da injúria)

-Reavaliação com parâmetros hematimétricos a cada intervenção (Hb, plaquetas, TP/TTPA, fibrinogênio e tromboelastografia)

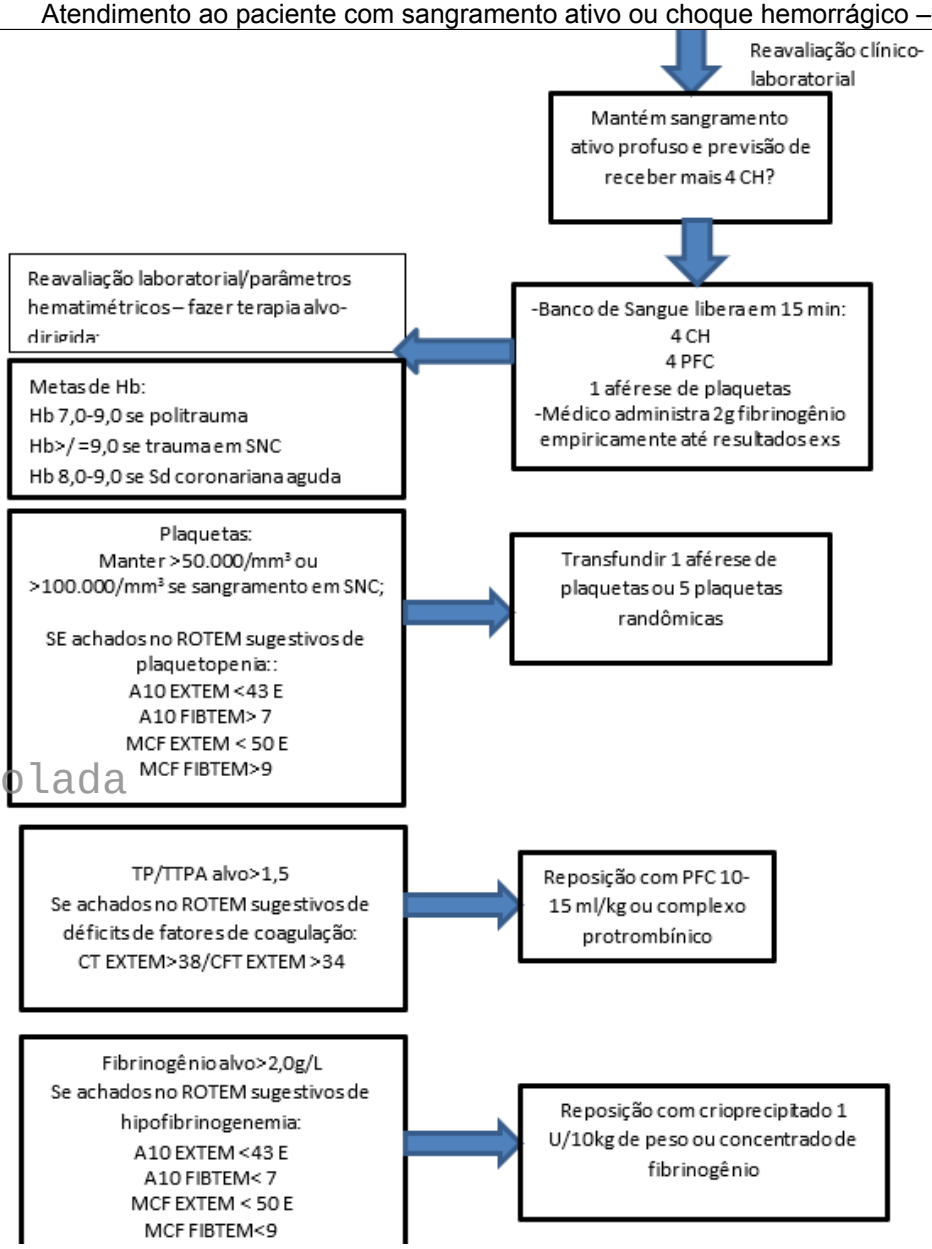
-Ausência de coagulopatia em exs laboratoriais: verificar sangramento de causa cirúrgica



Cópia Controlada

Continua:

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H



Cópia Controlada

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

1. *Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.*
2. Manual de Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais – 7ª Edição:

   Padrão COP.3.2: O corpo clínico é treinado para reconhecer e responder a mudanças na condição de um paciente.

   Padrão COP.3.3: Serviços de ressuscitação estão disponíveis em todo o hospital.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

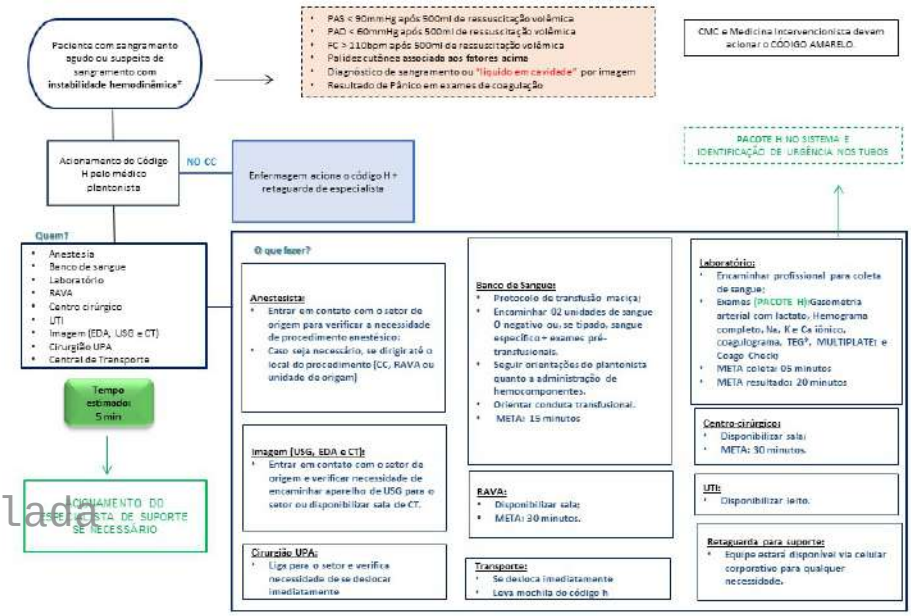
Indicadores:

1. Intervalo entre o acionamento e a chegada dos serviços à unidade
2. Taxa de mortalidade dos pacientes atendidos
3. Taxa epidemiológica das principais causas de sangramento atendidas pelo código

Cópia Controlada

ANEXOS

Fluxo de Atendimento do Código H



CLICK PARA ABRIR: Fluxo_cógigo_H_2021.pdf

Cópia Controlada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rohde JM; Dimcheff DE;Blumberg N; et al. HealthCare–Associated Infection After Red Blood Cell Transfusion. A Systematic Review and Meta-analysis; JAMA. 2014;311(13):1317-1326. doi:10.1001/JAMA.2014.2726
2. Goodnough LT, Spain DA, Maggio P. Logistics of transfusion support for patients with massive hemorrhage. Curr Opin Anaesthesiol 2013; 26: 208–14.

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

3. Yücel N, Lefering R, Maegele M, et al; Polytrauma study group of the German Trauma Society. Trauma Associated Severe Hemorrhage (TASH)-Score: probability of mass transfusion as surrogate for life threatening hemorrhage after multiple trauma; J trauma. 2006 jun;60(6):1228-36; 1236-7
4. Johansson PI: Goal-directed hemostatic resuscitation for massively bleeding patients: the Copenhagen concept. Transfus Apher Sci 2010, 43(3):401-405.
5. Schochl H, Nienaber U, Hofer G, et al: Goal-directed coagulation management of major trauma patients using thromboelastometry (ROTEM)-guided administration of fibrinogen concentrate and prothrombin complex concentrate. Crit Care 2010, 14(2):R55.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Código Amarelo Adulto - Morumbi

Código_Amarelo_Adulto_Morumbi.pdf

Código Cirúrgico- Morumbi

Código_Cirúrgico_Morumbi.pdf

Cópia Controlada

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Nova documentação, elaborada com a participação de:

- João Carlos de Campos Guerra – Médico Hematologista do Laboratório
- Roseny dos Reis Rodrigues - Médica Terapia Intensiva
- Felipe Maia de Toledo Piza - Médico Terapia Intensiva
- Tomaz Crochemore - Médico Terapia Intensiva
- Fernanda Paulino Fernandes – Consultora de Praticas - DPAQSMA - Gerenciamento e Vigilância do Risco
- Camila Bertozzi de Oliveira – Analista de Práticas - DPAQSMA - Gerenciamento e Vigilância do Risco
- Jean Carlo Rodriguez Pegas – Médico DPAQSMA - Gerenciamento e Vigilância do Risco
- Ana Paula Hitomi Yokoyama – Médica Hemoterapia

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Michele Jaures (30/05/2016 04:46:59 PM) - Primeira versão do documento

Michele Jaures (22/03/2018 08:22:12 PM) - Ajustes nos anexos e inclusão das versões para impressão dos fluxos.

Michele Jaures (25/09/2019 12:50:06 PM) - Inclusão do conteúdo da mochila do código h e localização do ranger

Michele Jaures (23/02/2021 06:13:29 PM) - Atualização do fluxo de transfusão maciça

Atualização da atuação do cirurgião após acionamento do Código H Revisão dos Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais conforme atualização da 7ª Edição

Michele Jaures (08/06/2021 11:50:42 AM) - Ajuste de layout do fluxo de acionamento

Cópia Controlada

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

MANUAL DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Assistente Social é o profissional que atua no âmbito das políticas sociais. A atuação do Assistente Social na área de saúde possui seu alicerce em três pilares: necessidades sociais em saúde, direito à saúde e produção da saúde. No cenário hospitalar, é necessário que o profissional tenha o domínio das ferramentas que o qualifiquem à execução de seu processo de trabalho, associado à análise da realidade na qual está inserido. Para tanto, é necessária a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem e determinam o processo saúde-doença. Se faz importante realizar o acolhimento dos usuários e seus familiares, com o objetivo de proporcionar acesso efetivo ao sistema de saúde e de proteção social, possibilitando a construção da intersetorialidade e da interdisciplinaridade e evitar a fragmentação e a desarticulação do atendimento.

O Serviço Social apresenta, ainda, um importante papel socioeducativo no contexto da atuação em saúde e na emergência. Faz parte de suas atribuições a orientação quanto ao acesso a recursos socioassistenciais, garantia de acesso a serviços e direitos e integração com a rede, de forma a contribuir com a garantia dos princípios do SUS: universalidade, integridade e equidade.

O presente documento tem por objetivo descrever as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme classificação de risco.

1. **SUMÁRIO**

CAPÍTULO 1: Funcionamento do setor de serviço social 3
CAPÍTULO 2: Classificação de risco 5
CAPÍTULO 3: Atendimento de casos de vitimização, negligência, discriminação e outras formas de violência contra pessoas..... 8
CAPÍTULO 4: Atendimento de casos de evasão de paciente e recusa de atendimento 11
CAPÍTULO 5: Atendimento do Serviço Social ao paciente em Situação de Rua 13
CAPÍTULO 6: Atendimento do Serviço Social aos pacientes desconhecidos 16
CAPÍTULO 7: Atendimento do Serviço Social ao paciente psiquiátrico 18
CAPÍTULO 8: Atendimento do Serviço Social aos Idosos 19
CAPÍTULO 9: Atendimento do Serviço Social na Pediatria..... 22
CAPÍTULO 10: Atendimento do Serviço Social ao paciente em cuidados paliativos 25
CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia. 28

CAPÍTULO 1: FUNCIONAMENTO DO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes/famílias, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, compondo a equipe interdisciplinar por meio da formulação de propostas e estratégias de intervenção de atenção e promoção a saúde, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, na saúde ou em outro espaço sócio - ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão na saúde.

O Assistente Social é cadastrado no Conselho de Classe da categoria (CRESS – Conselho regional do Serviço Social). Com base nos parâmetros definidos pelo conjunto CFESS/CRESS, tem a atuação voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade Social (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos) e risco social (fragilidade dos vínculos afetivos e relacionais, violência doméstica, trabalho infantil, discriminação por faixa etária, gênero, etnia etc.)

O Serviço Social objetiva realizar atendimento aos pacientes com a perspectiva de Identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente através da realização de um processo sócio-educativo-participativo.

O atendimento é realizado aos pacientes identificados por meio de busca ativa, bem como demanda advinda da equipe multiprofissional e espontânea. Os Assistentes Sociais realizam atendimentos aos usuários e familiares, com interface com a rede de apoio sócio assistencial, seguindo a legislação e os procedimentos descritos para os atendimentos. A atuação do Serviço Social abrange todas as áreas da instituição. O Serviço Social de nossa Instituição integra o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe de 7 Assistentes Sociais, que realizam a carga horária de 30 horas/semanais. A distribuição do *headcount* de acordo com os cargos está descrita na tabela abaixo:

A abrangência da Escala do Serviço Social contempla:

- Segunda a sexta das 7h às 19h.
- Plantão com 1 profissional aos sábados e feriados das 08h00 às 14h00.

A estrutura física deve contemplar espaço físico reservado para a equipe, com recursos eletrônicos e disponibilidade de telefone, para a articulação com a rede socioassistencial e jurídica e elaboração de relatórios, de forma a garantir o sigilo das informações. Deve garantir,

ainda, espaço para atendimentos individuais e coletivos, bem como local adequado para a guarda de prontuários e documentos pertinentes ao atendimento aos/às usuários/as.

Abrangência da atuação do Serviço Social:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código de Ética do/a Assistente Social.

Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

CAPÍTULO 2: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. DEFINIÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR ou ACR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo principal eixo estruturante é incentivar a humanização nas relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, com foco no fortalecimento da participação socioassistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). O ACCR deve ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

O ACCR objetiva avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto socorro, fazendo com que a avaliação ocorra precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Objetiva, ainda, a humanização do atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, informar os tempos de espera e dar a devolutiva de informações aos familiares.

3. RESPONSÁVEIS

Gestores, equipe multiprofissional e equipe de atendimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica garantir a resolutividade e responsabilização no atendimento. Visa também orientar, quando pertinente, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento envolve uma postura ética da instituição, sendo responsabilidade de todos os profissionais em todos os locais e momentos da assistência à saúde. As teorias de Acolhimento e Classificação de Riscos se complementam, de forma a garantir a ordenação da necessidade, mas também promovendo singularidade aos serviços.

Os setores de Emergência e Pronto-Socorro devem estar organizados da seguinte maneira:

- Área Vermelha: área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as demais áreas;
- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada;

- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda;
- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O usuário, ao procurar o Pronto Atendimento, deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente;
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

No processo de Acolhimento com classificação de riscos, as atribuições do Serviço Social incluem:

1. Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas) humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seus acompanhantes;
2. Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;

3. Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo;
4. Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos/acompanhantes;
5. Trabalhar junto ao cidadão/acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco, no sentido de salvar vidas;
6. Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
7. Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
8. Orientar/encaminhar os usuários no sentido de viabilizar o acesso universalizado às políticas públicas;
9. Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais;
10. Executar demais atividades afins.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações;
- Ampliar a visão centrada na dimensão biológica para a perspectiva humana;
- Integração multiprofissional;
- Capacitação profissional;
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf.

Silva, W.M.C.S.; Sousa, C.C.O. Acolhimento com classificação de risco, um olhar na perspectiva do Assistente Social. Disponível em: https://meuartigo.brasilescola.uol.com.br/saude/acolhimento-com-classificacao-risco-um-olhar-na-perspectiva.htm.

CAPÍTULO 3: ATENDIMENTO DE CASOS DE VITIMIZAÇÃO, NEGLIGÊNCIA, DISCRIMINAÇÃO E OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de vitimização, com a perspectiva de identificar os diversos tipos de violência, buscando garantir a segurança da pessoa e a quebra do ciclo de violência, a promoção da saúde e as notificações aos órgãos competentes, em cumprimento da legislação vigente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de qualquer tipo de violência, com a perspectiva de atuar na prevenção, promoção da saúde e na quebra do ciclo de violência.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento/entrevista para identificar o contexto em que a possível vítima se encontra.
- Acolher a pessoa com suspeita de violência e/ou sua família, respeitando sua individualidade e complexidade do caso.
- Conhecer o perfil social do paciente/ família e a possível condição de vitimização vivenciada.
- Possibilitar reflexão crítica sobre a problemática vivenciada, fortalecendo a autoestima, respeitando as particularidades do paciente e buscando alternativas para o enfrentamento.
- Identificar rede de apoio familiar e/ou do relacionamento do paciente para suporte, caso necessário.
- Acolher a demanda social trazida pelo paciente, decorrente ou não da situação de vitimização, tais como: desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos sociais do usuário, entre outros.
- Orientar e encaminhar o paciente/familiar quanto aos recursos rede de proteção social: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Conselho dos Direitos da Mulher, do Idoso, Fóruns, IML, e Delegacias de Polícia, e outros serviços que contribuem para a continuidade do atendimento.
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica e/ou psicológica a suposta vítima e seus familiares, se necessário.
- Mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a suposta vítima formas de proteção.

- Monitorar, em conjunto com as equipes, os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extrafamiliares, durante o tempo de permanência no Serviço de saúde.

Da notificação:

- Elaborar relatório técnico social, com riscos apresentados e parecer técnico do Assistente Social.
- Encaminhar relatório social com ofício assinado pelo diretor superintendente aos órgãos competentes, de acordo com o fluxograma pré-estabelecido na Política Institucional de Vitimização.
- Notificar a rede de Proteção Social (Conselhos, Varas, Delegacias, etc...) nos casos de idosos, crianças e adolescente/ pessoas que não respondam civilmente.
- Aguardar devolutiva dos órgãos competentes e compartilhar com a equipe a definição da conduta.
- Caso o paciente tenha sido encaminhado para outro serviço, encaminhar relatório social das providências tomadas para unidade de transferência do paciente, sejam elas unidades de saúde ou rede socioassistencial.

Do Acolhimento

- Receber o ofício e dar sequência nas orientações definidas pelos Órgãos Competentes de Defesa dos Direitos.
- Conduzir a criança/ adolescente ou idoso/ pessoa com deficiência que não responda civilmente para instituição definida pelos órgãos de Proteção Social.
- Orientar a família a procurar os Órgãos de Defesa para orientação e condução do caso.
- Manter uma cópia do ofício no prontuário do paciente e arquivo do Serviço Social.

Na ausência do Serviço Social

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco, tais diretrizes devem ser seguidas:

- Criança ou adolescente: manter na unidade e acionar o Conselho Tutelar para conduta.
- Idoso: Acionar Delegacia do Idoso e, de acordo com a orientação, manter na unidade, se necessário.
- Adulto: Orientar e, se necessário, encaminhar aos serviços de proteção social e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Acionar tardiamente o Serviço Social.

- Subnotificação.
- Emissão de juízo de valor.
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Ausência de retaguarda da rede de proteção no processo de notificação.
- Ameaças à vítima e profissionais envolvidos nos casos.
- Extrema vulnerabilidade social.
- Pessoa em situação de rua.
- Dependência financeira da suposta vítima, perante o suposto agressor.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.068/1990 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003 – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

LEI FEDERAL Nº 10.741 – ESTATUTO DO IDOSO, CRIADO EM 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diário Oficial da Cidade de São Paulo sábado, 20 de junho de 2015 - PORTARIA Nº 1102/2015-SMS.G.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência*

sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF, 2005.

CRESS-SP. Legislação Brasileira para o Serviço Social. 3ªed. São Paulo: CRESS, 2008.

Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF.

Brasil. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2013.

Código De Ética Serviço Social.

CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO DE CASOS DE EVASÃO DE PACIENTE E RECUSA DE ATENDIMENTO

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes que se encontram em atendimento médico no Serviço de saúde e evadem da unidade ou recusam o tratamento. Cabe ao Serviço Social auxiliar nos casos de evasão e recusa de atendimento, comunicando as instâncias necessárias nos casos de pediatria e pacientes maiores de 60 anos.

2. OBJETIVOS

Atender os casos de evasão e recusa de atendimento, garantido os direitos da criança e do adolescente à saúde e à vida, bem como garantir o direito do atendimento aos pacientes que não gozem da sua autonomia imediata ou permanente e aos pacientes adultos para continuidade de atendimento quando há risco de morte.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social e equipe administrativa.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- **Recusa de atendimento:**

Serviço Social realiza atendimento reforçando as orientações sobre os riscos e abordando sobre o direto à saúde e proteção integral dos sujeitos. Nos casos de pacientes vulneráveis e/ou sem autonomia, informar os responsáveis acerca dos encaminhamentos e notificações aos órgãos competentes;

- **Evasão:**

Adulto com autonomia e sem risco à saúde: paciente tem o direito de optar ou não pelo tratamento de saúde – (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 "Direito de ir e vir" e Código Penal Art. 148 Cárcere Privado).

Adulto com risco à saúde: quando administrativo não conseguir contato e/ou reconvocação do paciente, Serviço Social será acionado para articular com a rede socioassistencial e recursos internos para atendimento do caso;

Criança/Adolescente e Idoso: realizar localização e reconvocação para continuidade do atendimento de saúde. Nos casos de negativa, acionar os órgãos competentes para assegurar os direitos e avaliar a necessidade de realização de Boletim de Ocorrência;

Pacientes psiquiátricos: família deverá ser acionada e orientada a registrar o Boletim de Ocorrência, diante da não localização do paciente. Nos casos de pacientes sem rede de apoio social, instituição realiza o procedimento.

Na evasão de paciente que se apresentam vulneráveis, equipe de enfermagem e médica deverão elaborar relatórios dos atendimentos prestados.

Na abertura de ficha realizar o preenchimento dos dados cadastrais de forma consistente, angariando o máximo de contatos telefônicos possíveis.

- **Na ausência do Serviço Social:**

Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Não ser identificada a evasão
- Não seguir o fluxo de atendimento na unidade de saúde
- Falta de comunicação entre as equipes;
- Paciente se negar as orientações;
- Paciente e/ou responsável legal se negar a retomar o atendimento de saúde;
- Não localização do paciente para reconvocação

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Art.7º do direito á vida e a saúde criança e adolescente.

Lei Federal nº 10.741 – Estatuto do Idoso, criado em 1º de outubro de 2003;.

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

CAPÍTULO 5: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimentos às pessoas em situação de rua que deram entrada no Serviço de Saúde, respeitando sua autonomia, buscando contribuir com a continuidade de tratamento e melhoria da saúde, articulando com a rede socioassistencial e rede de apoio social familiar e/ou comunitária.

2. OBJETIVOS

Conhecer as demandas da população em situação de rua, fazer a leitura do contexto social em que o usuário está inserido e realizar intervenção garantindo uma alta segura, respeitando a autonomia do usuário.

3. RESPONSÁVEIS

Assistente Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Receber as informações provenientes da equipe do pronto atendimento, para identificar paciente em situação de rua
- Acolhimento, estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia e circunstância de vida do usuário.
- Orientar o usuário quanto aos direitos civis e sociais.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar, comunitária e serviços de referência da rede socioassistencial) para buscar suporte durante tratamento.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/ organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente.
- Articular com CREAS e Centro POP do território o atendimento do caso, a fim de obter informações e registro no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA) do paciente.
- Quando for caso, solicitar através do CREAS e Centro POP de referência vagas em serviços de acolhimento e possibilitar meios para referenciamento do paciente para continuidade do tratamento.
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais que possam interferir no processo de tratamento.
- Encaminhar e orientar usuário acerca dos serviços voltados ao atendimento à população em situação de rua.
- Monitorar reincidentes com complexidade no que se refere ao risco social.

Crianças/ adolescentes em Situação de Rua

- Receber as informações da equipe de atendimento, para identificar criança e/ou adolescente em situação de rua.
- Realizar acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Estabelecer contatos com a criança/adolescente com linguagem simples e de fácil entendimento.
- Mapear e convocar os responsáveis legais para garantir a alta segura.
- Contatar, elaborar e encaminhar relatórios relacionados ao acompanhamento/ internação da criança/ adolescente para notificação aos órgãos de proteção da criança e adolescente.
- Aguardar determinação dos órgãos competentes para liberação e direcionamento da criança e/ou adolescente.

Na ausência do Serviço Social:

✓ **Pacientes com autonomia:**

- Não havendo necessidade de permanecer em observação paciente com autonomia recebe alta a critério médico.
- Profissionais de atendimento orientam a procurar serviços de atendimento à pessoa em situação de rua (Centro POP e/ou CREAS), para paciente solicitar vaga em centro de acolhida.

✓ **Pacientes sem ou com autonomia limitada:**

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.
- Nos casos de crianças e adolescentes, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, e acionar Conselho Tutelar.
- Idosos, pessoas com deficiência, adultos e psiquiátricos, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, aguardar atendimento do Serviço Social.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Dependência Química.
- Dificuldade de contato com familiares.
- Dificuldade de seguimento no atendimento.
- Falta de adesão com seguimento das redes socioassistenciais direcionadas.
- Ocultação de Informações por parte do paciente/familiar.
- Negligência no autocuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Não constar no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA).

- Ausência de responsável legal.
- Ausência de referenciamento aos serviços de atendimento à população em situação de rua.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS nº273, de 13 de março de 1993).

Política Nacional para a população em Situação de Rua.

Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua.

Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema do Cartão nacional de Saúde (Cartão SUS).

Portaria Nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS), com foco na promoção da equidade em saúde.

Portaria nº. 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultórios na Rua (eCR) por Município.

Portaria Nº. 121 de 25 de janeiro de 2012. Instituem as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.

Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Plano operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015.

Política nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, Governo Federal 2008 DF.

CAPÍTULO 6: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS PACIENTES DESCONHECIDOS

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimento de usuários que deram entrada no Serviço de saúde inconsciente, com transtorno mental ou sem condições de se comunicar, sem documentos de identificação e acompanhante.

2. **OBJETIVOS**

Realizar a identificação do paciente desconhecido, realizando seu acolhimento, assim como verificar junto à rede socioassistencial e de recursos internos, informações para identificação e retorno ao contexto social.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber informações das equipes de atendimento para identificar pacientes sem identificação
- Acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social do paciente, quando possível, verificando suas demandas, conhecendo seu contexto social.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar e/ou comunitária), a fim de obter informações para sua identificação, quando o paciente estiver em condições de se comunica.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia do usuário.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente, respeitando sua autonomia.
- Compartilhar informações com equipe de atendimento, conforme a evolução do atendimento e identificação do paciente.
- Realizar busca ativa na rede de apoio (UBS, Sistema SIGA, CROSS, Delegacia etc...) na tentativa de localizar familiares.
- Comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina, com o envio da Ficha de Paciente Desconhecido, relatório com anamnese e exame físico e foto do paciente, contendo informação de risco iminente de morte, se houver.
- Orientar e encaminhar para rede de recursos socioassistenciais.
- Em caso de óbito, comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina**.**

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

Em caso de risco:

- Realização de boletim de ocorrência.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Identificação tardia do paciente ou a não identificação.
- Piora e/ou manutenção da condição clínica.
- Recusa de suporte da rede de apoio social após a identificação do paciente.
- Dificuldade de acesso à rede de apoio que presta atendimento à pessoa desconhecida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993).

Lei 10299/99 | Lei nº 10.299, de 29 de abril de 1999.

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 301, DE 21 DE MARÇO DE 2017, Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo SP.

CAPÍTULO 7: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes psiquiátricos, quando identificado risco social pela equipe de atendimento, com o intuito de identificar demandas sociais que possam impactar no atendimento e realizar intervenções que garantam ao paciente continuidade no tratamento, encaminhando, conforme indicação médica, para rede de serviços socioassistenciais e da saúde mental.

2. **OBJETIVOS**

- *Compreender o contexto social em que o paciente está inserido e verificar sobre rede de apoio social, assim como sobre os serviços que o paciente é referenciado*.
- *Contribuir com o atendimento com orientações aos pacientes e/ou familiares quanto ao acesso aos direitos sociais e direcionar para serviços da saúde mental, quando necessário, respeitando a autonomia do paciente.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- A equipe sinaliza ao serviço social a necessidade de atendimento social a paciente psiquiátrico.
- Acolher informações encaminhadas pela equipe de atendimento acerca de risco social envolvendo pacientes psiquiátricos para avaliação do caso e definição de conduta.
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares.
- Identificar rede de apoio social do paciente.
- Compartilhar com equipe de atendimento informações sobre o paciente, que possam impactar e/ou colaborar com o atendimento.
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial, benefícios e outros direitos sociais.
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe.
- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território, quando identificada a necessidade.
- Dar suporte na localização e encaminhamento de serviços da saúde mental (CAPS Adulto, Infantil, AD; Pronto atendimento psiquiátrico; atenção básica).
- Quando necessário, acionar os órgãos de proteção competente.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco social:

- Paciente de alta: manter individuo a unidade, para avaliação do Serviço Social.
- Paciente com indicação de transferência para outro serviço de saúde: equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento e notificar caso ao Serviço Social do serviço que paciente foi encaminhado.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Falta de clareza na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento.
- Dificuldade de entendimento sobre rede de saúde mental.
- Paciente sem referência na rede de serviços.
- Paciente sem aderência ao tratamento.
- Conflitos familiares.
- Não aceitação dos familiares.
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador.
- Fragilidade de recursos socioassistenciais.
- Ausência de documentos.

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

CAPÍTULO 8: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS IDOSOS

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes idosos em observação e/ou em avaliação no Serviço de Saúde como parte da garantia da sua proteção integral, partindo do pressuposto a atuação profissional do assistente social permite conhecer e intervir em aspectos sociais que venham a interferir no processo de tratamento e cuidado.

2. **OBJETIVOS**

- *Atender os pacientes idosos quando* equipe do pronto atendimento (clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, choque) identificar *possíveis situações de risco social*, assim como durante atendimento de busca ativa do Serviço Social.

- *Conhecer o contexto em que estão inseridos, garantindo a integralidade no atendimento, contribuindo assim, com o acesso aos direitos sociais e redução d*o risco de intercorrências no retorno ao contexto social e reinternações

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita no leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Realizar avaliação social a fim de conhecer contexto social paciente/família, para identificar rede de apoio social para continuidade do tratamento e cuidado do idoso.
- Nos casos de risco social, realizar busca ativa na rede de apoio familiar, identificar possíveis familiares ou família extensa que possa assumir os cuidados do idoso
- Contatar os familiares ou referência de cuidados dos idosos para agendar avaliação social (se necessário)
- Realizar orientações e encaminhamentos necessários aos pacientes e familiares quando aos direitos sociais e civis e de serviços da rede socioassistencial.
- Mapear o território e identificar Instituições de Longa Permanência para Idosos (I, II e III), caso seja necessária à utilização desses recursos.
- Assegurar o direito de o idoso ter um acompanhante, conforme previsto no Art. 16. (Estatuto do Idoso).
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar que possam interferir no processo de tratamento e/ou alta da unidade.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de proteção social (Unidade Básica de Saude – UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho ou Delegacia do Idoso; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência, Centros de Convivencia, Instituições de Longa Permanencia (I, II e III), entre outros) para as devidas providências, quando necessário.
- Definir a permanência/alta social e compartilhar com a equipe.

Na ausência do serviço social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos

casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Delegacia do Idoso e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência da referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Paciente institucionalizado.
- Negligência no autocuidado e reinternações.
- Ocultação de informações por parte do paciente/familiar.
- Dificuldade de localizar recursos na rede para suporte ao idoso.
- Negligência no cuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Falta de entendimento/aceitação referente ao processo de envelhecimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

Estatuto do Idoso

Política Nacional do Idoso;

Caderno de Violência contra a pessoa idosa – MPF - 2007

CAPÍTULO 9: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA PEDIATRIA

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes em avaliação pela pediatria, como parte do atendimento de demandas em que os profissionais identificarem risco social, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos, do acesso aos recursos e proteção da criança e adolescente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes internados na pediatria com risco social, com a perspectiva de identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a proteção da criança e adolescente.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Conhecer o perfil social dos genitores através da avaliação social, para identificar questões que possam interferir no tratamento e nos cuidados das crianças/adolescentes.
- Elaborar plano de ação, a partir dos dados coletados na avaliação social.
- Acompanhar sistematicamente os pacientes em observação, fortalecendo vínculos, realizando orientações e encaminhamentos necessários.
- Elaborar relatório social para obtenção de benefícios e/ou encaminhamentos.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de apoio socioassistencial (Unidade Básica de Saude - UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho Tutelar; Vara da Infância e Juventude; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência) para as devidas providências, quando necessário.
- Compartilhar, com equipe de atendimento, aspectos sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar, que possam interferir no processo de tratamento.
- Contatar responsáveis legais nos casos de criança/adolescente desacompanhados.
- Alta da unidade deve ser dada mediante presença de responsável legal.

- Durante atendimento de crianças em que genitoras (es) são adolescentes, solicitar presença de um responsável legal.
- Atender demandas espontâneas que podem ser apresentadas pela equipe de atendimento e/ou familiares, conforme a necessidade e avaliação do assistente social.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Conselho Tutelar e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- *Genitores adolescentes.*
- *Genitores com antecedentes de institucionalização/antecedente penal.*
- *Histórico familiar de violência (doméstica, sexual, psicológica, física, alienação parental, etc.).*
- *Genitores com déficit cognitivo / deficiência intelectual.*
- *Genitores com dependência química.*
- *Família/paciente em situação de rua.*
- *Falta de adesão ao tratamento.*
- *Conflito familiar.*
- *Negligência.*
- *Ausência de recursos sociais.*
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Acionar tardiamente o Serviço Social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE);
CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES;
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988;
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL;
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993);
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

ECA

CAPÍTULO 10: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares de forma integrada, com o intuito de identificar questões de ordem social que possam impactar neste momento e realizar intervenções que garantam ao paciente qualidade de vida nos momentos finais e uma morte digna e, para a família, não só entendê-las, mas principalmente, junto a estas propor alternativas que amenizem o sofrimento enfrentado.

2. **OBJETIVOS**

Conhecer o contexto em que o paciente está inserido, entender como sua família encontra-se organizada e qual rede de suporte social poderá ser acionada, *contribuindo desta forma, com o acesso aos direitos sociais, respeitando as decisões do paciente, bem como, direcionando suas ações nos contextos social, familiar e econômico.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Participar das reuniões de equipe, para identificar os pacientes em cuidados paliativos, bem como de reuniões com familiares para discussão de caso e definição de conduta;
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares;
- Realizar visita leito para acompanhar a evolução do caso do paciente, e assim orientar a família em tempo real;
- Discutir com a equipe intervenções para o fortalecimento dos pacientes e familiares;
- Orientar a família para sua organização frente à nova realidade, redefinição de papéis e estabelecimento de um cuidador;
- Mediar informações biográficas do paciente com a equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial;
- Identificar possíveis conflitos familiares, bem como, criar estratégias para minimizá-los;
- Esclarecer dúvidas relacionadas à procuração, interdição, curatela, assistência domiciliar além dos benefícios socioassistenciais garantidos pela legislação;
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe;
- Antecipar o atendimento para uma abordagem mais eficaz de identificação das demandas advindas dos familiares/paciente e equipe multiprofissional;

- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território;
- Dar suporte na localização e encaminhamento para Instituição de Longa Permanência Grau I, II e III;
- Acionar se necessário, os órgãos de Defesa dos Direitos dos Cidadãos;
- Prestar orientações sobre os trâmites burocráticos no caso de óbito no ambiente hospitalar ou domiciliar.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Comunicação pouco eficaz na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento;
- Dificuldade de entendimento sobre Cuidados Paliativos;
- Carência de Legislação específica;
- Conflitos familiares;
- Não aceitação dos familiares;
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador;
- Falta de infraestrutura domiciliar;
- Imposição religiosa;
- Sentimento de culpa por parte do cuidador/ familiar;
- Fragilidade de recursos socioassitenciais;
- Ausência de documentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Resolução CFM Nº 1931/2009
- Lei Estadual 10.121/1999: Consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com informações, procedimentos diagnósticos terapêuticos a serem nele realizados" bem como, "recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida", além de optar pelo local da morte";
- Resolução 1.805: Permite ao médico limitar, ou suspender, procedimentos e/ou tratamentos prolongados e/ou tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade graves e incuráveis, se ele ou seu representante legal manifestar essa vontade;
- Código de ética do Serviço Social;
- Parâmetros de atuação do Serviço Social – CFESS;
- Código de Ética Médica;
- Resolução 1.995 – Diretriz antecipada de vontade (31/08/2012);
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos;

- Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.Pág.69-73

CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia.

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes admitidos em cenário de epidemia e pandemia, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, para identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos e do acesso aos recursos socioassistenciais.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento e/ou acompanhamento aos pacientes/familiares, sob o cenário de epidemias e pandemia decretada pelas autoridades de saúde, visando identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente visando à continuidade do cuidado e a alta segura.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificar/mapear os pacientes admitidos no pronto-socorro, nas alas, unidades de terapia intensiva e ambulatórios;
- Discutir o caso com a equipe para acolhimento nas unidades de isolamento (dentro dos critérios e protocolos de paramentação e controle de acesso), frente demanda social identificada, por solicitação da equipe ou pacientes e familiares;
- Estabelecer contato telefônico e/ou videoconferência com paciente/família e equipe multi por meios de informações cadastradas em prontuário,
- Identificar a principal referência, dentre os familiares, para informações da equipe médica para boletins informativos;
- Orientar o familiar ou referência de cuidados quanto ao fluxo de atendimento de pacientes internados dentro dos protocolos e critérios institucionais no cenário pandêmico;
- Identificar possíveis riscos sociais como: ausência de retaguarda de cuidados; condições precárias de moradia; ausência de meios de transporte para alta hospitalar e acompanhamento médico; paciente não inserido na rede de recursos socioassistenciais; paciente em situação de rua ou albergado;
- Realizar contato e encaminhar paciente/familiares para a rede de Proteção socioassistencial para acompanhamento no território se necessário;
- Acompanhar e discutir os casos com a equipe multiprofissional de forma sistêmica por meio de reuniões e/ou contato telefônico, para garantir alta segura.

- Garantir o sigilo das informações e manter espaço apropriado para intervenção do assistente social.
- Os profissionais devem decidir com autonomia (preferencialmente de forma coletiva) acerca da forma de atendimento mais adequada em cada situação, de modo a atender às orientações, assim como proteger a saúde do/a profissional e do/a usuário/a. No entanto, caso decidam por atendimentos por videoconferência, estes devem ter caráter **absolutamente excepcional**, considerando a particularidade do momento.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ao paciente (familiar e acompanhante);
- Dificuldade em localizar/contatar a referência familiar de cuidados do paciente para acompanhamento e boletim médico.
- Familiares/pacientes com negação aos protocolos determinados pela Instituição e Ministério da Saúde;
- Paciente institucionalizado;
- Pessoa em situação de rua;
- Paciente/cuidador com dificuldade de compreensão;
- Paciente sem documentação de identificação;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE)
CAPITULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993)
Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social;
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.
https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-Orienta----esManejoPacientes.pdf

MANUAL DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Assistente Social é o profissional que atua no âmbito das políticas sociais. A atuação do Assistente Social na área de saúde possui seu alicerce em três pilares: necessidades sociais em

saúde, direito à saúde e produção da saúde. No cenário hospitalar, é necessário que o profissional tenha o domínio das ferramentas que o qualifiquem à execução de seu processo de trabalho, associado à análise da realidade na qual está inserido. Para tanto, é necessária a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem e determinam o processo saúde-doença. Se faz importante realizar o acolhimento dos usuários e seus familiares, com o objetivo de proporcionar acesso efetivo ao sistema de saúde e de proteção social, possibilitando a construção da intersetorialidade e da interdisciplinaridade e evitar a fragmentação e a desarticulação do atendimento.

O Serviço Social apresenta, ainda, um importante papel socioeducativo no contexto da atuação em saúde e na emergência. Faz parte de suas atribuições a orientação quanto ao acesso a recursos socioassistenciais, garantia de acesso a serviços e direitos e integração com a rede, de forma a contribuir com a garantia dos princípios do SUS: universalidade, integridade e equidade.

O presente documento tem por objetivo descrever as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme classificação de risco.

Sumário

CAPÍTULO 1: Funcionamento do setor de serviço social 3
CAPÍTULO 2: Classificação de risco 5
CAPÍTULO 3: Atendimento de casos de vitimização, negligência, discriminação e outras formas de violência contra pessoas..... 8
CAPÍTULO 4: Atendimento de casos de evasão de paciente e recusa de atendimento 11
CAPÍTULO 5: Atendimento do Serviço Social ao paciente em Situação de Rua 13
CAPÍTULO 6: Atendimento do Serviço Social aos pacientes desconhecidos 16
CAPÍTULO 7: Atendimento do Serviço Social ao paciente psiquiátrico 18
CAPÍTULO 8: Atendimento do Serviço Social aos Idosos 19
CAPÍTULO 9: Atendimento do Serviço Social na Pediatria..... 22
CAPÍTULO 10: Atendimento do Serviço Social ao paciente em cuidados paliativos 25
CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia. 28

CAPÍTULO 1: FUNCIONAMENTO DO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes/famílias, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, compondo a equipe interdisciplinar por meio da formulação de propostas e estratégias de intervenção de atenção e promoção a saúde, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, na saúde ou em outro espaço sócio - ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão na saúde.

O Assistente Social é cadastrado no Conselho de Classe da categoria (CRESS – Conselho regional do Serviço Social). Com base nos parâmetros definidos pelo conjunto CFESS/CRESS, tem a atuação voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade Social (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos) e risco social (fragilidade dos vínculos afetivos e relacionais, violência doméstica, trabalho infantil, discriminação por faixa etária, gênero, etnia etc.)

O Serviço Social objetiva realizar atendimento aos pacientes com a perspectiva de Identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente através da realização de um processo sócio-educativo-participativo.

O atendimento é realizado aos pacientes identificados por meio de busca ativa, bem como demanda advinda da equipe multiprofissional e espontânea. Os Assistentes Sociais realizam atendimentos aos usuários e familiares, com interface com a rede de apoio sócio assistencial, seguindo a legislação e os procedimentos descritos para os atendimentos. A atuação do Serviço Social abrange todas as áreas da instituição. O Serviço Social de nossa Instituição integra o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe de 7 Assistentes Sociais, que realizam a carga horária de 30 horas/semanais. A distribuição do *headcount* de acordo com os cargos está descrita na tabela abaixo:

A abrangência da Escala do Serviço Social contempla:

- Segunda a sexta das 7h às 19h.
- Plantão com 1 profissional aos sábados e feriados das 08h00 às 14h00.

A estrutura física deve contemplar espaço físico reservado para a equipe, com recursos eletrônicos e disponibilidade de telefone, para a articulação com a rede socioassistencial e jurídica e elaboração de relatórios, de forma a garantir o sigilo das informações. Deve garantir,

ainda, espaço para atendimentos individuais e coletivos, bem como local adequado para a guarda de prontuários e documentos pertinentes ao atendimento aos/às usuários/as.

Abrangência da atuação do Serviço Social:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código de Ética do/a Assistente Social.

Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

CAPÍTULO 2: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. DEFINIÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR ou ACR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo principal eixo estruturante é incentivar a humanização nas relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, com foco no fortalecimento da participação socioassistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). O ACCR deve ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

O ACCR objetiva avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto socorro, fazendo com que a avaliação ocorra precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Objetiva, ainda, a humanização do atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, informar os tempos de espera e dar a devolutiva de informações aos familiares.

3. RESPONSÁVEIS

Gestores, equipe multiprofissional e equipe de atendimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica garantir a resolutividade e responsabilização no atendimento. Visa também orientar, quando pertinente, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento envolve uma postura ética da instituição, sendo responsabilidade de todos os profissionais em todos os locais e momentos da assistência à saúde. As teorias de Acolhimento e Classificação de Riscos se complementam, de forma a garantir a ordenação da necessidade, mas também promovendo singularidade aos serviços.

Os setores de Emergência e Pronto-Socorro devem estar organizados da seguinte maneira:

- Área Vermelha: área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as demais áreas;
- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada;

- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda;
- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O usuário, ao procurar o Pronto Atendimento, deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente;
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

No processo de Acolhimento com classificação de riscos, as atribuições do Serviço Social incluem:

1. Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas) humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seus acompanhantes;
2. Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;

3. Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo;
4. Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos/acompanhantes;
5. Trabalhar junto ao cidadão/acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco, no sentido de salvar vidas;
6. Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
7. Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
8. Orientar/encaminhar os usuários no sentido de viabilizar o acesso universalizado às políticas públicas;
9. Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais;
10. Executar demais atividades afins.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações;
- Ampliar a visão centrada na dimensão biológica para a perspectiva humana;
- Integração multiprofissional;
- Capacitação profissional;
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf.

Silva, W.M.C.S.; Sousa, C.C.O. Acolhimento com classificação de risco, um olhar na perspectiva do Assistente Social. Disponível em: https://meuartigo.brasilescola.uol.com.br/saude/acolhimento-com-classificacao-risco-um-olhar-na-perspectiva.htm.

CAPÍTULO 3: ATENDIMENTO DE CASOS DE VITIMIZAÇÃO, NEGLIGÊNCIA, DISCRIMINAÇÃO E OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de vitimização, com a perspectiva de identificar os diversos tipos de violência, buscando garantir a segurança da pessoa e a quebra do ciclo de violência, a promoção da saúde e as notificações aos órgãos competentes, em cumprimento da legislação vigente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de qualquer tipo de violência, com a perspectiva de atuar na prevenção, promoção da saúde e na quebra do ciclo de violência.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento/entrevista para identificar o contexto em que a possível vítima se encontra.
- Acolher a pessoa com suspeita de violência e/ou sua família, respeitando sua individualidade e complexidade do caso.
- Conhecer o perfil social do paciente/ família e a possível condição de vitimização vivenciada.
- Possibilitar reflexão crítica sobre a problemática vivenciada, fortalecendo a autoestima, respeitando as particularidades do paciente e buscando alternativas para o enfrentamento.
- Identificar rede de apoio familiar e/ou do relacionamento do paciente para suporte, caso necessário.
- Acolher a demanda social trazida pelo paciente, decorrente ou não da situação de vitimização, tais como: desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos sociais do usuário, entre outros.
- Orientar e encaminhar o paciente/familiar quanto aos recursos rede de proteção social: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Conselho dos Direitos da Mulher, do Idoso, Fóruns, IML, e Delegacias de Polícia, e outros serviços que contribuem para a continuidade do atendimento.
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica e/ou psicológica a suposta vítima e seus familiares, se necessário.
- Mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a suposta vítima formas de proteção.

- Monitorar, em conjunto com as equipes, os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extrafamiliares, durante o tempo de permanência no Serviço de saúde.

Da notificação:

- Elaborar relatório técnico social, com riscos apresentados e parecer técnico do Assistente Social.
- Encaminhar relatório social com ofício assinado pelo diretor superintendente aos órgãos competentes, de acordo com o fluxograma pré-estabelecido na Política Institucional de Vitimização.
- Notificar a rede de Proteção Social (Conselhos, Varas, Delegacias, etc...) nos casos de idosos, crianças e adolescente/ pessoas que não respondam civilmente.
- Aguardar devolutiva dos órgãos competentes e compartilhar com a equipe a definição da conduta.
- Caso o paciente tenha sido encaminhado para outro serviço, encaminhar relatório social das providências tomadas para unidade de transferência do paciente, sejam elas unidades de saúde ou rede socioassistencial.

Do Acolhimento

- Receber o ofício e dar sequência nas orientações definidas pelos Órgãos Competentes de Defesa dos Direitos.
- Conduzir a criança/ adolescente ou idoso/ pessoa com deficiência que não responda civilmente para instituição definida pelos órgãos de Proteção Social.
- Orientar a família a procurar os Órgãos de Defesa para orientação e condução do caso.
- Manter uma cópia do ofício no prontuário do paciente e arquivo do Serviço Social.

Na ausência do Serviço Social

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco, tais diretrizes devem ser seguidas:

- Criança ou adolescente: manter na unidade e acionar o Conselho Tutelar para conduta.
- Idoso: Acionar Delegacia do Idoso e, de acordo com a orientação, manter na unidade, se necessário.
- Adulto: Orientar e, se necessário, encaminhar aos serviços de proteção social e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Acionar tardiamente o Serviço Social.

- Subnotificação.
- Emissão de juízo de valor.
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Ausência de retaguarda da rede de proteção no processo de notificação.
- Ameaças à vítima e profissionais envolvidos nos casos.
- Extrema vulnerabilidade social.
- Pessoa em situação de rua.
- Dependência financeira da suposta vítima, perante o suposto agressor.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.068/1990 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003 – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

LEI FEDERAL Nº 10.741 – ESTATUTO DO IDOSO, CRIADO EM 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diário Oficial da Cidade de São Paulo sábado, 20 de junho de 2015 - PORTARIA Nº 1102/2015-SMS.G.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência*

sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF, 2005.

CRESS-SP. Legislação Brasileira para o Serviço Social. 3ªed. São Paulo: CRESS, 2008.

Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF.

Brasil. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2013.

Código De Ética Serviço Social.

CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO DE CASOS DE EVASÃO DE PACIENTE E RECUSA DE ATENDIMENTO

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes que se encontram em atendimento médico no Serviço de saúde e evadem da unidade ou recusam o tratamento. Cabe ao Serviço Social auxiliar nos casos de evasão e recusa de atendimento, comunicando as instâncias necessárias nos casos de pediatria e pacientes maiores de 60 anos.

2. **OBJETIVOS**

Atender os casos de evasão e recusa de atendimento, garantido os direitos da criança e do adolescente à saúde e à vida, bem como garantir o direito do atendimento aos pacientes que não gozem da sua autonomia imediata ou permanente e aos pacientes adultos para continuidade de atendimento quando há risco de morte.

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social e equipe administrativa.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- **Recusa de atendimento:**

Serviço Social realiza atendimento reforçando as orientações sobre os riscos e abordando sobre o direto à saúde e proteção integral dos sujeitos. Nos casos de pacientes vulneráveis e/ou sem autonomia, informar os responsáveis acerca dos encaminhamentos e notificações aos órgãos competentes;

- **Evasão:**

Adulto com autonomia e sem risco à saúde: paciente tem o direito de optar ou não pelo tratamento de saúde – (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 "Direito de ir e vir" e Código Penal Art. 148 Cárcere Privado).

Adulto com risco à saúde: quando administrativo não conseguir contato e/ou reconvocação do paciente, Serviço Social será acionado para articular com a rede socioassistencial e recursos internos para atendimento do caso;

Criança/Adolescente e Idoso: realizar localização e reconvocação para continuidade do atendimento de saúde. Nos casos de negativa, acionar os órgãos competentes para assegurar os direitos e avaliar a necessidade de realização de Boletim de Ocorrência;

Pacientes psiquiátricos: família deverá ser acionada e orientada a registrar o Boletim de Ocorrência, diante da não localização do paciente. Nos casos de pacientes sem rede de apoio social, instituição realiza o procedimento.

Na evasão de paciente que se apresentam vulneráveis, equipe de enfermagem e médica deverão elaborar relatórios dos atendimentos prestados.

Na abertura de ficha realizar o preenchimento dos dados cadastrais de forma consistente, angariando o máximo de contatos telefônicos possíveis.

- **Na ausência do Serviço Social:**

Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Não ser identificada a evasão
- Não seguir o fluxo de atendimento na unidade de saúde
- Falta de comunicação entre as equipes;
- Paciente se negar as orientações;
- Paciente e/ou responsável legal se negar a retomar o atendimento de saúde;
- Não localização do paciente para reconvocação

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Art.7º do direito á vida e a saúde criança e adolescente.

Lei Federal nº 10.741 – Estatuto do Idoso, criado em 1º de outubro de 2003;.

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

CAPÍTULO 5: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimentos às pessoas em situação de rua que deram entrada no Serviço de Saúde, respeitando sua autonomia, buscando contribuir com a continuidade de tratamento e melhoria da saúde, articulando com a rede socioassistencial e rede de apoio social familiar e/ou comunitária.

2. **OBJETIVOS**

Conhecer as demandas da população em situação de rua, fazer a leitura do contexto social em que o usuário está inserido e realizar intervenção garantindo uma alta segura, respeitando a autonomia do usuário.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber as informações provenientes da equipe do pronto atendimento, para identificar paciente em situação de rua
- Acolhimento, estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia e circunstância de vida do usuário.
- Orientar o usuário quanto aos direitos civis e sociais.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar, comunitária e serviços de referência da rede socioassistencial) para buscar suporte durante tratamento.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/ organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente.
- Articular com CREAS e Centro POP do território o atendimento do caso, a fim de obter informações e registro no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA) do paciente.
- Quando for caso, solicitar através do CREAS e Centro POP de referência vagas em serviços de acolhimento e possibilitar meios para referenciamento do paciente para continuidade do tratamento.
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais que possam interferir no processo de tratamento.
- Encaminhar e orientar usuário acerca dos serviços voltados ao atendimento à população em situação de rua.
- Monitorar reincidentes com complexidade no que se refere ao risco social.

Crianças/ adolescentes em Situação de Rua

- Receber as informações da equipe de atendimento, para identificar criança e/ou adolescente em situação de rua.
- Realizar acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Estabelecer contatos com a criança/adolescente com linguagem simples e de fácil entendimento.
- Mapear e convocar os responsáveis legais para garantir a alta segura.
- Contatar, elaborar e encaminhar relatórios relacionados ao acompanhamento/ internação da criança/ adolescente para notificação aos órgãos de proteção da criança e adolescente.
- Aguardar determinação dos órgãos competentes para liberação e direcionamento da criança e/ou adolescente.

Na ausência do Serviço Social:

✓ **Pacientes com autonomia:**

- Não havendo necessidade de permanecer em observação paciente com autonomia recebe alta a critério médico.
- Profissionais de atendimento orientam a procurar serviços de atendimento à pessoa em situação de rua (Centro POP e/ou CREAS), para paciente solicitar vaga em centro de acolhida.

✓ **Pacientes sem ou com autonomia limitada:**

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.
- Nos casos de crianças e adolescentes, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, e acionar Conselho Tutelar.
- Idosos, pessoas com deficiência, adultos e psiquiátricos, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, aguardar atendimento do Serviço Social.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Dependência Química.
- Dificuldade de contato com familiares.
- Dificuldade de seguimento no atendimento.
- Falta de adesão com seguimento das redes socioassistenciais direcionadas.
- Ocultação de Informações por parte do paciente/familiar.
- Negligência no autocuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Não constar no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA).

- Ausência de responsável legal.
- Ausência de referenciamento aos serviços de atendimento à população em situação de rua.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS nº273, de 13 de março de 1993).

Política Nacional para a população em Situação de Rua.

Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua.

Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema do Cartão nacional de Saúde (Cartão SUS).

Portaria Nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS), com foco na promoção da equidade em saúde.

Portaria nº. 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultórios na Rua (eCR) por Município.

Portaria Nº. 121 de 25 de janeiro de 2012. Instituem as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.

Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Plano operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015.

Política nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, Governo Federal 2008 DF.

CAPÍTULO 6: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS PACIENTES DESCONHECIDOS

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimento de usuários que deram entrada no Serviço de saúde inconsciente, com transtorno mental ou sem condições de se comunicar, sem documentos de identificação e acompanhante.

2. **OBJETIVOS**

Realizar a identificação do paciente desconhecido, realizando seu acolhimento, assim como verificar junto à rede socioassistencial e de recursos internos, informações para identificação e retorno ao contexto social.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber informações das equipes de atendimento para identificar pacientes sem identificação
- Acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social do paciente, quando possível, verificando suas demandas, conhecendo seu contexto social.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar e/ou comunitária), a fim de obter informações para sua identificação, quando o paciente estiver em condições de se comunica.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia do usuário.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente, respeitando sua autonomia.
- Compartilhar informações com equipe de atendimento, conforme a evolução do atendimento e identificação do paciente.
- Realizar busca ativa na rede de apoio (UBS, Sistema SIGA, CROSS, Delegacia etc...) na tentativa de localizar familiares.
- Comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina, com o envio da Ficha de Paciente Desconhecido, relatório com anamnese e exame físico e foto do paciente, contendo informação de risco iminente de morte, se houver.
- Orientar e encaminhar para rede de recursos socioassistenciais.
- Em caso de óbito, comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina**.**

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

Em caso de risco:

- Realização de boletim de ocorrência.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Identificação tardia do paciente ou a não identificação.
- Piora e/ou manutenção da condição clínica.
- Recusa de suporte da rede de apoio social após a identificação do paciente.
- Dificuldade de acesso à rede de apoio que presta atendimento à pessoa desconhecida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993).

Lei 10299/99 | Lei nº 10.299, de 29 de abril de 1999.

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 301, DE 21 DE MARÇO DE 2017, Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo SP.

CAPÍTULO 7: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes psiquiátricos, quando identificado risco social pela equipe de atendimento, com o intuito de identificar demandas sociais que possam impactar no atendimento e realizar intervenções que garantam ao paciente continuidade no tratamento, encaminhando, conforme indicação médica, para rede de serviços socioassistenciais e da saúde mental.

2. **OBJETIVOS**

- *Compreender o contexto social em que o paciente está inserido e verificar sobre rede de apoio social, assim como sobre os serviços que o paciente é referenciado*.
- *Contribuir com o atendimento com orientações aos pacientes e/ou familiares quanto ao acesso aos direitos sociais e direcionar para serviços da saúde mental, quando necessário, respeitando a autonomia do paciente.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- A equipe sinaliza ao serviço social a necessidade de atendimento social a paciente psiquiátrico.
- Acolher informações encaminhadas pela equipe de atendimento acerca de risco social envolvendo pacientes psiquiátricos para avaliação do caso e definição de conduta.
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares.
- Identificar rede de apoio social do paciente.
- Compartilhar com equipe de atendimento informações sobre o paciente, que possam impactar e/ou colaborar com o atendimento.
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial, benefícios e outros direitos sociais.
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe.
- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território, quando identificada a necessidade.
- Dar suporte na localização e encaminhamento de serviços da saúde mental (CAPS Adulto, Infantil, AD; Pronto atendimento psiquiátrico; atenção básica).
- Quando necessário, acionar os órgãos de proteção competente.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco social:

- Paciente de alta: manter individuo a unidade, para avaliação do Serviço Social.
- Paciente com indicação de transferência para outro serviço de saúde: equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento e notificar caso ao Serviço Social do serviço que paciente foi encaminhado.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Falta de clareza na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento.
- Dificuldade de entendimento sobre rede de saúde mental.
- Paciente sem referência na rede de serviços.
- Paciente sem aderência ao tratamento.
- Conflitos familiares.
- Não aceitação dos familiares.
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador.
- Fragilidade de recursos socioassistenciais.
- Ausência de documentos.

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

CAPÍTULO 8: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS IDOSOS

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes idosos em observação e/ou em avaliação no Serviço de Saúde como parte da garantia da sua proteção integral, partindo do pressuposto a atuação profissional do assistente social permite conhecer e intervir em aspectos sociais que venham a interferir no processo de tratamento e cuidado.

2. **OBJETIVOS**

- *Atender os pacientes idosos quando* equipe do pronto atendimento (clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, choque) identificar *possíveis situações de risco social*, assim como durante atendimento de busca ativa do Serviço Social.

- *Conhecer o contexto em que estão inseridos, garantindo a integralidade no atendimento, contribuindo assim, com o acesso aos direitos sociais e redução d*o risco de intercorrências no retorno ao contexto social e reinternações

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita no leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Realizar avaliação social a fim de conhecer contexto social paciente/família, para identificar rede de apoio social para continuidade do tratamento e cuidado do idoso.
- Nos casos de risco social, realizar busca ativa na rede de apoio familiar, identificar possíveis familiares ou família extensa que possa assumir os cuidados do idoso
- Contatar os familiares ou referência de cuidados dos idosos para agendar avaliação social (se necessário)
- Realizar orientações e encaminhamentos necessários aos pacientes e familiares quando aos direitos sociais e civis e de serviços da rede socioassistencial.
- Mapear o território e identificar Instituições de Longa Permanência para Idosos (I, II e III), caso seja necessária à utilização desses recursos.
- Assegurar o direito de o idoso ter um acompanhante, conforme previsto no Art. 16. (Estatuto do Idoso).
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar que possam interferir no processo de tratamento e/ou alta da unidade.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de proteção social (Unidade Básica de Saude – UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho ou Delegacia do Idoso; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência, Centros de Convivencia, Instituições de Longa Permanencia (I, II e III), entre outros) para as devidas providências, quando necessário.
- Definir a permanência/alta social e compartilhar com a equipe.

Na ausência do serviço social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos

casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Delegacia do Idoso e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência da referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Paciente institucionalizado.
- Negligência no autocuidado e reinternações.
- Ocultação de informações por parte do paciente/familiar.
- Dificuldade de localizar recursos na rede para suporte ao idoso.
- Negligência no cuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Falta de entendimento/aceitação referente ao processo de envelhecimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

Estatuto do Idoso

Política Nacional do Idoso;

Caderno de Violência contra a pessoa idosa – MPF - 2007

CAPÍTULO 9: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA PEDIATRIA

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes em avaliação pela pediatria, como parte do atendimento de demandas em que os profissionais identificarem risco social, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos, do acesso aos recursos e proteção da criança e adolescente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes internados na pediatria com risco social, com a perspectiva de identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a proteção da criança e adolescente.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Conhecer o perfil social dos genitores através da avaliação social, para identificar questões que possam interferir no tratamento e nos cuidados das crianças/adolescentes.
- Elaborar plano de ação, a partir dos dados coletados na avaliação social.
- Acompanhar sistematicamente os pacientes em observação, fortalecendo vínculos, realizando orientações e encaminhamentos necessários.
- Elaborar relatório social para obtenção de benefícios e/ou encaminhamentos.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de apoio socioassistencial (Unidade Básica de Saude - UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho Tutelar; Vara da Infância e Juventude; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência) para as devidas providências, quando necessário.
- Compartilhar, com equipe de atendimento, aspectos sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar, que possam interferir no processo de tratamento.
- Contatar responsáveis legais nos casos de criança/adolescente desacompanhados.
- Alta da unidade deve ser dada mediante presença de responsável legal.

- Durante atendimento de crianças em que genitoras (es) são adolescentes, solicitar presença de um responsável legal.
- Atender demandas espontâneas que podem ser apresentadas pela equipe de atendimento e/ou familiares, conforme a necessidade e avaliação do assistente social.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Conselho Tutelar e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- *Genitores adolescentes.*
- *Genitores com antecedentes de institucionalização/antecedente penal.*
- *Histórico familiar de violência (doméstica, sexual, psicológica, física, alienação parental, etc.).*
- *Genitores com déficit cognitivo / deficiência intelectual.*
- *Genitores com dependência química.*
- *Família/paciente em situação de rua.*
- *Falta de adesão ao tratamento.*
- *Conflito familiar.*
- *Negligência.*
- *Ausência de recursos sociais.*
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Acionar tardiamente o Serviço Social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE);
CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES;
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988;
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL;
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993);
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

ECA

CAPÍTULO 10: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares de forma integrada, com o intuito de identificar questões de ordem social que possam impactar neste momento e realizar intervenções que garantam ao paciente qualidade de vida nos momentos finais e uma morte digna e, para a família, não só entendê-las, mas principalmente, junto a estas propor alternativas que amenizem o sofrimento enfrentado.

2. **OBJETIVOS**

Conhecer o contexto em que o paciente está inserido, entender como sua família encontra-se organizada e qual rede de suporte social poderá ser acionada, *contribuindo desta forma, com o acesso aos direitos sociais, respeitando as decisões do paciente, bem como, direcionando suas ações nos contextos social, familiar e econômico.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Participar das reuniões de equipe, para identificar os pacientes em cuidados paliativos, bem como de reuniões com familiares para discussão de caso e definição de conduta;
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares;
- Realizar visita leito para acompanhar a evolução do caso do paciente, e assim orientar a família em tempo real;
- Discutir com a equipe intervenções para o fortalecimento dos pacientes e familiares;
- Orientar a família para sua organização frente à nova realidade, redefinição de papéis e estabelecimento de um cuidador;
- Mediar informações biográficas do paciente com a equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial;
- Identificar possíveis conflitos familiares, bem como, criar estratégias para minimizá-los;
- Esclarecer dúvidas relacionadas à procuração, interdição, curatela, assistência domiciliar além dos benefícios socioassistenciais garantidos pela legislação;
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe;
- Antecipar o atendimento para uma abordagem mais eficaz de identificação das demandas advindas dos familiares/paciente e equipe multiprofissional;

- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território;
- Dar suporte na localização e encaminhamento para Instituição de Longa Permanência Grau I, II e III;
- Acionar se necessário, os órgãos de Defesa dos Direitos dos Cidadãos;
- Prestar orientações sobre os trâmites burocráticos no caso de óbito no ambiente hospitalar ou domiciliar.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Comunicação pouco eficaz na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento;
- Dificuldade de entendimento sobre Cuidados Paliativos;
- Carência de Legislação específica;
- Conflitos familiares;
- Não aceitação dos familiares;
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador;
- Falta de infraestrutura domiciliar;
- Imposição religiosa;
- Sentimento de culpa por parte do cuidador/ familiar;
- Fragilidade de recursos socioassitenciais;
- Ausência de documentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Resolução CFM Nº 1931/2009
- Lei Estadual 10.121/1999: Consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com informações, procedimentos diagnósticos terapêuticos a serem nele realizados" bem como, "recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida", além de optar pelo local da morte";
- Resolução 1.805: Permite ao médico limitar, ou suspender, procedimentos e/ou tratamentos prolongados e/ou tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade graves e incuráveis, se ele ou seu representante legal manifestar essa vontade;
- Código de ética do Serviço Social;
- Parâmetros de atuação do Serviço Social – CFESS;
- Código de Ética Médica;
- Resolução 1.995 – Diretriz antecipada de vontade (31/08/2012);
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos;

- Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.Pág.69-73

CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia.

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes admitidos em cenário de epidemia e pandemia, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, para identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos e do acesso aos recursos socioassistenciais.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento e/ou acompanhamento aos pacientes/familiares, sob o cenário de epidemias e pandemia decretada pelas autoridades de saúde, visando identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente visando à continuidade do cuidado e a alta segura.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificar/mapear os pacientes admitidos no pronto-socorro, nas alas, unidades de terapia intensiva e ambulatórios;
- Discutir o caso com a equipe para acolhimento nas unidades de isolamento (dentro dos critérios e protocolos de paramentação e controle de acesso), frente demanda social identificada, por solicitação da equipe ou pacientes e familiares;
- Estabelecer contato telefônico e/ou videoconferência com paciente/família e equipe multi por meios de informações cadastradas em prontuário,
- Identificar a principal referência, dentre os familiares, para informações da equipe médica para boletins informativos;
- Orientar o familiar ou referência de cuidados quanto ao fluxo de atendimento de pacientes internados dentro dos protocolos e critérios institucionais no cenário pandêmico;
- Identificar possíveis riscos sociais como: ausência de retaguarda de cuidados; condições precárias de moradia; ausência de meios de transporte para alta hospitalar e acompanhamento médico; paciente não inserido na rede de recursos socioassistenciais; paciente em situação de rua ou albergado;
- Realizar contato e encaminhar paciente/familiares para a rede de Proteção socioassistencial para acompanhamento no território se necessário;
- Acompanhar e discutir os casos com a equipe multiprofissional de forma sistêmica por meio de reuniões e/ou contato telefônico, para garantir alta segura.

- Garantir o sigilo das informações e manter espaço apropriado para intervenção do assistente social.
- Os profissionais devem decidir com autonomia (preferencialmente de forma coletiva) acerca da forma de atendimento mais adequada em cada situação, de modo a atender às orientações, assim como proteger a saúde do/a profissional e do/a usuário/a. No entanto, caso decidam por atendimentos por videoconferência, estes devem ter caráter **absolutamente excepcional**, considerando a particularidade do momento.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ao paciente (familiar e acompanhante);
- Dificuldade em localizar/contatar a referência familiar de cuidados do paciente para acompanhamento e boletim médico.
- Familiares/pacientes com negação aos protocolos determinados pela Instituição e Ministério da Saúde;
- Paciente institucionalizado;
- Pessoa em situação de rua;
- Paciente/cuidador com dificuldade de compreensão;
- Paciente sem documentação de identificação;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE)
CAPITULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993)
Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social;
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.
https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-Orienta----esManejoPacientes.pdf

MANUAL DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Assistente Social é o profissional que atua no âmbito das políticas sociais. A atuação do Assistente Social na área de saúde possui seu alicerce em três pilares: necessidades sociais em

saúde, direito à saúde e produção da saúde. No cenário hospitalar, é necessário que o profissional tenha o domínio das ferramentas que o qualifiquem à execução de seu processo de trabalho, associado à análise da realidade na qual está inserido. Para tanto, é necessária a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem e determinam o processo saúde-doença. Se faz importante realizar o acolhimento dos usuários e seus familiares, com o objetivo de proporcionar acesso efetivo ao sistema de saúde e de proteção social, possibilitando a construção da intersetorialidade e da interdisciplinaridade e evitar a fragmentação e a desarticulação do atendimento.

O Serviço Social apresenta, ainda, um importante papel socioeducativo no contexto da atuação em saúde e na emergência. Faz parte de suas atribuições a orientação quanto ao acesso a recursos socioassistenciais, garantia de acesso a serviços e direitos e integração com a rede, de forma a contribuir com a garantia dos princípios do SUS: universalidade, integridade e equidade.

O presente documento tem por objetivo descrever as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme classificação de risco.

Sumário

CAPÍTULO 1: Funcionamento do setor de serviço social 3
CAPÍTULO 2: Classificação de risco 5
CAPÍTULO 3: Atendimento de casos de vitimização, negligência, discriminação e outras formas de violência contra pessoas..... 8
CAPÍTULO 4: Atendimento de casos de evasão de paciente e recusa de atendimento 11
CAPÍTULO 5: Atendimento do Serviço Social ao paciente em Situação de Rua 13
CAPÍTULO 6: Atendimento do Serviço Social aos pacientes desconhecidos 16
CAPÍTULO 7: Atendimento do Serviço Social ao paciente psiquiátrico 18
CAPÍTULO 8: Atendimento do Serviço Social aos Idosos 19
CAPÍTULO 9: Atendimento do Serviço Social na Pediatria..... 22
CAPÍTULO 10: Atendimento do Serviço Social ao paciente em cuidados paliativos 25
CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia. 28

CAPÍTULO 1: FUNCIONAMENTO DO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes/famílias, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, compondo a equipe interdisciplinar por meio da formulação de propostas e estratégias de intervenção de atenção e promoção a saúde, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, na saúde ou em outro espaço sócio - ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão na saúde.

O Assistente Social é cadastrado no Conselho de Classe da categoria (CRESS – Conselho regional do Serviço Social). Com base nos parâmetros definidos pelo conjunto CFESS/CRESS, tem a atuação voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade Social (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos) e risco social (fragilidade dos vínculos afetivos e relacionais, violência doméstica, trabalho infantil, discriminação por faixa etária, gênero, etnia etc.)

O Serviço Social objetiva realizar atendimento aos pacientes com a perspectiva de Identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente através da realização de um processo sócio-educativo-participativo.

O atendimento é realizado aos pacientes identificados por meio de busca ativa, bem como demanda advinda da equipe multiprofissional e espontânea. Os Assistentes Sociais realizam atendimentos aos usuários e familiares, com interface com a rede de apoio sócio assistencial, seguindo a legislação e os procedimentos descritos para os atendimentos. A atuação do Serviço Social abrange todas as áreas da instituição. O Serviço Social de nossa Instituição integra o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe de 7 Assistentes Sociais, que realizam a carga horária de 30 horas/semanais. A distribuição do *headcount* de acordo com os cargos está descrita na tabela abaixo:

A abrangência da Escala do Serviço Social contempla:

- Segunda a sexta das 7h às 19h.
- Plantão com 1 profissional aos sábados e feriados das 08h00 às 14h00.

A estrutura física deve contemplar espaço físico reservado para a equipe, com recursos eletrônicos e disponibilidade de telefone, para a articulação com a rede socioassistencial e jurídica e elaboração de relatórios, de forma a garantir o sigilo das informações. Deve garantir,

ainda, espaço para atendimentos individuais e coletivos, bem como local adequado para a guarda de prontuários e documentos pertinentes ao atendimento aos/às usuários/as.

Abrangência da atuação do Serviço Social:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código de Ética do/a Assistente Social.

Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

CAPÍTULO 2: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. DEFINIÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR ou ACR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo principal eixo estruturante é incentivar a humanização nas relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, com foco no fortalecimento da participação socioassistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). O ACCR deve ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

O ACCR objetiva avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto socorro, fazendo com que a avaliação ocorra precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Objetiva, ainda, a humanização do atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, informar os tempos de espera e dar a devolutiva de informações aos familiares.

3. RESPONSÁVEIS

Gestores, equipe multiprofissional e equipe de atendimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica garantir a resolutividade e responsabilização no atendimento. Visa também orientar, quando pertinente, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento envolve uma postura ética da instituição, sendo responsabilidade de todos os profissionais em todos os locais e momentos da assistência à saúde. As teorias de Acolhimento e Classificação de Riscos se complementam, de forma a garantir a ordenação da necessidade, mas também promovendo singularidade aos serviços.

Os setores de Emergência e Pronto-Socorro devem estar organizados da seguinte maneira:

- Área Vermelha: área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as demais áreas;
- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada;

- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda;
- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O usuário, ao procurar o Pronto Atendimento, deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente;
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

No processo de Acolhimento com classificação de riscos, as atribuições do Serviço Social incluem:

1. Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas) humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seus acompanhantes;
2. Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;

3. Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo;
4. Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos/acompanhantes;
5. Trabalhar junto ao cidadão/acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco, no sentido de salvar vidas;
6. Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
7. Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
8. Orientar/encaminhar os usuários no sentido de viabilizar o acesso universalizado às políticas públicas;
9. Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais;
10. Executar demais atividades afins.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações;
- Ampliar a visão centrada na dimensão biológica para a perspectiva humana;
- Integração multiprofissional;
- Capacitação profissional;
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf.

Silva, W.M.C.S.; Sousa, C.C.O. Acolhimento com classificação de risco, um olhar na perspectiva do Assistente Social. Disponível em: https://meuartigo.brasilescola.uol.com.br/saude/acolhimento-com-classificacao-risco-um-olhar-na-perspectiva.htm.

CAPÍTULO 3: ATENDIMENTO DE CASOS DE VITIMIZAÇÃO, NEGLIGÊNCIA, DISCRIMINAÇÃO E OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de vitimização, com a perspectiva de identificar os diversos tipos de violência, buscando garantir a segurança da pessoa e a quebra do ciclo de violência, a promoção da saúde e as notificações aos órgãos competentes, em cumprimento da legislação vigente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de qualquer tipo de violência, com a perspectiva de atuar na prevenção, promoção da saúde e na quebra do ciclo de violência.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento/entrevista para identificar o contexto em que a possível vítima se encontra.
- Acolher a pessoa com suspeita de violência e/ou sua família, respeitando sua individualidade e complexidade do caso.
- Conhecer o perfil social do paciente/ família e a possível condição de vitimização vivenciada.
- Possibilitar reflexão crítica sobre a problemática vivenciada, fortalecendo a autoestima, respeitando as particularidades do paciente e buscando alternativas para o enfrentamento.
- Identificar rede de apoio familiar e/ou do relacionamento do paciente para suporte, caso necessário.
- Acolher a demanda social trazida pelo paciente, decorrente ou não da situação de vitimização, tais como: desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos sociais do usuário, entre outros.
- Orientar e encaminhar o paciente/familiar quanto aos recursos rede de proteção social: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Conselho dos Direitos da Mulher, do Idoso, Fóruns, IML, e Delegacias de Polícia, e outros serviços que contribuem para a continuidade do atendimento.
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica e/ou psicológica a suposta vítima e seus familiares, se necessário.
- Mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a suposta vítima formas de proteção.

- Monitorar, em conjunto com as equipes, os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extrafamiliares, durante o tempo de permanência no Serviço de saúde.

Da notificação:

- Elaborar relatório técnico social, com riscos apresentados e parecer técnico do Assistente Social.
- Encaminhar relatório social com ofício assinado pelo diretor superintendente aos órgãos competentes, de acordo com o fluxograma pré-estabelecido na Política Institucional de Vitimização.
- Notificar a rede de Proteção Social (Conselhos, Varas, Delegacias, etc...) nos casos de idosos, crianças e adolescente/ pessoas que não respondam civilmente.
- Aguardar devolutiva dos órgãos competentes e compartilhar com a equipe a definição da conduta.
- Caso o paciente tenha sido encaminhado para outro serviço, encaminhar relatório social das providências tomadas para unidade de transferência do paciente, sejam elas unidades de saúde ou rede socioassistencial.

Do Acolhimento

- Receber o ofício e dar sequência nas orientações definidas pelos Órgãos Competentes de Defesa dos Direitos.
- Conduzir a criança/ adolescente ou idoso/ pessoa com deficiência que não responda civilmente para instituição definida pelos órgãos de Proteção Social.
- Orientar a família a procurar os Órgãos de Defesa para orientação e condução do caso.
- Manter uma cópia do ofício no prontuário do paciente e arquivo do Serviço Social.

Na ausência do Serviço Social

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco, tais diretrizes devem ser seguidas:

- Criança ou adolescente: manter na unidade e acionar o Conselho Tutelar para conduta.
- Idoso: Acionar Delegacia do Idoso e, de acordo com a orientação, manter na unidade, se necessário.
- Adulto: Orientar e, se necessário, encaminhar aos serviços de proteção social e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Acionar tardiamente o Serviço Social.

- Subnotificação.
- Emissão de juízo de valor.
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Ausência de retaguarda da rede de proteção no processo de notificação.
- Ameaças à vítima e profissionais envolvidos nos casos.
- Extrema vulnerabilidade social.
- Pessoa em situação de rua.
- Dependência financeira da suposta vítima, perante o suposto agressor.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.068/1990 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003 – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

LEI FEDERAL Nº 10.741 – ESTATUTO DO IDOSO, CRIADO EM 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diário Oficial da Cidade de São Paulo sábado, 20 de junho de 2015 - PORTARIA Nº 1102/2015-SMS.G.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência*

sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF, 2005.

CRESS-SP. Legislação Brasileira para o Serviço Social. 3ªed. São Paulo: CRESS, 2008.

Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF.

Brasil. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2013.

Código De Ética Serviço Social.

CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO DE CASOS DE EVASÃO DE PACIENTE E RECUSA DE ATENDIMENTO

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes que se encontram em atendimento médico no Serviço de saúde e evadem da unidade ou recusam o tratamento. Cabe ao Serviço Social auxiliar nos casos de evasão e recusa de atendimento, comunicando as instâncias necessárias nos casos de pediatria e pacientes maiores de 60 anos.

2. OBJETIVOS

Atender os casos de evasão e recusa de atendimento, garantido os direitos da criança e do adolescente à saúde e à vida, bem como garantir o direito do atendimento aos pacientes que não gozem da sua autonomia imediata ou permanente e aos pacientes adultos para continuidade de atendimento quando há risco de morte.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social e equipe administrativa.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- **Recusa de atendimento:**

Serviço Social realiza atendimento reforçando as orientações sobre os riscos e abordando sobre o direto à saúde e proteção integral dos sujeitos. Nos casos de pacientes vulneráveis e/ou sem autonomia, informar os responsáveis acerca dos encaminhamentos e notificações aos órgãos competentes;

- **Evasão:**

Adulto com autonomia e sem risco à saúde: paciente tem o direito de optar ou não pelo tratamento de saúde – (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 "Direito de ir e vir" e Código Penal Art. 148 Cárcere Privado).

Adulto com risco à saúde: quando administrativo não conseguir contato e/ou reconvocação do paciente, Serviço Social será acionado para articular com a rede socioassistencial e recursos internos para atendimento do caso;

Criança/Adolescente e Idoso: realizar localização e reconvocação para continuidade do atendimento de saúde. Nos casos de negativa, acionar os órgãos competentes para assegurar os direitos e avaliar a necessidade de realização de Boletim de Ocorrência;

Pacientes psiquiátricos: família deverá ser acionada e orientada a registrar o Boletim de Ocorrência, diante da não localização do paciente. Nos casos de pacientes sem rede de apoio social, instituição realiza o procedimento.

Na evasão de paciente que se apresentam vulneráveis, equipe de enfermagem e médica deverão elaborar relatórios dos atendimentos prestados.

Na abertura de ficha realizar o preenchimento dos dados cadastrais de forma consistente, angariando o máximo de contatos telefônicos possíveis.

- **Na ausência do Serviço Social:**

Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não ser identificada a evasão
- Não seguir o fluxo de atendimento na unidade de saúde
- Falta de comunicação entre as equipes;
- Paciente se negar as orientações;
- Paciente e/ou responsável legal se negar a retomar o atendimento de saúde;
- Não localização do paciente para reconvocação

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Art.7º do direito á vida e a saúde criança e adolescente.

Lei Federal nº 10.741 – Estatuto do Idoso, criado em 1º de outubro de 2003;.

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

CAPÍTULO 5: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimentos às pessoas em situação de rua que deram entrada no Serviço de Saúde, respeitando sua autonomia, buscando contribuir com a continuidade de tratamento e melhoria da saúde, articulando com a rede socioassistencial e rede de apoio social familiar e/ou comunitária.

2. OBJETIVOS

Conhecer as demandas da população em situação de rua, fazer a leitura do contexto social em que o usuário está inserido e realizar intervenção garantindo uma alta segura, respeitando a autonomia do usuário.

3. RESPONSÁVEIS

Assistente Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Receber as informações provenientes da equipe do pronto atendimento, para identificar paciente em situação de rua
- Acolhimento, estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia e circunstância de vida do usuário.
- Orientar o usuário quanto aos direitos civis e sociais.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar, comunitária e serviços de referência da rede socioassistencial) para buscar suporte durante tratamento.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/ organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente.
- Articular com CREAS e Centro POP do território o atendimento do caso, a fim de obter informações e registro no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA) do paciente.
- Quando for caso, solicitar através do CREAS e Centro POP de referência vagas em serviços de acolhimento e possibilitar meios para referenciamento do paciente para continuidade do tratamento.
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais que possam interferir no processo de tratamento.
- Encaminhar e orientar usuário acerca dos serviços voltados ao atendimento à população em situação de rua.
- Monitorar reincidentes com complexidade no que se refere ao risco social.

Crianças/ adolescentes em Situação de Rua

- Receber as informações da equipe de atendimento, para identificar criança e/ou adolescente em situação de rua.
- Realizar acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Estabelecer contatos com a criança/adolescente com linguagem simples e de fácil entendimento.
- Mapear e convocar os responsáveis legais para garantir a alta segura.
- Contatar, elaborar e encaminhar relatórios relacionados ao acompanhamento/ internação da criança/ adolescente para notificação aos órgãos de proteção da criança e adolescente.
- Aguardar determinação dos órgãos competentes para liberação e direcionamento da criança e/ou adolescente.

Na ausência do Serviço Social:

✓ **Pacientes com autonomia:**

- Não havendo necessidade de permanecer em observação paciente com autonomia recebe alta a critério médico.
- Profissionais de atendimento orientam a procurar serviços de atendimento à pessoa em situação de rua (Centro POP e/ou CREAS), para paciente solicitar vaga em centro de acolhida.

✓ **Pacientes sem ou com autonomia limitada:**

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.
- Nos casos de crianças e adolescentes, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, e acionar Conselho Tutelar.
- Idosos, pessoas com deficiência, adultos e psiquiátricos, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, aguardar atendimento do Serviço Social.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Dependência Química.
- Dificuldade de contato com familiares.
- Dificuldade de seguimento no atendimento.
- Falta de adesão com seguimento das redes socioassistenciais direcionadas.
- Ocultação de Informações por parte do paciente/familiar.
- Negligência no autocuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Não constar no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA).

- Ausência de responsável legal.
- Ausência de referenciamento aos serviços de atendimento à população em situação de rua.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS nº273, de 13 de março de 1993).

Política Nacional para a população em Situação de Rua.

Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua.

Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema do Cartão nacional de Saúde (Cartão SUS).

Portaria Nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS), com foco na promoção da equidade em saúde.

Portaria nº. 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultórios na Rua (eCR) por Município.

Portaria Nº. 121 de 25 de janeiro de 2012. Instituem as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.

Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Plano operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015.

Política nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, Governo Federal 2008 DF.

CAPÍTULO 6: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS PACIENTES DESCONHECIDOS

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimento de usuários que deram entrada no Serviço de saúde inconsciente, com transtorno mental ou sem condições de se comunicar, sem documentos de identificação e acompanhante.

2. **OBJETIVOS**

Realizar a identificação do paciente desconhecido, realizando seu acolhimento, assim como verificar junto à rede socioassistencial e de recursos internos, informações para identificação e retorno ao contexto social.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber informações das equipes de atendimento para identificar pacientes sem identificação
- Acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social do paciente, quando possível, verificando suas demandas, conhecendo seu contexto social.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar e/ou comunitária), a fim de obter informações para sua identificação, quando o paciente estiver em condições de se comunica.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia do usuário.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente, respeitando sua autonomia.
- Compartilhar informações com equipe de atendimento, conforme a evolução do atendimento e identificação do paciente.
- Realizar busca ativa na rede de apoio (UBS, Sistema SIGA, CROSS, Delegacia etc...) na tentativa de localizar familiares.
- Comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina, com o envio da Ficha de Paciente Desconhecido, relatório com anamnese e exame físico e foto do paciente, contendo informação de risco iminente de morte, se houver.
- Orientar e encaminhar para rede de recursos socioassistenciais.
- Em caso de óbito, comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina**.**

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

Em caso de risco:

- Realização de boletim de ocorrência.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Identificação tardia do paciente ou a não identificação.
- Piora e/ou manutenção da condição clínica.
- Recusa de suporte da rede de apoio social após a identificação do paciente.
- Dificuldade de acesso à rede de apoio que presta atendimento à pessoa desconhecida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993).

Lei 10299/99 | Lei nº 10.299, de 29 de abril de 1999.

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 301, DE 21 DE MARÇO DE 2017, Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo SP.

CAPÍTULO 7: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes psiquiátricos, quando identificado risco social pela equipe de atendimento, com o intuito de identificar demandas sociais que possam impactar no atendimento e realizar intervenções que garantam ao paciente continuidade no tratamento, encaminhando, conforme indicação médica, para rede de serviços socioassistenciais e da saúde mental.

2. **OBJETIVOS**

- *Compreender o contexto social em que o paciente está inserido e verificar sobre rede de apoio social, assim como sobre os serviços que o paciente é referenciado*.
- *Contribuir com o atendimento com orientações aos pacientes e/ou familiares quanto ao acesso aos direitos sociais e direcionar para serviços da saúde mental, quando necessário, respeitando a autonomia do paciente.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- A equipe sinaliza ao serviço social a necessidade de atendimento social a paciente psiquiátrico.
- Acolher informações encaminhadas pela equipe de atendimento acerca de risco social envolvendo pacientes psiquiátricos para avaliação do caso e definição de conduta.
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares.
- Identificar rede de apoio social do paciente.
- Compartilhar com equipe de atendimento informações sobre o paciente, que possam impactar e/ou colaborar com o atendimento.
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial, benefícios e outros direitos sociais.
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe.
- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território, quando identificada a necessidade.
- Dar suporte na localização e encaminhamento de serviços da saúde mental (CAPS Adulto, Infantil, AD; Pronto atendimento psiquiátrico; atenção básica).
- Quando necessário, acionar os órgãos de proteção competente.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco social:

- Paciente de alta: manter individuo a unidade, para avaliação do Serviço Social.
- Paciente com indicação de transferência para outro serviço de saúde: equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento e notificar caso ao Serviço Social do serviço que paciente foi encaminhado.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Falta de clareza na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento.
- Dificuldade de entendimento sobre rede de saúde mental.
- Paciente sem referência na rede de serviços.
- Paciente sem aderência ao tratamento.
- Conflitos familiares.
- Não aceitação dos familiares.
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador.
- Fragilidade de recursos socioassistenciais.
- Ausência de documentos.

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

CAPÍTULO 8: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS IDOSOS

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes idosos em observação e/ou em avaliação no Serviço de Saúde como parte da garantia da sua proteção integral, partindo do pressuposto a atuação profissional do assistente social permite conhecer e intervir em aspectos sociais que venham a interferir no processo de tratamento e cuidado.

2. **OBJETIVOS**

- *Atender os pacientes idosos quando* equipe do pronto atendimento (clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, choque) identificar *possíveis situações de risco social*, assim como durante atendimento de busca ativa do Serviço Social.

- *Conhecer o contexto em que estão inseridos, garantindo a integralidade no atendimento, contribuindo assim, com o acesso aos direitos sociais e redução d*o risco de intercorrências no retorno ao contexto social e reinternações

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita no leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Realizar avaliação social a fim de conhecer contexto social paciente/família, para identificar rede de apoio social para continuidade do tratamento e cuidado do idoso.
- Nos casos de risco social, realizar busca ativa na rede de apoio familiar, identificar possíveis familiares ou família extensa que possa assumir os cuidados do idoso
- Contatar os familiares ou referência de cuidados dos idosos para agendar avaliação social (se necessário)
- Realizar orientações e encaminhamentos necessários aos pacientes e familiares quando aos direitos sociais e civis e de serviços da rede socioassistencial.
- Mapear o território e identificar Instituições de Longa Permanência para Idosos (I, II e III), caso seja necessária à utilização desses recursos.
- Assegurar o direito de o idoso ter um acompanhante, conforme previsto no Art. 16. (Estatuto do Idoso).
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar que possam interferir no processo de tratamento e/ou alta da unidade.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de proteção social (Unidade Básica de Saude – UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho ou Delegacia do Idoso; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência, Centros de Convivencia, Instituições de Longa Permanencia (I, II e III), entre outros) para as devidas providências, quando necessário.
- Definir a permanência/alta social e compartilhar com a equipe.

Na ausência do serviço social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos

casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Delegacia do Idoso e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência da referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Paciente institucionalizado.
- Negligência no autocuidado e reinternações.
- Ocultação de informações por parte do paciente/familiar.
- Dificuldade de localizar recursos na rede para suporte ao idoso.
- Negligência no cuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Falta de entendimento/aceitação referente ao processo de envelhecimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

Estatuto do Idoso

Política Nacional do Idoso;

Caderno de Violência contra a pessoa idosa – MPF - 2007

CAPÍTULO 9: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA PEDIATRIA

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes em avaliação pela pediatria, como parte do atendimento de demandas em que os profissionais identificarem risco social, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos, do acesso aos recursos e proteção da criança e adolescente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes internados na pediatria com risco social, com a perspectiva de identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a proteção da criança e adolescente.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Conhecer o perfil social dos genitores através da avaliação social, para identificar questões que possam interferir no tratamento e nos cuidados das crianças/adolescentes.
- Elaborar plano de ação, a partir dos dados coletados na avaliação social.
- Acompanhar sistematicamente os pacientes em observação, fortalecendo vínculos, realizando orientações e encaminhamentos necessários.
- Elaborar relatório social para obtenção de benefícios e/ou encaminhamentos.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de apoio socioassistencial (Unidade Básica de Saude - UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho Tutelar; Vara da Infância e Juventude; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência) para as devidas providências, quando necessário.
- Compartilhar, com equipe de atendimento, aspectos sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar, que possam interferir no processo de tratamento.
- Contatar responsáveis legais nos casos de criança/adolescente desacompanhados.
- Alta da unidade deve ser dada mediante presença de responsável legal.

- Durante atendimento de crianças em que genitoras (es) são adolescentes, solicitar presença de um responsável legal.
- Atender demandas espontâneas que podem ser apresentadas pela equipe de atendimento e/ou familiares, conforme a necessidade e avaliação do assistente social.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Conselho Tutelar e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- *Genitores adolescentes.*
- *Genitores com antecedentes de institucionalização/antecedente penal.*
- *Histórico familiar de violência (doméstica, sexual, psicológica, física, alienação parental, etc.).*
- *Genitores com déficit cognitivo / deficiência intelectual.*
- *Genitores com dependência química.*
- *Família/paciente em situação de rua.*
- *Falta de adesão ao tratamento.*
- *Conflito familiar.*
- *Negligência.*
- *Ausência de recursos sociais.*
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Acionar tardiamente o Serviço Social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE);
CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES;
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988;
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL;
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993);
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

ECA

CAPÍTULO 10: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares de forma integrada, com o intuito de identificar questões de ordem social que possam impactar neste momento e realizar intervenções que garantam ao paciente qualidade de vida nos momentos finais e uma morte digna e, para a família, não só entendê-las, mas principalmente, junto a estas propor alternativas que amenizem o sofrimento enfrentado.

2. **OBJETIVOS**

Conhecer o contexto em que o paciente está inserido, entender como sua família encontra-se organizada e qual rede de suporte social poderá ser acionada, *contribuindo desta forma, com o acesso aos direitos sociais, respeitando as decisões do paciente, bem como, direcionando suas ações nos contextos social, familiar e econômico.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Participar das reuniões de equipe, para identificar os pacientes em cuidados paliativos, bem como de reuniões com familiares para discussão de caso e definição de conduta;
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares;
- Realizar visita leito para acompanhar a evolução do caso do paciente, e assim orientar a família em tempo real;
- Discutir com a equipe intervenções para o fortalecimento dos pacientes e familiares;
- Orientar a família para sua organização frente à nova realidade, redefinição de papéis e estabelecimento de um cuidador;
- Mediar informações biográficas do paciente com a equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial;
- Identificar possíveis conflitos familiares, bem como, criar estratégias para minimizá-los;
- Esclarecer dúvidas relacionadas à procuração, interdição, curatela, assistência domiciliar além dos benefícios socioassistenciais garantidos pela legislação;
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe;
- Antecipar o atendimento para uma abordagem mais eficaz de identificação das demandas advindas dos familiares/paciente e equipe multiprofissional;

- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território;
- Dar suporte na localização e encaminhamento para Instituição de Longa Permanência Grau I, II e III;
- Acionar se necessário, os órgãos de Defesa dos Direitos dos Cidadãos;
- Prestar orientações sobre os trâmites burocráticos no caso de óbito no ambiente hospitalar ou domiciliar.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Comunicação pouco eficaz na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento;
- Dificuldade de entendimento sobre Cuidados Paliativos;
- Carência de Legislação específica;
- Conflitos familiares;
- Não aceitação dos familiares;
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador;
- Falta de infraestrutura domiciliar;
- Imposição religiosa;
- Sentimento de culpa por parte do cuidador/ familiar;
- Fragilidade de recursos socioassitenciais;
- Ausência de documentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Resolução CFM Nº 1931/2009
- Lei Estadual 10.121/1999: Consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com informações, procedimentos diagnósticos terapêuticos a serem nele realizados" bem como, "recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida", além de optar pelo local da morte";
- Resolução 1.805: Permite ao médico limitar, ou suspender, procedimentos e/ou tratamentos prolongados e/ou tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade graves e incuráveis, se ele ou seu representante legal manifestar essa vontade;
- Código de ética do Serviço Social;
- Parâmetros de atuação do Serviço Social – CFESS;
- Código de Ética Médica;
- Resolução 1.995 – Diretriz antecipada de vontade (31/08/2012);
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos;

- Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.Pág.69-73

CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia.

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes admitidos em cenário de epidemia e pandemia, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, para identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos e do acesso aos recursos socioassistenciais.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento e/ou acompanhamento aos pacientes/familiares, sob o cenário de epidemias e pandemia decretada pelas autoridades de saúde, visando identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente visando à continuidade do cuidado e a alta segura.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificar/mapear os pacientes admitidos no pronto-socorro, nas alas, unidades de terapia intensiva e ambulatórios;
- Discutir o caso com a equipe para acolhimento nas unidades de isolamento (dentro dos critérios e protocolos de paramentação e controle de acesso), frente demanda social identificada, por solicitação da equipe ou pacientes e familiares;
- Estabelecer contato telefônico e/ou videoconferência com paciente/família e equipe multi por meios de informações cadastradas em prontuário,
- Identificar a principal referência, dentre os familiares, para informações da equipe médica para boletins informativos;
- Orientar o familiar ou referência de cuidados quanto ao fluxo de atendimento de pacientes internados dentro dos protocolos e critérios institucionais no cenário pandêmico;
- Identificar possíveis riscos sociais como: ausência de retaguarda de cuidados; condições precárias de moradia; ausência de meios de transporte para alta hospitalar e acompanhamento médico; paciente não inserido na rede de recursos socioassistenciais; paciente em situação de rua ou albergado;
- Realizar contato e encaminhar paciente/familiares para a rede de Proteção socioassistencial para acompanhamento no território se necessário;
- Acompanhar e discutir os casos com a equipe multiprofissional de forma sistêmica por meio de reuniões e/ou contato telefônico, para garantir alta segura.

- Garantir o sigilo das informações e manter espaço apropriado para intervenção do assistente social.
- Os profissionais devem decidir com autonomia (preferencialmente de forma coletiva) acerca da forma de atendimento mais adequada em cada situação, de modo a atender às orientações, assim como proteger a saúde do/a profissional e do/a usuário/a. No entanto, caso decidam por atendimentos por videoconferência, estes devem ter caráter **absolutamente excepcional**, considerando a particularidade do momento.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ao paciente (familiar e acompanhante);
- Dificuldade em localizar/contatar a referência familiar de cuidados do paciente para acompanhamento e boletim médico.
- Familiares/pacientes com negação aos protocolos determinados pela Instituição e Ministério da Saúde;
- Paciente institucionalizado;
- Pessoa em situação de rua;
- Paciente/cuidador com dificuldade de compreensão;
- Paciente sem documentação de identificação;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE)
CAPITULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993)
Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social;
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.
https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-Orienta----esManejoPacientes.pdf

MANUAL DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Assistente Social é o profissional que atua no âmbito das políticas sociais. A atuação do Assistente Social na área de saúde possui seu alicerce em três pilares: necessidades sociais em

saúde, direito à saúde e produção da saúde. No cenário hospitalar, é necessário que o profissional tenha o domínio das ferramentas que o qualifiquem à execução de seu processo de trabalho, associado à análise da realidade na qual está inserido. Para tanto, é necessária a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem e determinam o processo saúde-doença. Se faz importante realizar o acolhimento dos usuários e seus familiares, com o objetivo de proporcionar acesso efetivo ao sistema de saúde e de proteção social, possibilitando a construção da intersetorialidade e da interdisciplinaridade e evitar a fragmentação e a desarticulação do atendimento.

O Serviço Social apresenta, ainda, um importante papel socioeducativo no contexto da atuação em saúde e na emergência. Faz parte de suas atribuições a orientação quanto ao acesso a recursos socioassistenciais, garantia de acesso a serviços e direitos e integração com a rede, de forma a contribuir com a garantia dos princípios do SUS: universalidade, integridade e equidade.

O presente documento tem por objetivo descrever as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme classificação de risco.

Sumário

CAPÍTULO 1: Funcionamento do setor de serviço social 3
CAPÍTULO 2: Classificação de risco 5
CAPÍTULO 3: Atendimento de casos de vitimização, negligência, discriminação e outras formas de violência contra pessoas..... 8
CAPÍTULO 4: Atendimento de casos de evasão de paciente e recusa de atendimento 11
CAPÍTULO 5: Atendimento do Serviço Social ao paciente em Situação de Rua 13
CAPÍTULO 6: Atendimento do Serviço Social aos pacientes desconhecidos 16
CAPÍTULO 7: Atendimento do Serviço Social ao paciente psiquiátrico 18
CAPÍTULO 8: Atendimento do Serviço Social aos Idosos 19
CAPÍTULO 9: Atendimento do Serviço Social na Pediatria..... 22
CAPÍTULO 10: Atendimento do Serviço Social ao paciente em cuidados paliativos 25
CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia. 28

CAPÍTULO 1: FUNCIONAMENTO DO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes/famílias, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, compondo a equipe interdisciplinar por meio da formulação de propostas e estratégias de intervenção de atenção e promoção a saúde, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, na saúde ou em outro espaço sócio - ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão na saúde.

O Assistente Social é cadastrado no Conselho de Classe da categoria (CRESS – Conselho regional do Serviço Social). Com base nos parâmetros definidos pelo conjunto CFESS/CRESS, tem a atuação voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade Social (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos) e risco social (fragilidade dos vínculos afetivos e relacionais, violência doméstica, trabalho infantil, discriminação por faixa etária, gênero, etnia etc.)

O Serviço Social objetiva realizar atendimento aos pacientes com a perspectiva de Identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente através da realização de um processo sócio-educativo-participativo.

O atendimento é realizado aos pacientes identificados por meio de busca ativa, bem como demanda advinda da equipe multiprofissional e espontânea. Os Assistentes Sociais realizam atendimentos aos usuários e familiares, com interface com a rede de apoio sócio assistencial, seguindo a legislação e os procedimentos descritos para os atendimentos. A atuação do Serviço Social abrange todas as áreas da instituição. O Serviço Social de nossa Instituição integra o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe de 7 Assistentes Sociais, que realizam a carga horária de 30 horas/semanais. A distribuição do *headcount* de acordo com os cargos está descrita na tabela abaixo:

A abrangência da Escala do Serviço Social contempla:

- Segunda a sexta das 7h às 19h.
- Plantão com 1 profissional aos sábados e feriados das 08h00 às 14h00.

A estrutura física deve contemplar espaço físico reservado para a equipe, com recursos eletrônicos e disponibilidade de telefone, para a articulação com a rede socioassistencial e jurídica e elaboração de relatórios, de forma a garantir o sigilo das informações. Deve garantir,

ainda, espaço para atendimentos individuais e coletivos, bem como local adequado para a guarda de prontuários e documentos pertinentes ao atendimento aos/às usuários/as.

Abrangência da atuação do Serviço Social:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código de Ética do/a Assistente Social.

Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

CAPÍTULO 2: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. DEFINIÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR ou ACR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo principal eixo estruturante é incentivar a humanização nas relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, com foco no fortalecimento da participação socioassistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). O ACCR deve ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

O ACCR objetiva avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto socorro, fazendo com que a avaliação ocorra precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Objetiva, ainda, a humanização do atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, informar os tempos de espera e dar a devolutiva de informações aos familiares.

3. RESPONSÁVEIS

Gestores, equipe multiprofissional e equipe de atendimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica garantir a resolutividade e responsabilização no atendimento. Visa também orientar, quando pertinente, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento envolve uma postura ética da instituição, sendo responsabilidade de todos os profissionais em todos os locais e momentos da assistência à saúde. As teorias de Acolhimento e Classificação de Riscos se complementam, de forma a garantir a ordenação da necessidade, mas também promovendo singularidade aos serviços.

Os setores de Emergência e Pronto-Socorro devem estar organizados da seguinte maneira:

- Área Vermelha: área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as demais áreas;
- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada;

- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda;
- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O usuário, ao procurar o Pronto Atendimento, deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente;
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

No processo de Acolhimento com classificação de riscos, as atribuições do Serviço Social incluem:

1. Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas) humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seus acompanhantes;
2. Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;

3. Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo;
4. Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos/acompanhantes;
5. Trabalhar junto ao cidadão/acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco, no sentido de salvar vidas;
6. Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
7. Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
8. Orientar/encaminhar os usuários no sentido de viabilizar o acesso universalizado às políticas públicas;
9. Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais;
10. Executar demais atividades afins.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações;
- Ampliar a visão centrada na dimensão biológica para a perspectiva humana;
- Integração multiprofissional;
- Capacitação profissional;
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf.

Silva, W.M.C.S.; Sousa, C.C.O. Acolhimento com classificação de risco, um olhar na perspectiva do Assistente Social. Disponível em: https://meuartigo.brasilescola.uol.com.br/saude/acolhimento-com-classificacao-risco-um-olhar-na-perspectiva.htm.

CAPÍTULO 3: ATENDIMENTO DE CASOS DE VITIMIZAÇÃO, NEGLIGÊNCIA, DISCRIMINAÇÃO E OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de vitimização, com a perspectiva de identificar os diversos tipos de violência, buscando garantir a segurança da pessoa e a quebra do ciclo de violência, a promoção da saúde e as notificações aos órgãos competentes, em cumprimento da legislação vigente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de qualquer tipo de violência, com a perspectiva de atuar na prevenção, promoção da saúde e na quebra do ciclo de violência.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento/entrevista para identificar o contexto em que a possível vítima se encontra.
- Acolher a pessoa com suspeita de violência e/ou sua família, respeitando sua individualidade e complexidade do caso.
- Conhecer o perfil social do paciente/ família e a possível condição de vitimização vivenciada.
- Possibilitar reflexão crítica sobre a problemática vivenciada, fortalecendo a autoestima, respeitando as particularidades do paciente e buscando alternativas para o enfrentamento.
- Identificar rede de apoio familiar e/ou do relacionamento do paciente para suporte, caso necessário.
- Acolher a demanda social trazida pelo paciente, decorrente ou não da situação de vitimização, tais como: desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos sociais do usuário, entre outros.
- Orientar e encaminhar o paciente/familiar quanto aos recursos rede de proteção social: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Conselho dos Direitos da Mulher, do Idoso, Fóruns, IML, e Delegacias de Polícia, e outros serviços que contribuem para a continuidade do atendimento.
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica e/ou psicológica a suposta vítima e seus familiares, se necessário.
- Mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a suposta vítima formas de proteção.

- Monitorar, em conjunto com as equipes, os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extrafamiliares, durante o tempo de permanência no Serviço de saúde.

Da notificação:

- Elaborar relatório técnico social, com riscos apresentados e parecer técnico do Assistente Social.
- Encaminhar relatório social com ofício assinado pelo diretor superintendente aos órgãos competentes, de acordo com o fluxograma pré-estabelecido na Política Institucional de Vitimização.
- Notificar a rede de Proteção Social (Conselhos, Varas, Delegacias, etc...) nos casos de idosos, crianças e adolescente/ pessoas que não respondam civilmente.
- Aguardar devolutiva dos órgãos competentes e compartilhar com a equipe a definição da conduta.
- Caso o paciente tenha sido encaminhado para outro serviço, encaminhar relatório social das providências tomadas para unidade de transferência do paciente, sejam elas unidades de saúde ou rede socioassistencial.

Do Acolhimento

- Receber o ofício e dar sequência nas orientações definidas pelos Órgãos Competentes de Defesa dos Direitos.
- Conduzir a criança/ adolescente ou idoso/ pessoa com deficiência que não responda civilmente para instituição definida pelos órgãos de Proteção Social.
- Orientar a família a procurar os Órgãos de Defesa para orientação e condução do caso.
- Manter uma cópia do ofício no prontuário do paciente e arquivo do Serviço Social.

Na ausência do Serviço Social

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco, tais diretrizes devem ser seguidas:

- Criança ou adolescente: manter na unidade e acionar o Conselho Tutelar para conduta.
- Idoso: Acionar Delegacia do Idoso e, de acordo com a orientação, manter na unidade, se necessário.
- Adulto: Orientar e, se necessário, encaminhar aos serviços de proteção social e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Acionar tardiamente o Serviço Social.

- Subnotificação.
- Emissão de juízo de valor.
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Ausência de retaguarda da rede de proteção no processo de notificação.
- Ameaças à vítima e profissionais envolvidos nos casos.
- Extrema vulnerabilidade social.
- Pessoa em situação de rua.
- Dependência financeira da suposta vítima, perante o suposto agressor.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.068/1990 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003 – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

LEI FEDERAL Nº 10.741 – ESTATUTO DO IDOSO, CRIADO EM 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diário Oficial da Cidade de São Paulo sábado, 20 de junho de 2015 - PORTARIA Nº 1102/2015-SMS.G.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência*

sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF, 2005.

CRESS-SP. Legislação Brasileira para o Serviço Social. 3ªed. São Paulo: CRESS, 2008.

Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF.

Brasil. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2013.

Código De Ética Serviço Social.

CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO DE CASOS DE EVASÃO DE PACIENTE E RECUSA DE ATENDIMENTO

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes que se encontram em atendimento médico no Serviço de saúde e evadem da unidade ou recusam o tratamento. Cabe ao Serviço Social auxiliar nos casos de evasão e recusa de atendimento, comunicando as instâncias necessárias nos casos de pediatria e pacientes maiores de 60 anos.

2. **OBJETIVOS**

Atender os casos de evasão e recusa de atendimento, garantido os direitos da criança e do adolescente à saúde e à vida, bem como garantir o direito do atendimento aos pacientes que não gozem da sua autonomia imediata ou permanente e aos pacientes adultos para continuidade de atendimento quando há risco de morte.

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social e equipe administrativa.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- **Recusa de atendimento:**

Serviço Social realiza atendimento reforçando as orientações sobre os riscos e abordando sobre o direto à saúde e proteção integral dos sujeitos. Nos casos de pacientes vulneráveis e/ou sem autonomia, informar os responsáveis acerca dos encaminhamentos e notificações aos órgãos competentes;

- **Evasão:**

Adulto com autonomia e sem risco à saúde: paciente tem o direito de optar ou não pelo tratamento de saúde – (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 "Direito de ir e vir" e Código Penal Art. 148 Cárcere Privado).

Adulto com risco à saúde: quando administrativo não conseguir contato e/ou reconvocação do paciente, Serviço Social será acionado para articular com a rede socioassistencial e recursos internos para atendimento do caso;

Criança/Adolescente e Idoso: realizar localização e reconvocação para continuidade do atendimento de saúde. Nos casos de negativa, acionar os órgãos competentes para assegurar os direitos e avaliar a necessidade de realização de Boletim de Ocorrência;

Pacientes psiquiátricos: família deverá ser acionada e orientada a registrar o Boletim de Ocorrência, diante da não localização do paciente. Nos casos de pacientes sem rede de apoio social, instituição realiza o procedimento.

Na evasão de paciente que se apresentam vulneráveis, equipe de enfermagem e médica deverão elaborar relatórios dos atendimentos prestados.

Na abertura de ficha realizar o preenchimento dos dados cadastrais de forma consistente, angariando o máximo de contatos telefônicos possíveis.

- **Na ausência do Serviço Social:**

Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Não ser identificada a evasão
- Não seguir o fluxo de atendimento na unidade de saúde
- Falta de comunicação entre as equipes;
- Paciente se negar as orientações;
- Paciente e/ou responsável legal se negar a retomar o atendimento de saúde;
- Não localização do paciente para reconvocação

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Art.7º do direito á vida e a saúde criança e adolescente.

Lei Federal nº 10.741 – Estatuto do Idoso, criado em 1º de outubro de 2003;.

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

CAPÍTULO 5: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimentos às pessoas em situação de rua que deram entrada no Serviço de Saúde, respeitando sua autonomia, buscando contribuir com a continuidade de tratamento e melhoria da saúde, articulando com a rede socioassistencial e rede de apoio social familiar e/ou comunitária.

2. OBJETIVOS

Conhecer as demandas da população em situação de rua, fazer a leitura do contexto social em que o usuário está inserido e realizar intervenção garantindo uma alta segura, respeitando a autonomia do usuário.

3. RESPONSÁVEIS

Assistente Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Receber as informações provenientes da equipe do pronto atendimento, para identificar paciente em situação de rua
- Acolhimento, estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia e circunstância de vida do usuário.
- Orientar o usuário quanto aos direitos civis e sociais.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar, comunitária e serviços de referência da rede socioassistencial) para buscar suporte durante tratamento.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/ organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente.
- Articular com CREAS e Centro POP do território o atendimento do caso, a fim de obter informações e registro no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA) do paciente.
- Quando for caso, solicitar através do CREAS e Centro POP de referência vagas em serviços de acolhimento e possibilitar meios para referenciamento do paciente para continuidade do tratamento.
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais que possam interferir no processo de tratamento.
- Encaminhar e orientar usuário acerca dos serviços voltados ao atendimento à população em situação de rua.
- Monitorar reincidentes com complexidade no que se refere ao risco social.

Crianças/ adolescentes em Situação de Rua

- Receber as informações da equipe de atendimento, para identificar criança e/ou adolescente em situação de rua.
- Realizar acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Estabelecer contatos com a criança/adolescente com linguagem simples e de fácil entendimento.
- Mapear e convocar os responsáveis legais para garantir a alta segura.
- Contatar, elaborar e encaminhar relatórios relacionados ao acompanhamento/ internação da criança/ adolescente para notificação aos órgãos de proteção da criança e adolescente.
- Aguardar determinação dos órgãos competentes para liberação e direcionamento da criança e/ou adolescente.

Na ausência do Serviço Social:

✓ **Pacientes com autonomia:**

- Não havendo necessidade de permanecer em observação paciente com autonomia recebe alta a critério médico.
- Profissionais de atendimento orientam a procurar serviços de atendimento à pessoa em situação de rua (Centro POP e/ou CREAS), para paciente solicitar vaga em centro de acolhida.

✓ **Pacientes sem ou com autonomia limitada:**

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.
- Nos casos de crianças e adolescentes, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, e acionar Conselho Tutelar.
- Idosos, pessoas com deficiência, adultos e psiquiátricos, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, aguardar atendimento do Serviço Social.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Dependência Química.
- Dificuldade de contato com familiares.
- Dificuldade de seguimento no atendimento.
- Falta de adesão com seguimento das redes socioassistenciais direcionadas.
- Ocultação de Informações por parte do paciente/familiar.
- Negligência no autocuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Não constar no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA).

- Ausência de responsável legal.
- Ausência de referenciamento aos serviços de atendimento à população em situação de rua.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS nº273, de 13 de março de 1993).

Política Nacional para a população em Situação de Rua.

Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua.

Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema do Cartão nacional de Saúde (Cartão SUS).

Portaria Nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS), com foco na promoção da equidade em saúde.

Portaria nº. 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultórios na Rua (eCR) por Município.

Portaria Nº. 121 de 25 de janeiro de 2012. Instituem as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.

Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Plano operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015.

Política nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, Governo Federal 2008 DF.

CAPÍTULO 6: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS PACIENTES DESCONHECIDOS

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimento de usuários que deram entrada no Serviço de saúde inconsciente, com transtorno mental ou sem condições de se comunicar, sem documentos de identificação e acompanhante.

2. **OBJETIVOS**

Realizar a identificação do paciente desconhecido, realizando seu acolhimento, assim como verificar junto à rede socioassistencial e de recursos internos, informações para identificação e retorno ao contexto social.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber informações das equipes de atendimento para identificar pacientes sem identificação
- Acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social do paciente, quando possível, verificando suas demandas, conhecendo seu contexto social.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar e/ou comunitária), a fim de obter informações para sua identificação, quando o paciente estiver em condições de se comunica.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia do usuário.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente, respeitando sua autonomia.
- Compartilhar informações com equipe de atendimento, conforme a evolução do atendimento e identificação do paciente.
- Realizar busca ativa na rede de apoio (UBS, Sistema SIGA, CROSS, Delegacia etc...) na tentativa de localizar familiares.
- Comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina, com o envio da Ficha de Paciente Desconhecido, relatório com anamnese e exame físico e foto do paciente, contendo informação de risco iminente de morte, se houver.
- Orientar e encaminhar para rede de recursos socioassistenciais.
- Em caso de óbito, comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina**.**

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

Em caso de risco:

- Realização de boletim de ocorrência.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Identificação tardia do paciente ou a não identificação.
- Piora e/ou manutenção da condição clínica.
- Recusa de suporte da rede de apoio social após a identificação do paciente.
- Dificuldade de acesso à rede de apoio que presta atendimento à pessoa desconhecida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993).

Lei 10299/99 | Lei nº 10.299, de 29 de abril de 1999.

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 301, DE 21 DE MARÇO DE 2017, Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo SP.

CAPÍTULO 7: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes psiquiátricos, quando identificado risco social pela equipe de atendimento, com o intuito de identificar demandas sociais que possam impactar no atendimento e realizar intervenções que garantam ao paciente continuidade no tratamento, encaminhando, conforme indicação médica, para rede de serviços socioassistenciais e da saúde mental.

2. **OBJETIVOS**

- *Compreender o contexto social em que o paciente está inserido e verificar sobre rede de apoio social, assim como sobre os serviços que o paciente é referenciado*.
- *Contribuir com o atendimento com orientações aos pacientes e/ou familiares quanto ao acesso aos direitos sociais e direcionar para serviços da saúde mental, quando necessário, respeitando a autonomia do paciente.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- A equipe sinaliza ao serviço social a necessidade de atendimento social a paciente psiquiátrico.
- Acolher informações encaminhadas pela equipe de atendimento acerca de risco social envolvendo pacientes psiquiátricos para avaliação do caso e definição de conduta.
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares.
- Identificar rede de apoio social do paciente.
- Compartilhar com equipe de atendimento informações sobre o paciente, que possam impactar e/ou colaborar com o atendimento.
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial, benefícios e outros direitos sociais.
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe.
- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território, quando identificada a necessidade.
- Dar suporte na localização e encaminhamento de serviços da saúde mental (CAPS Adulto, Infantil, AD; Pronto atendimento psiquiátrico; atenção básica).
- Quando necessário, acionar os órgãos de proteção competente.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco social:

- Paciente de alta: manter individuo a unidade, para avaliação do Serviço Social.
- Paciente com indicação de transferência para outro serviço de saúde: equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento e notificar caso ao Serviço Social do serviço que paciente foi encaminhado.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Falta de clareza na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento.
- Dificuldade de entendimento sobre rede de saúde mental.
- Paciente sem referência na rede de serviços.
- Paciente sem aderência ao tratamento.
- Conflitos familiares.
- Não aceitação dos familiares.
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador.
- Fragilidade de recursos socioassistenciais.
- Ausência de documentos.

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

CAPÍTULO 8: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS IDOSOS

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes idosos em observação e/ou em avaliação no Serviço de Saúde como parte da garantia da sua proteção integral, partindo do pressuposto a atuação profissional do assistente social permite conhecer e intervir em aspectos sociais que venham a interferir no processo de tratamento e cuidado.

2. **OBJETIVOS**

- *Atender os pacientes idosos quando* equipe do pronto atendimento (clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, choque) identificar *possíveis situações de risco social*, assim como durante atendimento de busca ativa do Serviço Social.

- *Conhecer o contexto em que estão inseridos, garantindo a integralidade no atendimento, contribuindo assim, com o acesso aos direitos sociais e redução d*o risco de intercorrências no retorno ao contexto social e reinternações

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita no leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Realizar avaliação social a fim de conhecer contexto social paciente/família, para identificar rede de apoio social para continuidade do tratamento e cuidado do idoso.
- Nos casos de risco social, realizar busca ativa na rede de apoio familiar, identificar possíveis familiares ou família extensa que possa assumir os cuidados do idoso
- Contatar os familiares ou referência de cuidados dos idosos para agendar avaliação social (se necessário)
- Realizar orientações e encaminhamentos necessários aos pacientes e familiares quando aos direitos sociais e civis e de serviços da rede socioassistencial.
- Mapear o território e identificar Instituições de Longa Permanência para Idosos (I, II e III), caso seja necessária à utilização desses recursos.
- Assegurar o direito de o idoso ter um acompanhante, conforme previsto no Art. 16. (Estatuto do Idoso).
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar que possam interferir no processo de tratamento e/ou alta da unidade.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de proteção social (Unidade Básica de Saude – UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho ou Delegacia do Idoso; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência, Centros de Convivencia, Instituições de Longa Permanencia (I, II e III), entre outros) para as devidas providências, quando necessário.
- Definir a permanência/alta social e compartilhar com a equipe.

Na ausência do serviço social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos

casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Delegacia do Idoso e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência da referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Paciente institucionalizado.
- Negligência no autocuidado e reinternações.
- Ocultação de informações por parte do paciente/familiar.
- Dificuldade de localizar recursos na rede para suporte ao idoso.
- Negligência no cuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Falta de entendimento/aceitação referente ao processo de envelhecimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

Estatuto do Idoso

Política Nacional do Idoso;

Caderno de Violência contra a pessoa idosa – MPF - 2007

CAPÍTULO 9: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA PEDIATRIA

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes em avaliação pela pediatria, como parte do atendimento de demandas em que os profissionais identificarem risco social, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos, do acesso aos recursos e proteção da criança e adolescente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes internados na pediatria com risco social, com a perspectiva de identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a proteção da criança e adolescente.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Conhecer o perfil social dos genitores através da avaliação social, para identificar questões que possam interferir no tratamento e nos cuidados das crianças/adolescentes.
- Elaborar plano de ação, a partir dos dados coletados na avaliação social.
- Acompanhar sistematicamente os pacientes em observação, fortalecendo vínculos, realizando orientações e encaminhamentos necessários.
- Elaborar relatório social para obtenção de benefícios e/ou encaminhamentos.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de apoio socioassistencial (Unidade Básica de Saude - UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho Tutelar; Vara da Infância e Juventude; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência) para as devidas providências, quando necessário.
- Compartilhar, com equipe de atendimento, aspectos sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar, que possam interferir no processo de tratamento.
- Contatar responsáveis legais nos casos de criança/adolescente desacompanhados.
- Alta da unidade deve ser dada mediante presença de responsável legal.

- Durante atendimento de crianças em que genitoras (es) são adolescentes, solicitar presença de um responsável legal.
- Atender demandas espontâneas que podem ser apresentadas pela equipe de atendimento e/ou familiares, conforme a necessidade e avaliação do assistente social.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Conselho Tutelar e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- *Genitores adolescentes.*
- *Genitores com antecedentes de institucionalização/antecedente penal.*
- *Histórico familiar de violência (doméstica, sexual, psicológica, física, alienação parental, etc.).*
- *Genitores com déficit cognitivo / deficiência intelectual.*
- *Genitores com dependência química.*
- *Família/paciente em situação de rua.*
- *Falta de adesão ao tratamento.*
- *Conflito familiar.*
- *Negligência.*
- *Ausência de recursos sociais.*
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Acionar tardiamente o Serviço Social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE);
CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES;
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988;
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL;
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993);
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

ECA

CAPÍTULO 10: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

1. DEFINIÇÃO

Prestar atendimento aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares de forma integrada, com o intuito de identificar questões de ordem social que possam impactar neste momento e realizar intervenções que garantam ao paciente qualidade de vida nos momentos finais e uma morte digna e, para a família, não só entendê-las, mas principalmente, junto a estas propor alternativas que amenizem o sofrimento enfrentado.

2. OBJETIVOS

Conhecer o contexto em que o paciente está inserido, entender como sua família encontra-se organizada e qual rede de suporte social poderá ser acionada, *contribuindo desta forma, com o acesso aos direitos sociais, respeitando as decisões do paciente, bem como, direcionando suas ações nos contextos social, familiar e econômico.*

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Participar das reuniões de equipe, para identificar os pacientes em cuidados paliativos, bem como de reuniões com familiares para discussão de caso e definição de conduta;
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares;
- Realizar visita leito para acompanhar a evolução do caso do paciente, e assim orientar a família em tempo real;
- Discutir com a equipe intervenções para o fortalecimento dos pacientes e familiares;
- Orientar a família para sua organização frente à nova realidade, redefinição de papéis e estabelecimento de um cuidador;
- Mediar informações biográficas do paciente com a equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial;
- Identificar possíveis conflitos familiares, bem como, criar estratégias para minimizá-los;
- Esclarecer dúvidas relacionadas à procuração, interdição, curatela, assistência domiciliar além dos benefícios socioassistenciais garantidos pela legislação;
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe;
- Antecipar o atendimento para uma abordagem mais eficaz de identificação das demandas advindas dos familiares/paciente e equipe multiprofissional;

- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território;
- Dar suporte na localização e encaminhamento para Instituição de Longa Permanência Grau I, II e III;
- Acionar se necessário, os órgãos de Defesa dos Direitos dos Cidadãos;
- Prestar orientações sobre os trâmites burocráticos no caso de óbito no ambiente hospitalar ou domiciliar.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Comunicação pouco eficaz na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento;
- Dificuldade de entendimento sobre Cuidados Paliativos;
- Carência de Legislação específica;
- Conflitos familiares;
- Não aceitação dos familiares;
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador;
- Falta de infraestrutura domiciliar;
- Imposição religiosa;
- Sentimento de culpa por parte do cuidador/ familiar;
- Fragilidade de recursos socioassitenciais;
- Ausência de documentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Resolução CFM Nº 1931/2009
- Lei Estadual 10.121/1999: Consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com informações, procedimentos diagnósticos terapêuticos a serem nele realizados" bem como, "recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida", além de optar pelo local da morte";
- Resolução 1.805: Permite ao médico limitar, ou suspender, procedimentos e/ou tratamentos prolongados e/ou tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade graves e incuráveis, se ele ou seu representante legal manifestar essa vontade;
- Código de ética do Serviço Social;
- Parâmetros de atuação do Serviço Social – CFESS;
- Código de Ética Médica;
- Resolução 1.995 – Diretriz antecipada de vontade (31/08/2012);
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos;

- Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.Pág.69-73

CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia.

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes admitidos em cenário de epidemia e pandemia, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, para identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos e do acesso aos recursos socioassistenciais.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento e/ou acompanhamento aos pacientes/familiares, sob o cenário de epidemias e pandemia decretada pelas autoridades de saúde, visando identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente visando à continuidade do cuidado e a alta segura.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificar/mapear os pacientes admitidos no pronto-socorro, nas alas, unidades de terapia intensiva e ambulatórios;
- Discutir o caso com a equipe para acolhimento nas unidades de isolamento (dentro dos critérios e protocolos de paramentação e controle de acesso), frente demanda social identificada, por solicitação da equipe ou pacientes e familiares;
- Estabelecer contato telefônico e/ou videoconferência com paciente/família e equipe multi por meios de informações cadastradas em prontuário,
- Identificar a principal referência, dentre os familiares, para informações da equipe médica para boletins informativos;
- Orientar o familiar ou referência de cuidados quanto ao fluxo de atendimento de pacientes internados dentro dos protocolos e critérios institucionais no cenário pandêmico;
- Identificar possíveis riscos sociais como: ausência de retaguarda de cuidados; condições precárias de moradia; ausência de meios de transporte para alta hospitalar e acompanhamento médico; paciente não inserido na rede de recursos socioassistenciais; paciente em situação de rua ou albergado;
- Realizar contato e encaminhar paciente/familiares para a rede de Proteção socioassistencial para acompanhamento no território se necessário;
- Acompanhar e discutir os casos com a equipe multiprofissional de forma sistêmica por meio de reuniões e/ou contato telefônico, para garantir alta segura.

- Garantir o sigilo das informações e manter espaço apropriado para intervenção do assistente social.
- Os profissionais devem decidir com autonomia (preferencialmente de forma coletiva) acerca da forma de atendimento mais adequada em cada situação, de modo a atender às orientações, assim como proteger a saúde do/a profissional e do/a usuário/a. No entanto, caso decidam por atendimentos por videoconferência, estes devem ter caráter **absolutamente excepcional**, considerando a particularidade do momento.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ao paciente (familiar e acompanhante);
- Dificuldade em localizar/contatar a referência familiar de cuidados do paciente para acompanhamento e boletim médico.
- Familiares/pacientes com negação aos protocolos determinados pela Instituição e Ministério da Saúde;
- Paciente institucionalizado;
- Pessoa em situação de rua;
- Paciente/cuidador com dificuldade de compreensão;
- Paciente sem documentação de identificação;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE)
CAPITULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993)
Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social;
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.
https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-Orienta----esManejoPacientes.pdf

MANUAL DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Assistente Social é o profissional que atua no âmbito das políticas sociais. A atuação do Assistente Social na área de saúde possui seu alicerce em três pilares: necessidades sociais em

saúde, direito à saúde e produção da saúde. No cenário hospitalar, é necessário que o profissional tenha o domínio das ferramentas que o qualifiquem à execução de seu processo de trabalho, associado à análise da realidade na qual está inserido. Para tanto, é necessária a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem e determinam o processo saúde-doença. Se faz importante realizar o acolhimento dos usuários e seus familiares, com o objetivo de proporcionar acesso efetivo ao sistema de saúde e de proteção social, possibilitando a construção da intersetorialidade e da interdisciplinaridade e evitar a fragmentação e a desarticulação do atendimento.

O Serviço Social apresenta, ainda, um importante papel socioeducativo no contexto da atuação em saúde e na emergência. Faz parte de suas atribuições a orientação quanto ao acesso a recursos socioassistenciais, garantia de acesso a serviços e direitos e integração com a rede, de forma a contribuir com a garantia dos princípios do SUS: universalidade, integridade e equidade.

O presente documento tem por objetivo descrever as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme classificação de risco.

Sumário

CAPÍTULO 1: Funcionamento do setor de serviço social 3
CAPÍTULO 2: Classificação de risco 5
CAPÍTULO 3: Atendimento de casos de vitimização, negligência, discriminação e outras formas de violência contra pessoas..... 8
CAPÍTULO 4: Atendimento de casos de evasão de paciente e recusa de atendimento 11
CAPÍTULO 5: Atendimento do Serviço Social ao paciente em Situação de Rua 13
CAPÍTULO 6: Atendimento do Serviço Social aos pacientes desconhecidos 16
CAPÍTULO 7: Atendimento do Serviço Social ao paciente psiquiátrico 18
CAPÍTULO 8: Atendimento do Serviço Social aos Idosos 19
CAPÍTULO 9: Atendimento do Serviço Social na Pediatria..... 22
CAPÍTULO 10: Atendimento do Serviço Social ao paciente em cuidados paliativos 25
CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia. 28

CAPÍTULO 1: FUNCIONAMENTO DO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes/famílias, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, compondo a equipe interdisciplinar por meio da formulação de propostas e estratégias de intervenção de atenção e promoção a saúde, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, na saúde ou em outro espaço sócio - ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão na saúde.

O Assistente Social é cadastrado no Conselho de Classe da categoria (CRESS – Conselho regional do Serviço Social). Com base nos parâmetros definidos pelo conjunto CFESS/CRESS, tem a atuação voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade Social (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos) e risco social (fragilidade dos vínculos afetivos e relacionais, violência doméstica, trabalho infantil, discriminação por faixa etária, gênero, etnia etc.)

O Serviço Social objetiva realizar atendimento aos pacientes com a perspectiva de Identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente através da realização de um processo sócio-educativo-participativo.

O atendimento é realizado aos pacientes identificados por meio de busca ativa, bem como demanda advinda da equipe multiprofissional e espontânea. Os Assistentes Sociais realizam atendimentos aos usuários e familiares, com interface com a rede de apoio sócio assistencial, seguindo a legislação e os procedimentos descritos para os atendimentos. A atuação do Serviço Social abrange todas as áreas da instituição. O Serviço Social de nossa Instituição integra o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe de 7 Assistentes Sociais, que realizam a carga horária de 30 horas/semanais. A distribuição do *headcount* de acordo com os cargos está descrita na tabela abaixo:

A abrangência da Escala do Serviço Social contempla:

- Segunda a sexta das 7h às 19h.
- Plantão com 1 profissional aos sábados e feriados das 08h00 às 14h00.

A estrutura física deve contemplar espaço físico reservado para a equipe, com recursos eletrônicos e disponibilidade de telefone, para a articulação com a rede socioassistencial e jurídica e elaboração de relatórios, de forma a garantir o sigilo das informações. Deve garantir,

ainda, espaço para atendimentos individuais e coletivos, bem como local adequado para a guarda de prontuários e documentos pertinentes ao atendimento aos/às usuários/as.

Abrangência da atuação do Serviço Social:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código de Ética do/a Assistente Social.

Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

CAPÍTULO 2: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. DEFINIÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR ou ACR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo principal eixo estruturante é incentivar a humanização nas relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, com foco no fortalecimento da participação socioassistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). O ACCR deve ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

O ACCR objetiva avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto socorro, fazendo com que a avaliação ocorra precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Objetiva, ainda, a humanização do atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, informar os tempos de espera e dar a devolutiva de informações aos familiares.

3. RESPONSÁVEIS

Gestores, equipe multiprofissional e equipe de atendimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica garantir a resolutividade e responsabilização no atendimento. Visa também orientar, quando pertinente, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento envolve uma postura ética da instituição, sendo responsabilidade de todos os profissionais em todos os locais e momentos da assistência à saúde. As teorias de Acolhimento e Classificação de Riscos se complementam, de forma a garantir a ordenação da necessidade, mas também promovendo singularidade aos serviços.

Os setores de Emergência e Pronto-Socorro devem estar organizados da seguinte maneira:

- Área Vermelha: área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as demais áreas;
- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada;

- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda;
- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O usuário, ao procurar o Pronto Atendimento, deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente;
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

No processo de Acolhimento com classificação de riscos, as atribuições do Serviço Social incluem:

1. Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas) humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seus acompanhantes;
2. Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;

3. Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo;
4. Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos/acompanhantes;
5. Trabalhar junto ao cidadão/acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco, no sentido de salvar vidas;
6. Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
7. Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
8. Orientar/encaminhar os usuários no sentido de viabilizar o acesso universalizado às políticas públicas;
9. Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais;
10. Executar demais atividades afins.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações;
- Ampliar a visão centrada na dimensão biológica para a perspectiva humana;
- Integração multiprofissional;
- Capacitação profissional;
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf.

Silva, W.M.C.S.; Sousa, C.C.O. Acolhimento com classificação de risco, um olhar na perspectiva do Assistente Social. Disponível em: https://meuartigo.brasilescola.uol.com.br/saude/acolhimento-com-classificacao-risco-um-olhar-na-perspectiva.htm.

CAPÍTULO 3: ATENDIMENTO DE CASOS DE VITIMIZAÇÃO, NEGLIGÊNCIA, DISCRIMINAÇÃO E OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de vitimização, com a perspectiva de identificar os diversos tipos de violência, buscando garantir a segurança da pessoa e a quebra do ciclo de violência, a promoção da saúde e as notificações aos órgãos competentes, em cumprimento da legislação vigente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de qualquer tipo de violência, com a perspectiva de atuar na prevenção, promoção da saúde e na quebra do ciclo de violência.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento/entrevista para identificar o contexto em que a possível vítima se encontra.
- Acolher a pessoa com suspeita de violência e/ou sua família, respeitando sua individualidade e complexidade do caso.
- Conhecer o perfil social do paciente/ família e a possível condição de vitimização vivenciada.
- Possibilitar reflexão crítica sobre a problemática vivenciada, fortalecendo a autoestima, respeitando as particularidades do paciente e buscando alternativas para o enfrentamento.
- Identificar rede de apoio familiar e/ou do relacionamento do paciente para suporte, caso necessário.
- Acolher a demanda social trazida pelo paciente, decorrente ou não da situação de vitimização, tais como: desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos sociais do usuário, entre outros.
- Orientar e encaminhar o paciente/familiar quanto aos recursos rede de proteção social: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Conselho dos Direitos da Mulher, do Idoso, Fóruns, IML, e Delegacias de Polícia, e outros serviços que contribuem para a continuidade do atendimento.
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica e/ou psicológica a suposta vítima e seus familiares, se necessário.
- Mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a suposta vítima formas de proteção.

- Monitorar, em conjunto com as equipes, os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extrafamiliares, durante o tempo de permanência no Serviço de saúde.

Da notificação:

- Elaborar relatório técnico social, com riscos apresentados e parecer técnico do Assistente Social.
- Encaminhar relatório social com ofício assinado pelo diretor superintendente aos órgãos competentes, de acordo com o fluxograma pré-estabelecido na Política Institucional de Vitimização.
- Notificar a rede de Proteção Social (Conselhos, Varas, Delegacias, etc...) nos casos de idosos, crianças e adolescente/ pessoas que não respondam civilmente.
- Aguardar devolutiva dos órgãos competentes e compartilhar com a equipe a definição da conduta.
- Caso o paciente tenha sido encaminhado para outro serviço, encaminhar relatório social das providências tomadas para unidade de transferência do paciente, sejam elas unidades de saúde ou rede socioassistencial.

Do Acolhimento

- Receber o ofício e dar sequência nas orientações definidas pelos Órgãos Competentes de Defesa dos Direitos.
- Conduzir a criança/ adolescente ou idoso/ pessoa com deficiência que não responda civilmente para instituição definida pelos órgãos de Proteção Social.
- Orientar a família a procurar os Órgãos de Defesa para orientação e condução do caso.
- Manter uma cópia do ofício no prontuário do paciente e arquivo do Serviço Social.

Na ausência do Serviço Social

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco, tais diretrizes devem ser seguidas:

- Criança ou adolescente: manter na unidade e acionar o Conselho Tutelar para conduta.
- Idoso: Acionar Delegacia do Idoso e, de acordo com a orientação, manter na unidade, se necessário.
- Adulto: Orientar e, se necessário, encaminhar aos serviços de proteção social e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Acionar tardiamente o Serviço Social.

- Subnotificação.
- Emissão de juízo de valor.
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Ausência de retaguarda da rede de proteção no processo de notificação.
- Ameaças à vítima e profissionais envolvidos nos casos.
- Extrema vulnerabilidade social.
- Pessoa em situação de rua.
- Dependência financeira da suposta vítima, perante o suposto agressor.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.068/1990 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003 – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

LEI FEDERAL Nº 10.741 – ESTATUTO DO IDOSO, CRIADO EM 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diário Oficial da Cidade de São Paulo sábado, 20 de junho de 2015 - PORTARIA Nº 1102/2015-SMS.G.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência*

sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF, 2005.

CRESS-SP. Legislação Brasileira para o Serviço Social. 3ªed. São Paulo: CRESS, 2008.

Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF.

Brasil. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2013.

Código De Ética Serviço Social.

CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO DE CASOS DE EVASÃO DE PACIENTE E RECUSA DE ATENDIMENTO

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes que se encontram em atendimento médico no Serviço de saúde e evadem da unidade ou recusam o tratamento. Cabe ao Serviço Social auxiliar nos casos de evasão e recusa de atendimento, comunicando as instâncias necessárias nos casos de pediatria e pacientes maiores de 60 anos.

2. **OBJETIVOS**

Atender os casos de evasão e recusa de atendimento, garantido os direitos da criança e do adolescente à saúde e à vida, bem como garantir o direito do atendimento aos pacientes que não gozem da sua autonomia imediata ou permanente e aos pacientes adultos para continuidade de atendimento quando há risco de morte.

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social e equipe administrativa.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- **Recusa de atendimento:**

Serviço Social realiza atendimento reforçando as orientações sobre os riscos e abordando sobre o direto à saúde e proteção integral dos sujeitos. Nos casos de pacientes vulneráveis e/ou sem autonomia, informar os responsáveis acerca dos encaminhamentos e notificações aos órgãos competentes;

- **Evasão:**

Adulto com autonomia e sem risco à saúde: paciente tem o direito de optar ou não pelo tratamento de saúde – (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 "Direito de ir e vir" e Código Penal Art. 148 Cárcere Privado).

Adulto com risco à saúde: quando administrativo não conseguir contato e/ou reconvocação do paciente, Serviço Social será acionado para articular com a rede socioassistencial e recursos internos para atendimento do caso;

Criança/Adolescente e Idoso: realizar localização e reconvocação para continuidade do atendimento de saúde. Nos casos de negativa, acionar os órgãos competentes para assegurar os direitos e avaliar a necessidade de realização de Boletim de Ocorrência;

Pacientes psiquiátricos: família deverá ser acionada e orientada a registrar o Boletim de Ocorrência, diante da não localização do paciente. Nos casos de pacientes sem rede de apoio social, instituição realiza o procedimento.

Na evasão de paciente que se apresentam vulneráveis, equipe de enfermagem e médica deverão elaborar relatórios dos atendimentos prestados.

Na abertura de ficha realizar o preenchimento dos dados cadastrais de forma consistente, angariando o máximo de contatos telefônicos possíveis.

- **Na ausência do Serviço Social:**

Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Não ser identificada a evasão
- Não seguir o fluxo de atendimento na unidade de saúde
- Falta de comunicação entre as equipes;
- Paciente se negar as orientações;
- Paciente e/ou responsável legal se negar a retomar o atendimento de saúde;
- Não localização do paciente para reconvocação

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Art.7º do direito á vida e a saúde criança e adolescente.

Lei Federal nº 10.741 – Estatuto do Idoso, criado em 1º de outubro de 2003;.

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

CAPÍTULO 5: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimentos às pessoas em situação de rua que deram entrada no Serviço de Saúde, respeitando sua autonomia, buscando contribuir com a continuidade de tratamento e melhoria da saúde, articulando com a rede socioassistencial e rede de apoio social familiar e/ou comunitária.

2. **OBJETIVOS**

Conhecer as demandas da população em situação de rua, fazer a leitura do contexto social em que o usuário está inserido e realizar intervenção garantindo uma alta segura, respeitando a autonomia do usuário.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber as informações provenientes da equipe do pronto atendimento, para identificar paciente em situação de rua
- Acolhimento, estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia e circunstância de vida do usuário.
- Orientar o usuário quanto aos direitos civis e sociais.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar, comunitária e serviços de referência da rede socioassistencial) para buscar suporte durante tratamento.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/ organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente.
- Articular com CREAS e Centro POP do território o atendimento do caso, a fim de obter informações e registro no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA) do paciente.
- Quando for caso, solicitar através do CREAS e Centro POP de referência vagas em serviços de acolhimento e possibilitar meios para referenciamento do paciente para continuidade do tratamento.
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais que possam interferir no processo de tratamento.
- Encaminhar e orientar usuário acerca dos serviços voltados ao atendimento à população em situação de rua.
- Monitorar reincidentes com complexidade no que se refere ao risco social.

Crianças/ adolescentes em Situação de Rua

- Receber as informações da equipe de atendimento, para identificar criança e/ou adolescente em situação de rua.
- Realizar acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Estabelecer contatos com a criança/adolescente com linguagem simples e de fácil entendimento.
- Mapear e convocar os responsáveis legais para garantir a alta segura.
- Contatar, elaborar e encaminhar relatórios relacionados ao acompanhamento/ internação da criança/ adolescente para notificação aos órgãos de proteção da criança e adolescente.
- Aguardar determinação dos órgãos competentes para liberação e direcionamento da criança e/ou adolescente.

Na ausência do Serviço Social:

✓ **Pacientes com autonomia:**

- Não havendo necessidade de permanecer em observação paciente com autonomia recebe alta a critério médico.
- Profissionais de atendimento orientam a procurar serviços de atendimento à pessoa em situação de rua (Centro POP e/ou CREAS), para paciente solicitar vaga em centro de acolhida.

✓ **Pacientes sem ou com autonomia limitada:**

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.
- Nos casos de crianças e adolescentes, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, e acionar Conselho Tutelar.
- Idosos, pessoas com deficiência, adultos e psiquiátricos, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, aguardar atendimento do Serviço Social.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Dependência Química.
- Dificuldade de contato com familiares.
- Dificuldade de seguimento no atendimento.
- Falta de adesão com seguimento das redes socioassistenciais direcionadas.
- Ocultação de Informações por parte do paciente/familiar.
- Negligência no autocuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Não constar no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA).

- Ausência de responsável legal.
- Ausência de referenciamento aos serviços de atendimento à população em situação de rua.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS nº273, de 13 de março de 1993).

Política Nacional para a população em Situação de Rua.

Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua.

Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema do Cartão nacional de Saúde (Cartão SUS).

Portaria Nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS), com foco na promoção da equidade em saúde.

Portaria nº. 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultórios na Rua (eCR) por Município.

Portaria Nº. 121 de 25 de janeiro de 2012. Instituem as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.

Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Plano operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015.

Política nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, Governo Federal 2008 DF.

CAPÍTULO 6: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS PACIENTES DESCONHECIDOS

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimento de usuários que deram entrada no Serviço de saúde inconsciente, com transtorno mental ou sem condições de se comunicar, sem documentos de identificação e acompanhante.

2. **OBJETIVOS**

Realizar a identificação do paciente desconhecido, realizando seu acolhimento, assim como verificar junto à rede socioassistencial e de recursos internos, informações para identificação e retorno ao contexto social.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber informações das equipes de atendimento para identificar pacientes sem identificação
- Acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social do paciente, quando possível, verificando suas demandas, conhecendo seu contexto social.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar e/ou comunitária), a fim de obter informações para sua identificação, quando o paciente estiver em condições de se comunica.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia do usuário.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente, respeitando sua autonomia.
- Compartilhar informações com equipe de atendimento, conforme a evolução do atendimento e identificação do paciente.
- Realizar busca ativa na rede de apoio (UBS, Sistema SIGA, CROSS, Delegacia etc...) na tentativa de localizar familiares.
- Comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina, com o envio da Ficha de Paciente Desconhecido, relatório com anamnese e exame físico e foto do paciente, contendo informação de risco iminente de morte, se houver.
- Orientar e encaminhar para rede de recursos socioassistenciais.
- Em caso de óbito, comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina**.**

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

Em caso de risco:

- Realização de boletim de ocorrência.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Identificação tardia do paciente ou a não identificação.
- Piora e/ou manutenção da condição clínica.
- Recusa de suporte da rede de apoio social após a identificação do paciente.
- Dificuldade de acesso à rede de apoio que presta atendimento à pessoa desconhecida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993).

Lei 10299/99 | Lei nº 10.299, de 29 de abril de 1999.

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 301, DE 21 DE MARÇO DE 2017, Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo SP.

CAPÍTULO 7: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes psiquiátricos, quando identificado risco social pela equipe de atendimento, com o intuito de identificar demandas sociais que possam impactar no atendimento e realizar intervenções que garantam ao paciente continuidade no tratamento, encaminhando, conforme indicação médica, para rede de serviços socioassistenciais e da saúde mental.

2. **OBJETIVOS**

- *Compreender o contexto social em que o paciente está inserido e verificar sobre rede de apoio social, assim como sobre os serviços que o paciente é referenciado*.
- *Contribuir com o atendimento com orientações aos pacientes e/ou familiares quanto ao acesso aos direitos sociais e direcionar para serviços da saúde mental, quando necessário, respeitando a autonomia do paciente.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- A equipe sinaliza ao serviço social a necessidade de atendimento social a paciente psiquiátrico.
- Acolher informações encaminhadas pela equipe de atendimento acerca de risco social envolvendo pacientes psiquiátricos para avaliação do caso e definição de conduta.
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares.
- Identificar rede de apoio social do paciente.
- Compartilhar com equipe de atendimento informações sobre o paciente, que possam impactar e/ou colaborar com o atendimento.
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial, benefícios e outros direitos sociais.
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe.
- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território, quando identificada a necessidade.
- Dar suporte na localização e encaminhamento de serviços da saúde mental (CAPS Adulto, Infantil, AD; Pronto atendimento psiquiátrico; atenção básica).
- Quando necessário, acionar os órgãos de proteção competente.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco social:

- Paciente de alta: manter individuo a unidade, para avaliação do Serviço Social.
- Paciente com indicação de transferência para outro serviço de saúde: equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento e notificar caso ao Serviço Social do serviço que paciente foi encaminhado.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Falta de clareza na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento.
- Dificuldade de entendimento sobre rede de saúde mental.
- Paciente sem referência na rede de serviços.
- Paciente sem aderência ao tratamento.
- Conflitos familiares.
- Não aceitação dos familiares.
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador.
- Fragilidade de recursos socioassistenciais.
- Ausência de documentos.

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

CAPÍTULO 8: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS IDOSOS

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes idosos em observação e/ou em avaliação no Serviço de Saúde como parte da garantia da sua proteção integral, partindo do pressuposto a atuação profissional do assistente social permite conhecer e intervir em aspectos sociais que venham a interferir no processo de tratamento e cuidado.

2. **OBJETIVOS**

- *Atender os pacientes idosos quando* equipe do pronto atendimento (clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, choque) identificar *possíveis situações de risco social*, assim como durante atendimento de busca ativa do Serviço Social.

- *Conhecer o contexto em que estão inseridos, garantindo a integralidade no atendimento, contribuindo assim, com o acesso aos direitos sociais e redução d*o risco de intercorrências no retorno ao contexto social e reinternações

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita no leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Realizar avaliação social a fim de conhecer contexto social paciente/família, para identificar rede de apoio social para continuidade do tratamento e cuidado do idoso.
- Nos casos de risco social, realizar busca ativa na rede de apoio familiar, identificar possíveis familiares ou família extensa que possa assumir os cuidados do idoso
- Contatar os familiares ou referência de cuidados dos idosos para agendar avaliação social (se necessário)
- Realizar orientações e encaminhamentos necessários aos pacientes e familiares quando aos direitos sociais e civis e de serviços da rede socioassistencial.
- Mapear o território e identificar Instituições de Longa Permanência para Idosos (I, II e III), caso seja necessária à utilização desses recursos.
- Assegurar o direito de o idoso ter um acompanhante, conforme previsto no Art. 16. (Estatuto do Idoso).
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar que possam interferir no processo de tratamento e/ou alta da unidade.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de proteção social (Unidade Básica de Saude – UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho ou Delegacia do Idoso; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência, Centros de Convivencia, Instituições de Longa Permanencia (I, II e III), entre outros) para as devidas providências, quando necessário.
- Definir a permanência/alta social e compartilhar com a equipe.

Na ausência do serviço social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos

casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Delegacia do Idoso e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência da referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Paciente institucionalizado.
- Negligência no autocuidado e reinternações.
- Ocultação de informações por parte do paciente/familiar.
- Dificuldade de localizar recursos na rede para suporte ao idoso.
- Negligência no cuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Falta de entendimento/aceitação referente ao processo de envelhecimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

Estatuto do Idoso

Política Nacional do Idoso;

Caderno de Violência contra a pessoa idosa – MPF - 2007

CAPÍTULO 9: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA PEDIATRIA

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes em avaliação pela pediatria, como parte do atendimento de demandas em que os profissionais identificarem risco social, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos, do acesso aos recursos e proteção da criança e adolescente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes internados na pediatria com risco social, com a perspectiva de identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a proteção da criança e adolescente.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Conhecer o perfil social dos genitores através da avaliação social, para identificar questões que possam interferir no tratamento e nos cuidados das crianças/adolescentes.
- Elaborar plano de ação, a partir dos dados coletados na avaliação social.
- Acompanhar sistematicamente os pacientes em observação, fortalecendo vínculos, realizando orientações e encaminhamentos necessários.
- Elaborar relatório social para obtenção de benefícios e/ou encaminhamentos.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de apoio socioassistencial (Unidade Básica de Saude - UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho Tutelar; Vara da Infância e Juventude; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência) para as devidas providências, quando necessário.
- Compartilhar, com equipe de atendimento, aspectos sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar, que possam interferir no processo de tratamento.
- Contatar responsáveis legais nos casos de criança/adolescente desacompanhados.
- Alta da unidade deve ser dada mediante presença de responsável legal.

- Durante atendimento de crianças em que genitoras (es) são adolescentes, solicitar presença de um responsável legal.
- Atender demandas espontâneas que podem ser apresentadas pela equipe de atendimento e/ou familiares, conforme a necessidade e avaliação do assistente social.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Conselho Tutelar e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- *Genitores adolescentes.*
- *Genitores com antecedentes de institucionalização/antecedente penal.*
- *Histórico familiar de violência (doméstica, sexual, psicológica, física, alienação parental, etc.).*
- *Genitores com déficit cognitivo / deficiência intelectual.*
- *Genitores com dependência química.*
- *Família/paciente em situação de rua.*
- *Falta de adesão ao tratamento.*
- *Conflito familiar.*
- *Negligência.*
- *Ausência de recursos sociais.*
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Acionar tardiamente o Serviço Social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE);
CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES;
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988;
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL;
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993);
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

ECA

CAPÍTULO 10: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares de forma integrada, com o intuito de identificar questões de ordem social que possam impactar neste momento e realizar intervenções que garantam ao paciente qualidade de vida nos momentos finais e uma morte digna e, para a família, não só entendê-las, mas principalmente, junto a estas propor alternativas que amenizem o sofrimento enfrentado.

2. **OBJETIVOS**

Conhecer o contexto em que o paciente está inserido, entender como sua família encontra-se organizada e qual rede de suporte social poderá ser acionada, *contribuindo desta forma, com o acesso aos direitos sociais, respeitando as decisões do paciente, bem como, direcionando suas ações nos contextos social, familiar e econômico.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Participar das reuniões de equipe, para identificar os pacientes em cuidados paliativos, bem como de reuniões com familiares para discussão de caso e definição de conduta;
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares;
- Realizar visita leito para acompanhar a evolução do caso do paciente, e assim orientar a família em tempo real;
- Discutir com a equipe intervenções para o fortalecimento dos pacientes e familiares;
- Orientar a família para sua organização frente à nova realidade, redefinição de papéis e estabelecimento de um cuidador;
- Mediar informações biográficas do paciente com a equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial;
- Identificar possíveis conflitos familiares, bem como, criar estratégias para minimizá-los;
- Esclarecer dúvidas relacionadas à procuração, interdição, curatela, assistência domiciliar além dos benefícios socioassistenciais garantidos pela legislação;
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe;
- Antecipar o atendimento para uma abordagem mais eficaz de identificação das demandas advindas dos familiares/paciente e equipe multiprofissional;

- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território;
- Dar suporte na localização e encaminhamento para Instituição de Longa Permanência Grau I, II e III;
- Acionar se necessário, os órgãos de Defesa dos Direitos dos Cidadãos;
- Prestar orientações sobre os trâmites burocráticos no caso de óbito no ambiente hospitalar ou domiciliar.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Comunicação pouco eficaz na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento;
- Dificuldade de entendimento sobre Cuidados Paliativos;
- Carência de Legislação específica;
- Conflitos familiares;
- Não aceitação dos familiares;
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador;
- Falta de infraestrutura domiciliar;
- Imposição religiosa;
- Sentimento de culpa por parte do cuidador/ familiar;
- Fragilidade de recursos socioassitenciais;
- Ausência de documentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Resolução CFM Nº 1931/2009
- Lei Estadual 10.121/1999: Consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com informações, procedimentos diagnósticos terapêuticos a serem nele realizados" bem como, "recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida", além de optar pelo local da morte";
- Resolução 1.805: Permite ao médico limitar, ou suspender, procedimentos e/ou tratamentos prolongados e/ou tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade graves e incuráveis, se ele ou seu representante legal manifestar essa vontade;
- Código de ética do Serviço Social;
- Parâmetros de atuação do Serviço Social – CFESS;
- Código de Ética Médica;
- Resolução 1.995 – Diretriz antecipada de vontade (31/08/2012);
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos;

- Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.Pág.69-73

CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia.

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes admitidos em cenário de epidemia e pandemia, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, para identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos e do acesso aos recursos socioassistenciais.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento e/ou acompanhamento aos pacientes/familiares, sob o cenário de epidemias e pandemia decretada pelas autoridades de saúde, visando identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente visando à continuidade do cuidado e a alta segura.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificar/mapear os pacientes admitidos no pronto-socorro, nas alas, unidades de terapia intensiva e ambulatórios;
- Discutir o caso com a equipe para acolhimento nas unidades de isolamento (dentro dos critérios e protocolos de paramentação e controle de acesso), frente demanda social identificada, por solicitação da equipe ou pacientes e familiares;
- Estabelecer contato telefônico e/ou videoconferência com paciente/família e equipe multi por meios de informações cadastradas em prontuário,
- Identificar a principal referência, dentre os familiares, para informações da equipe médica para boletins informativos;
- Orientar o familiar ou referência de cuidados quanto ao fluxo de atendimento de pacientes internados dentro dos protocolos e critérios institucionais no cenário pandêmico;
- Identificar possíveis riscos sociais como: ausência de retaguarda de cuidados; condições precárias de moradia; ausência de meios de transporte para alta hospitalar e acompanhamento médico; paciente não inserido na rede de recursos socioassistenciais; paciente em situação de rua ou albergado;
- Realizar contato e encaminhar paciente/familiares para a rede de Proteção socioassistencial para acompanhamento no território se necessário;
- Acompanhar e discutir os casos com a equipe multiprofissional de forma sistêmica por meio de reuniões e/ou contato telefônico, para garantir alta segura.

- Garantir o sigilo das informações e manter espaço apropriado para intervenção do assistente social.
- Os profissionais devem decidir com autonomia (preferencialmente de forma coletiva) acerca da forma de atendimento mais adequada em cada situação, de modo a atender às orientações, assim como proteger a saúde do/a profissional e do/a usuário/a. No entanto, caso decidam por atendimentos por videoconferência, estes devem ter caráter **absolutamente excepcional**, considerando a particularidade do momento.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ao paciente (familiar e acompanhante);
- Dificuldade em localizar/contatar a referência familiar de cuidados do paciente para acompanhamento e boletim médico.
- Familiares/pacientes com negação aos protocolos determinados pela Instituição e Ministério da Saúde;
- Paciente institucionalizado;
- Pessoa em situação de rua;
- Paciente/cuidador com dificuldade de compreensão;
- Paciente sem documentação de identificação;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE)
CAPITULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993)
Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social;
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.
https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-Orienta----esManejoPacientes.pdf

MANUAL DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Assistente Social é o profissional que atua no âmbito das políticas sociais. A atuação do Assistente Social na área de saúde possui seu alicerce em três pilares: necessidades sociais em

saúde, direito à saúde e produção da saúde. No cenário hospitalar, é necessário que o profissional tenha o domínio das ferramentas que o qualifiquem à execução de seu processo de trabalho, associado à análise da realidade na qual está inserido. Para tanto, é necessária a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem e determinam o processo saúde-doença. Se faz importante realizar o acolhimento dos usuários e seus familiares, com o objetivo de proporcionar acesso efetivo ao sistema de saúde e de proteção social, possibilitando a construção da intersetorialidade e da interdisciplinaridade e evitar a fragmentação e a desarticulação do atendimento.

O Serviço Social apresenta, ainda, um importante papel socioeducativo no contexto da atuação em saúde e na emergência. Faz parte de suas atribuições a orientação quanto ao acesso a recursos socioassistenciais, garantia de acesso a serviços e direitos e integração com a rede, de forma a contribuir com a garantia dos princípios do SUS: universalidade, integridade e equidade.

O presente documento tem por objetivo descrever as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme classificação de risco.

Sumário

CAPÍTULO 1: Funcionamento do setor de serviço social 3
CAPÍTULO 2: Classificação de risco 5
CAPÍTULO 3: Atendimento de casos de vitimização, negligência, discriminação e outras formas de violência contra pessoas..... 8
CAPÍTULO 4: Atendimento de casos de evasão de paciente e recusa de atendimento 11
CAPÍTULO 5: Atendimento do Serviço Social ao paciente em Situação de Rua 13
CAPÍTULO 6: Atendimento do Serviço Social aos pacientes desconhecidos 16
CAPÍTULO 7: Atendimento do Serviço Social ao paciente psiquiátrico 18
CAPÍTULO 8: Atendimento do Serviço Social aos Idosos 19
CAPÍTULO 9: Atendimento do Serviço Social na Pediatria..... 22
CAPÍTULO 10: Atendimento do Serviço Social ao paciente em cuidados paliativos 25
CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia. 28

CAPÍTULO 1: FUNCIONAMENTO DO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes/famílias, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, compondo a equipe interdisciplinar por meio da formulação de propostas e estratégias de intervenção de atenção e promoção a saúde, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, na saúde ou em outro espaço sócio - ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão na saúde.

O Assistente Social é cadastrado no Conselho de Classe da categoria (CRESS – Conselho regional do Serviço Social). Com base nos parâmetros definidos pelo conjunto CFESS/CRESS, tem a atuação voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade Social (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos) e risco social (fragilidade dos vínculos afetivos e relacionais, violência doméstica, trabalho infantil, discriminação por faixa etária, gênero, etnia etc.)

O Serviço Social objetiva realizar atendimento aos pacientes com a perspectiva de Identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente através da realização de um processo sócio-educativo-participativo.

O atendimento é realizado aos pacientes identificados por meio de busca ativa, bem como demanda advinda da equipe multiprofissional e espontânea. Os Assistentes Sociais realizam atendimentos aos usuários e familiares, com interface com a rede de apoio sócio assistencial, seguindo a legislação e os procedimentos descritos para os atendimentos. A atuação do Serviço Social abrange todas as áreas da instituição. O Serviço Social de nossa Instituição integra o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe de 7 Assistentes Sociais, que realizam a carga horária de 30 horas/semanais. A distribuição do *headcount* de acordo com os cargos está descrita na tabela abaixo:

A abrangência da Escala do Serviço Social contempla:

- Segunda a sexta das 7h às 19h.
- Plantão com 1 profissional aos sábados e feriados das 08h00 às 14h00.

A estrutura física deve contemplar espaço físico reservado para a equipe, com recursos eletrônicos e disponibilidade de telefone, para a articulação com a rede socioassistencial e jurídica e elaboração de relatórios, de forma a garantir o sigilo das informações. Deve garantir,

ainda, espaço para atendimentos individuais e coletivos, bem como local adequado para a guarda de prontuários e documentos pertinentes ao atendimento aos/às usuários/as.

Abrangência da atuação do Serviço Social:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código de Ética do/a Assistente Social.

Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

CAPÍTULO 2: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. DEFINIÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR ou ACR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo principal eixo estruturante é incentivar a humanização nas relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, com foco no fortalecimento da participação socioassistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). O ACCR deve ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

O ACCR objetiva avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto socorro, fazendo com que a avaliação ocorra precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Objetiva, ainda, a humanização do atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, informar os tempos de espera e dar a devolutiva de informações aos familiares.

3. RESPONSÁVEIS

Gestores, equipe multiprofissional e equipe de atendimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica garantir a resolutividade e responsabilização no atendimento. Visa também orientar, quando pertinente, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento envolve uma postura ética da instituição, sendo responsabilidade de todos os profissionais em todos os locais e momentos da assistência à saúde. As teorias de Acolhimento e Classificação de Riscos se complementam, de forma a garantir a ordenação da necessidade, mas também promovendo singularidade aos serviços.

Os setores de Emergência e Pronto-Socorro devem estar organizados da seguinte maneira:

- Área Vermelha: área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as demais áreas;
- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada;

- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda;
- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O usuário, ao procurar o Pronto Atendimento, deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente;
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

No processo de Acolhimento com classificação de riscos, as atribuições do Serviço Social incluem:

1. Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas) humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seus acompanhantes;
2. Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;

3. Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo;
4. Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos/acompanhantes;
5. Trabalhar junto ao cidadão/acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco, no sentido de salvar vidas;
6. Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
7. Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
8. Orientar/encaminhar os usuários no sentido de viabilizar o acesso universalizado às políticas públicas;
9. Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais;
10. Executar demais atividades afins.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações;
- Ampliar a visão centrada na dimensão biológica para a perspectiva humana;
- Integração multiprofissional;
- Capacitação profissional;
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf.

Silva, W.M.C.S.; Sousa, C.C.O. Acolhimento com classificação de risco, um olhar na perspectiva do Assistente Social. Disponível em: https://meuartigo.brasilescola.uol.com.br/saude/acolhimento-com-classificacao-risco-um-olhar-na-perspectiva.htm.

CAPÍTULO 3: ATENDIMENTO DE CASOS DE VITIMIZAÇÃO, NEGLIGÊNCIA, DISCRIMINAÇÃO E OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de vitimização, com a perspectiva de identificar os diversos tipos de violência, buscando garantir a segurança da pessoa e a quebra do ciclo de violência, a promoção da saúde e as notificações aos órgãos competentes, em cumprimento da legislação vigente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de qualquer tipo de violência, com a perspectiva de atuar na prevenção, promoção da saúde e na quebra do ciclo de violência.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento/entrevista para identificar o contexto em que a possível vítima se encontra.
- Acolher a pessoa com suspeita de violência e/ou sua família, respeitando sua individualidade e complexidade do caso.
- Conhecer o perfil social do paciente/ família e a possível condição de vitimização vivenciada.
- Possibilitar reflexão crítica sobre a problemática vivenciada, fortalecendo a autoestima, respeitando as particularidades do paciente e buscando alternativas para o enfrentamento.
- Identificar rede de apoio familiar e/ou do relacionamento do paciente para suporte, caso necessário.
- Acolher a demanda social trazida pelo paciente, decorrente ou não da situação de vitimização, tais como: desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos sociais do usuário, entre outros.
- Orientar e encaminhar o paciente/familiar quanto aos recursos rede de proteção social: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Conselho dos Direitos da Mulher, do Idoso, Fóruns, IML, e Delegacias de Polícia, e outros serviços que contribuem para a continuidade do atendimento.
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica e/ou psicológica a suposta vítima e seus familiares, se necessário.
- Mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a suposta vítima formas de proteção.

- Monitorar, em conjunto com as equipes, os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extrafamiliares, durante o tempo de permanência no Serviço de saúde.

Da notificação:

- Elaborar relatório técnico social, com riscos apresentados e parecer técnico do Assistente Social.
- Encaminhar relatório social com ofício assinado pelo diretor superintendente aos órgãos competentes, de acordo com o fluxograma pré-estabelecido na Política Institucional de Vitimização.
- Notificar a rede de Proteção Social (Conselhos, Varas, Delegacias, etc...) nos casos de idosos, crianças e adolescente/ pessoas que não respondam civilmente.
- Aguardar devolutiva dos órgãos competentes e compartilhar com a equipe a definição da conduta.
- Caso o paciente tenha sido encaminhado para outro serviço, encaminhar relatório social das providências tomadas para unidade de transferência do paciente, sejam elas unidades de saúde ou rede socioassistencial.

Do Acolhimento

- Receber o ofício e dar sequência nas orientações definidas pelos Órgãos Competentes de Defesa dos Direitos.
- Conduzir a criança/ adolescente ou idoso/ pessoa com deficiência que não responda civilmente para instituição definida pelos órgãos de Proteção Social.
- Orientar a família a procurar os Órgãos de Defesa para orientação e condução do caso.
- Manter uma cópia do ofício no prontuário do paciente e arquivo do Serviço Social.

Na ausência do Serviço Social

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco, tais diretrizes devem ser seguidas:

- Criança ou adolescente: manter na unidade e acionar o Conselho Tutelar para conduta.
- Idoso: Acionar Delegacia do Idoso e, de acordo com a orientação, manter na unidade, se necessário.
- Adulto: Orientar e, se necessário, encaminhar aos serviços de proteção social e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Acionar tardiamente o Serviço Social.

- Subnotificação.
- Emissão de juízo de valor.
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Ausência de retaguarda da rede de proteção no processo de notificação.
- Ameaças à vítima e profissionais envolvidos nos casos.
- Extrema vulnerabilidade social.
- Pessoa em situação de rua.
- Dependência financeira da suposta vítima, perante o suposto agressor.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.068/1990 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003 – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

LEI FEDERAL Nº 10.741 – ESTATUTO DO IDOSO, CRIADO EM 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diário Oficial da Cidade de São Paulo sábado, 20 de junho de 2015 - PORTARIA Nº 1102/2015-SMS.G.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência*

sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF, 2005.

CRESS-SP. Legislação Brasileira para o Serviço Social. 3ªed. São Paulo: CRESS, 2008.

Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF.

Brasil. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2013.

Código De Ética Serviço Social.

CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO DE CASOS DE EVASÃO DE PACIENTE E RECUSA DE ATENDIMENTO

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes que se encontram em atendimento médico no Serviço de saúde e evadem da unidade ou recusam o tratamento. Cabe ao Serviço Social auxiliar nos casos de evasão e recusa de atendimento, comunicando as instâncias necessárias nos casos de pediatria e pacientes maiores de 60 anos.

2. **OBJETIVOS**

Atender os casos de evasão e recusa de atendimento, garantido os direitos da criança e do adolescente à saúde e à vida, bem como garantir o direito do atendimento aos pacientes que não gozem da sua autonomia imediata ou permanente e aos pacientes adultos para continuidade de atendimento quando há risco de morte.

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social e equipe administrativa.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- **Recusa de atendimento:**

Serviço Social realiza atendimento reforçando as orientações sobre os riscos e abordando sobre o direto à saúde e proteção integral dos sujeitos. Nos casos de pacientes vulneráveis e/ou sem autonomia, informar os responsáveis acerca dos encaminhamentos e notificações aos órgãos competentes;

- **Evasão:**

Adulto com autonomia e sem risco à saúde: paciente tem o direito de optar ou não pelo tratamento de saúde – (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 "Direito de ir e vir" e Código Penal Art. 148 Cárcere Privado).

Adulto com risco à saúde: quando administrativo não conseguir contato e/ou reconvocação do paciente, Serviço Social será acionado para articular com a rede socioassistencial e recursos internos para atendimento do caso;

Criança/Adolescente e Idoso: realizar localização e reconvocação para continuidade do atendimento de saúde. Nos casos de negativa, acionar os órgãos competentes para assegurar os direitos e avaliar a necessidade de realização de Boletim de Ocorrência;

Pacientes psiquiátricos: família deverá ser acionada e orientada a registrar o Boletim de Ocorrência, diante da não localização do paciente. Nos casos de pacientes sem rede de apoio social, instituição realiza o procedimento.

Na evasão de paciente que se apresentam vulneráveis, equipe de enfermagem e médica deverão elaborar relatórios dos atendimentos prestados.

Na abertura de ficha realizar o preenchimento dos dados cadastrais de forma consistente, angariando o máximo de contatos telefônicos possíveis.

- **Na ausência do Serviço Social:**

Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Não ser identificada a evasão
- Não seguir o fluxo de atendimento na unidade de saúde
- Falta de comunicação entre as equipes;
- Paciente se negar as orientações;
- Paciente e/ou responsável legal se negar a retomar o atendimento de saúde;
- Não localização do paciente para reconvocação

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Art.7º do direito á vida e a saúde criança e adolescente.

Lei Federal nº 10.741 – Estatuto do Idoso, criado em 1º de outubro de 2003;.

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

CAPÍTULO 5: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimentos às pessoas em situação de rua que deram entrada no Serviço de Saúde, respeitando sua autonomia, buscando contribuir com a continuidade de tratamento e melhoria da saúde, articulando com a rede socioassistencial e rede de apoio social familiar e/ou comunitária.

2. OBJETIVOS

Conhecer as demandas da população em situação de rua, fazer a leitura do contexto social em que o usuário está inserido e realizar intervenção garantindo uma alta segura, respeitando a autonomia do usuário.

3. RESPONSÁVEIS

Assistente Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Receber as informações provenientes da equipe do pronto atendimento, para identificar paciente em situação de rua
- Acolhimento, estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia e circunstância de vida do usuário.
- Orientar o usuário quanto aos direitos civis e sociais.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar, comunitária e serviços de referência da rede socioassistencial) para buscar suporte durante tratamento.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/ organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente.
- Articular com CREAS e Centro POP do território o atendimento do caso, a fim de obter informações e registro no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA) do paciente.
- Quando for caso, solicitar através do CREAS e Centro POP de referência vagas em serviços de acolhimento e possibilitar meios para referenciamento do paciente para continuidade do tratamento.
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais que possam interferir no processo de tratamento.
- Encaminhar e orientar usuário acerca dos serviços voltados ao atendimento à população em situação de rua.
- Monitorar reincidentes com complexidade no que se refere ao risco social.

Crianças/ adolescentes em Situação de Rua

- Receber as informações da equipe de atendimento, para identificar criança e/ou adolescente em situação de rua.
- Realizar acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Estabelecer contatos com a criança/adolescente com linguagem simples e de fácil entendimento.
- Mapear e convocar os responsáveis legais para garantir a alta segura.
- Contatar, elaborar e encaminhar relatórios relacionados ao acompanhamento/ internação da criança/ adolescente para notificação aos órgãos de proteção da criança e adolescente.
- Aguardar determinação dos órgãos competentes para liberação e direcionamento da criança e/ou adolescente.

Na ausência do Serviço Social:

✓ **Pacientes com autonomia:**

- Não havendo necessidade de permanecer em observação paciente com autonomia recebe alta a critério médico.
- Profissionais de atendimento orientam a procurar serviços de atendimento à pessoa em situação de rua (Centro POP e/ou CREAS), para paciente solicitar vaga em centro de acolhida.

✓ **Pacientes sem ou com autonomia limitada:**

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.
- Nos casos de crianças e adolescentes, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, e acionar Conselho Tutelar.
- Idosos, pessoas com deficiência, adultos e psiquiátricos, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, aguardar atendimento do Serviço Social.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Dependência Química.
- Dificuldade de contato com familiares.
- Dificuldade de seguimento no atendimento.
- Falta de adesão com seguimento das redes socioassistenciais direcionadas.
- Ocultação de Informações por parte do paciente/familiar.
- Negligência no autocuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Não constar no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA).

- Ausência de responsável legal.
- Ausência de referenciamento aos serviços de atendimento à população em situação de rua.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS nº273, de 13 de março de 1993).

Política Nacional para a população em Situação de Rua.

Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua.

Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema do Cartão nacional de Saúde (Cartão SUS).

Portaria Nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS), com foco na promoção da equidade em saúde.

Portaria nº. 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultórios na Rua (eCR) por Município.

Portaria Nº. 121 de 25 de janeiro de 2012. Instituem as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.

Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Plano operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015.

Política nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, Governo Federal 2008 DF.

CAPÍTULO 6: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS PACIENTES DESCONHECIDOS

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimento de usuários que deram entrada no Serviço de saúde inconsciente, com transtorno mental ou sem condições de se comunicar, sem documentos de identificação e acompanhante.

2. **OBJETIVOS**

Realizar a identificação do paciente desconhecido, realizando seu acolhimento, assim como verificar junto à rede socioassistencial e de recursos internos, informações para identificação e retorno ao contexto social.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber informações das equipes de atendimento para identificar pacientes sem identificação
- Acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social do paciente, quando possível, verificando suas demandas, conhecendo seu contexto social.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar e/ou comunitária), a fim de obter informações para sua identificação, quando o paciente estiver em condições de se comunica.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia do usuário.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente, respeitando sua autonomia.
- Compartilhar informações com equipe de atendimento, conforme a evolução do atendimento e identificação do paciente.
- Realizar busca ativa na rede de apoio (UBS, Sistema SIGA, CROSS, Delegacia etc...) na tentativa de localizar familiares.
- Comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina, com o envio da Ficha de Paciente Desconhecido, relatório com anamnese e exame físico e foto do paciente, contendo informação de risco iminente de morte, se houver.
- Orientar e encaminhar para rede de recursos socioassistenciais.
- Em caso de óbito, comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina**.**

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

Em caso de risco:

- Realização de boletim de ocorrência.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Identificação tardia do paciente ou a não identificação.
- Piora e/ou manutenção da condição clínica.
- Recusa de suporte da rede de apoio social após a identificação do paciente.
- Dificuldade de acesso à rede de apoio que presta atendimento à pessoa desconhecida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993).

Lei 10299/99 | Lei nº 10.299, de 29 de abril de 1999.

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 301, DE 21 DE MARÇO DE 2017, Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo SP.

CAPÍTULO 7: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes psiquiátricos, quando identificado risco social pela equipe de atendimento, com o intuito de identificar demandas sociais que possam impactar no atendimento e realizar intervenções que garantam ao paciente continuidade no tratamento, encaminhando, conforme indicação médica, para rede de serviços socioassistenciais e da saúde mental.

2. **OBJETIVOS**

- *Compreender o contexto social em que o paciente está inserido e verificar sobre rede de apoio social, assim como sobre os serviços que o paciente é referenciado*.
- *Contribuir com o atendimento com orientações aos pacientes e/ou familiares quanto ao acesso aos direitos sociais e direcionar para serviços da saúde mental, quando necessário, respeitando a autonomia do paciente.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- A equipe sinaliza ao serviço social a necessidade de atendimento social a paciente psiquiátrico.
- Acolher informações encaminhadas pela equipe de atendimento acerca de risco social envolvendo pacientes psiquiátricos para avaliação do caso e definição de conduta.
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares.
- Identificar rede de apoio social do paciente.
- Compartilhar com equipe de atendimento informações sobre o paciente, que possam impactar e/ou colaborar com o atendimento.
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial, benefícios e outros direitos sociais.
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe.
- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território, quando identificada a necessidade.
- Dar suporte na localização e encaminhamento de serviços da saúde mental (CAPS Adulto, Infantil, AD; Pronto atendimento psiquiátrico; atenção básica).
- Quando necessário, acionar os órgãos de proteção competente.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco social:

- Paciente de alta: manter individuo a unidade, para avaliação do Serviço Social.
- Paciente com indicação de transferência para outro serviço de saúde: equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento e notificar caso ao Serviço Social do serviço que paciente foi encaminhado.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Falta de clareza na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento.
- Dificuldade de entendimento sobre rede de saúde mental.
- Paciente sem referência na rede de serviços.
- Paciente sem aderência ao tratamento.
- Conflitos familiares.
- Não aceitação dos familiares.
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador.
- Fragilidade de recursos socioassistenciais.
- Ausência de documentos.

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

CAPÍTULO 8: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS IDOSOS

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes idosos em observação e/ou em avaliação no Serviço de Saúde como parte da garantia da sua proteção integral, partindo do pressuposto a atuação profissional do assistente social permite conhecer e intervir em aspectos sociais que venham a interferir no processo de tratamento e cuidado.

2. **OBJETIVOS**

- *Atender os pacientes idosos quando* equipe do pronto atendimento (clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, choque) identificar *possíveis situações de risco social*, assim como durante atendimento de busca ativa do Serviço Social.

- *Conhecer o contexto em que estão inseridos, garantindo a integralidade no atendimento, contribuindo assim, com o acesso aos direitos sociais e redução d*o risco de intercorrências no retorno ao contexto social e reinternações

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita no leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Realizar avaliação social a fim de conhecer contexto social paciente/família, para identificar rede de apoio social para continuidade do tratamento e cuidado do idoso.
- Nos casos de risco social, realizar busca ativa na rede de apoio familiar, identificar possíveis familiares ou família extensa que possa assumir os cuidados do idoso
- Contatar os familiares ou referência de cuidados dos idosos para agendar avaliação social (se necessário)
- Realizar orientações e encaminhamentos necessários aos pacientes e familiares quando aos direitos sociais e civis e de serviços da rede socioassistencial.
- Mapear o território e identificar Instituições de Longa Permanência para Idosos (I, II e III), caso seja necessária à utilização desses recursos.
- Assegurar o direito de o idoso ter um acompanhante, conforme previsto no Art. 16. (Estatuto do Idoso).
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar que possam interferir no processo de tratamento e/ou alta da unidade.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de proteção social (Unidade Básica de Saude – UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho ou Delegacia do Idoso; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência, Centros de Convivencia, Instituições de Longa Permanencia (I, II e III), entre outros) para as devidas providências, quando necessário.
- Definir a permanência/alta social e compartilhar com a equipe.

Na ausência do serviço social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos

casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Delegacia do Idoso e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência da referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Paciente institucionalizado.
- Negligência no autocuidado e reinternações.
- Ocultação de informações por parte do paciente/familiar.
- Dificuldade de localizar recursos na rede para suporte ao idoso.
- Negligência no cuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Falta de entendimento/aceitação referente ao processo de envelhecimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

Estatuto do Idoso

Política Nacional do Idoso;

Caderno de Violência contra a pessoa idosa – MPF - 2007

CAPÍTULO 9: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA PEDIATRIA

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes em avaliação pela pediatria, como parte do atendimento de demandas em que os profissionais identificarem risco social, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos, do acesso aos recursos e proteção da criança e adolescente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes internados na pediatria com risco social, com a perspectiva de identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a proteção da criança e adolescente.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Conhecer o perfil social dos genitores através da avaliação social, para identificar questões que possam interferir no tratamento e nos cuidados das crianças/adolescentes.
- Elaborar plano de ação, a partir dos dados coletados na avaliação social.
- Acompanhar sistematicamente os pacientes em observação, fortalecendo vínculos, realizando orientações e encaminhamentos necessários.
- Elaborar relatório social para obtenção de benefícios e/ou encaminhamentos.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de apoio socioassistencial (Unidade Básica de Saude - UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho Tutelar; Vara da Infância e Juventude; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência) para as devidas providências, quando necessário.
- Compartilhar, com equipe de atendimento, aspectos sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar, que possam interferir no processo de tratamento.
- Contatar responsáveis legais nos casos de criança/adolescente desacompanhados.
- Alta da unidade deve ser dada mediante presença de responsável legal.

- Durante atendimento de crianças em que genitoras (es) são adolescentes, solicitar presença de um responsável legal.
- Atender demandas espontâneas que podem ser apresentadas pela equipe de atendimento e/ou familiares, conforme a necessidade e avaliação do assistente social.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Conselho Tutelar e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- *Genitores adolescentes.*
- *Genitores com antecedentes de institucionalização/antecedente penal.*
- *Histórico familiar de violência (doméstica, sexual, psicológica, física, alienação parental, etc.).*
- *Genitores com déficit cognitivo / deficiência intelectual.*
- *Genitores com dependência química.*
- *Família/paciente em situação de rua.*
- *Falta de adesão ao tratamento.*
- *Conflito familiar.*
- *Negligência.*
- *Ausência de recursos sociais.*
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Acionar tardiamente o Serviço Social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE);
CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES;
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988;
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL;
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993);
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

ECA

CAPÍTULO 10: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

1. DEFINIÇÃO

Prestar atendimento aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares de forma integrada, com o intuito de identificar questões de ordem social que possam impactar neste momento e realizar intervenções que garantam ao paciente qualidade de vida nos momentos finais e uma morte digna e, para a família, não só entendê-las, mas principalmente, junto a estas propor alternativas que amenizem o sofrimento enfrentado.

2. OBJETIVOS

Conhecer o contexto em que o paciente está inserido, entender como sua família encontra-se organizada e qual rede de suporte social poderá ser acionada, *contribuindo desta forma, com o acesso aos direitos sociais, respeitando as decisões do paciente, bem como, direcionando suas ações nos contextos social, familiar e econômico.*

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Participar das reuniões de equipe, para identificar os pacientes em cuidados paliativos, bem como de reuniões com familiares para discussão de caso e definição de conduta;
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares;
- Realizar visita leito para acompanhar a evolução do caso do paciente, e assim orientar a família em tempo real;
- Discutir com a equipe intervenções para o fortalecimento dos pacientes e familiares;
- Orientar a família para sua organização frente à nova realidade, redefinição de papéis e estabelecimento de um cuidador;
- Mediar informações biográficas do paciente com a equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial;
- Identificar possíveis conflitos familiares, bem como, criar estratégias para minimizá-los;
- Esclarecer dúvidas relacionadas à procuração, interdição, curatela, assistência domiciliar além dos benefícios socioassistenciais garantidos pela legislação;
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe;
- Antecipar o atendimento para uma abordagem mais eficaz de identificação das demandas advindas dos familiares/paciente e equipe multiprofissional;

- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território;
- Dar suporte na localização e encaminhamento para Instituição de Longa Permanência Grau I, II e III;
- Acionar se necessário, os órgãos de Defesa dos Direitos dos Cidadãos;
- Prestar orientações sobre os trâmites burocráticos no caso de óbito no ambiente hospitalar ou domiciliar.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Comunicação pouco eficaz na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento;
- Dificuldade de entendimento sobre Cuidados Paliativos;
- Carência de Legislação específica;
- Conflitos familiares;
- Não aceitação dos familiares;
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador;
- Falta de infraestrutura domiciliar;
- Imposição religiosa;
- Sentimento de culpa por parte do cuidador/ familiar;
- Fragilidade de recursos socioassitenciais;
- Ausência de documentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Resolução CFM Nº 1931/2009
- Lei Estadual 10.121/1999: Consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com informações, procedimentos diagnósticos terapêuticos a serem nele realizados" bem como, "recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida", além de optar pelo local da morte";
- Resolução 1.805: Permite ao médico limitar, ou suspender, procedimentos e/ou tratamentos prolongados e/ou tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade graves e incuráveis, se ele ou seu representante legal manifestar essa vontade;
- Código de ética do Serviço Social;
- Parâmetros de atuação do Serviço Social – CFESS;
- Código de Ética Médica;
- Resolução 1.995 – Diretriz antecipada de vontade (31/08/2012);
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos;

- Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.Pág.69-73

CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia.

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes admitidos em cenário de epidemia e pandemia, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, para identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos e do acesso aos recursos socioassistenciais.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento e/ou acompanhamento aos pacientes/familiares, sob o cenário de epidemias e pandemia decretada pelas autoridades de saúde, visando identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente visando à continuidade do cuidado e a alta segura.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificar/mapear os pacientes admitidos no pronto-socorro, nas alas, unidades de terapia intensiva e ambulatórios;
- Discutir o caso com a equipe para acolhimento nas unidades de isolamento (dentro dos critérios e protocolos de paramentação e controle de acesso), frente demanda social identificada, por solicitação da equipe ou pacientes e familiares;
- Estabelecer contato telefônico e/ou videoconferência com paciente/família e equipe multi por meios de informações cadastradas em prontuário,
- Identificar a principal referência, dentre os familiares, para informações da equipe médica para boletins informativos;
- Orientar o familiar ou referência de cuidados quanto ao fluxo de atendimento de pacientes internados dentro dos protocolos e critérios institucionais no cenário pandêmico;
- Identificar possíveis riscos sociais como: ausência de retaguarda de cuidados; condições precárias de moradia; ausência de meios de transporte para alta hospitalar e acompanhamento médico; paciente não inserido na rede de recursos socioassistenciais; paciente em situação de rua ou albergado;
- Realizar contato e encaminhar paciente/familiares para a rede de Proteção socioassistencial para acompanhamento no território se necessário;
- Acompanhar e discutir os casos com a equipe multiprofissional de forma sistêmica por meio de reuniões e/ou contato telefônico, para garantir alta segura.

- Garantir o sigilo das informações e manter espaço apropriado para intervenção do assistente social.
- Os profissionais devem decidir com autonomia (preferencialmente de forma coletiva) acerca da forma de atendimento mais adequada em cada situação, de modo a atender às orientações, assim como proteger a saúde do/a profissional e do/a usuário/a. No entanto, caso decidam por atendimentos por videoconferência, estes devem ter caráter **absolutamente excepcional**, considerando a particularidade do momento.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ao paciente (familiar e acompanhante);
- Dificuldade em localizar/contatar a referência familiar de cuidados do paciente para acompanhamento e boletim médico.
- Familiares/pacientes com negação aos protocolos determinados pela Instituição e Ministério da Saúde;
- Paciente institucionalizado;
- Pessoa em situação de rua;
- Paciente/cuidador com dificuldade de compreensão;
- Paciente sem documentação de identificação;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE)
CAPITULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993)
Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social;
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.
https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-Orienta----esManejoPacientes.pdf

MANUAL DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Assistente Social é o profissional que atua no âmbito das políticas sociais. A atuação do Assistente Social na área de saúde possui seu alicerce em três pilares: necessidades sociais em

saúde, direito à saúde e produção da saúde. No cenário hospitalar, é necessário que o profissional tenha o domínio das ferramentas que o qualifiquem à execução de seu processo de trabalho, associado à análise da realidade na qual está inserido. Para tanto, é necessária a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem e determinam o processo saúde-doença. Se faz importante realizar o acolhimento dos usuários e seus familiares, com o objetivo de proporcionar acesso efetivo ao sistema de saúde e de proteção social, possibilitando a construção da intersetorialidade e da interdisciplinaridade e evitar a fragmentação e a desarticulação do atendimento.

O Serviço Social apresenta, ainda, um importante papel socioeducativo no contexto da atuação em saúde e na emergência. Faz parte de suas atribuições a orientação quanto ao acesso a recursos socioassistenciais, garantia de acesso a serviços e direitos e integração com a rede, de forma a contribuir com a garantia dos princípios do SUS: universalidade, integridade e equidade.

O presente documento tem por objetivo descrever as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme classificação de risco.

Sumário

CAPÍTULO 1: Funcionamento do setor de serviço social 3
CAPÍTULO 2: Classificação de risco 5
CAPÍTULO 3: Atendimento de casos de vitimização, negligência, discriminação e outras formas de violência contra pessoas..... 8
CAPÍTULO 4: Atendimento de casos de evasão de paciente e recusa de atendimento 11
CAPÍTULO 5: Atendimento do Serviço Social ao paciente em Situação de Rua 13
CAPÍTULO 6: Atendimento do Serviço Social aos pacientes desconhecidos 16
CAPÍTULO 7: Atendimento do Serviço Social ao paciente psiquiátrico 18
CAPÍTULO 8: Atendimento do Serviço Social aos Idosos 19
CAPÍTULO 9: Atendimento do Serviço Social na Pediatria..... 22
CAPÍTULO 10: Atendimento do Serviço Social ao paciente em cuidados paliativos 25
CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia. 28

CAPÍTULO 1: FUNCIONAMENTO DO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes/famílias, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, compondo a equipe interdisciplinar por meio da formulação de propostas e estratégias de intervenção de atenção e promoção a saúde, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, na saúde ou em outro espaço sócio - ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão na saúde.

O Assistente Social é cadastrado no Conselho de Classe da categoria (CRESS – Conselho regional do Serviço Social). Com base nos parâmetros definidos pelo conjunto CFESS/CRESS, tem a atuação voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade Social (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos) e risco social (fragilidade dos vínculos afetivos e relacionais, violência doméstica, trabalho infantil, discriminação por faixa etária, gênero, etnia etc.)

O Serviço Social objetiva realizar atendimento aos pacientes com a perspectiva de Identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente através da realização de um processo sócio-educativo-participativo.

O atendimento é realizado aos pacientes identificados por meio de busca ativa, bem como demanda advinda da equipe multiprofissional e espontânea. Os Assistentes Sociais realizam atendimentos aos usuários e familiares, com interface com a rede de apoio sócio assistencial, seguindo a legislação e os procedimentos descritos para os atendimentos. A atuação do Serviço Social abrange todas as áreas da instituição. O Serviço Social de nossa Instituição integra o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe de 7 Assistentes Sociais, que realizam a carga horária de 30 horas/semanais. A distribuição do *headcount* de acordo com os cargos está descrita na tabela abaixo:

A abrangência da Escala do Serviço Social contempla:

- Segunda a sexta das 7h às 19h.
- Plantão com 1 profissional aos sábados e feriados das 08h00 às 14h00.

A estrutura física deve contemplar espaço físico reservado para a equipe, com recursos eletrônicos e disponibilidade de telefone, para a articulação com a rede socioassistencial e jurídica e elaboração de relatórios, de forma a garantir o sigilo das informações. Deve garantir,

ainda, espaço para atendimentos individuais e coletivos, bem como local adequado para a guarda de prontuários e documentos pertinentes ao atendimento aos/às usuários/as.

Abrangência da atuação do Serviço Social:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código de Ética do/a Assistente Social.

Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

CAPÍTULO 2: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. DEFINIÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR ou ACR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo principal eixo estruturante é incentivar a humanização nas relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, com foco no fortalecimento da participação socioassistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). O ACCR deve ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

O ACCR objetiva avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto socorro, fazendo com que a avaliação ocorra precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Objetiva, ainda, a humanização do atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, informar os tempos de espera e dar a devolutiva de informações aos familiares.

3. RESPONSÁVEIS

Gestores, equipe multiprofissional e equipe de atendimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica garantir a resolutividade e responsabilização no atendimento. Visa também orientar, quando pertinente, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento envolve uma postura ética da instituição, sendo responsabilidade de todos os profissionais em todos os locais e momentos da assistência à saúde. As teorias de Acolhimento e Classificação de Riscos se complementam, de forma a garantir a ordenação da necessidade, mas também promovendo singularidade aos serviços.

Os setores de Emergência e Pronto-Socorro devem estar organizados da seguinte maneira:

- Área Vermelha: área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as demais áreas;
- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada;

- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda;
- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O usuário, ao procurar o Pronto Atendimento, deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente;
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

No processo de Acolhimento com classificação de riscos, as atribuições do Serviço Social incluem:

1. Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas) humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seus acompanhantes;
2. Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;

3. Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo;
4. Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos/acompanhantes;
5. Trabalhar junto ao cidadão/acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco, no sentido de salvar vidas;
6. Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
7. Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
8. Orientar/encaminhar os usuários no sentido de viabilizar o acesso universalizado às políticas públicas;
9. Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais;
10. Executar demais atividades afins.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações;
- Ampliar a visão centrada na dimensão biológica para a perspectiva humana;
- Integração multiprofissional;
- Capacitação profissional;
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf.

Silva, W.M.C.S.; Sousa, C.C.O. Acolhimento com classificação de risco, um olhar na perspectiva do Assistente Social. Disponível em: https://meuartigo.brasilescola.uol.com.br/saude/acolhimento-com-classificacao-risco-um-olhar-na-perspectiva.htm.

CAPÍTULO 3: ATENDIMENTO DE CASOS DE VITIMIZAÇÃO, NEGLIGÊNCIA, DISCRIMINAÇÃO E OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de vitimização, com a perspectiva de identificar os diversos tipos de violência, buscando garantir a segurança da pessoa e a quebra do ciclo de violência, a promoção da saúde e as notificações aos órgãos competentes, em cumprimento da legislação vigente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de qualquer tipo de violência, com a perspectiva de atuar na prevenção, promoção da saúde e na quebra do ciclo de violência.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento/entrevista para identificar o contexto em que a possível vítima se encontra.
- Acolher a pessoa com suspeita de violência e/ou sua família, respeitando sua individualidade e complexidade do caso.
- Conhecer o perfil social do paciente/ família e a possível condição de vitimização vivenciada.
- Possibilitar reflexão crítica sobre a problemática vivenciada, fortalecendo a autoestima, respeitando as particularidades do paciente e buscando alternativas para o enfrentamento.
- Identificar rede de apoio familiar e/ou do relacionamento do paciente para suporte, caso necessário.
- Acolher a demanda social trazida pelo paciente, decorrente ou não da situação de vitimização, tais como: desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos sociais do usuário, entre outros.
- Orientar e encaminhar o paciente/familiar quanto aos recursos rede de proteção social: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Conselho dos Direitos da Mulher, do Idoso, Fóruns, IML, e Delegacias de Polícia, e outros serviços que contribuem para a continuidade do atendimento.
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica e/ou psicológica a suposta vítima e seus familiares, se necessário.
- Mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a suposta vítima formas de proteção.

- Monitorar, em conjunto com as equipes, os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extrafamiliares, durante o tempo de permanência no Serviço de saúde.

Da notificação:

- Elaborar relatório técnico social, com riscos apresentados e parecer técnico do Assistente Social.
- Encaminhar relatório social com ofício assinado pelo diretor superintendente aos órgãos competentes, de acordo com o fluxograma pré-estabelecido na Política Institucional de Vitimização.
- Notificar a rede de Proteção Social (Conselhos, Varas, Delegacias, etc...) nos casos de idosos, crianças e adolescente/ pessoas que não respondam civilmente.
- Aguardar devolutiva dos órgãos competentes e compartilhar com a equipe a definição da conduta.
- Caso o paciente tenha sido encaminhado para outro serviço, encaminhar relatório social das providências tomadas para unidade de transferência do paciente, sejam elas unidades de saúde ou rede socioassistencial.

Do Acolhimento

- Receber o ofício e dar sequência nas orientações definidas pelos Órgãos Competentes de Defesa dos Direitos.
- Conduzir a criança/ adolescente ou idoso/ pessoa com deficiência que não responda civilmente para instituição definida pelos órgãos de Proteção Social.
- Orientar a família a procurar os Órgãos de Defesa para orientação e condução do caso.
- Manter uma cópia do ofício no prontuário do paciente e arquivo do Serviço Social.

Na ausência do Serviço Social

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco, tais diretrizes devem ser seguidas:

- Criança ou adolescente: manter na unidade e acionar o Conselho Tutelar para conduta.
- Idoso: Acionar Delegacia do Idoso e, de acordo com a orientação, manter na unidade, se necessário.
- Adulto: Orientar e, se necessário, encaminhar aos serviços de proteção social e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Acionar tardiamente o Serviço Social.

- Subnotificação.
- Emissão de juízo de valor.
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Ausência de retaguarda da rede de proteção no processo de notificação.
- Ameaças à vítima e profissionais envolvidos nos casos.
- Extrema vulnerabilidade social.
- Pessoa em situação de rua.
- Dependência financeira da suposta vítima, perante o suposto agressor.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.068/1990 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003 – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

LEI FEDERAL Nº 10.741 – ESTATUTO DO IDOSO, CRIADO EM 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diário Oficial da Cidade de São Paulo sábado, 20 de junho de 2015 - PORTARIA Nº 1102/2015-SMS.G.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência*

sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF, 2005.

CRESS-SP. Legislação Brasileira para o Serviço Social. 3ªed. São Paulo: CRESS, 2008.

Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF.

Brasil. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2013.

Código De Ética Serviço Social.

CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO DE CASOS DE EVASÃO DE PACIENTE E RECUSA DE ATENDIMENTO

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes que se encontram em atendimento médico no Serviço de saúde e evadem da unidade ou recusam o tratamento. Cabe ao Serviço Social auxiliar nos casos de evasão e recusa de atendimento, comunicando as instâncias necessárias nos casos de pediatria e pacientes maiores de 60 anos.

2. **OBJETIVOS**

Atender os casos de evasão e recusa de atendimento, garantido os direitos da criança e do adolescente à saúde e à vida, bem como garantir o direito do atendimento aos pacientes que não gozem da sua autonomia imediata ou permanente e aos pacientes adultos para continuidade de atendimento quando há risco de morte.

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social e equipe administrativa.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- **Recusa de atendimento:**

Serviço Social realiza atendimento reforçando as orientações sobre os riscos e abordando sobre o direto à saúde e proteção integral dos sujeitos. Nos casos de pacientes vulneráveis e/ou sem autonomia, informar os responsáveis acerca dos encaminhamentos e notificações aos órgãos competentes;

- **Evasão:**

Adulto com autonomia e sem risco à saúde: paciente tem o direito de optar ou não pelo tratamento de saúde – (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 "Direito de ir e vir" e Código Penal Art. 148 Cárcere Privado).

Adulto com risco à saúde: quando administrativo não conseguir contato e/ou reconvocação do paciente, Serviço Social será acionado para articular com a rede socioassistencial e recursos internos para atendimento do caso;

Criança/Adolescente e Idoso: realizar localização e reconvocação para continuidade do atendimento de saúde. Nos casos de negativa, acionar os órgãos competentes para assegurar os direitos e avaliar a necessidade de realização de Boletim de Ocorrência;

Pacientes psiquiátricos: família deverá ser acionada e orientada a registrar o Boletim de Ocorrência, diante da não localização do paciente. Nos casos de pacientes sem rede de apoio social, instituição realiza o procedimento.

Na evasão de paciente que se apresentam vulneráveis, equipe de enfermagem e médica deverão elaborar relatórios dos atendimentos prestados.

Na abertura de ficha realizar o preenchimento dos dados cadastrais de forma consistente, angariando o máximo de contatos telefônicos possíveis.

- **Na ausência do Serviço Social:**

Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Não ser identificada a evasão
- Não seguir o fluxo de atendimento na unidade de saúde
- Falta de comunicação entre as equipes;
- Paciente se negar as orientações;
- Paciente e/ou responsável legal se negar a retomar o atendimento de saúde;
- Não localização do paciente para reconvocação

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Art.7º do direito á vida e a saúde criança e adolescente.

Lei Federal nº 10.741 – Estatuto do Idoso, criado em 1º de outubro de 2003;.

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

CAPÍTULO 5: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimentos às pessoas em situação de rua que deram entrada no Serviço de Saúde, respeitando sua autonomia, buscando contribuir com a continuidade de tratamento e melhoria da saúde, articulando com a rede socioassistencial e rede de apoio social familiar e/ou comunitária.

2. OBJETIVOS

Conhecer as demandas da população em situação de rua, fazer a leitura do contexto social em que o usuário está inserido e realizar intervenção garantindo uma alta segura, respeitando a autonomia do usuário.

3. RESPONSÁVEIS

Assistente Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Receber as informações provenientes da equipe do pronto atendimento, para identificar paciente em situação de rua
- Acolhimento, estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia e circunstância de vida do usuário.
- Orientar o usuário quanto aos direitos civis e sociais.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar, comunitária e serviços de referência da rede socioassistencial) para buscar suporte durante tratamento.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/ organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente.
- Articular com CREAS e Centro POP do território o atendimento do caso, a fim de obter informações e registro no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA) do paciente.
- Quando for caso, solicitar através do CREAS e Centro POP de referência vagas em serviços de acolhimento e possibilitar meios para referenciamento do paciente para continuidade do tratamento.
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais que possam interferir no processo de tratamento.
- Encaminhar e orientar usuário acerca dos serviços voltados ao atendimento à população em situação de rua.
- Monitorar reincidentes com complexidade no que se refere ao risco social.

Crianças/ adolescentes em Situação de Rua

- Receber as informações da equipe de atendimento, para identificar criança e/ou adolescente em situação de rua.
- Realizar acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Estabelecer contatos com a criança/adolescente com linguagem simples e de fácil entendimento.
- Mapear e convocar os responsáveis legais para garantir a alta segura.
- Contatar, elaborar e encaminhar relatórios relacionados ao acompanhamento/ internação da criança/ adolescente para notificação aos órgãos de proteção da criança e adolescente.
- Aguardar determinação dos órgãos competentes para liberação e direcionamento da criança e/ou adolescente.

Na ausência do Serviço Social:

✓ **Pacientes com autonomia:**

- Não havendo necessidade de permanecer em observação paciente com autonomia recebe alta a critério médico.
- Profissionais de atendimento orientam a procurar serviços de atendimento à pessoa em situação de rua (Centro POP e/ou CREAS), para paciente solicitar vaga em centro de acolhida.

✓ **Pacientes sem ou com autonomia limitada:**

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.
- Nos casos de crianças e adolescentes, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, e acionar Conselho Tutelar.
- Idosos, pessoas com deficiência, adultos e psiquiátricos, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, aguardar atendimento do Serviço Social.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Dependência Química.
- Dificuldade de contato com familiares.
- Dificuldade de seguimento no atendimento.
- Falta de adesão com seguimento das redes socioassistenciais direcionadas.
- Ocultação de Informações por parte do paciente/familiar.
- Negligência no autocuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Não constar no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA).

- Ausência de responsável legal.
- Ausência de referenciamento aos serviços de atendimento à população em situação de rua.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS nº273, de 13 de março de 1993).

Política Nacional para a população em Situação de Rua.

Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua.

Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema do Cartão nacional de Saúde (Cartão SUS).

Portaria Nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS), com foco na promoção da equidade em saúde.

Portaria nº. 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultórios na Rua (eCR) por Município.

Portaria Nº. 121 de 25 de janeiro de 2012. Instituem as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.

Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Plano operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015.

Política nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, Governo Federal 2008 DF.

CAPÍTULO 6: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS PACIENTES DESCONHECIDOS

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimento de usuários que deram entrada no Serviço de saúde inconsciente, com transtorno mental ou sem condições de se comunicar, sem documentos de identificação e acompanhante.

2. **OBJETIVOS**

Realizar a identificação do paciente desconhecido, realizando seu acolhimento, assim como verificar junto à rede socioassistencial e de recursos internos, informações para identificação e retorno ao contexto social.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber informações das equipes de atendimento para identificar pacientes sem identificação
- Acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social do paciente, quando possível, verificando suas demandas, conhecendo seu contexto social.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar e/ou comunitária), a fim de obter informações para sua identificação, quando o paciente estiver em condições de se comunica.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia do usuário.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente, respeitando sua autonomia.
- Compartilhar informações com equipe de atendimento, conforme a evolução do atendimento e identificação do paciente.
- Realizar busca ativa na rede de apoio (UBS, Sistema SIGA, CROSS, Delegacia etc...) na tentativa de localizar familiares.
- Comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina, com o envio da Ficha de Paciente Desconhecido, relatório com anamnese e exame físico e foto do paciente, contendo informação de risco iminente de morte, se houver.
- Orientar e encaminhar para rede de recursos socioassistenciais.
- Em caso de óbito, comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina**.**

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

Em caso de risco:

- Realização de boletim de ocorrência.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Identificação tardia do paciente ou a não identificação.
- Piora e/ou manutenção da condição clínica.
- Recusa de suporte da rede de apoio social após a identificação do paciente.
- Dificuldade de acesso à rede de apoio que presta atendimento à pessoa desconhecida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993).

Lei 10299/99 | Lei nº 10.299, de 29 de abril de 1999.

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 301, DE 21 DE MARÇO DE 2017, Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo SP.

CAPÍTULO 7: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes psiquiátricos, quando identificado risco social pela equipe de atendimento, com o intuito de identificar demandas sociais que possam impactar no atendimento e realizar intervenções que garantam ao paciente continuidade no tratamento, encaminhando, conforme indicação médica, para rede de serviços socioassistenciais e da saúde mental.

2. **OBJETIVOS**

- *Compreender o contexto social em que o paciente está inserido e verificar sobre rede de apoio social, assim como sobre os serviços que o paciente é referenciado*.
- *Contribuir com o atendimento com orientações aos pacientes e/ou familiares quanto ao acesso aos direitos sociais e direcionar para serviços da saúde mental, quando necessário, respeitando a autonomia do paciente.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- A equipe sinaliza ao serviço social a necessidade de atendimento social a paciente psiquiátrico.
- Acolher informações encaminhadas pela equipe de atendimento acerca de risco social envolvendo pacientes psiquiátricos para avaliação do caso e definição de conduta.
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares.
- Identificar rede de apoio social do paciente.
- Compartilhar com equipe de atendimento informações sobre o paciente, que possam impactar e/ou colaborar com o atendimento.
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial, benefícios e outros direitos sociais.
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe.
- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território, quando identificada a necessidade.
- Dar suporte na localização e encaminhamento de serviços da saúde mental (CAPS Adulto, Infantil, AD; Pronto atendimento psiquiátrico; atenção básica).
- Quando necessário, acionar os órgãos de proteção competente.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco social:

- Paciente de alta: manter individuo a unidade, para avaliação do Serviço Social.
- Paciente com indicação de transferência para outro serviço de saúde: equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento e notificar caso ao Serviço Social do serviço que paciente foi encaminhado.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Falta de clareza na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento.
- Dificuldade de entendimento sobre rede de saúde mental.
- Paciente sem referência na rede de serviços.
- Paciente sem aderência ao tratamento.
- Conflitos familiares.
- Não aceitação dos familiares.
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador.
- Fragilidade de recursos socioassistenciais.
- Ausência de documentos.

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

CAPÍTULO 8: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS IDOSOS

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes idosos em observação e/ou em avaliação no Serviço de Saúde como parte da garantia da sua proteção integral, partindo do pressuposto a atuação profissional do assistente social permite conhecer e intervir em aspectos sociais que venham a interferir no processo de tratamento e cuidado.

2. **OBJETIVOS**

- *Atender os pacientes idosos quando* equipe do pronto atendimento (clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, choque) identificar *possíveis situações de risco social*, assim como durante atendimento de busca ativa do Serviço Social.

- *Conhecer o contexto em que estão inseridos, garantindo a integralidade no atendimento, contribuindo assim, com o acesso aos direitos sociais e redução d*o risco de intercorrências no retorno ao contexto social e reinternações

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita no leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Realizar avaliação social a fim de conhecer contexto social paciente/família, para identificar rede de apoio social para continuidade do tratamento e cuidado do idoso.
- Nos casos de risco social, realizar busca ativa na rede de apoio familiar, identificar possíveis familiares ou família extensa que possa assumir os cuidados do idoso
- Contatar os familiares ou referência de cuidados dos idosos para agendar avaliação social (se necessário)
- Realizar orientações e encaminhamentos necessários aos pacientes e familiares quando aos direitos sociais e civis e de serviços da rede socioassistencial.
- Mapear o território e identificar Instituições de Longa Permanência para Idosos (I, II e III), caso seja necessária à utilização desses recursos.
- Assegurar o direito de o idoso ter um acompanhante, conforme previsto no Art. 16. (Estatuto do Idoso).
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar que possam interferir no processo de tratamento e/ou alta da unidade.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de proteção social (Unidade Básica de Saude – UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho ou Delegacia do Idoso; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência, Centros de Convivencia, Instituições de Longa Permanencia (I, II e III), entre outros) para as devidas providências, quando necessário.
- Definir a permanência/alta social e compartilhar com a equipe.

Na ausência do serviço social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos

casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Delegacia do Idoso e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência da referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Paciente institucionalizado.
- Negligência no autocuidado e reinternações.
- Ocultação de informações por parte do paciente/familiar.
- Dificuldade de localizar recursos na rede para suporte ao idoso.
- Negligência no cuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Falta de entendimento/aceitação referente ao processo de envelhecimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

Estatuto do Idoso

Política Nacional do Idoso;

Caderno de Violência contra a pessoa idosa – MPF - 2007

CAPÍTULO 9: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA PEDIATRIA

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes em avaliação pela pediatria, como parte do atendimento de demandas em que os profissionais identificarem risco social, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos, do acesso aos recursos e proteção da criança e adolescente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes internados na pediatria com risco social, com a perspectiva de identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a proteção da criança e adolescente.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Conhecer o perfil social dos genitores através da avaliação social, para identificar questões que possam interferir no tratamento e nos cuidados das crianças/adolescentes.
- Elaborar plano de ação, a partir dos dados coletados na avaliação social.
- Acompanhar sistematicamente os pacientes em observação, fortalecendo vínculos, realizando orientações e encaminhamentos necessários.
- Elaborar relatório social para obtenção de benefícios e/ou encaminhamentos.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de apoio socioassistencial (Unidade Básica de Saude - UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho Tutelar; Vara da Infância e Juventude; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência) para as devidas providências, quando necessário.
- Compartilhar, com equipe de atendimento, aspectos sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar, que possam interferir no processo de tratamento.
- Contatar responsáveis legais nos casos de criança/adolescente desacompanhados.
- Alta da unidade deve ser dada mediante presença de responsável legal.

- Durante atendimento de crianças em que genitoras (es) são adolescentes, solicitar presença de um responsável legal.
- Atender demandas espontâneas que podem ser apresentadas pela equipe de atendimento e/ou familiares, conforme a necessidade e avaliação do assistente social.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Conselho Tutelar e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- *Genitores adolescentes.*
- *Genitores com antecedentes de institucionalização/antecedente penal.*
- *Histórico familiar de violência (doméstica, sexual, psicológica, física, alienação parental, etc.).*
- *Genitores com déficit cognitivo / deficiência intelectual.*
- *Genitores com dependência química.*
- *Família/paciente em situação de rua.*
- *Falta de adesão ao tratamento.*
- *Conflito familiar.*
- *Negligência.*
- *Ausência de recursos sociais.*
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Acionar tardiamente o Serviço Social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE);
CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES;
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988;
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL;
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993);
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

ECA

CAPÍTULO 10: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares de forma integrada, com o intuito de identificar questões de ordem social que possam impactar neste momento e realizar intervenções que garantam ao paciente qualidade de vida nos momentos finais e uma morte digna e, para a família, não só entendê-las, mas principalmente, junto a estas propor alternativas que amenizem o sofrimento enfrentado.

2. **OBJETIVOS**

Conhecer o contexto em que o paciente está inserido, entender como sua família encontra-se organizada e qual rede de suporte social poderá ser acionada, *contribuindo desta forma, com o acesso aos direitos sociais, respeitando as decisões do paciente, bem como, direcionando suas ações nos contextos social, familiar e econômico.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Participar das reuniões de equipe, para identificar os pacientes em cuidados paliativos, bem como de reuniões com familiares para discussão de caso e definição de conduta;
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares;
- Realizar visita leito para acompanhar a evolução do caso do paciente, e assim orientar a família em tempo real;
- Discutir com a equipe intervenções para o fortalecimento dos pacientes e familiares;
- Orientar a família para sua organização frente à nova realidade, redefinição de papéis e estabelecimento de um cuidador;
- Mediar informações biográficas do paciente com a equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial;
- Identificar possíveis conflitos familiares, bem como, criar estratégias para minimizá-los;
- Esclarecer dúvidas relacionadas à procuração, interdição, curatela, assistência domiciliar além dos benefícios socioassistenciais garantidos pela legislação;
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe;
- Antecipar o atendimento para uma abordagem mais eficaz de identificação das demandas advindas dos familiares/paciente e equipe multiprofissional;

- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território;
- Dar suporte na localização e encaminhamento para Instituição de Longa Permanência Grau I, II e III;
- Acionar se necessário, os órgãos de Defesa dos Direitos dos Cidadãos;
- Prestar orientações sobre os trâmites burocráticos no caso de óbito no ambiente hospitalar ou domiciliar.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Comunicação pouco eficaz na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento;
- Dificuldade de entendimento sobre Cuidados Paliativos;
- Carência de Legislação específica;
- Conflitos familiares;
- Não aceitação dos familiares;
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador;
- Falta de infraestrutura domiciliar;
- Imposição religiosa;
- Sentimento de culpa por parte do cuidador/ familiar;
- Fragilidade de recursos socioassitenciais;
- Ausência de documentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Resolução CFM Nº 1931/2009
- Lei Estadual 10.121/1999: Consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com informações, procedimentos diagnósticos terapêuticos a serem nele realizados" bem como, "recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida", além de optar pelo local da morte";
- Resolução 1.805: Permite ao médico limitar, ou suspender, procedimentos e/ou tratamentos prolongados e/ou tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade graves e incuráveis, se ele ou seu representante legal manifestar essa vontade;
- Código de ética do Serviço Social;
- Parâmetros de atuação do Serviço Social – CFESS;
- Código de Ética Médica;
- Resolução 1.995 – Diretriz antecipada de vontade (31/08/2012);
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos;

- Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.Pág.69-73

CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia.

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes admitidos em cenário de epidemia e pandemia, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, para identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos e do acesso aos recursos socioassistenciais.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento e/ou acompanhamento aos pacientes/familiares, sob o cenário de epidemias e pandemia decretada pelas autoridades de saúde, visando identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente visando à continuidade do cuidado e a alta segura.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificar/mapear os pacientes admitidos no pronto-socorro, nas alas, unidades de terapia intensiva e ambulatórios;
- Discutir o caso com a equipe para acolhimento nas unidades de isolamento (dentro dos critérios e protocolos de paramentação e controle de acesso), frente demanda social identificada, por solicitação da equipe ou pacientes e familiares;
- Estabelecer contato telefônico e/ou videoconferência com paciente/família e equipe multi por meios de informações cadastradas em prontuário,
- Identificar a principal referência, dentre os familiares, para informações da equipe médica para boletins informativos;
- Orientar o familiar ou referência de cuidados quanto ao fluxo de atendimento de pacientes internados dentro dos protocolos e critérios institucionais no cenário pandêmico;
- Identificar possíveis riscos sociais como: ausência de retaguarda de cuidados; condições precárias de moradia; ausência de meios de transporte para alta hospitalar e acompanhamento médico; paciente não inserido na rede de recursos socioassistenciais; paciente em situação de rua ou albergado;
- Realizar contato e encaminhar paciente/familiares para a rede de Proteção socioassistencial para acompanhamento no território se necessário;
- Acompanhar e discutir os casos com a equipe multiprofissional de forma sistêmica por meio de reuniões e/ou contato telefônico, para garantir alta segura.

- Garantir o sigilo das informações e manter espaço apropriado para intervenção do assistente social.
- Os profissionais devem decidir com autonomia (preferencialmente de forma coletiva) acerca da forma de atendimento mais adequada em cada situação, de modo a atender às orientações, assim como proteger a saúde do/a profissional e do/a usuário/a. No entanto, caso decidam por atendimentos por videoconferência, estes devem ter caráter **absolutamente excepcional**, considerando a particularidade do momento.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ao paciente (familiar e acompanhante);
- Dificuldade em localizar/contatar a referência familiar de cuidados do paciente para acompanhamento e boletim médico.
- Familiares/pacientes com negação aos protocolos determinados pela Instituição e Ministério da Saúde;
- Paciente institucionalizado;
- Pessoa em situação de rua;
- Paciente/cuidador com dificuldade de compreensão;
- Paciente sem documentação de identificação;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE)
CAPITULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993)
Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social;
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.
https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-Orienta----esManejoPacientes.pdf

MANUAL DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Assistente Social é o profissional que atua no âmbito das políticas sociais. A atuação do Assistente Social na área de saúde possui seu alicerce em três pilares: necessidades sociais em

saúde, direito à saúde e produção da saúde. No cenário hospitalar, é necessário que o profissional tenha o domínio das ferramentas que o qualifiquem à execução de seu processo de trabalho, associado à análise da realidade na qual está inserido. Para tanto, é necessária a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem e determinam o processo saúde-doença. Se faz importante realizar o acolhimento dos usuários e seus familiares, com o objetivo de proporcionar acesso efetivo ao sistema de saúde e de proteção social, possibilitando a construção da intersetorialidade e da interdisciplinaridade e evitar a fragmentação e a desarticulação do atendimento.

O Serviço Social apresenta, ainda, um importante papel socioeducativo no contexto da atuação em saúde e na emergência. Faz parte de suas atribuições a orientação quanto ao acesso a recursos socioassistenciais, garantia de acesso a serviços e direitos e integração com a rede, de forma a contribuir com a garantia dos princípios do SUS: universalidade, integridade e equidade.

O presente documento tem por objetivo descrever as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme classificação de risco.

Sumário

CAPÍTULO 1: Funcionamento do setor de serviço social 3
CAPÍTULO 2: Classificação de risco 5
CAPÍTULO 3: Atendimento de casos de vitimização, negligência, discriminação e outras formas de violência contra pessoas..... 8
CAPÍTULO 4: Atendimento de casos de evasão de paciente e recusa de atendimento 11
CAPÍTULO 5: Atendimento do Serviço Social ao paciente em Situação de Rua 13
CAPÍTULO 6: Atendimento do Serviço Social aos pacientes desconhecidos 16
CAPÍTULO 7: Atendimento do Serviço Social ao paciente psiquiátrico 18
CAPÍTULO 8: Atendimento do Serviço Social aos Idosos 19
CAPÍTULO 9: Atendimento do Serviço Social na Pediatria..... 22
CAPÍTULO 10: Atendimento do Serviço Social ao paciente em cuidados paliativos 25
CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia. 28

CAPÍTULO 1: FUNCIONAMENTO DO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes/famílias, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, compondo a equipe interdisciplinar por meio da formulação de propostas e estratégias de intervenção de atenção e promoção a saúde, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, na saúde ou em outro espaço sócio - ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão na saúde.

O Assistente Social é cadastrado no Conselho de Classe da categoria (CRESS – Conselho regional do Serviço Social). Com base nos parâmetros definidos pelo conjunto CFESS/CRESS, tem a atuação voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade Social (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos) e risco social (fragilidade dos vínculos afetivos e relacionais, violência doméstica, trabalho infantil, discriminação por faixa etária, gênero, etnia etc.)

O Serviço Social objetiva realizar atendimento aos pacientes com a perspectiva de Identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente através da realização de um processo sócio-educativo-participativo.

O atendimento é realizado aos pacientes identificados por meio de busca ativa, bem como demanda advinda da equipe multiprofissional e espontânea. Os Assistentes Sociais realizam atendimentos aos usuários e familiares, com interface com a rede de apoio sócio assistencial, seguindo a legislação e os procedimentos descritos para os atendimentos. A atuação do Serviço Social abrange todas as áreas da instituição. O Serviço Social de nossa Instituição integra o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe de 7 Assistentes Sociais, que realizam a carga horária de 30 horas/semanais. A distribuição do *headcount* de acordo com os cargos está descrita na tabela abaixo:

A abrangência da Escala do Serviço Social contempla:

- Segunda a sexta das 7h às 19h.
- Plantão com 1 profissional aos sábados e feriados das 08h00 às 14h00.

A estrutura física deve contemplar espaço físico reservado para a equipe, com recursos eletrônicos e disponibilidade de telefone, para a articulação com a rede socioassistencial e jurídica e elaboração de relatórios, de forma a garantir o sigilo das informações. Deve garantir,

ainda, espaço para atendimentos individuais e coletivos, bem como local adequado para a guarda de prontuários e documentos pertinentes ao atendimento aos/às usuários/as.

Abrangência da atuação do Serviço Social:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código de Ética do/a Assistente Social.

Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

CAPÍTULO 2: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. DEFINIÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR ou ACR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo principal eixo estruturante é incentivar a humanização nas relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, com foco no fortalecimento da participação socioassistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). O ACCR deve ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

O ACCR objetiva avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto socorro, fazendo com que a avaliação ocorra precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Objetiva, ainda, a humanização do atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, informar os tempos de espera e dar a devolutiva de informações aos familiares.

3. RESPONSÁVEIS

Gestores, equipe multiprofissional e equipe de atendimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica garantir a resolutividade e responsabilização no atendimento. Visa também orientar, quando pertinente, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento envolve uma postura ética da instituição, sendo responsabilidade de todos os profissionais em todos os locais e momentos da assistência à saúde. As teorias de Acolhimento e Classificação de Riscos se complementam, de forma a garantir a ordenação da necessidade, mas também promovendo singularidade aos serviços.

Os setores de Emergência e Pronto-Socorro devem estar organizados da seguinte maneira:

- Área Vermelha: área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as demais áreas;
- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada;

- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda;
- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O usuário, ao procurar o Pronto Atendimento, deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente;
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

No processo de Acolhimento com classificação de riscos, as atribuições do Serviço Social incluem:

1. Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas) humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seus acompanhantes;
2. Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;

3. Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo;
4. Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos/acompanhantes;
5. Trabalhar junto ao cidadão/acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco, no sentido de salvar vidas;
6. Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
7. Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
8. Orientar/encaminhar os usuários no sentido de viabilizar o acesso universalizado às políticas públicas;
9. Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais;
10. Executar demais atividades afins.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações;
- Ampliar a visão centrada na dimensão biológica para a perspectiva humana;
- Integração multiprofissional;
- Capacitação profissional;
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf.

Silva, W.M.C.S.; Sousa, C.C.O. Acolhimento com classificação de risco, um olhar na perspectiva do Assistente Social. Disponível em: https://meuartigo.brasilescola.uol.com.br/saude/acolhimento-com-classificacao-risco-um-olhar-na-perspectiva.htm.

CAPÍTULO 3: ATENDIMENTO DE CASOS DE VITIMIZAÇÃO, NEGLIGÊNCIA, DISCRIMINAÇÃO E OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de vitimização, com a perspectiva de identificar os diversos tipos de violência, buscando garantir a segurança da pessoa e a quebra do ciclo de violência, a promoção da saúde e as notificações aos órgãos competentes, em cumprimento da legislação vigente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de qualquer tipo de violência, com a perspectiva de atuar na prevenção, promoção da saúde e na quebra do ciclo de violência.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento/entrevista para identificar o contexto em que a possível vítima se encontra.
- Acolher a pessoa com suspeita de violência e/ou sua família, respeitando sua individualidade e complexidade do caso.
- Conhecer o perfil social do paciente/ família e a possível condição de vitimização vivenciada.
- Possibilitar reflexão crítica sobre a problemática vivenciada, fortalecendo a autoestima, respeitando as particularidades do paciente e buscando alternativas para o enfrentamento.
- Identificar rede de apoio familiar e/ou do relacionamento do paciente para suporte, caso necessário.
- Acolher a demanda social trazida pelo paciente, decorrente ou não da situação de vitimização, tais como: desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos sociais do usuário, entre outros.
- Orientar e encaminhar o paciente/familiar quanto aos recursos rede de proteção social: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Conselho dos Direitos da Mulher, do Idoso, Fóruns, IML, e Delegacias de Polícia, e outros serviços que contribuem para a continuidade do atendimento.
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica e/ou psicológica a suposta vítima e seus familiares, se necessário.
- Mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a suposta vítima formas de proteção.

- Monitorar, em conjunto com as equipes, os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extrafamiliares, durante o tempo de permanência no Serviço de saúde.

Da notificação:

- Elaborar relatório técnico social, com riscos apresentados e parecer técnico do Assistente Social.
- Encaminhar relatório social com ofício assinado pelo diretor superintendente aos órgãos competentes, de acordo com o fluxograma pré-estabelecido na Política Institucional de Vitimização.
- Notificar a rede de Proteção Social (Conselhos, Varas, Delegacias, etc...) nos casos de idosos, crianças e adolescente/ pessoas que não respondam civilmente.
- Aguardar devolutiva dos órgãos competentes e compartilhar com a equipe a definição da conduta.
- Caso o paciente tenha sido encaminhado para outro serviço, encaminhar relatório social das providências tomadas para unidade de transferência do paciente, sejam elas unidades de saúde ou rede socioassistencial.

Do Acolhimento

- Receber o ofício e dar sequência nas orientações definidas pelos Órgãos Competentes de Defesa dos Direitos.
- Conduzir a criança/ adolescente ou idoso/ pessoa com deficiência que não responda civilmente para instituição definida pelos órgãos de Proteção Social.
- Orientar a família a procurar os Órgãos de Defesa para orientação e condução do caso.
- Manter uma cópia do ofício no prontuário do paciente e arquivo do Serviço Social.

Na ausência do Serviço Social

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco, tais diretrizes devem ser seguidas:

- Criança ou adolescente: manter na unidade e acionar o Conselho Tutelar para conduta.
- Idoso: Acionar Delegacia do Idoso e, de acordo com a orientação, manter na unidade, se necessário.
- Adulto: Orientar e, se necessário, encaminhar aos serviços de proteção social e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Acionar tardiamente o Serviço Social.

- Subnotificação.
- Emissão de juízo de valor.
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Ausência de retaguarda da rede de proteção no processo de notificação.
- Ameaças à vítima e profissionais envolvidos nos casos.
- Extrema vulnerabilidade social.
- Pessoa em situação de rua.
- Dependência financeira da suposta vítima, perante o suposto agressor.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.068/1990 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003 – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

LEI FEDERAL Nº 10.741 – ESTATUTO DO IDOSO, CRIADO EM 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diário Oficial da Cidade de São Paulo sábado, 20 de junho de 2015 - PORTARIA Nº 1102/2015-SMS.G.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência*

sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF, 2005.

CRESS-SP. Legislação Brasileira para o Serviço Social. 3ªed. São Paulo: CRESS, 2008.

Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF.

Brasil. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2013.

Código De Ética Serviço Social.

CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO DE CASOS DE EVASÃO DE PACIENTE E RECUSA DE ATENDIMENTO

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes que se encontram em atendimento médico no Serviço de saúde e evadem da unidade ou recusam o tratamento. Cabe ao Serviço Social auxiliar nos casos de evasão e recusa de atendimento, comunicando as instâncias necessárias nos casos de pediatria e pacientes maiores de 60 anos.

2. **OBJETIVOS**

Atender os casos de evasão e recusa de atendimento, garantido os direitos da criança e do adolescente à saúde e à vida, bem como garantir o direito do atendimento aos pacientes que não gozem da sua autonomia imediata ou permanente e aos pacientes adultos para continuidade de atendimento quando há risco de morte.

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social e equipe administrativa.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- **Recusa de atendimento:**

Serviço Social realiza atendimento reforçando as orientações sobre os riscos e abordando sobre o direto à saúde e proteção integral dos sujeitos. Nos casos de pacientes vulneráveis e/ou sem autonomia, informar os responsáveis acerca dos encaminhamentos e notificações aos órgãos competentes;

- **Evasão:**

Adulto com autonomia e sem risco à saúde: paciente tem o direito de optar ou não pelo tratamento de saúde – (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 "Direito de ir e vir" e Código Penal Art. 148 Cárcere Privado).

Adulto com risco à saúde: quando administrativo não conseguir contato e/ou reconvocação do paciente, Serviço Social será acionado para articular com a rede socioassistencial e recursos internos para atendimento do caso;

Criança/Adolescente e Idoso: realizar localização e reconvocação para continuidade do atendimento de saúde. Nos casos de negativa, acionar os órgãos competentes para assegurar os direitos e avaliar a necessidade de realização de Boletim de Ocorrência;

Pacientes psiquiátricos: família deverá ser acionada e orientada a registrar o Boletim de Ocorrência, diante da não localização do paciente. Nos casos de pacientes sem rede de apoio social, instituição realiza o procedimento.

Na evasão de paciente que se apresentam vulneráveis, equipe de enfermagem e médica deverão elaborar relatórios dos atendimentos prestados.

Na abertura de ficha realizar o preenchimento dos dados cadastrais de forma consistente, angariando o máximo de contatos telefônicos possíveis.

- **Na ausência do Serviço Social:**

Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Não ser identificada a evasão
- Não seguir o fluxo de atendimento na unidade de saúde
- Falta de comunicação entre as equipes;
- Paciente se negar as orientações;
- Paciente e/ou responsável legal se negar a retomar o atendimento de saúde;
- Não localização do paciente para reconvocação

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Art.7º do direito á vida e a saúde criança e adolescente.

Lei Federal nº 10.741 – Estatuto do Idoso, criado em 1º de outubro de 2003;.

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

CAPÍTULO 5: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimentos às pessoas em situação de rua que deram entrada no Serviço de Saúde, respeitando sua autonomia, buscando contribuir com a continuidade de tratamento e melhoria da saúde, articulando com a rede socioassistencial e rede de apoio social familiar e/ou comunitária.

2. **OBJETIVOS**

Conhecer as demandas da população em situação de rua, fazer a leitura do contexto social em que o usuário está inserido e realizar intervenção garantindo uma alta segura, respeitando a autonomia do usuário.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber as informações provenientes da equipe do pronto atendimento, para identificar paciente em situação de rua
- Acolhimento, estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia e circunstância de vida do usuário.
- Orientar o usuário quanto aos direitos civis e sociais.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar, comunitária e serviços de referência da rede socioassistencial) para buscar suporte durante tratamento.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/ organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente.
- Articular com CREAS e Centro POP do território o atendimento do caso, a fim de obter informações e registro no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA) do paciente.
- Quando for caso, solicitar através do CREAS e Centro POP de referência vagas em serviços de acolhimento e possibilitar meios para referenciamento do paciente para continuidade do tratamento.
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais que possam interferir no processo de tratamento.
- Encaminhar e orientar usuário acerca dos serviços voltados ao atendimento à população em situação de rua.
- Monitorar reincidentes com complexidade no que se refere ao risco social.

Crianças/ adolescentes em Situação de Rua

- Receber as informações da equipe de atendimento, para identificar criança e/ou adolescente em situação de rua.
- Realizar acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Estabelecer contatos com a criança/adolescente com linguagem simples e de fácil entendimento.
- Mapear e convocar os responsáveis legais para garantir a alta segura.
- Contatar, elaborar e encaminhar relatórios relacionados ao acompanhamento/ internação da criança/ adolescente para notificação aos órgãos de proteção da criança e adolescente.
- Aguardar determinação dos órgãos competentes para liberação e direcionamento da criança e/ou adolescente.

Na ausência do Serviço Social:

✓ **Pacientes com autonomia:**

- Não havendo necessidade de permanecer em observação paciente com autonomia recebe alta a critério médico.
- Profissionais de atendimento orientam a procurar serviços de atendimento à pessoa em situação de rua (Centro POP e/ou CREAS), para paciente solicitar vaga em centro de acolhida.

✓ **Pacientes sem ou com autonomia limitada:**

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.
- Nos casos de crianças e adolescentes, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, e acionar Conselho Tutelar.
- Idosos, pessoas com deficiência, adultos e psiquiátricos, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, aguardar atendimento do Serviço Social.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Dependência Química.
- Dificuldade de contato com familiares.
- Dificuldade de seguimento no atendimento.
- Falta de adesão com seguimento das redes socioassistenciais direcionadas.
- Ocultação de Informações por parte do paciente/familiar.
- Negligência no autocuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Não constar no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA).

- Ausência de responsável legal.
- Ausência de referenciamento aos serviços de atendimento à população em situação de rua.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS nº273, de 13 de março de 1993).

Política Nacional para a população em Situação de Rua.

Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua.

Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema do Cartão nacional de Saúde (Cartão SUS).

Portaria Nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS), com foco na promoção da equidade em saúde.

Portaria nº. 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultórios na Rua (eCR) por Município.

Portaria Nº. 121 de 25 de janeiro de 2012. Instituem as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.

Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Plano operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015.

Política nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, Governo Federal 2008 DF.

CAPÍTULO 6: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS PACIENTES DESCONHECIDOS

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimento de usuários que deram entrada no Serviço de saúde inconsciente, com transtorno mental ou sem condições de se comunicar, sem documentos de identificação e acompanhante.

2. **OBJETIVOS**

Realizar a identificação do paciente desconhecido, realizando seu acolhimento, assim como verificar junto à rede socioassistencial e de recursos internos, informações para identificação e retorno ao contexto social.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber informações das equipes de atendimento para identificar pacientes sem identificação
- Acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social do paciente, quando possível, verificando suas demandas, conhecendo seu contexto social.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar e/ou comunitária), a fim de obter informações para sua identificação, quando o paciente estiver em condições de se comunica.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia do usuário.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente, respeitando sua autonomia.
- Compartilhar informações com equipe de atendimento, conforme a evolução do atendimento e identificação do paciente.
- Realizar busca ativa na rede de apoio (UBS, Sistema SIGA, CROSS, Delegacia etc...) na tentativa de localizar familiares.
- Comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina, com o envio da Ficha de Paciente Desconhecido, relatório com anamnese e exame físico e foto do paciente, contendo informação de risco iminente de morte, se houver.
- Orientar e encaminhar para rede de recursos socioassistenciais.
- Em caso de óbito, comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina**.**

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

Em caso de risco:

- Realização de boletim de ocorrência.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Identificação tardia do paciente ou a não identificação.
- Piora e/ou manutenção da condição clínica.
- Recusa de suporte da rede de apoio social após a identificação do paciente.
- Dificuldade de acesso à rede de apoio que presta atendimento à pessoa desconhecida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993).

Lei 10299/99 | Lei nº 10.299, de 29 de abril de 1999.

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 301, DE 21 DE MARÇO DE 2017, Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo SP.

CAPÍTULO 7: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes psiquiátricos, quando identificado risco social pela equipe de atendimento, com o intuito de identificar demandas sociais que possam impactar no atendimento e realizar intervenções que garantam ao paciente continuidade no tratamento, encaminhando, conforme indicação médica, para rede de serviços socioassistenciais e da saúde mental.

2. **OBJETIVOS**

- *Compreender o contexto social em que o paciente está inserido e verificar sobre rede de apoio social, assim como sobre os serviços que o paciente é referenciado*.
- *Contribuir com o atendimento com orientações aos pacientes e/ou familiares quanto ao acesso aos direitos sociais e direcionar para serviços da saúde mental, quando necessário, respeitando a autonomia do paciente.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- A equipe sinaliza ao serviço social a necessidade de atendimento social a paciente psiquiátrico.
- Acolher informações encaminhadas pela equipe de atendimento acerca de risco social envolvendo pacientes psiquiátricos para avaliação do caso e definição de conduta.
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares.
- Identificar rede de apoio social do paciente.
- Compartilhar com equipe de atendimento informações sobre o paciente, que possam impactar e/ou colaborar com o atendimento.
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial, benefícios e outros direitos sociais.
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe.
- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território, quando identificada a necessidade.
- Dar suporte na localização e encaminhamento de serviços da saúde mental (CAPS Adulto, Infantil, AD; Pronto atendimento psiquiátrico; atenção básica).
- Quando necessário, acionar os órgãos de proteção competente.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco social:

- Paciente de alta: manter individuo a unidade, para avaliação do Serviço Social.
- Paciente com indicação de transferência para outro serviço de saúde: equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento e notificar caso ao Serviço Social do serviço que paciente foi encaminhado.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Falta de clareza na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento.
- Dificuldade de entendimento sobre rede de saúde mental.
- Paciente sem referência na rede de serviços.
- Paciente sem aderência ao tratamento.
- Conflitos familiares.
- Não aceitação dos familiares.
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador.
- Fragilidade de recursos socioassistenciais.
- Ausência de documentos.

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

CAPÍTULO 8: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS IDOSOS

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes idosos em observação e/ou em avaliação no Serviço de Saúde como parte da garantia da sua proteção integral, partindo do pressuposto a atuação profissional do assistente social permite conhecer e intervir em aspectos sociais que venham a interferir no processo de tratamento e cuidado.

2. **OBJETIVOS**

- *Atender os pacientes idosos quando* equipe do pronto atendimento (clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, choque) identificar *possíveis situações de risco social*, assim como durante atendimento de busca ativa do Serviço Social.

- *Conhecer o contexto em que estão inseridos, garantindo a integralidade no atendimento, contribuindo assim, com o acesso aos direitos sociais e redução d*o risco de intercorrências no retorno ao contexto social e reinternações

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita no leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Realizar avaliação social a fim de conhecer contexto social paciente/família, para identificar rede de apoio social para continuidade do tratamento e cuidado do idoso.
- Nos casos de risco social, realizar busca ativa na rede de apoio familiar, identificar possíveis familiares ou família extensa que possa assumir os cuidados do idoso
- Contatar os familiares ou referência de cuidados dos idosos para agendar avaliação social (se necessário)
- Realizar orientações e encaminhamentos necessários aos pacientes e familiares quando aos direitos sociais e civis e de serviços da rede socioassistencial.
- Mapear o território e identificar Instituições de Longa Permanência para Idosos (I, II e III), caso seja necessária à utilização desses recursos.
- Assegurar o direito de o idoso ter um acompanhante, conforme previsto no Art. 16. (Estatuto do Idoso).
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar que possam interferir no processo de tratamento e/ou alta da unidade.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de proteção social (Unidade Básica de Saude – UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho ou Delegacia do Idoso; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência, Centros de Convivencia, Instituições de Longa Permanencia (I, II e III), entre outros) para as devidas providências, quando necessário.
- Definir a permanência/alta social e compartilhar com a equipe.

Na ausência do serviço social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos

casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Delegacia do Idoso e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência da referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Paciente institucionalizado.
- Negligência no autocuidado e reinternações.
- Ocultação de informações por parte do paciente/familiar.
- Dificuldade de localizar recursos na rede para suporte ao idoso.
- Negligência no cuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Falta de entendimento/aceitação referente ao processo de envelhecimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

Estatuto do Idoso

Política Nacional do Idoso;

Caderno de Violência contra a pessoa idosa – MPF - 2007

CAPÍTULO 9: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA PEDIATRIA

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes em avaliação pela pediatria, como parte do atendimento de demandas em que os profissionais identificarem risco social, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos, do acesso aos recursos e proteção da criança e adolescente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes internados na pediatria com risco social, com a perspectiva de identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a proteção da criança e adolescente.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Conhecer o perfil social dos genitores através da avaliação social, para identificar questões que possam interferir no tratamento e nos cuidados das crianças/adolescentes.
- Elaborar plano de ação, a partir dos dados coletados na avaliação social.
- Acompanhar sistematicamente os pacientes em observação, fortalecendo vínculos, realizando orientações e encaminhamentos necessários.
- Elaborar relatório social para obtenção de benefícios e/ou encaminhamentos.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de apoio socioassistencial (Unidade Básica de Saude - UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho Tutelar; Vara da Infância e Juventude; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência) para as devidas providências, quando necessário.
- Compartilhar, com equipe de atendimento, aspectos sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar, que possam interferir no processo de tratamento.
- Contatar responsáveis legais nos casos de criança/adolescente desacompanhados.
- Alta da unidade deve ser dada mediante presença de responsável legal.

- Durante atendimento de crianças em que genitoras (es) são adolescentes, solicitar presença de um responsável legal.
- Atender demandas espontâneas que podem ser apresentadas pela equipe de atendimento e/ou familiares, conforme a necessidade e avaliação do assistente social.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Conselho Tutelar e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- *Genitores adolescentes.*
- *Genitores com antecedentes de institucionalização/antecedente penal.*
- *Histórico familiar de violência (doméstica, sexual, psicológica, física, alienação parental, etc.).*
- *Genitores com déficit cognitivo / deficiência intelectual.*
- *Genitores com dependência química.*
- *Família/paciente em situação de rua.*
- *Falta de adesão ao tratamento.*
- *Conflito familiar.*
- *Negligência.*
- *Ausência de recursos sociais.*
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Acionar tardiamente o Serviço Social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE);
CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES;
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988;
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL;
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993);
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

ECA

CAPÍTULO 10: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

1. DEFINIÇÃO

Prestar atendimento aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares de forma integrada, com o intuito de identificar questões de ordem social que possam impactar neste momento e realizar intervenções que garantam ao paciente qualidade de vida nos momentos finais e uma morte digna e, para a família, não só entendê-las, mas principalmente, junto a estas propor alternativas que amenizem o sofrimento enfrentado.

2. OBJETIVOS

Conhecer o contexto em que o paciente está inserido, entender como sua família encontra-se organizada e qual rede de suporte social poderá ser acionada, *contribuindo desta forma, com o acesso aos direitos sociais, respeitando as decisões do paciente, bem como, direcionando suas ações nos contextos social, familiar e econômico.*

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Participar das reuniões de equipe, para identificar os pacientes em cuidados paliativos, bem como de reuniões com familiares para discussão de caso e definição de conduta;
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares;
- Realizar visita leito para acompanhar a evolução do caso do paciente, e assim orientar a família em tempo real;
- Discutir com a equipe intervenções para o fortalecimento dos pacientes e familiares;
- Orientar a família para sua organização frente à nova realidade, redefinição de papéis e estabelecimento de um cuidador;
- Mediar informações biográficas do paciente com a equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial;
- Identificar possíveis conflitos familiares, bem como, criar estratégias para minimizá-los;
- Esclarecer dúvidas relacionadas à procuração, interdição, curatela, assistência domiciliar além dos benefícios socioassistenciais garantidos pela legislação;
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe;
- Antecipar o atendimento para uma abordagem mais eficaz de identificação das demandas advindas dos familiares/paciente e equipe multiprofissional;

- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território;
- Dar suporte na localização e encaminhamento para Instituição de Longa Permanência Grau I, II e III;
- Acionar se necessário, os órgãos de Defesa dos Direitos dos Cidadãos;
- Prestar orientações sobre os trâmites burocráticos no caso de óbito no ambiente hospitalar ou domiciliar.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Comunicação pouco eficaz na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento;
- Dificuldade de entendimento sobre Cuidados Paliativos;
- Carência de Legislação específica;
- Conflitos familiares;
- Não aceitação dos familiares;
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador;
- Falta de infraestrutura domiciliar;
- Imposição religiosa;
- Sentimento de culpa por parte do cuidador/ familiar;
- Fragilidade de recursos socioassitenciais;
- Ausência de documentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Resolução CFM Nº 1931/2009
- Lei Estadual 10.121/1999: Consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com informações, procedimentos diagnósticos terapêuticos a serem nele realizados" bem como, "recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida", além de optar pelo local da morte";
- Resolução 1.805: Permite ao médico limitar, ou suspender, procedimentos e/ou tratamentos prolongados e/ou tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade graves e incuráveis, se ele ou seu representante legal manifestar essa vontade;
- Código de ética do Serviço Social;
- Parâmetros de atuação do Serviço Social – CFESS;
- Código de Ética Médica;
- Resolução 1.995 – Diretriz antecipada de vontade (31/08/2012);
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos;

- Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.Pág.69-73

CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia.

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes admitidos em cenário de epidemia e pandemia, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, para identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos e do acesso aos recursos socioassistenciais.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento e/ou acompanhamento aos pacientes/familiares, sob o cenário de epidemias e pandemia decretada pelas autoridades de saúde, visando identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente visando à continuidade do cuidado e a alta segura.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificar/mapear os pacientes admitidos no pronto-socorro, nas alas, unidades de terapia intensiva e ambulatórios;
- Discutir o caso com a equipe para acolhimento nas unidades de isolamento (dentro dos critérios e protocolos de paramentação e controle de acesso), frente demanda social identificada, por solicitação da equipe ou pacientes e familiares;
- Estabelecer contato telefônico e/ou videoconferência com paciente/família e equipe multi por meios de informações cadastradas em prontuário,
- Identificar a principal referência, dentre os familiares, para informações da equipe médica para boletins informativos;
- Orientar o familiar ou referência de cuidados quanto ao fluxo de atendimento de pacientes internados dentro dos protocolos e critérios institucionais no cenário pandêmico;
- Identificar possíveis riscos sociais como: ausência de retaguarda de cuidados; condições precárias de moradia; ausência de meios de transporte para alta hospitalar e acompanhamento médico; paciente não inserido na rede de recursos socioassistenciais; paciente em situação de rua ou albergado;
- Realizar contato e encaminhar paciente/familiares para a rede de Proteção socioassistencial para acompanhamento no território se necessário;
- Acompanhar e discutir os casos com a equipe multiprofissional de forma sistêmica por meio de reuniões e/ou contato telefônico, para garantir alta segura.

- Garantir o sigilo das informações e manter espaço apropriado para intervenção do assistente social.
- Os profissionais devem decidir com autonomia (preferencialmente de forma coletiva) acerca da forma de atendimento mais adequada em cada situação, de modo a atender às orientações, assim como proteger a saúde do/a profissional e do/a usuário/a. No entanto, caso decidam por atendimentos por videoconferência, estes devem ter caráter **absolutamente excepcional**, considerando a particularidade do momento.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ao paciente (familiar e acompanhante);
- Dificuldade em localizar/contatar a referência familiar de cuidados do paciente para acompanhamento e boletim médico.
- Familiares/pacientes com negação aos protocolos determinados pela Instituição e Ministério da Saúde;
- Paciente institucionalizado;
- Pessoa em situação de rua;
- Paciente/cuidador com dificuldade de compreensão;
- Paciente sem documentação de identificação;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE)
CAPITULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993)
Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social;
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.
https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-Orienta----esManejoPacientes.pdf

MANUAL DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Assistente Social é o profissional que atua no âmbito das políticas sociais. A atuação do Assistente Social na área de saúde possui seu alicerce em três pilares: necessidades sociais em

saúde, direito à saúde e produção da saúde. No cenário hospitalar, é necessário que o profissional tenha o domínio das ferramentas que o qualifiquem à execução de seu processo de trabalho, associado à análise da realidade na qual está inserido. Para tanto, é necessária a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem e determinam o processo saúde-doença. Se faz importante realizar o acolhimento dos usuários e seus familiares, com o objetivo de proporcionar acesso efetivo ao sistema de saúde e de proteção social, possibilitando a construção da intersetorialidade e da interdisciplinaridade e evitar a fragmentação e a desarticulação do atendimento.

O Serviço Social apresenta, ainda, um importante papel socioeducativo no contexto da atuação em saúde e na emergência. Faz parte de suas atribuições a orientação quanto ao acesso a recursos socioassistenciais, garantia de acesso a serviços e direitos e integração com a rede, de forma a contribuir com a garantia dos princípios do SUS: universalidade, integridade e equidade.

O presente documento tem por objetivo descrever as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme classificação de risco.

Sumário

CAPÍTULO 1: Funcionamento do setor de serviço social 3
CAPÍTULO 2: Classificação de risco 5
CAPÍTULO 3: Atendimento de casos de vitimização, negligência, discriminação e outras formas de violência contra pessoas..... 8
CAPÍTULO 4: Atendimento de casos de evasão de paciente e recusa de atendimento 11
CAPÍTULO 5: Atendimento do Serviço Social ao paciente em Situação de Rua 13
CAPÍTULO 6: Atendimento do Serviço Social aos pacientes desconhecidos 16
CAPÍTULO 7: Atendimento do Serviço Social ao paciente psiquiátrico 18
CAPÍTULO 8: Atendimento do Serviço Social aos Idosos 19
CAPÍTULO 9: Atendimento do Serviço Social na Pediatria..... 22
CAPÍTULO 10: Atendimento do Serviço Social ao paciente em cuidados paliativos 25
CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia. 28

CAPÍTULO 1: FUNCIONAMENTO DO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes/famílias, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, compondo a equipe interdisciplinar por meio da formulação de propostas e estratégias de intervenção de atenção e promoção a saúde, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, na saúde ou em outro espaço sócio - ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão na saúde.

O Assistente Social é cadastrado no Conselho de Classe da categoria (CRESS – Conselho regional do Serviço Social). Com base nos parâmetros definidos pelo conjunto CFESS/CRESS, tem a atuação voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade Social (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos) e risco social (fragilidade dos vínculos afetivos e relacionais, violência doméstica, trabalho infantil, discriminação por faixa etária, gênero, etnia etc.)

O Serviço Social objetiva realizar atendimento aos pacientes com a perspectiva de Identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente através da realização de um processo sócio-educativo-participativo.

O atendimento é realizado aos pacientes identificados por meio de busca ativa, bem como demanda advinda da equipe multiprofissional e espontânea. Os Assistentes Sociais realizam atendimentos aos usuários e familiares, com interface com a rede de apoio sócio assistencial, seguindo a legislação e os procedimentos descritos para os atendimentos. A atuação do Serviço Social abrange todas as áreas da instituição. O Serviço Social de nossa Instituição integra o corpo de profissionais do Hospital com uma equipe de 7 Assistentes Sociais, que realizam a carga horária de 30 horas/semanais. A distribuição do *headcount* de acordo com os cargos está descrita na tabela abaixo:

A abrangência da Escala do Serviço Social contempla:

- Segunda a sexta das 7h às 19h.
- Plantão com 1 profissional aos sábados e feriados das 08h00 às 14h00.

A estrutura física deve contemplar espaço físico reservado para a equipe, com recursos eletrônicos e disponibilidade de telefone, para a articulação com a rede socioassistencial e jurídica e elaboração de relatórios, de forma a garantir o sigilo das informações. Deve garantir,

ainda, espaço para atendimentos individuais e coletivos, bem como local adequado para a guarda de prontuários e documentos pertinentes ao atendimento aos/às usuários/as.

Abrangência da atuação do Serviço Social:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código de Ética do/a Assistente Social.

Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

CAPÍTULO 2: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. DEFINIÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR ou ACR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo principal eixo estruturante é incentivar a humanização nas relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, com foco no fortalecimento da participação socioassistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). O ACCR deve ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

O ACCR objetiva avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto socorro, fazendo com que a avaliação ocorra precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Objetiva, ainda, a humanização do atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, informar os tempos de espera e dar a devolutiva de informações aos familiares.

3. RESPONSÁVEIS

Gestores, equipe multiprofissional e equipe de atendimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica garantir a resolutividade e responsabilização no atendimento. Visa também orientar, quando pertinente, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento envolve uma postura ética da instituição, sendo responsabilidade de todos os profissionais em todos os locais e momentos da assistência à saúde. As teorias de Acolhimento e Classificação de Riscos se complementam, de forma a garantir a ordenação da necessidade, mas também promovendo singularidade aos serviços.

Os setores de Emergência e Pronto-Socorro devem estar organizados da seguinte maneira:

- Área Vermelha: área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as demais áreas;
- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada;

- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda;
- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O usuário, ao procurar o Pronto Atendimento, deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente;
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

No processo de Acolhimento com classificação de riscos, as atribuições do Serviço Social incluem:

1. Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas) humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seus acompanhantes;
2. Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pela recepção e agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;

3. Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo;
4. Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos/acompanhantes;
5. Trabalhar junto ao cidadão/acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco, no sentido de salvar vidas;
6. Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
7. Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes;
8. Orientar/encaminhar os usuários no sentido de viabilizar o acesso universalizado às políticas públicas;
9. Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais;
10. Executar demais atividades afins.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações;
- Ampliar a visão centrada na dimensão biológica para a perspectiva humana;
- Integração multiprofissional;
- Capacitação profissional;
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf.

Silva, W.M.C.S.; Sousa, C.C.O. Acolhimento com classificação de risco, um olhar na perspectiva do Assistente Social. Disponível em: https://meuartigo.brasilescola.uol.com.br/saude/acolhimento-com-classificacao-risco-um-olhar-na-perspectiva.htm.

CAPÍTULO 3: ATENDIMENTO DE CASOS DE VITIMIZAÇÃO, NEGLIGÊNCIA, DISCRIMINAÇÃO E OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de vitimização, com a perspectiva de identificar os diversos tipos de violência, buscando garantir a segurança da pessoa e a quebra do ciclo de violência, a promoção da saúde e as notificações aos órgãos competentes, em cumprimento da legislação vigente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes com suspeita de qualquer tipo de violência, com a perspectiva de atuar na prevenção, promoção da saúde e na quebra do ciclo de violência.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento/entrevista para identificar o contexto em que a possível vítima se encontra.
- Acolher a pessoa com suspeita de violência e/ou sua família, respeitando sua individualidade e complexidade do caso.
- Conhecer o perfil social do paciente/ família e a possível condição de vitimização vivenciada.
- Possibilitar reflexão crítica sobre a problemática vivenciada, fortalecendo a autoestima, respeitando as particularidades do paciente e buscando alternativas para o enfrentamento.
- Identificar rede de apoio familiar e/ou do relacionamento do paciente para suporte, caso necessário.
- Acolher a demanda social trazida pelo paciente, decorrente ou não da situação de vitimização, tais como: desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos sociais do usuário, entre outros.
- Orientar e encaminhar o paciente/familiar quanto aos recursos rede de proteção social: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Conselho dos Direitos da Mulher, do Idoso, Fóruns, IML, e Delegacias de Polícia, e outros serviços que contribuem para a continuidade do atendimento.
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica e/ou psicológica a suposta vítima e seus familiares, se necessário.
- Mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a suposta vítima formas de proteção.

- Monitorar, em conjunto com as equipes, os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extrafamiliares, durante o tempo de permanência no Serviço de saúde.

Da notificação:

- Elaborar relatório técnico social, com riscos apresentados e parecer técnico do Assistente Social.
- Encaminhar relatório social com ofício assinado pelo diretor superintendente aos órgãos competentes, de acordo com o fluxograma pré-estabelecido na Política Institucional de Vitimização.
- Notificar a rede de Proteção Social (Conselhos, Varas, Delegacias, etc...) nos casos de idosos, crianças e adolescente/ pessoas que não respondam civilmente.
- Aguardar devolutiva dos órgãos competentes e compartilhar com a equipe a definição da conduta.
- Caso o paciente tenha sido encaminhado para outro serviço, encaminhar relatório social das providências tomadas para unidade de transferência do paciente, sejam elas unidades de saúde ou rede socioassistencial.

Do Acolhimento

- Receber o ofício e dar sequência nas orientações definidas pelos Órgãos Competentes de Defesa dos Direitos.
- Conduzir a criança/ adolescente ou idoso/ pessoa com deficiência que não responda civilmente para instituição definida pelos órgãos de Proteção Social.
- Orientar a família a procurar os Órgãos de Defesa para orientação e condução do caso.
- Manter uma cópia do ofício no prontuário do paciente e arquivo do Serviço Social.

Na ausência do Serviço Social

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco, tais diretrizes devem ser seguidas:

- Criança ou adolescente: manter na unidade e acionar o Conselho Tutelar para conduta.
- Idoso: Acionar Delegacia do Idoso e, de acordo com a orientação, manter na unidade, se necessário.
- Adulto: Orientar e, se necessário, encaminhar aos serviços de proteção social e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Acionar tardiamente o Serviço Social.

- Subnotificação.
- Emissão de juízo de valor.
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Ausência de retaguarda da rede de proteção no processo de notificação.
- Ameaças à vítima e profissionais envolvidos nos casos.
- Extrema vulnerabilidade social.
- Pessoa em situação de rua.
- Dependência financeira da suposta vítima, perante o suposto agressor.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI Nº 8.068/1990 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003 – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

LEI FEDERAL Nº 10.741 – ESTATUTO DO IDOSO, CRIADO EM 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diário Oficial da Cidade de São Paulo sábado, 20 de junho de 2015 - PORTARIA Nº 1102/2015-SMS.G.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência*

sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF, 2005.

CRESS-SP. Legislação Brasileira para o Serviço Social. 3ªed. São Paulo: CRESS, 2008.

Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF.

Brasil. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2013.

Código De Ética Serviço Social.

CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO DE CASOS DE EVASÃO DE PACIENTE E RECUSA DE ATENDIMENTO

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes que se encontram em atendimento médico no Serviço de saúde e evadem da unidade ou recusam o tratamento. Cabe ao Serviço Social auxiliar nos casos de evasão e recusa de atendimento, comunicando as instâncias necessárias nos casos de pediatria e pacientes maiores de 60 anos.

2. OBJETIVOS

Atender os casos de evasão e recusa de atendimento, garantido os direitos da criança e do adolescente à saúde e à vida, bem como garantir o direito do atendimento aos pacientes que não gozem da sua autonomia imediata ou permanente e aos pacientes adultos para continuidade de atendimento quando há risco de morte.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social e equipe administrativa.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- **Recusa de atendimento:**

Serviço Social realiza atendimento reforçando as orientações sobre os riscos e abordando sobre o direto à saúde e proteção integral dos sujeitos. Nos casos de pacientes vulneráveis e/ou sem autonomia, informar os responsáveis acerca dos encaminhamentos e notificações aos órgãos competentes;

- **Evasão:**

Adulto com autonomia e sem risco à saúde: paciente tem o direito de optar ou não pelo tratamento de saúde – (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 "Direito de ir e vir" e Código Penal Art. 148 Cárcere Privado).

Adulto com risco à saúde: quando administrativo não conseguir contato e/ou reconvocação do paciente, Serviço Social será acionado para articular com a rede socioassistencial e recursos internos para atendimento do caso;

Criança/Adolescente e Idoso: realizar localização e reconvocação para continuidade do atendimento de saúde. Nos casos de negativa, acionar os órgãos competentes para assegurar os direitos e avaliar a necessidade de realização de Boletim de Ocorrência;

Pacientes psiquiátricos: família deverá ser acionada e orientada a registrar o Boletim de Ocorrência, diante da não localização do paciente. Nos casos de pacientes sem rede de apoio social, instituição realiza o procedimento.

Na evasão de paciente que se apresentam vulneráveis, equipe de enfermagem e médica deverão elaborar relatórios dos atendimentos prestados.

Na abertura de ficha realizar o preenchimento dos dados cadastrais de forma consistente, angariando o máximo de contatos telefônicos possíveis.

- **Na ausência do Serviço Social:**

Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Não ser identificada a evasão
- Não seguir o fluxo de atendimento na unidade de saúde
- Falta de comunicação entre as equipes;
- Paciente se negar as orientações;
- Paciente e/ou responsável legal se negar a retomar o atendimento de saúde;
- Não localização do paciente para reconvocação

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Art.7º do direito á vida e a saúde criança e adolescente.

Lei Federal nº 10.741 – Estatuto do Idoso, criado em 1º de outubro de 2003;.

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

CAPÍTULO 5: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA

1. DEFINIÇÃO

Realizar atendimentos às pessoas em situação de rua que deram entrada no Serviço de Saúde, respeitando sua autonomia, buscando contribuir com a continuidade de tratamento e melhoria da saúde, articulando com a rede socioassistencial e rede de apoio social familiar e/ou comunitária.

2. OBJETIVOS

Conhecer as demandas da população em situação de rua, fazer a leitura do contexto social em que o usuário está inserido e realizar intervenção garantindo uma alta segura, respeitando a autonomia do usuário.

3. RESPONSÁVEIS

Assistente Social

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Receber as informações provenientes da equipe do pronto atendimento, para identificar paciente em situação de rua
- Acolhimento, estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia e circunstância de vida do usuário.
- Orientar o usuário quanto aos direitos civis e sociais.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar, comunitária e serviços de referência da rede socioassistencial) para buscar suporte durante tratamento.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/ organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente.
- Articular com CREAS e Centro POP do território o atendimento do caso, a fim de obter informações e registro no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA) do paciente.
- Quando for caso, solicitar através do CREAS e Centro POP de referência vagas em serviços de acolhimento e possibilitar meios para referenciamento do paciente para continuidade do tratamento.
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais que possam interferir no processo de tratamento.
- Encaminhar e orientar usuário acerca dos serviços voltados ao atendimento à população em situação de rua.
- Monitorar reincidentes com complexidade no que se refere ao risco social.

Crianças/ adolescentes em Situação de Rua

- Receber as informações da equipe de atendimento, para identificar criança e/ou adolescente em situação de rua.
- Realizar acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social, quando possível, conhecendo as demandas e o contexto social do paciente.
- Estabelecer contatos com a criança/adolescente com linguagem simples e de fácil entendimento.
- Mapear e convocar os responsáveis legais para garantir a alta segura.
- Contatar, elaborar e encaminhar relatórios relacionados ao acompanhamento/ internação da criança/ adolescente para notificação aos órgãos de proteção da criança e adolescente.
- Aguardar determinação dos órgãos competentes para liberação e direcionamento da criança e/ou adolescente.

Na ausência do Serviço Social:

✓ **Pacientes com autonomia:**

- Não havendo necessidade de permanecer em observação paciente com autonomia recebe alta a critério médico.
- Profissionais de atendimento orientam a procurar serviços de atendimento à pessoa em situação de rua (Centro POP e/ou CREAS), para paciente solicitar vaga em centro de acolhida.

✓ **Pacientes sem ou com autonomia limitada:**

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.
- Nos casos de crianças e adolescentes, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, e acionar Conselho Tutelar.
- Idosos, pessoas com deficiência, adultos e psiquiátricos, mantê-los na unidade, caso não seja necessário atendimento médico de maior complexidade, aguardar atendimento do Serviço Social.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Dependência Química.
- Dificuldade de contato com familiares.
- Dificuldade de seguimento no atendimento.
- Falta de adesão com seguimento das redes socioassistenciais direcionadas.
- Ocultação de Informações por parte do paciente/familiar.
- Negligência no autocuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Não constar no Sistema de cadastro de Pessoa em situação de Rua (SISRUA).

- Ausência de responsável legal.
- Ausência de referenciamento aos serviços de atendimento à população em situação de rua.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS nº273, de 13 de março de 1993).

Política Nacional para a população em Situação de Rua.

Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua.

Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema do Cartão nacional de Saúde (Cartão SUS).

Portaria Nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS), com foco na promoção da equidade em saúde.

Portaria nº. 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultórios na Rua (eCR) por Município.

Portaria Nº. 121 de 25 de janeiro de 2012. Instituem as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.

Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Plano operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015.

Política nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, Governo Federal 2008 DF.

CAPÍTULO 6: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS PACIENTES DESCONHECIDOS

1. **DEFINIÇÃO**

Realizar atendimento de usuários que deram entrada no Serviço de saúde inconsciente, com transtorno mental ou sem condições de se comunicar, sem documentos de identificação e acompanhante.

2. **OBJETIVOS**

Realizar a identificação do paciente desconhecido, realizando seu acolhimento, assim como verificar junto à rede socioassistencial e de recursos internos, informações para identificação e retorno ao contexto social.

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Receber informações das equipes de atendimento para identificar pacientes sem identificação
- Acolhimento para estabelecer vínculos e realizar avaliação social do paciente, quando possível, verificando suas demandas, conhecendo seu contexto social.
- Identificar possíveis referências do paciente (familiar e/ou comunitária), a fim de obter informações para sua identificação, quando o paciente estiver em condições de se comunica.
- Elaborar um plano de intervenção, respeitando a autonomia do usuário.
- Sistematizar as informações levantadas do paciente para definir/organizar uma rede de apoio social para suporte do paciente, respeitando sua autonomia.
- Compartilhar informações com equipe de atendimento, conforme a evolução do atendimento e identificação do paciente.
- Realizar busca ativa na rede de apoio (UBS, Sistema SIGA, CROSS, Delegacia etc...) na tentativa de localizar familiares.
- Comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina, com o envio da Ficha de Paciente Desconhecido, relatório com anamnese e exame físico e foto do paciente, contendo informação de risco iminente de morte, se houver.
- Orientar e encaminhar para rede de recursos socioassistenciais.
- Em caso de óbito, comunicar os Órgãos competentes do Estado/Município e o Conselho Regional de Medicina**.**

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe médica deverá elaborar relatório e encaminhar para Serviço Social dar seguimento.

Em caso de risco:

- Realização de boletim de ocorrência.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Identificação tardia do paciente ou a não identificação.
- Piora e/ou manutenção da condição clínica.
- Recusa de suporte da rede de apoio social após a identificação do paciente.
- Dificuldade de acesso à rede de apoio que presta atendimento à pessoa desconhecida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde).

Capítulo II – dos princípios e diretrizes.

Constituição Federal de 1988.

Código de Ética do Assistente Social.

(Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993).

Lei 10299/99 | Lei nº 10.299, de 29 de abril de 1999.

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 301, DE 21 DE MARÇO DE 2017, Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo SP.

CAPÍTULO 7: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes psiquiátricos, quando identificado risco social pela equipe de atendimento, com o intuito de identificar demandas sociais que possam impactar no atendimento e realizar intervenções que garantam ao paciente continuidade no tratamento, encaminhando, conforme indicação médica, para rede de serviços socioassistenciais e da saúde mental.

2. **OBJETIVOS**

- *Compreender o contexto social em que o paciente está inserido e verificar sobre rede de apoio social, assim como sobre os serviços que o paciente é referenciado*.
- *Contribuir com o atendimento com orientações aos pacientes e/ou familiares quanto ao acesso aos direitos sociais e direcionar para serviços da saúde mental, quando necessário, respeitando a autonomia do paciente.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- A equipe sinaliza ao serviço social a necessidade de atendimento social a paciente psiquiátrico.
- Acolher informações encaminhadas pela equipe de atendimento acerca de risco social envolvendo pacientes psiquiátricos para avaliação do caso e definição de conduta.
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares.
- Identificar rede de apoio social do paciente.
- Compartilhar com equipe de atendimento informações sobre o paciente, que possam impactar e/ou colaborar com o atendimento.
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial, benefícios e outros direitos sociais.
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe.
- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território, quando identificada a necessidade.
- Dar suporte na localização e encaminhamento de serviços da saúde mental (CAPS Adulto, Infantil, AD; Pronto atendimento psiquiátrico; atenção básica).
- Quando necessário, acionar os órgãos de proteção competente.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco social:

- Paciente de alta: manter individuo a unidade, para avaliação do Serviço Social.
- Paciente com indicação de transferência para outro serviço de saúde: equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento e notificar caso ao Serviço Social do serviço que paciente foi encaminhado.

5. **PONTOS CRÍTICOS / RISCOS**

- Falta de clareza na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento.
- Dificuldade de entendimento sobre rede de saúde mental.
- Paciente sem referência na rede de serviços.
- Paciente sem aderência ao tratamento.
- Conflitos familiares.
- Não aceitação dos familiares.
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador.
- Fragilidade de recursos socioassistenciais.
- Ausência de documentos.

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

CAPÍTULO 8: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AOS IDOSOS

1. **DEFINIÇÃO**

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes idosos em observação e/ou em avaliação no Serviço de Saúde como parte da garantia da sua proteção integral, partindo do pressuposto a atuação profissional do assistente social permite conhecer e intervir em aspectos sociais que venham a interferir no processo de tratamento e cuidado.

2. **OBJETIVOS**

- *Atender os pacientes idosos quando* equipe do pronto atendimento (clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, choque) identificar *possíveis situações de risco social*, assim como durante atendimento de busca ativa do Serviço Social.

- *Conhecer o contexto em que estão inseridos, garantindo a integralidade no atendimento, contribuindo assim, com o acesso aos direitos sociais e redução d*o risco de intercorrências no retorno ao contexto social e reinternações

3. **RESPONSÁVEIS**

Assistente Social

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita no leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Realizar avaliação social a fim de conhecer contexto social paciente/família, para identificar rede de apoio social para continuidade do tratamento e cuidado do idoso.
- Nos casos de risco social, realizar busca ativa na rede de apoio familiar, identificar possíveis familiares ou família extensa que possa assumir os cuidados do idoso
- Contatar os familiares ou referência de cuidados dos idosos para agendar avaliação social (se necessário)
- Realizar orientações e encaminhamentos necessários aos pacientes e familiares quando aos direitos sociais e civis e de serviços da rede socioassistencial.
- Mapear o território e identificar Instituições de Longa Permanência para Idosos (I, II e III), caso seja necessária à utilização desses recursos.
- Assegurar o direito de o idoso ter um acompanhante, conforme previsto no Art. 16. (Estatuto do Idoso).
- Compartilhar com equipe de atendimento condicionantes sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar que possam interferir no processo de tratamento e/ou alta da unidade.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de proteção social (Unidade Básica de Saude – UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho ou Delegacia do Idoso; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência, Centros de Convivencia, Instituições de Longa Permanencia (I, II e III), entre outros) para as devidas providências, quando necessário.
- Definir a permanência/alta social e compartilhar com a equipe.

Na ausência do serviço social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos

casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Delegacia do Idoso e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Ausência da referência de cuidados ou familiares.
- Paciente / cuidador com dificuldade de compreensão.
- Paciente institucionalizado.
- Negligência no autocuidado e reinternações.
- Ocultação de informações por parte do paciente/familiar.
- Dificuldade de localizar recursos na rede para suporte ao idoso.
- Negligência no cuidado (adesão e/ou conclusão do tratamento).
- Falta de entendimento/aceitação referente ao processo de envelhecimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde)

Capítulo II – dos princípios e diretrizes

Constituição Federal de 1988

Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS n°273, de 13 de março de 1993);

Estatuto do Idoso

Política Nacional do Idoso;

Caderno de Violência contra a pessoa idosa – MPF - 2007

CAPÍTULO 9: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA PEDIATRIA

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes em avaliação pela pediatria, como parte do atendimento de demandas em que os profissionais identificarem risco social, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos, do acesso aos recursos e proteção da criança e adolescente.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento aos pacientes internados na pediatria com risco social, com a perspectiva de identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a proteção da criança e adolescente.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar atendimento aos pacientes/família, quando equipe de atendimento identificar risco social.
- Realizar visita leito a fim estabelecer o primeiro contato e acolhimento aos pacientes e/ou responsáveis.
- Conhecer o perfil social dos genitores através da avaliação social, para identificar questões que possam interferir no tratamento e nos cuidados das crianças/adolescentes.
- Elaborar plano de ação, a partir dos dados coletados na avaliação social.
- Acompanhar sistematicamente os pacientes em observação, fortalecendo vínculos, realizando orientações e encaminhamentos necessários.
- Elaborar relatório social para obtenção de benefícios e/ou encaminhamentos.
- Comunicar, notificar e encaminhar relatórios as redes de apoio socioassistencial (Unidade Básica de Saude - UBS; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Conselho Tutelar; Vara da Infância e Juventude; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua; Centro de Referência e Atendimento para mulheres em situação de violência) para as devidas providências, quando necessário.
- Compartilhar, com equipe de atendimento, aspectos sociais relacionados ao paciente e/ou núcleo familiar, que possam interferir no processo de tratamento.
- Contatar responsáveis legais nos casos de criança/adolescente desacompanhados.
- Alta da unidade deve ser dada mediante presença de responsável legal.

- Durante atendimento de crianças em que genitoras (es) são adolescentes, solicitar presença de um responsável legal.
- Atender demandas espontâneas que podem ser apresentadas pela equipe de atendimento e/ou familiares, conforme a necessidade e avaliação do assistente social.

Na ausência do Serviço Social:

- Equipe de enfermagem e médica deverá elaborar relatório de atendimento indicando demanda social identificada e encaminhar para Serviço Social dar seguimento (inclusive nos casos em que foi necessário encaminhar paciente para outro serviço de saúde, para continuidade do atendimento).

Em caso de risco:

- Acionar Conselho Tutelar e, dependendo da orientação, manter paciente na unidade e/ou acionar a Polícia Militar (inclusive para casos que também ofereçam riscos aos profissionais envolvidos no atendimento).

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- *Genitores adolescentes.*
- *Genitores com antecedentes de institucionalização/antecedente penal.*
- *Histórico familiar de violência (doméstica, sexual, psicológica, física, alienação parental, etc.).*
- *Genitores com déficit cognitivo / deficiência intelectual.*
- *Genitores com dependência química.*
- *Família/paciente em situação de rua.*
- *Falta de adesão ao tratamento.*
- *Conflito familiar.*
- *Negligência.*
- *Ausência de recursos sociais.*
- Omissão e ocultação das informações por parte da família/paciente/equipe.
- Acionar tardiamente o Serviço Social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE);
CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES;
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988;
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL;
ECA;
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993);

Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.

CAPÍTULO 10: ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

1. **DEFINIÇÃO**

Prestar atendimento aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares de forma integrada, com o intuito de identificar questões de ordem social que possam impactar neste momento e realizar intervenções que garantam ao paciente qualidade de vida nos momentos finais e uma morte digna e, para a família, não só entendê-las, mas principalmente, junto a estas propor alternativas que amenizem o sofrimento enfrentado.

2. **OBJETIVOS**

Conhecer o contexto em que o paciente está inserido, entender como sua família encontra-se organizada e qual rede de suporte social poderá ser acionada, *contribuindo desta forma, com o acesso aos direitos sociais, respeitando as decisões do paciente, bem como, direcionando suas ações nos contextos social, familiar e econômico.*

3. **RESPONSÁVEIS**

Serviço Social.

4. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Participar das reuniões de equipe, para identificar os pacientes em cuidados paliativos, bem como de reuniões com familiares para discussão de caso e definição de conduta;
- Acolher, ouvir, observar e entender as demandas advindas do paciente e seus familiares;
- Realizar visita leito para acompanhar a evolução do caso do paciente, e assim orientar a família em tempo real;
- Discutir com a equipe intervenções para o fortalecimento dos pacientes e familiares;
- Orientar a família para sua organização frente à nova realidade, redefinição de papéis e estabelecimento de um cuidador;
- Mediar informações biográficas do paciente com a equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- Orientar acerca dos recursos disponíveis na rede socioassistencial;
- Identificar possíveis conflitos familiares, bem como, criar estratégias para minimizá-los;
- Esclarecer dúvidas relacionadas à procuração, interdição, curatela, assistência domiciliar além dos benefícios socioassistenciais garantidos pela legislação;
- Esclarecer dúvidas relacionadas ao atendimento, bem como mediar discussões entre familiares e equipe;
- Antecipar o atendimento para uma abordagem mais eficaz de identificação das demandas advindas dos familiares/paciente e equipe multiprofissional;

- Informar a rede socioassistencial referente ao retorno do paciente para o território;
- Dar suporte na localização e encaminhamento para Instituição de Longa Permanência Grau I, II e III;
- Acionar se necessário, os órgãos de Defesa dos Direitos dos Cidadãos;
- Prestar orientações sobre os trâmites burocráticos no caso de óbito no ambiente hospitalar ou domiciliar.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Comunicação pouco eficaz na abordagem do tema por parte da equipe de atendimento;
- Dificuldade de entendimento sobre Cuidados Paliativos;
- Carência de Legislação específica;
- Conflitos familiares;
- Não aceitação dos familiares;
- Ausência de retaguarda familiar / cuidador;
- Falta de infraestrutura domiciliar;
- Imposição religiosa;
- Sentimento de culpa por parte do cuidador/ familiar;
- Fragilidade de recursos socioassitenciais;
- Ausência de documentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Resolução CFM Nº 1931/2009
- Lei Estadual 10.121/1999: Consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com informações, procedimentos diagnósticos terapêuticos a serem nele realizados" bem como, "recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida", além de optar pelo local da morte";
- Resolução 1.805: Permite ao médico limitar, ou suspender, procedimentos e/ou tratamentos prolongados e/ou tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade graves e incuráveis, se ele ou seu representante legal manifestar essa vontade;
- Código de ética do Serviço Social;
- Parâmetros de atuação do Serviço Social – CFESS;
- Código de Ética Médica;
- Resolução 1.995 – Diretriz antecipada de vontade (31/08/2012);
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos;

- Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.Pág.69-73

CAPÍTULO 11: Atendimento do Serviço Social em situação de epidemia e pandemia.

1. DEFINIÇÃO

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes admitidos em cenário de epidemia e pandemia, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, para identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento, do ponto de vista familiar, pessoal, da garantia de direitos e do acesso aos recursos socioassistenciais.

2. OBJETIVOS

Realizar atendimento e/ou acompanhamento aos pacientes/familiares, sob o cenário de epidemias e pandemia decretada pelas autoridades de saúde, visando identificar os determinantes sociais que possam interferir no processo de tratamento, buscando a promoção da saúde e a autonomia do paciente visando à continuidade do cuidado e a alta segura.

3. RESPONSÁVEIS

Serviço Social.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificar/mapear os pacientes admitidos no pronto-socorro, nas alas, unidades de terapia intensiva e ambulatórios;
- Discutir o caso com a equipe para acolhimento nas unidades de isolamento (dentro dos critérios e protocolos de paramentação e controle de acesso), frente demanda social identificada, por solicitação da equipe ou pacientes e familiares;
- Estabelecer contato telefônico e/ou videoconferência com paciente/família e equipe multi por meios de informações cadastradas em prontuário,
- Identificar a principal referência, dentre os familiares, para informações da equipe médica para boletins informativos;
- Orientar o familiar ou referência de cuidados quanto ao fluxo de atendimento de pacientes internados dentro dos protocolos e critérios institucionais no cenário pandêmico;
- Identificar possíveis riscos sociais como: ausência de retaguarda de cuidados; condições precárias de moradia; ausência de meios de transporte para alta hospitalar e acompanhamento médico; paciente não inserido na rede de recursos socioassistenciais; paciente em situação de rua ou albergado;
- Realizar contato e encaminhar paciente/familiares para a rede de Proteção socioassistencial para acompanhamento no território se necessário;
- Acompanhar e discutir os casos com a equipe multiprofissional de forma sistêmica por meio de reuniões e/ou contato telefônico, para garantir alta segura.

- Garantir o sigilo das informações e manter espaço apropriado para intervenção do assistente social.
- Os profissionais devem decidir com autonomia (preferencialmente de forma coletiva) acerca da forma de atendimento mais adequada em cada situação, de modo a atender às orientações, assim como proteger a saúde do/a profissional e do/a usuário/a. No entanto, caso decidam por atendimentos por videoconferência, estes devem ter caráter **absolutamente excepcional**, considerando a particularidade do momento.

5. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Ausência de referência de cuidados ao paciente (familiar e acompanhante);
- Dificuldade em localizar/contatar a referência familiar de cuidados do paciente para acompanhamento e boletim médico.
- Familiares/pacientes com negação aos protocolos determinados pela Instituição e Ministério da Saúde;
- Paciente institucionalizado;
- Pessoa em situação de rua;
- Paciente/cuidador com dificuldade de compreensão;
- Paciente sem documentação de identificação;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE)
CAPITULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988
CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL
(Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993)
Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social;
Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS/CRESS.
https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-Orienta----esManejoPacientes.pdf

Unidade de Primeiro atendimento – UPA

1 - Triagem

a) Atendimento por médico da Upa:

Todos os pacientes que são atendidos na Unidade de Primeiro Atendimento (UPA) passam por uma avaliação de enfermagem (triagem), onde são verificados os sinais vitais e registrados a queixa atual, os antecedentes pessoais e cirúrgicos. Após avaliação, os pacientes são triados por especialidade e gravidade seguindo protocolos médicos previamente estabelecidos.

2 - Atendimento, Admissão, Alta e Transferência

Definição:

Os critérios de admissão, transferência e alta da UPA descritos abaixo garantem o atendimento e a continuidade do processo durante a permanência do paciente.

Objetivo:

Garantir o atendimento dos pacientes em tempo hábil, de acordo com a gravidade, sem colocar em risco a vida das pessoas.

Indicação:

Todos os pacientes atendidos na UPA.

Instruções específicas:

1. Especialidades Médicas

Médicos Plantonistas 24 horas: 3 emergencistas, 3 ortopedistas, 3 cirurgiões gerais, 2 neurocirurgiões, 2 cirurgiões vasculares, 1 buxo-maxilo e 1 neurologista. Em função da demanda, em horário específico, há um aumento no número de plantonistas por área.

A equipe de enfermagem está habilitada para atendimentos de emergência, urgência, procedimentos específicos para adultos

2. Atendimento de Urgência e Emergência

2.1. Emergência: Pacientes em risco iminente de morte, perda de órgão ou função são atendidos imediatamente pela equipe médica e de enfermagem, na sala de emergência onde é realizado procedimentos invasivos ou não para o bem-estar do paciente (passagem de cateteres centrais, marcapasso transcutâneo, etc.).

- Afogamentos.
- Amputações traumáticas.
- Arritmia cardíaca de alta ou baixa frequência com instabilidade hemodinâmica.
- Choque.
- Crise convulsiva.

- Ferimento aberto no tórax, abdome ou crânio.
- Infarto agudo do miocárdio.
- Insuficiência respiratória aguda.
- Intoxicações exógenas.
- Parada cardiorrespiratória.
- Politraumatismo.
- Queimaduras de segundo (dependendo da extensão e localização) e terceiro grau.
- Sepse.
- Trabalho de parto de emergência (atendimento à mãe e ao recém-nascido).
- Traumatismo toracoabdominal fechado com repercussão hemodinâmica.
- e outras causas com alteração hemodinâmica.

2.2. Urgências: Pacientes em situação clínica que não oferece os riscos da emergência, mas que necessitam de procedimento médico precoce são atendidos nos consultórios, salas de procedimentos e sala de emergência:

- Cardioversão.
- Confusão mental súbita associada ou não a TCE.
- Corpo estranho em VAS.
- Crise de pânico ou ansiedade.
- Crise hipertensiva.
- Dor severa aguda de qualquer origem.
- Emergências psiquiátricas.
- Gestantes (com dor, hiperemeses, sangramentos).
- Pós-convulsivo.
- Queimaduras de primeiro e segundo grau (dependendo da extensão e localização.
- Temperatura entre 39 e 40º C.
- Trauma moderado e leve (fraturas com desvio, deformidade óssea, perda de substância, TCE).
- Urgência do paciente/família.
- Vômitoe/ou diarréia persistente.

3. Procedimentos cirúrgicos de urgência relativa •

- Drenagem de abscesso.
- Drenagem torácica.
- Extração de unha.

- Paracenteses.
- Realização de curativos limpos e contaminados.
- Retirada de Corpo Estranho..
- Realização de suturas.

4. Procedimentos Ortopédicos

- Imobilização, confecção de aparelho gessado, goteiras, trações cutâneas, enfaixamentos, colocação de órteses.
- Infiltrações, retirada de gesso.
- Reduções ortopédicas (a depender das condições gerais dos pacientes e de disponibilidade de sala).

5. Disponibilidade do serviço

- 24 horas por dia.

6. Critérios de Admissão de Pacientes:

6.1. Critérios e Fluxo de Admissão na UPA

Todo paciente admitido na Unidade de Primeiro Atendimento é avaliado inicialmente pela triagem, realizada por um enfermeiro qualificado. Este profissional deve priorizar o atendimento do paciente de acordo com a necessidade de assistência.

Durante o processo de triagem, o paciente é submetido a avaliação inicial (queixa principal, sinais e sintomas aparentes, antecedentes clínicos, cirúrgicos, alérgicos e de imunização, parâmetros vitais, registro da data e horário de chegada) e classificado em cores de acordo com o nível de complexidade do caso.

A triagem não se limita ao espaçofísico, mas sim, ao conceito de determinação de urgência e fluxo de atendimento.

Pacientes para retorno de curativos ou ortopédicos, não passam pela triagem.

As emergências são admitidas em entrada exclusiva, direto (na sala de emergência), mediante acionamento da campainha de emergência. Esta campainha é acionada pelo segurança do portão de entrada quando identifica a chegada de ambulância ou carro cujo ocupante (motorista) diz tratar-se de emergência. Ao soar a campainha de emergência no corredor interno da UPA (dois toques consecutivos), médicos e enfermagem se direcionam à porta para receberem o paciente a critério de emergência. Se for descartada a emergência, paciente será direcionado, conforme níveis da triagem, exceto se a família apresentar alto nível de ansiedade. Quando a campainha soar somente uma vez (um toque) a enfermagem se direciona para a porta para receber o paciente e certificar-se que realmente não se trata de emergência. Nesta situação, o paciente é encaminhado para a triagem e a classificação da triagem e mantida.

CLASSIFICAÇÃO DE TRIAGEM:

EMERGÊNCIA - situação em que há risco de morte eminente.

A condição requer atendimento médico imediato.

:: PCR.

:: Choque.

:: Falência Respiratória.

:: Trabalho de parto expulsivo.

:: Ferimento aberto no tórax, abdômen ou crânio.

:: Traumatismo toracoabdominal fechado com repercussão hemodinâmica.

:: Queimaduras extensas (> 50% da área corpórea).

:: Crise convulsiva.

:: Trauma de pescoço (coluna).

:: Qualquer situação com alteração hemodinâmica.

:: Arritmias cardíacas com instabilidade hemodinâmica.

:: Sepse.

:: Amputações traumáticas.

:: Afogamento.

:: Eletrocussão.

URGÊNCIA - situação em que não há risco de morte imediato. A condição requer atendimento médico em até 15 minutos, podendo evoluir para emergência, se não avaliado em tempo hábil. A condição requer atendimento médico imediato. :: Pós-convulsivo.

:: Fratura exposta sem alteração hemodinâmica.

:: Trauma moderado ou leve (com desvio ou deformidade óssea, com perda de substância).

:: Intoxicação exógena.

:: Dor de qualquer origemscore > ou = 7.

:: Gestante com perdas vaginais (sangramento ou líquido amniótico).

:: Temperatura > ou = 39,5º (axilar) ou 40ºC (timpânico) com antecedentes de convulsão.

:: Deficit neurológico Agudo (alteração motora ou fala ou desvio de rima).

:: TCE com amnésia lacunar + vômito + perda de consciência.

:: Pânico e ansiedade (em crise).

:: Corpo estranho em VAS sem alteração do padrãorespiratório.

:: Vômitos incoercíveis.

:: FC < 40 ou > 150.

:: Potencial falência respiratória - Saturação entre 85% e 90%.

:: PA diastólica > ou = 12.

:: Glicemia capilar < 60 ou > 250 mg/dl.

:: Prurido intenso + erupção + edema de início súbito e progressivo.

:: Emergências Psiquiátricas.

:: Urgência do paciente ou familiar.

URGÊNCIA RELATIVA - não há risco de morte, porém requer atendimento médico. A possibilidade de urgência/emergência oculta deve ser considerada. Deve ser atendido pelo médico em até 18 minutos (tempo médio).

:: Queixas diversas que não se enquadram nos critérios definidos como urgência e emergência.

Obs.: Inclui-se neste item retorno com médico (impresso próprio).

parâmeTros viTais considerados normais pela Triagem, por faixa eTária:

sinais viTais	parâmeTros normais											
Adulto	Criança* 1 a 7 anos		Criança* < 1 ano									
PAS	112 a 128		>70+2X idade em anos									
T	até 37,5		até 37,5		até 37,5							
FR	12 a 16	20 a 34		30 a 60		FC	60 a 90		60 a 160		80 a 180	
saT o2	>95%	>95%	>95%									
glicemia	60 a 110mg/dl		60 a 110mg/dl				60 a 110mg/dl					

*verificar pa em crianças colaboraTivas com idade acima de 4 anos.

7.2. Critérios de Admissão de pacientes na Observação da UPA. O tempo máximo para cada paciente ficar em observação na UPA é de até 24 horas. Serão encaminhados à Observação da UPA todos os pacientes:

Que apresentem instabilidade de sinais vitais: fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos que justifiquem (ver tabela de sinais vitais nos critérios de admissão).

Que necessitem de monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido a condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR.

Que necessitem de instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação.

Que necessitem de monitorização constante de glicemia.

Que necessitem de observação do nível de consciência.

Que necessitem de observação para monitorização dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação.

Que necessitem de observação para investigação diagnóstica.
Que necessitem de observação pós-sedação.
Que necessitem de observação para acompanhamento da dor.
Que necessitem de observação por apresentarem agitação psicomotora.
Que necessitem de observação devido à intoxicação exógena.
Que necessitem de observação para monitorização de reações adversas.
Que necessitem de observação para monitorização e acompanhamento da pressão arterial.
Que apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado de exames.

Sala de Medicação

Todos os pacientes que necessitem de alguma medicação endovenosa serão encaminhados para sala de medicação. Paciente que necessitem de medicações EV que demandarem tempo superior a 60', deverão ser encaminhados à Observação.

Critérios de Alta

8.1. Critérios de Alta de pacientes na UPA que NÃO necessitaram de Observação Clínica.

O paciente somente poderá deixar a Unidade com alta se estiver em condições de dar continuidade ao seu tratamento, sem a necessidade de suporte da equipe assistencial, e se apresentar as seguintes condições clínicas:

parâmetros vitais, saturação de O2 e glicemia dentro dos padrões de normalidade para a faixa etária, considerando os antecedentes clínicos do paciente (tabela de sinais vitais nos critérios de admissão).
nível de consciência compatível com as condições clínicas habituais do paciente.
ausência de dor.
estável com relação a eliminações (presentes, em volume e aspecto compatíveis com a idade e condições clínicas habituais do paciente), hidratação (hidratado), níveis de oxigenação (Sat O2 - tabela).

Os critérios mencionados constituem um guia básico. O julgamento clínico (o motivo da alta) que nortear a alta da Unidade fora dos padrões estabelecidos acima deverá ser justificado no prontuário.

8.2. Critérios de Alta de Pacientes que permaneceram em observação Clínica na UPA

Os pacientes da Observação da UPA poderão receber alta para os seguintes destinos:

Alta para a residência: após reavaliações dos exames, do quadro clínico, e conclusão ou hipótese diagnóstica, desde que esteja conforme os critérios de alta estabelecidos pela Unidade.

Internação: os pacientes que após a observação não tenham apresentado melhora no quadro clínico e por esse motivo procuraram o HUGO, prosseguirão o tratamento em uma das unidades do Hospital. Também serão internados nas unidades do HUGO aqueles pacientes, que após realização de exames, tenham indicação de internação ou qualquer outro procedimento que necessite de internação.

Critérios de inclusão para internação:
Moléstias infecciosas com sinais vitais e padrão respiratório fora dos parâmetros normais.
Sinais e sintomas persistentes após 24 horas de observação, com piora do quadro.
Diagnósticos confirmados que justifiquem a internação hospitalar. (CID.10).
Quadros cirúrgicos agudos.
Diagnósticos confirmados sujeitos a instabilidade.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

ANEXO 03

QUALIDADE TÉCNICA

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), do Hospital Beneficente Santa Helena, CNPJ nº 05.877.609/0001-67, com sede em Cuiabá (MT).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 16 de dezembro de 2014 a 15 de dezembro de 2017.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

PORTARIA Nº 1.410, DE 13 DE OUTUBRO DE 2016

Defere a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde do Instituto de São Vicente de Paulo, com sede em Cássia (MG).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a competência prevista no art. 3º da Portaria nº 834/GM/MS, de 26 de abril de 2016, que redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 285/2016-CGAGPS/DCEBAS/SAS/MS, constante do Processo nº 25000.157293/2015-11/MS, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes da Portaria nº 834/GM/MS, de 26 de abril de 2016, do Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014 e da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), do Instituto de São Vicente de Paulo, CNPJ nº 19.507.078/0001-25, com sede em Cassia (MG).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

PORTARIA Nº 1.411, DE 13 DE OUTUBRO DE 2016

Defere a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, da Associação Beneficente Seara do Bem, com sede em Lages (SC).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a competência prevista no art. 3º da Portaria nº 834/GM/MS, de 26 de abril de 2016, que redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 262/2016-CGAGPS/DCEBAS/SAS/MS, constante do Processo nº 25000.181655/2015-95/MS, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes da Portaria nº 834/GM/MS de 26 de abril de 2016, do Decreto nº 8.242 de 23 de maio de 2014 e da Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Associação Beneficente Seara do Bem, CNPJ nº 84.947.167/0001-54, com sede em Lages (SC).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

PORTARIA Nº 1.412, DE 13 DE OUTUBRO DE 2016

Defere, em grau de Reconsideração, a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, da Associação Evangélica Missão Transmundial, com sede em Campo Mourão (PR).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a competência prevista no art. 61 da Portaria nº 834/GM/MS, de 26 de abril de 2016, que redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde; e

Considerando a Nota Técnica nº 212/2016-CGCER/DCEBAS/SAS/MS constante do Processo nº 25000.156600/2011-13/MS, que concluiu, na fase recursal, pelo atendimento dos requisitos constantes da Lei n° 12.101 de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida, em grau de Reconsideração, a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, pela atuação exclusiva na promoção da saúde, da Associação Evangélica Missão Transmundial, CNPJ nº 75.904.789/0001-04, com sede em Campo Mourão (PR).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 10 de novembro de 2011 a 09 de novembro de 2016.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Fica sem efeito a Portaria nº 1.142/SAS/MS, de 5 de novembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União DOU nº 212, de 6 de novembro de 2015, seção 1, página 56.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

PORTARIA Nº 1.413, DE 13 DE OUTUBRO DE 2016

Defere a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, do Centro de Valorização da Vida, com sede em São José dos Campos (SP).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a competência prevista no art. 3º da Portaria nº 834/GM/MS, de 26 de abril de 2016, que redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 566/2016-CGCER/DCEBAS/SAS/MS, constante do Processo nº 25000.203384/2015-36/MS, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes da Portaria nº 834/GM/MS de 26 de abril de 2016, do Decreto nº 8.242 de 23 de maio de 2014 e da Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), do Centro de Valorização da Vida, CNPJ nº 61.956.496/0001-66, com sede em São José dos Campos (SP).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

PORTARIA Nº 1.414, DE 13 DE OUTUBRO DE 2016

Defere a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, da Fundação São Judas Tadeu, com sede em Caucaia (CE).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a Portaria nº 834/GM/MS, de 26 de abril de 2016, que redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 555/2016-CGCER/DCEBAS/SAS/MS, constante do Processo nº 25000.228783/2014-29/MS, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes da Portaria nº 834/GM/MS de 26 de abril de 2016, do Decreto nº 8.242 de 23 de maio de 2014 e da Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, pela prestação anual de serviços prestados ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento) e por aplicação de percentual da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, CNPJ nº 09.489.162/0001-00, com sede em Caucaia (CE).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 21 de março de 2015 a 20 de março de 2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

PORTARIA Nº 1.415, DE 13 DE OUTUBRO DE 2016

Defere a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, do Hospital São Vicente de Paulo, com sede em Ilicínea (MG).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a Portaria nº 834/GM/MS, de 26 de abril de 2016, que redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 553/2016-CGCER/DCEBAS/SAS/MS, constante do Processo nº 25000.232234/2014-59/MS, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes da Portaria nº 834/GM/MS de 26 de abril de 2016, do Decreto nº 8.242 de 23 de maio de 2014 e da Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), do Hospital São Vicente de Paulo, CNPJ nº 21.420.617/0001-36, com sede em Ilicínea (MG).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 21 de dezembro de 2014 a 20 de dezembro 2017.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

PORTARIA Nº 1.416, DE 13 DE OUTUBRO DE 2016

Defere a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, com sede em São Paulo (SP).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a competência prevista no art. 3º da Portaria nº 834/GM/MS, de 26 de abril de 2016, que redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 560/2016-CGCER/DCEBAS/SAS/MS, constante do Processo nº 25000. 228175/2014-14/MS, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes da Portaria nº 834/GM/MS de 26 de abril de 2016, do Decreto nº 8.242 de 23 de maio de 2014 e da Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, pela realização de Projetos de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, CNPJ nº 60.765.823/0001-30, com sede em São Paulo (SP).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

PORTARIA Nº 1.417, DE 13 DE OUTUBRO DE 2016

Defere a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, da Santa Casa de Misericórdia de Grama, com sede em São Sebastião da Grama (SP).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n° 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a Portaria nº 834/GM/MS, de 26 de abril de 2016, que redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 552/2016-CGCER/DCEBAS/SAS/MS, constante do Processo nº 25000.205911/2015-47/MS, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes da Portaria nº 834/GM/MS de 26 de abril de 2016, do Decreto nº 8.242 de 23 de maio de 2014 e da Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de Saúde, pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Santa Casa de Misericórdia de Grama, CNPJ nº 71.051.536/0001-84, com sede em São Sebastião da Grama (SP).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro 2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

CEBAS EINSTEIN E PROADI

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, PROADI-SUS, foi criado em 2009 com o propósito de apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde. Hoje, a iniciativa reúne seis hospitais sem fins lucrativos que são referência em qualidade médico-assistencial e gestão, sendo o Einstein um deles e o com maior valor disponibilizado.

Em 13 anos, os hospitais participantes do PROADI-SUS investiram cerca de R$ 7,9 bilhões de recursos próprios no SUS (valores correspondentes à imunidade aos tributos PIS, COFINS e Cota Patronal do INSS), com cerca de 750 projetos executados entre 2009-2022, com o objetivo de fortalecer o SUS por meio da transferência de sua expertise em temáticas de saúde.

Os projetos levam à população a expertise dos hospitais em iniciativas que atendem necessidades do SUS. Entre os principais benefícios, destacam-se a redução de filas de espera; qualificação de profissionais; pesquisas do interesse da saúde pública para necessidades atuais da população brasileira; gestão do cuidado apoiada por inteligência artificial e melhoria da gestão de hospitais públicos e filantrópicos em todo o Brasil.

Sobre os projetos

Os projetos são executados dentro de triênios específicos. Até 2022, cerca de 750 projetos foram desenvolvidos para o fortalecimento da saúde pública, e muito outros continuam em desenvolvimento. Os temas relacionados são:

- Na área de **capacitação de recursos humanos**, os hospitais desenvolvem projetos para qualificar a mão de obra do SUS em todo o Brasil em competências consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, são desenvolvidos cursos à distância e presenciais em atenção básica, atenção especializada, urgência e emergência, agravos urgentes como epidemias, atenção farmacêutica, gestão, entre outros. Tais cursos não são apenas de qualificação, sendo muitos também de formação;
- Em **pesquisas de interesse público**, o PROADI-SUS tem sido um grande apoiador de iniciativas inéditas no Brasil. Várias questões em saúde estão sendo respondidas por meio de projetos desenvolvidos em áreas como urgências e emergências, cardiologia, transplantes, humanização da saúde, obesidade, entre outras, o que pode ser comprovado pelas dezenas de artigos científicos publicados em revistas internacionais de alto impacto e pela contribuição na criação e validação de diretrizes clínico-assistenciais. Além disso, o programa tem estimulado as linhas do Plano Nacional de Pesquisa Clínica para aumentar a competitividade do País no cenário internacional no que se refere ao desenvolvimento de pesquisa, geração de conhecimento e inovação;
- Na área de **estudos de avaliação e incorporação de tecnologias**, são desenvolvidos projetos que amparam o Ministério da Saúde na tomada de decisão para incorporar determinadas

tecnologias, com a elaboração de pareceres, estudos de custo-efetividade, diretrizes e protocolos, entre outros documentos que ajudam a regrar a operação do SUS;

- Em **desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde**, os hospitais têm apoiado o Ministério da Saúde com ferramentas para otimização no uso de recursos, agilidade no atendimento, interiorização da saúde (como, por exemplo a ampliação do uso de telemedicina) e expansão da assistência. Muitas vezes, para otimizar recursos e esforços, os projetos combinam mais de uma dessas áreas. Uma iniciativa que envolve assistência de pacientes, por exemplo, pode testar diferentes estratégias, gerar informações para tomada de decisão e capacitar os profissionais envolvidos;
- Além das iniciativas de capacitação, pesquisa e avaliação de tecnologias, **projetos assistenciais** podem ser desenvolvidos abrangendo até 30% do total de recursos provenientes do PROADI-SUS. Costumeiramente, tais projetos envolvem a competência assistencial dos hospitais para atender casos em que o SUS necessita de oferta complementar, como transplantes e cirurgias cardíacas, entre outros procedimentos de alta complexidade.

Responsabilidade social

A participação no PROADI-SUS tem sido um grande desafio e, ao mesmo tempo, uma grande satisfação. O Einstein contribui de forma efetiva e perene para o desenvolvimento do SUS, não só conduzindo projetos, mas também deixando um legado. Dentro do programa, pessoas são formadas; profissionais são qualificados; descobertas científicas são realizadas; é oferecido apoio aos gestores na tomada de decisão; são realizados tratamentos; e, o mais importante: os hospitais PROADI-SUS ajudam a salvar vidas.

O Brasil é um país de dimensões continentais e de realidades sociais muito distintas, o que torna a saúde pública um de seus principais desafios. O Programa acredita que tais desafios só são superados com o real engajamento de todos os agentes do setor. Em especial, com o apoio de instituições que são referência em qualidade médico-assistencial e que tiveram sua origem nas iniciativas da própria sociedade, a quem devem retribuir.

É preciso sempre apoiar a saúde pública. É por isso que existe o PROADI-SUS.

A origem dos recursos

No modelo tradicional de atendimento SUS, os hospitais não recolhem determinados tributos por serem imunes em sua natureza e, em contrapartida, realizam atendimento SUS, recebendo recursos públicos pelos serviços prestados.

Já no modelo de filantropia PROADI-SUS, as instituições que integram o Programa desembolsam os valores correspondentes a determinados tributos para investir em projetos de desenvolvimento do SUS e de promoção da saúde da população. Assim, o PROADI-SUS é mantido com os recursos gerados pelos próprios hospitais participantes, que desembolsam os valores correspondentes aos tributos -

mesmo que imunes - e aplicam em projetos de interesse do sistema público de saúde. Nos últimos 13 anos, os hospitais de excelência investiram cerca de R$ 7,9 bilhões no SUS, valor que nunca existiria no modelo tradicional.

Um ponto importante é que todos os projetos lidam apenas com custos de desenvolvimento e estrutura, ou seja, os hospitais participantes não podem aplicar nenhuma margem sobre as iniciativas. Além disso, buscam otimizar a aplicação de recursos visando critérios de economicidade e processos estruturados.

Todo o processo de prestação de contas é auditado primeiramente pelas equipes dos próprios hospitais, depois por empresas de auditoria externa (EY, KPMG e PWC) e, finalmente, pelo Ministério da Saúde.

Ações de auditoria realizadas por órgãos públicos de controle também são realizadas nos projetos e no programa com o objetivo de qualificá-lo ainda mais. Mas, um olhar direcionado apenas para a questão dos valores injetados no SUS estaria diminuindo o real tamanho do PROADI-SUS. Este é um grande programa de desenvolvimento de projetos para enfrentar os inúmeros desafios que o SUS possui. Trata-se de uma das maiores parcerias público-privadas do país.

Sendo um Hospital Proadi, projetos com a SES Goiás podem ser desenvolvidos, após validação e aprovação da SES GO e do Ministério da Saúde. Da mesma forma, o HUGO pode ser incluído como um centro participante Einstein, em um dos projetos em andamento Einstein.

RELAÇÃO DE PROJETOS PROADI EINSTEIN – TRIÊNIO 2021-2023

1. REHAB LONG-COVID-19 BRASIL

Ensaio clínico randomizado em cluster, stepped-wedge, para avaliação do impacto de bundles de reabilitação precoce (apoiados por telemedicina) na qualidade de vida de pacientes acometidos pela Covid longa

Resumo

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 10 a 20% das pessoas acometidas pela Covid-19 desenvolvem sintomas que duram mais de três meses, o que é descrito como "Covid longa". Mais de 50 sintomas potencialmente associados com o quadro foram relatados com frequência pelos pacientes, como fadiga, fraqueza muscular, tosse, falta de ar, dificuldade de concentração, anosmia, dor de cabeça, dor articular, insônia e ansiedade.

As ocorrências pós-contaminação não dependem exclusivamente da gravidade do quadro inicial de infecção pelo SARS-CoV-2. Entretanto, pacientes que necessitam de hospitalização por quadros agudos graves são os que apresentam maior prevalência de Covid longa e incapacidades mais intensas. Um estudo realizado na China mostra que quadros mais severos se associaram a maior risco de sintomas persistentes e impacto na qualidade de vida. A hipótese é que os efeitos prolongados da infecção se somam às sequelas físicas, cognitivas e de saúde mental, tipicamente associadas à doença crítica (decorrentes de disfunções orgânicas e tratamentos intensivos, por exemplo).

Frente ao cenário atual no Brasil, estima-se que mais de 1 milhão de pessoas tenham enfrentado sintomas de longa duração da Covid-19. É provável que, nos próximos anos, devido às sequelas da doença, a demanda sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) por serviços de reabilitação física e mental seja crescente, o que torna fundamental investigar estratégias efetivas e pragmáticas voltadas para prevenção e reabilitação do quadro, especialmente em pacientes que tiveram sintomas graves.

Dessa forma, os hospitais Moinhos de Vento e Einstein conduzem, no SUS, um estudo clínico para avaliar a implementação de bundles de reabilitação precoce em pacientes internados pela Covid-19 e o impacto disso na qualidade de vida, com o objetivo de subsidiar o embasamento de intervenções que sirvam de apoio para políticas públicas de reabilitação de pacientes graves pós-Covid-19

2. ANEMIA FALCIFORME

Tratamento potencialmente curativo para anemia falciforme por meio da correção genética e transplantes autólogos

Resumo

A anemia falciforme é uma doença genética hereditária, na qual ocorre uma alteração na hemoglobina, proteína que carrega o oxigênio do sangue aos tecidos, que leva à alteração no formato das hemácias – as células vermelhas do sangue, onde se localiza a hemoglobina – originalmente em

formato de disco para um formato similar ao de uma foice. Os pacientes apresentam complicações como dores ósseas frequentes, infecções, acidente vascular cerebral e vivem menos que a população geral. Além disso, são frequentemente hospitalizados e recebem muitas transfusões de sangue, aumentando o uso de recursos do sistema de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que 60 a 100 mil brasileiros convivam com a doença. Em sua maioria, essas pessoas dependem exclusivamente do SUS para o tratamento.

Atualmente, a única terapia disponível para a doença é o transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas (que fabricam as células do sangue), realizado com células de um doador saudável. Contudo, a falta de doadores compatíveis limita seu uso. Por isso, são necessárias novas alternativas para a melhora da qualidade de vida desses pacientes.

A terapia gênica é potencialmente curativa para a anemia falciforme e não apresenta algumas das complicações do transplante alogênico, o que justifica o seu desenvolvimento. Neste contexto, a tecnologia de edição gênica CRISPR/Cas9 é uma alternativa que, apesar de ainda exigir um aprimoramento, merece destaque.

Diante desse cenário, o objetivo principal deste projeto é desenvolver ferramentas e expertise em CRISPR/Cas9 para a correção do defeito genético causador da anemia falciforme. Serão utilizados modelos in vitro e in vivo para análise da eficiência da correção do alelo mutado e da consequente geração de células-tronco capazes de gerar eritrócitos saudáveis.

3. TNT

Estudo prospectivo randomizado de neoadjuvância total vs convencional objetivando resposta clinica completa em câncer de reto localmente avançado. (Brazil – TNT – Brazilian Total Neo-adjuvant Therapy Trial)

Resumo

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer colorretal (ou câncer de intestino) é o terceiro mais incidente na população brasileira. São aproximadamente 40 mil novos casos diagnosticados por ano, entre homens e mulheres. Mantida essa tendência, a estimativa é que até 2030 o número de casos aumente três vezes em com isso, os gastos do SUS com esta patologia aumentem 88%, chegando a R$ 1 bilhão por ano. De acordo com o INCA, quase 30% destes casos podem ser evitados com alimentação saudável, prática de atividades físicas e abandono de bebidas alcoólicas.

Em pacientes com câncer de reto não-metastático, o tratamento envolve radioterapia, cirurgia e quimioterapia e a taxa de cura é de cerca de 70%. Contudo, cerca de 30% dos pacientes necessitam de colostomia definitiva como resultado da cirurgia, com impacto importante nos custos para o SUS e na qualidade de vida.

No momento da cirurgia, cerca de 20% dos casos têm resposta patológica completa, ou seja, descobre-se que o tumor foi completamente tratado com a quimio-radioterapia e, por isso, não

necessitaria de cirurgia. O projeto TNT busca aumentar estas taxas ao fazer um tratamento mais intensivo. O objetivo é atingir 40% de respostas completas, evitando cirurgias e, com isso, colostomias.

4. CUIDADOS PALIATIVOS NA APS

Programa de Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Primária à Saúde

Resumo

Os cuidados paliativos (CP) foram conceituados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma abordagem que visa promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa do paciente e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Conforme evidências internacionais e experiências nacionais comprovam, estratégias de CP melhoram a qualidade e a satisfação com o cuidado, além de reduzir custos e o uso desnecessário de recursos de alta tecnologia em saúde.

O Ministério da Saúde (MS), com a intenção de implementar políticas nas áreas de cuidados paliativos e de assistência aos pacientes com dor, instituiu no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2002, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, por meio da Portaria MS/GM nº 198. Porém, dados divulgados pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em outubro de 2018, demonstram que o acesso a esses cuidados está concentrado na região sudeste (mais de 50%), na Atenção Hospitalar (AH), disponível em menos de 10% dos hospitais brasileiros.

Diante desse cenário, em 2018, a Comissão Intergestores Tripartite – composta pela representação do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) – estabeleceu que "os CP deveriam fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito das Redes de Atenção à Saúde". Essa importante diretriz do SUS alinhou o Brasil às recomendações da OMS, de acordo com as evidências científicas disponíveis.

Como resultado, o programa "Cuidados Paliativos na APS", conduzido pelo Hospital Israelita Albert Einstein, em parceria com o MS, foi criado para preencher o vazio assistencial do SUS, atuando nas áreas de capacitação de recursos humanos e no desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

5. BLISS

Avaliação de custos e desfechos da incorporação racional de drogas anti-PD1/anti-PD-L1 no manejo de câncer de pulmão metastático em população de mundo real no Sistema Único de Saúde

Resumo

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de pulmão é o segundo mais comum entre os brasileiros, perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma. Desde 1985, é o primeiro em todo o mundo, tanto em incidência quanto em mortalidade.

Em estágio inicial, muitos tipos de câncer podem ser controlados e até mesmo eliminados por meio de cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Já as formas mais avançadas ou metastáticas, quando a

doença atinge mais de uma parte do corpo, só podem ser combatidas com medicamentos e outras tecnologias de custos mais altos.

Nesses casos, uma possibilidade de tratamento é a utilização das imunoterapias, medicamentos inovadores, também chamados de drogas anti-PD1 e anti-PD-L1, que ajudam o sistema de defesa do corpo a combater o tumor. Atualmente, três delas são aprovadas no Brasil: os antagonistas de PD-1 pembrolizumabe e nivolumabe e o antagonista de PD-L1 atezolizumabe.

Os medicamentos se mostraram superiores em relação à quimioterapia convencional quanto à sobrevida mediana, chegando a 22 meses em populações selecionadas. Além disso, apresentaram menor toxicidade e menores taxas de internação hospitalar, tornando-se padrão de tratamento no mundo e na saúde suplementar brasileira.

Diante disso, o projeto BLISS analisa a viabilidade de introduzir as imunoterapias como uma nova estratégia para o tratamento de câncer de pulmão metastático no SUS para, em seguida, criar um guia com as melhores alternativas para os pacientes.

O estudo é realizado no Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, que fica sob a gestão da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

6. BRASILCORD

Apoio à criopreservação e armazenamento de sangue de cordão umbilical e placentário para uso em transplantes

Resumo

O Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (SCUP) é um produto rico em células-tronco. A imaturidade de seu sistema imunológico permite o uso de unidades com menor compatibilidade, mantendo resultados semelhantes ao transplante com doadores não aparentados totalmente compatíveis — por isso, é considerado uma fonte alternativa para os pacientes que necessitam de um transplante de medula óssea.

Em 2004, foi criada a rede de Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP), com o objetivo de criar bancos estrategicamente distribuídos pelo país, garantindo uma grande variabilidade genética para atender a demanda de pacientes com indicação de transplante.

Diante disso, o projeto Brasilcord, sob Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT/SAS), tem como objetivo propiciar a manutenção das unidades congeladas de SCUP no banco de sangue de cordão umbilical do Hospital Israelita Albert Einstein para que sejam oferecidas a qualquer cidadão brasileiro que necessite de transplante de medula óssea, sem doador familiar HLA-compatível.

7. ESTUDO VIP

Avaliação da eficácia da vacinação contra Influenza para redução de mortalidade e do ônus de doenças crônicas (Estudo VIP)

Resumo

As doenças cardiovasculares (DCV) são a causa número um de mortes em todo o mundo - só no Brasil são cerca de 14 milhões de pessoas acometidas por algum tipo de problema no coração.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a estimativa é que essas enfermidades causem cerca de mil mortes por dia no país.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em países de baixa e média renda, onde ainda não há programas integrados de atenção primária para a detecção e tratamento precoce dos indivíduos expostos aos fatores de risco, ocorrem pelo menos três quartos das mortes por doenças cardiovasculares registradas no mundo.

Entre os fatores de risco não tradicionais há uma potencial associação das DCV com infecções do trato respiratório. Diante disso, o Estudo VIP tem como objetivo avaliar o potencial efeito da vacinação contra a influenza na redução de novos eventos cardio-respiratórios futuros em pacientes que apresentam uma síndrome coronariana aguda, um infarto do miocárdio.

8. EXPANSÃO DE LINFÓCITOS

Expansão de linfócitos vírus-específicos para terapia celular em pacientes imunossuprimidos que foram submetidos ao transplante de medula óssea

Resumo

A reativação da infecção por CMV é uma das possíveis complicações após o transplante de medula óssea (TMO). Pertencente à família do vírus da herpes (catapora, herpes simples, herpes genital e do herpes-zoster), ela pode causar sintomas controláveis em pessoas saudáveis. Entretanto, para pacientes imunossuprimidos pode ser fatal.

O CMV está presente — de forma inativa — na maior parte da população. Quando ativo, o vírus pode provocar sintomas como falta de ar, alteração da visão e até cegueira, além de dores abdominais, diarreia e vômitos. Em pacientes recém transplantados, sua prevalência requer maior atenção, visto que o cenário pós-transplante favorece a reativação do vírus devido a múltiplos fatores relacionados ao procedimento.

Uma das terapias alternativas para reduzir o risco de infecção é a transferência de imunidade de uma pessoa saudável para um paciente — estratégia que é alvo deste estudo. O projeto desenvolve uma pesquisa científica-tecnológica inovadora, que pode ser fonte de terapia para diferentes pacientes para assegurar o sucesso do transplante de medula óssea e garantir um menor período de internação.

9. GENOMAS RAROS

Aplicação da genômica para o diagnóstico de doenças raras e do risco hereditário de câncer no Brasil em serviços públicos de saúde

Resumo

Cerca de 9 mil enfermidades distintas compõem o grupo de doenças raras conhecidas. O diagnóstico definitivo é desafiador, levando sofrimento aos pacientes e longas buscas por atendimento, gerando um importante impacto no sistema de saúde como um todo, além do aumento de morbidade e mortalidade decorrentes dessas doenças.

O Sequenciamento de Genoma Completo (SGC) tem potencial de substituir vários outros exames diagnósticos, levando não só à diminuição do custo total com a investigação genética, mas também a

um menor tempo total de jornada diagnóstica. Ainda assim, o Brasil não encontra sua população representada em estudos de outros países, ou iniciativas internacionais.

Pensando em desenvolver um estudo que englobasse o país como um todo, incluindo suas particularidades regionais, e abrangesse uma maior diversidade genética, o Ministério da Saúde (MS) propôs a criação do projeto Genomas Brasil, uma grande iniciativa que pretende sequenciar o DNA de 100 mil brasileiros, de todas as regiões, entre coortes de pacientes com doenças raras e coortes populacionais. Para contribuir com o sucesso do projeto e aumentar a capacidade diagnóstica, foi desenvolvido o projeto Genomas Raros, que pretende fazer o sequenciamento genômico completo de indivíduos com doenças raras, incluindo as síndromes de risco hereditário de câncer. O projeto deve também avaliar, no futuro, a custo-efetividade dessa ferramenta em vários cenários para uso no SUS.

10. HEPATITES VIRAIS

Estudo das Características Epidemiológicas e Clínicas das Hepatites Virais Agudas em Serviços de Saúde Brasileiro

Resumo

Hepatites virais podem se manifestar de forma aguda ou crônica. No Brasil, as mais frequentes são as hepatites A, B, C, D e E - cinco agentes etiológicos que têm o fígado como alvo principal. Na forma crônica, a inflamação se prolonga e pode evoluir para doenças como cirrose, insuficiência hepática e câncer de fígado. Já na aguda, a inflamação geralmente desaparece dentro de algumas semanas – por isso, são consideradas formas benignas da doença. Entretanto, se não tratadas, também podem progredir para a fase mais agressiva.

Hoje no Brasil, existem poucos dados científicos sobre as hepatites agudas. O que se sabe, no entanto, é que a doença pode ser causada por diferentes agentes, como vírus, bactérias, fungos, parasitas e outras etiologias não infecciosas, como toxicidade de drogas, alterações metabólicas, doenças autoimunes e hereditárias.

Alguns dos sintomas mais comuns são o cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Outros agentes infecciosos podem causar condições similares, como a febre amarela, herpes, dengue, chikungunya, zika, leptospirose, toxoplasmose e sífilis.

Com base neste cenário, o projeto busca conhecer melhor as características clínico-epidemiológicas e moleculares das doenças de acordo com as condições de cada região do Brasil. Outro objetivo é determinar as taxas de incidência pelos vírus hepatotrópicos (que são "atraídos" pelas células do fígado) para garantir a meta de eliminação das hepatites virais. Além disso, é fundamental detectar outros vírus e causas associadas que sejam relevantes no diagnóstico para que esses casos possam ser mais bem compreendidos e prevenidos.

11. MONOTERAPIA SEM AAS

Otimização antitrombótica por meio de monoterapia sem AAS versus dupla-terapia com AAS: um estudo de redução medicamentosa em pacientes com síndrome coronária aguda no Sistema Único de Saúde

Resumo

A taxa de internações decorrentes de doenças cardiovasculares vem crescendo ao longo dos anos. A média de permanência hospitalar desses pacientes chega a quase uma semana e a mortalidade é de 6,85%. Na última década, também houve um aumento no número de intervenções coronárias percutâneas de urgência no SUS.

O sistema de saúde brasileiro precisa se adequar para acomodar a alta e crescente demanda de atendimento às doenças cardiovasculares, com particular atenção aos indivíduos com síndromes coronárias agudas (SCA) — provocadas quando há acúmulo de placas de gordura nas artérias, que se estreitam e limitam o fluxo de sangue para o coração.

Estudos mostram que a melhor opção de tratamento para os pacientes com SCA é o uso da dupla antiagregação plaquetária (DAPT), uma associação de ácido acetilsalicílico (AAS) com um antagonista oral do receptor P2Y12 plaquetário, como o clopidogrel e, na última década, o prasugrel e o ticagrelor. Essa combinação, recomendada por diretrizes internacionais, reduz mais eventos isquêmicos, apesar de aumentar a possibilidade de complicações hemorrágicas.

Sabe-se que o risco de sangramento é proporcional à dose de AAS ministrada ao paciente. Entretanto, os novos antiplaquetários ainda não foram testados de forma independente ao medicamento. Assim, o projeto pretende avaliar a hipótese de que a administração isolada dos inibidores potentes do receptor P2Y12 plaquetário, sem associá-los ao AAS, mantém a eficácia em prevenir complicações isquêmicas, ao mesmo tempo que reduz o potencial hemorrágico do esquema de terapia dupla.

12. ESTUDO OPTIMAL AVC

Ensaio clínico randomizado para avaliação de um algoritmo de controle de pressão arterial intensivo em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico

Resumo

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma alteração súbita da circulação cerebral que pode ocorrer de duas formas: o hemorrágico, que acontece a partir do rompimento de um vaso sanguíneo cerebral, espalhando sangue pelo cérebro, ou o isquêmico, o mais comum, decorrente de uma obstrução de um vaso sanguíneo cerebral, que leva à falta de sangue numa região do cérebro.

Considerado uma das maiores causas de incapacidade no mundo, o AVC é a segunda causa de mortalidade no Brasil, onde são registrados cerca de 400 mil casos por ano - destes, 80% são atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar das estatísticas, a doença é altamente prevenível, podendo ser evitada por meio do controle dos fatores de risco.

A hipertensão arterial representa o principal fator de risco para o AVC. Diante disso, um relatório da American Heart Association (AHA) chamou atenção para a necessidade, em nível global, de novos

estudos para a identificação do nível da pressão arterial adequada para a prevenção de eventos cardiovasculares em pacientes hipertensos com histórico de AVC.

Atualmente, para pacientes já hipertensos, é recomendado manter a pressão arterial abaixo de 140 x 90 mmHg. Porém, estudos recentes demonstram que, para aqueles que não têm histórico de AVC, manter níveis mais baixos, com pressão arterial sistólica (PAS) < 120 mmHg, pode ser benéfico. Resta a dúvida se esse nível de pressão mais baixo também é benéfico em pacientes que tiveram um AVC isquêmico.

13. ESTUDO OPTIMAL DIABETES

Estudo randomizado de larga escala avaliando o controle intensivo da pressão arterial para a redução de eventos cardiovasculares maiores em pacientes com diabetes mellitus

Resumo

Alguns dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, como o infarto, AVC e insuficiência cardíaca são a hipertensão e o diabetes mellitus. As condições, entretanto, não são excludentes entre si: existem inúmeros casos de pacientes que convivem com as duas (ou mais) enfermidades, potencializando o risco de complicações relacionadas à saúde cardiovascular.

Segundo dados do Atlas do Diabetes, divulgado pela Federação Internacional de Diabetes (IDF, na sigla em inglês), nos últimos dez anos houve um aumento de 26,61% no número de pacientes com diabetes no Brasil, sendo que, atualmente, o país ocupa a sexta posição mundial, com previsão de chegar a 643 milhões em 2030. Já de acordo com o Ministério da Saúde, a hipertensão já atinge mais de 38 milhões de pessoas no Brasil.

Para reduzir o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares nesses pacientes, é imprescindível controlar seus níveis de pressão. Atualmente, para pacientes já hipertensos, é recomendado manter a pressão arterial abaixo de 140 x 90 mmHg. Porém, estudos recentes demonstram que manter níveis mais baixos com pressão arterial sistólica < 120 mmHg é benéfico para pacientes hipertensos sem diabetes. Resta a dúvida sobre a possibilidade desse nível de pressão mais baixo ser também benéfico para pacientes com diabetes.

14. PLANIFICASUS

Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde

Resumo

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é uma metodologia utilizada para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), baseada em diretrizes clínicas e no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), ela permite que as equipes desenvolvam competências para o planejamento e organização da atenção à saúde com foco nas necessidades dos usuários.

O público-alvo do projeto engloba todos os profissionais e gestores das unidades de saúde participantes, incluindo tutores locais. Cada etapa acontece concomitantemente nas 24 regiões, somando 270 municípios e cerca de 3.000 unidades de saúde.

15. SEGURANÇA DO PACIENTE

Qualidade e Segurança em Saúde com Simulação Realística

Resumo

A publicação To Error Is Human: Building a Safer Health System, do Institute of Medicine (IOM), dos Estados Unidos, demonstrou, por meio de resultados de pesquisas, que cerca de cem mil pessoas morrem anualmente por falhas na assistência à saúde. Nos hospitais brasileiros, acredita-se que cerca de 67% dos danos que ocorrem poderiam ter sido evitados. Assim, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde em 2013, procura minimizar os riscos por meio de ações que buscam efetivar a segurança do paciente nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse aspecto, uma estratégia utilizada é a educação dos profissionais de saúde para que saibam como lidar com dificuldades relativas a aspectos estruturais, processuais e financeiros. Diante disso, o projeto em questão busca treinar e capacitar profissionais de todo o país por meio de simulações no Centro de Simulação Realística (CSR) do Hospital Israelita Albert Einstein.

16. EAD VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vigilância Epidemiológica das Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Resumo

A vigilância em saúde é considerada uma das funções essenciais da saúde. Ela compreende um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e/ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Sua finalidade é recomendar e contribuir com a adoção de medidas de prevenção e controle das mais diversas doenças e agravos.

O registro de dados de interesse sanitário e de casos de morbimortalidade que integram a base de dados da vigilância em saúde — hoje com variados graus de utilidade, seja por sua qualidade ou sua ampla cobertura — representam um patrimônio social e técnico do SUS. Investigar os casos, ameaças e problemas, correlacionando-os com outras fontes de informação, possibilita definir um cenário sanitário de acordo com a dinâmica dos respectivos territórios. A integração destas informações é o elemento básico para que seja possível organizar uma intervenção em favor da promoção e da proteção à saúde, além da prevenção de doenças.

Para isso, é preciso capacitar os profissionais em relação aos procedimentos de fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos, funcionamento dos sistemas, condutas e medidas de controle, dentre outras diretrizes técnicas operacionais, para subsidiar o planejamento, a implementação e a avaliação da prática de saúde pública.

17. PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E EXCELÊNCIA OPERACIONAL

Pós-graduação em Gestão e Excelência Operacional na Área da Saúde e acompanhamento de projetos

Resumo

A população idosa já superou a casa dos 30 milhões de pessoas no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O aumento dos casos de doenças, condições crônico-degenerativas, distúrbios mentais e outras complicações relacionadas ao envelhecimento, mais frequentes entre os idosos menos favorecidos, que não têm amplo acesso à assistência social e hospitalar, aumentam a demanda do sistema de saúde, que, por sua vez, pede uma reorganização.

Pensando em minimizar o impacto deste cenário, é possível seguir dois caminhos: o primeiro é aumentar a capacidade do sistema de apoio formal e informal ao idoso, beneficiando, por consequência, alguns serviços que atendem os demais usuários do sistema; e o segundo é reduzir a demanda ou a morbidade. Ambos os caminhos devem ser foco da gestão das instituições que, em sua maioria, não dispõem de capital suficiente para readequações de estrutura e mão de obra.

Diante deste cenário, para implantação de mudanças efetivas e melhoria do sistema, é preciso capacitar e desenvolver líderes capazes de enfrentar esses desafios por meio de uma gestão eficiente e inovadora, tendo como base o uso de dados, tecnologias, metodologias com foco em eficiência operacional e ainda maior agilidade no processo de execução e tomada de decisão.

Um exemplo é a análise e o uso de tecnologias exploradas pela área de Big Data Analytics, contemplando a simulação de modelos complexos, assim como técnicas frequentemente empregadas em outras áreas do conhecimento. É possível desenvolver de forma acurada equações preditivas envolvendo a demanda de recursos chave em situações de surtos de doenças infeciosas, análises de custo-efetividade de procedimentos e técnicas de tratamento etc., demonstrando como o sistema deve se organizar para o futuro.

A proposta do projeto em questão é, portanto, contribuir para a formação de especialistas em excelência operacional em todo o país, profissionais capazes de lidar com problemas complexos relacionados ao aumento da demanda por serviços de saúde, balancear recursos finitos e identificar qual abordagem é mais custo-efetiva.

O curso de Gestão e Excelência Operacional na área da saúde foi elaborado para desenvolver líderes de alta performance, capazes não somente de solucionar problemas, mas também de melhorar o contexto social da população por meio de uma gestão responsável e uso eficiente dos recursos.

Utilizando uma abordagem de gestão atual contemplando temas estratégicos, táticos e operacionais, o curso capacita o aluno para identificar oportunidades de melhorias em qualquer área de uma organização de saúde, contribuindo para o aumento da segurança, qualidade, produtividade e satisfação de pacientes e colaboradores.

18. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS): Implementação da linha de cuidado de Saúde Mental na APS para a organização da Rede

Resumo

Dados extraídos a partir do índice Disability-Adjusted Life Years (DALY) apontam que transtornos mentais, como a ansiedade e a depressão, são responsáveis por cerca de 15% da incapacidade no

mundo, superando, inclusive, doenças cardiovasculares e câncer. Embora estejam se tornando cada vez mais frequentes, somente 1% da força de trabalho em saúde no mundo oferece serviço na área de saúde mental— e a falta de acesso a tratamentos adequados gera uma perda econômica global de cerca de 1 trilhão de dólares americanos a cada ano, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS), junto com pesquisadores do Movement for Global Mental Health (MGMH), recomenda que os sistemas de saúde ofereçam serviços de base comunitária, com uma rede efetiva de cuidados em saúde mental e um conjunto diversificado de serviços, que inclua as APS. A ação cumpre um papel importante para os usuários, já que amplia o acesso a um tratamento adequado, considerando a integralidade da assistência.

No ano de 2019, o projeto PlanificaSUS iniciou duas experiências de laboratório na linha de cuidado de saúde mental, em São Paulo e Rio Grande do Sul. No laboratório de Planificação em São Paulo, onde quase 150 profissionais foram capacitados, verificou-se o crescimento de 332% na captação dos pacientes com transtornos mentais, no período de um ano.

A proposta do projeto vai ao encontro das premissas da portaria nº 3362/2017 e aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), além das diretrizes traçadas pelo Ministério da Saúde (MS), com foco na ampliação do acesso e qualificação dos serviços de saúde, com ênfase na humanização, na equidade e no atendimento das necessidades de saúde.

19. TRAUMA

Tecnologia de Rápido Acesso de Dados Unificado para Mitigação da Acidentalidade

Resumo

As chamadas "causas externas", como acidentes de trânsito, queimaduras e homicídios, entre outros, são a terceira maior causa de óbitos no Brasil. Perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório e o câncer, elas correspondem a 12,9% de todas mortes registradas no país.

No mundo, a cada ano, aproximadamente 5 milhões de pessoas morrem por conta dessas lesões, principalmente durante as quatro primeiras décadas de vida. Desse modo, a violência e os acidentes impõem uma importante sobrecarga aos sistemas de saúde, gerando um impacto econômico e social substancial ao país.

Para avançar na vigilância das violências e acidentes no Brasil, o projeto TRAUMA busca elaborar um registro de causas externas para desenvolver estratégias de atenção, monitoramento e integração de informações, como a coleta padronizada dos dados. Assim, é possível produzir informações oportunas e de qualidade para orientar o planejamento e avaliação dos serviços, a revisão e a formulação de políticas de saúde e as ações de enfrentamento, além de responder às lacunas de conhecimento existentes.

20. SAÚDE DO IDOSO

Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa

esumo

A projeção da Organização das Nações Unidas (ONU) para os próximos 30 anos é que a população idosa em todo o mundo mais do que duplique, elevando para mais de 1,5 bilhão de idosos em 2050. Cerca de 80% deles viverão em países de baixa e média renda.

No Brasil, segundo levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa cresceu de 4,8 milhões em 2012, para 30,2 milhões de idosos em 2017. E, de acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 75% dessa população depende exclusivamente do SUS para atendimento em saúde.

Diante desse cenário, os serviços oferecidos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) devem ser organizados de forma a promover um cuidado voltado às necessidades biopsicossociais dos idosos, de forma integrada e continuada, para que se tenha efetividade e resolutividade na assistência oferecida.

Cada vez mais se torna necessário implantar protocolos de atendimento no SUS, bem como um modelo de atenção integral ao idoso em território nacional. Dessa forma, o Projeto Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa busca capacitar profissionais da área da saúde para que seja possível equalizar a qualidade do serviço especializado oferecido à pessoa idosa em todas as regiões do país.

O projeto envolve o Ministério da Saúde, as áreas gerenciais do SUS, as equipes de profissionais da rede de atenção primária à saúde (APS) e o Ambulatório de Geriatria da Unidade Vila Mariana da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

21. CAR-T

Desenvolvimento de células CAR-T para o tratamento de neoplasias B malignas - Estudo clínico de fase I com células T autólogas modificadas geneticamente para expressar receptor quimérico de antígeno (CAR) para tratamento de neoplasias B malignas CD19 positivas refratárias ou recidivadas

Resumo

Pacientes recidivados e refratários aos tratamentos de câncer disponíveis atualmente costumam apresentar prognósticos desfavoráveis. As taxas de remissão completa em relação aos novos esquemas quimioterápicos são variáveis, podendo atingir até 50% em grupos de alto risco.

O tratamento com células CAR-T — linfócitos T modificados em laboratório pelo receptor quimérico de antígeno (CAR, do inglês chimeric antigen receptor) — se mostrou eficiente contra alguns tipos de linfomas e leucemias. Estas células exercem seu efeito terapêutico e potencialmente antitumoral após o desenvolvimento de um receptor, que, devido às estratégias de modificação genética, são direcionados especificamente ao tumor do paciente. Elas também evitam a recorrência do tumor, já que, idealmente, formam memória imune e são capazes de reconhecer o antígeno específico nas células tumorais e, assim, podem desencadear resposta citotóxica.

Atualmente, a terapia com células CAR-T representa o que há de mais avançado no tratamento oncológico. No entanto, essa modalidade requer uma competência técnica altamente especializada e é comercializada a um custo extremamente elevado. Por isso, hoje, é considerada economicamente inviável para o sistema de saúde nacional.

Nesse sentido, o projeto em questão deve examinar a viabilidade e segurança de administrar células T autólogas (próprias do paciente) geneticamente modificadas, para expressar o receptor quimérico de antígeno direcionado ao antígeno de superfície de células B com marcador diagnóstico CD19 (células CAR-T CD19).

O investimento nessa área de atuação permitirá que, no longo prazo, iniciativas nacionais desenvolvam produtos de terapia celular avançados com menor custo e maior acessibilidade aos pacientes, inclusive no Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, é fundamental que o Brasil conte com alternativas nos centros de processamento celular, hospitais e universidades para o uso dessa tecnologia, cujo domínio facilitará seu emprego em maior escala no país.

O projeto é realizado no Hospital Israelita Albert Einstein e, se bem sucedido, poderá ser disseminado por todo o país, considerando a posterior transferência de tecnologia para outros centros de processamento celular nacionais.

22. CNJ

Apoio técnico ao Poder Judiciário na qualificação dos processos judiciais em desfavor do SUS

Resumo

O direito à saúde no Brasil ganhou espaço no debate público especialmente nas últimas duas décadas. Nesse sentido, o Poder Judiciário passou a ser acionado com mais frequência pelos cidadãos, que buscam o acesso a medicamentos, exames e outros bens e serviços de saúde.

Conforme o relatório "Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil de demandas, causas e propostas de solução", elaborado no ano de 2018 pelo CNJ, houve um crescimento acentuado de aproximadamente 130% no número de demandas de primeira instância relativas ao direito à saúde entre os anos de 2008 e 2017. Esse crescimento, conforme relatórios do "Justiça em Números", publicados no mesmo período, é muito superior aos 50% de crescimento do número total de processos de primeira instância.

Segundo dados da pesquisa "Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade", publicada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o número de casos novos tem aumentado a cada ano, com um total que ultrapassa 2,5 milhões de processos entre os anos de 2015 e 2020. O mesmo estudo revelou ainda que 'Medicamentos' e 'Tratamento Médico-Hospitalar' estão entre os assuntos mais demandados pelo Poder Judiciário.

Além disso, a publicação apresenta o impacto da pandemia na judicialização nos últimos anos. Na Justiça Federal houve aumento no número de processos em 2020. Os tribunais regionais federais (TRF) têm 265.468 processos na série histórica (2015 a 2020). Em 2015, havia 36.673 casos novos, mas, em 2020, foram 58.744, sendo este o ano com a maior incidência.

Dos cerca de 2,5 milhões de processos relacionados à saúde, grande parte está concentrada na Justiça Estadual (2.250.733). Nos tribunais dos estados, em 2015, os casos novos totalizaram 322.395, mas, em 2019, houve um crescimento, chegando a um total de 427.633 processos.

Em 2017, os gastos com demandas judiciais individuais somaram o equivalente a quase 2% do orçamento total da saúde — o que pode levar a um grave desequilíbrio. Porém, uma estratégia que pode

ser considerada para melhorar esse cenário é efetivar uma "contenção saudável" da judicialização, diminuindo a quantidade e o custo das demandas, sem prejudicar o direito individual à saúde ou os investimentos.

Para isso, os tribunais podem recorrer ao apoio técnico para auxílio na apreciação de questões médicas apresentadas pelas partes, prática recomendada desde 2010 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). A Resolução no. 107/2010 prevê a possibilidade de realização de termos de cooperação técnica com órgãos ou entidades públicas ou privadas para o cumprimento de suas atribuições. A ideia é que os magistrados procurem instruir suas decisões, tanto quanto possível, com relatórios médicos.

Nesse sentido, o projeto em questão busca apoiar o Poder Judiciário na qualificação dos processos, novos e em tramitação, recebidos em desfavor do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma plataforma desenvolvida pelo Hospital Israelita Albert Einstein.

23. DIANA

Evolução e fortalecimento da Rede Nacional de Dados em Saúde com ênfase em ciência de dados

Resumo

O Ministério da Saúde (MS) elaborou a ESD28 para direcionar o desenvolvimento de atividades que promovem a adoção de tecnologias digitais e, com isso, permitir que o Brasil atinja a excelência no atendimento à saúde da população, em linha com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização Mundial da Saúde. Este planejamento (ESD28) envolve a descrição de práticas de gestão e ações integradas, além da definição de iniciativas prioritárias. Um fundamento crítico para viabilizar as práticas digitais é a necessidade de organizar o conjunto de dados na saúde, tendo em vista o vasto potencial de valor em dados adquiridos nas atividades diárias do setor.

Considerando que o DATASUS é o órgão responsável por coletar, processar e disseminar informações sobre saúde, o projeto visa apoiar ações prioritárias da ESD28. Uma delas é a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), que tem como objetivo promover a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tornando-se uma importante infovia com alta disponibilidade de informação, flexível e segura. Esta proposta permitirá realizar atividades direcionadas para garantir a evolução da estratégia, focando na concepção de uma infraestrutura adequada para a execução de projetos baseados no uso de dados. Diante deste cenário, o DIAna fortalece a capacidade da RNDS na comunicação com outros agentes e nas suas necessidades de evolução.

24. BANCO DE IMAGENS

Machine Learning em Imagens Médicas: "Plataforma Nacional de Armazenamento e Inteligência Artificial em Imagens Médicas para Pesquisa, Inovação e Suporte à Decisão Clínica".

Resumo

Imagens médicas são fontes relevantes para a análise e diagnóstico de doenças, e, com o avanço da tecnologia para sua aquisição e armazenamento, elas se tornaram um importante instrumento na gestão da saúde. No entanto, por falta de um protocolo padrão na coleta destes exames, assim como estrutura para armazenamento e acesso de seus dados, boa parte das instituições de saúde –

especialmente no SUS - tende a deletar, com o tempo, os exames realizados. Além disso, no Brasil há uma escassez de médicos especialistas (ex. radiologistas e dermatologistas), principalmente em regiões mais precárias, aumentando o tempo de espera até o diagnóstico. Neste contexto, avanços no campo da Inteligência Artificial apresentam-se como promissoras ferramentas aliadas à tomada de decisão diagnóstica.

O projeto Banco de Imagens surgiu para endereçar essa problemática. A iniciativa consiste no desenvolvimento de um banco de dados universal para armazenamento e gestão de exames de imagem realizados no SUS, em qualquer lugar do país. A plataforma foi elaborada para poder ser acessada por qualquer computador ou aparelho celular. Assim, poderá ser facilmente inserida na rotina de trabalho dos profissionais de saúde. A expectativa é que profissionais e pacientes tenham acesso aos exames com a mesma qualidade em todas as regiões do país, permitindo melhor acompanhamento de patologias e da avaliação de resposta ao tratamento. Além disso, a plataforma proverá o uso de soluções baseadas em Inteligência Artificial para suporte à decisão diagnóstica. Estas ferramentas de auxílio ao diagnóstico prometem aumentar a acurácia dos diagnósticos, assim como melhorar o processo de triagem e de detecção precoce de patologias. Além da maior eficiência e efetividade diagnóstica, espera-se a redução de custos para o SUS, assim como menores impactos ambientais por meio da diminuição de exames desnecessários.

Os dados populacionais gerados, em real-time, poderão auxiliar o Ministério da Saúde a conceber políticas estratégicas de saúde pública baseadas em dados concretos e atualizados. Além disso, a plataforma de banco de imagens constitui um ambiente favorável à pesquisa e inovação, permitindo que pesquisadores, startups e demais interessados possam se conectar à base, propiciando o desenvolvimento de novos projetos que favoreçam o SUS.

25. TELESCOPE TRIAL II

Avaliação do impacto clínico de diferentes práticas de Telemedicina em Unidades de Terapia Intensiva: ensaio clínico randomizado em cluster (stepped-wedge fatorial ou ensaio de implementação escalonada)

Resumo

A demanda por leitos de UTI cresce na medida em que a população envelhece. Comparada com outras especialidades médicas tradicionais, a terapia intensiva é considerada nova e a escassez de profissionais é realidade em muitos países, incluindo o Brasil – cenário evidenciado ainda mais pela pandemia da Covid-19. Atualmente o número de intensivistas registrados resultam em um cenário em que apenas 25% dos profissionais necessários estão disponíveis no país.

Dados do Cadastro Nacional de Entidades de Saúde (CNES) de 2021 apontam que o Brasil dispõe de cerca de 46 mil leitos de UTI, sendo que o número de profissionais intensivistas com especialização e titulação reconhecidos é de cerca de oito mil, de acordo com o censo da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), de 2016. Esse déficit, que predomina nas regiões norte e centro-oeste do

país, pode impactar diretamente no tempo de permanência de pacientes na UTI e em maiores taxas de infecção, eventos adversos, mortalidade, tempo de interação e custos.

Diante desse cenário, em 2018, médicos pesquisadores da área de medicina intensiva do Hospital Israelita Albert Einstein desenvolveram, no âmbito do PROADI-SUS, em parceria com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), o projeto Telescope Trial, que visa avaliar o impacto de um modelo de atendimento via telemedicina nas UTIs composto por acompanhamento horizontal de pacientes, protocolos de cuidados e uso de indicadores, com o objetivo de melhorar os resultados nas UTIs . Entretanto, ainda restaram dúvidas sobre o potencial papel e impacto adicional de outras modalidades de atendimento, como a participação da equipe multiprofissional e a adesão de uma estratégia de gestão integrada. Dessa forma, em 2022, foi criado o projeto Telescope Trial II, para trazer informação de alta qualidade e relevância, com o objetivo de aperfeiçoar o sistema de saúde brasileiro. O novo projeto buscará detalhar se as intervenções focadas na equipe multiprofissional e na gestão podem trazer impacto adicional. Da mesma forma que está previsto uma publicação sobre custo- efetividade caso o Telescope I seja positivo, isso também poderá ser realizado no Telescope II.

26. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Qualificação dos profissionais do SUS em urgência e emergência pediátrica com Simulação Realística

Resumo

O projeto tem como objetivo capacitar profissionais médicos e enfermeiros do Sistema Único de Saúde, incluindo também os profissionais do SUS que fazem parte das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI (médicos e enfermeiros) como proposta da Agenda Integrada da Secretária de Atenção à Saúde e Secretaria Especial de Saúde Indígena para redução da Mortalidade Infantil Indígena, no aprimoramento das atividades assistências à criança em situações de urgências e emergências pediátricas, com foco na segurança do paciente e nas melhores práticas e condutas estabelecidas nacionalmente.

Conforme mencionado na Portaria 3.362, de 08 de dezembro de 2017, Art. 17 "Os projetos de apoio deverão ser classificados em, pelo menos, um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e em uma das seguintes áreas de atuação, destacando-se a relevância e o potencial de contribuição do projeto para a governança do SUS". Diante disso, o projeto mostra-se em alinhamento com os objetivos 03 e 10 do plano supracitado.

O curso terá três dias de duração, com 40 participantes por curso, subdivididos em grupos de no máximo 10 alunos, com atividades voltadas a cada dia para diferentes ambientes de atendimento de urgências e emergências pediátricas.

Estratégia: Aulas teóricas

Práticas monitoradas

Discussões de caso

Cenários de Simulação Realística.

Capacitação de Multiplicadores: Fica sob responsabilidade do HIAE, capacitar os profissionais no método da simulação realística como estratégia de treinamento, com objetivo destes profissionais multiplicar agentes locais no ensino com esse método, instrumentalizando o profissional e permitindo sua disseminação.

O curso terá dois dias de duração, com 40 participantes por curso, subdivididos em grupos de no máximo 10 alunos.

Segue os temas:

Os temas relacionados à aplicabilidade da capacitação in loco serão:

☐ Histórico de simulação;

☐ Conceitos (Tipos de simulação e simuladores, práticas monitoradas, cenários no centro de simulação e in situ);

☐ Crisis Resource Management e Habilidades não técnicas;

☐ Estrutura física, ambientação e recursos;

☐ Debriefing na Simulação (com vídeos exemplo);

☐ Prática de montagem, condução de cenário e debriefing (opção de cenários de trauma, emergência pediátrica e comportamental conforme aptidão do grupo);

☐ Construção de cenários;

☐ Trabalhando com ator/paciente padronizado;

☐ Construção de cenários, montagem, condução e DB.

27. DEFENDER

Estudo clínico randomizado avaliando a eficácia de dapagliflozina em pacientes críticos

Resumo

Pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) apresentam elevada mortalidade no Brasil. No Sistema Único de Saúde (SUS), essa taxa está acima de 30%, segundo os resultados de 2021 do projeto UTIs Brasileiras, realizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Especificamente, pacientes admitidos por sepse ou aqueles que apresentam necessidade de substituição renal apresentam mortalidade na UTI superior a 40% quando há disfunção orgânica.

Estudos recentes sugerem que inibidores de SGLT2 (nova classe de medicamentos utilizados para controle da diabetes) podem ser benéficos para reverter esse cenário. Eles reduzem a glicemia a partir do estímulo da perda de glicose pela urina, além de diminuírem a produção de mediadores inflamatórios e de lesão de isquemia e reperfusão. Todos esses efeitos são potencialmente úteis em situações críticas, principalmente em pacientes com sepse.

O projeto Defender, desenvolvido pelo Hospital Israelita Albert Einstein, no âmbito do PROADI-SUS, em parceria com o Ministério da Saúde, avalia a eficácia da Dapagliflozina (inibidor de baixo custo,

disponível no SUS) na redução da mortalidade, necessidade de tratamentos para insuficiência renal e tempo de internação na UTI.

28. MBA

Projeto Master Business Administration (MBA) Executivo em Liderança e Gestão Pública na Saúde

Resumo

A gestão na área da saúde é um campo complexo e com inúmeros desafios relacionados ao aumento crescente dos custos nas últimas décadas. Esse aumento nos custos da saúde tem inúmeras causas, destacando-se o aumento da carga de doenças não comunicáveis, a persistência das doenças transmissíveis e o envelhecimento populacional. Soma-se a isso as bem documentadas ineficiências e desperdícios que permeiam o cotidiano da gestão do setor. Na saúde pública essa complexidade é ainda mais desafiadora, devido à magnitude do Sistema Único de Saúde (SUS) e à pluralidade das estruturas organizacionais, financiamento e processos técnico-políticos.

Esse contexto exige lideranças cada vez mais qualificadas, com múltiplas competências e foco na eficiência e sustentabilidade do sistema, mas esse processo de qualificação ainda representa uma lacuna importante no nosso sistema de saúde. Voltado para profissionais que já atuam em cargos de gestão em saúde pública, o MBA Executivo em Liderança e Gestão Pública em Saúde, desenvolvido pelo Hospital Israelita Albert Einstein, apresenta-se como uma proposta robusta e inovadora para preencher essa lacuna de formação dos gestores em saúde no Brasil.

Com formato inédito no país, o programa é pautado no desenvolvimento de competências com foco na geração de cuidado de alto valor, organização de processos, liderança de equipes, tomada de decisões baseadas em evidências, e melhoria contínua da qualidade e eficiência dos serviços.

29. PAMDAS

Plataforma de Auditoria e Monitoramento de Dados em Saúde

Resumo

Com o avanço da tecnologia e a proliferação de dispositivos e sistemas de informação, podemos ter acesso a uma grande quantidade, tamanho e variedade de dados — e todo esse material disponível se torna um dos principais ativos de qualquer instituição contemporânea. Assim, novas formas de tratamento de dados se tornam essenciais para o sucesso, melhoria e otimização de processos de trabalho e de tomada de decisões.

A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, ao definir o SUS, dispôs que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exerceriam, no seu âmbito administrativo, a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde. Também disciplinou que é responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) acompanhar, por meio de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados e municípios (inciso I, do art. 15 e §4º do art. 33).

Além disso, atribuiu ao MS a competência para estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território (inciso XIX, do art. 16, da L8080). O SNA foi instituído no âmbito do SUS com a missão de avaliar a efetividade da aplicação dos recursos federais, repassados a estados e municípios, destinados às ações, programas e políticas públicas de saúde.

No âmbito federal, foi instituído o AudSUS, órgão central do SNA, que, dentre outras competências, deve avaliar a aplicação dos recursos federais destinados à saúde, a fim de melhorar a eficácia das atividades realizadas pelas entidades auditadas, para que elas alcancem os objetivos/metas institucionais e, consequentemente, garantam ao usuário do serviço público seu direito fundamental à saúde.

Nesse sentido, é imprescindível a implementação de inteligência artificial para acelerar os processos de auditoria interna do MS, bem como torná-los mais eficientes, eficazes e efetivos.

30. IMPACTO MR

Infecções de sistema nervoso central relacionadas a dispositivos em unidades de terapia intensiva adulto no Brasil

Resumo

Microrganismos Resistentes (MR) são problemas de saúde pública por ameaçarem os ganhos de sobrevida no tratamento de doenças infecciosas obtidos nas últimas décadas, particularmente entre pacientes graves, internados em UTI, onde a frequência de infecções associadas à assistência à saúde (IRAS) e o uso de antibióticos é maior, o que favorece a indução da resistência bacteriana.

As causas dessa resistência são complexas e incluem o comportamento humano em diversos níveis da sociedade, com graves consequências que afetam a todos. Nos últimos anos, inúmeros esforços têm sido feitos para descrever as diferentes facetas da resistência, além da tentativa de encontrar possíveis intervenções para esse problema.

Entretanto, faltam estimativas de incidência de aquisição de MR em estudos multicêntricos, incluindo colonização ou infecção, entre pacientes internados em UTI, principalmente em países em desenvolvimento. Tais estimativas não são disponíveis, porque a maior parte dos dados não integra informações clínicas (incluindo infecções e desfechos), microbiológicas e custos no nível de pacientes individuais.

31. TELESCOPE TRIAL I

Implementação de melhorias da prática em Unidades de Terapia Intensiva com o uso da telemedicina

Resumo

A demanda por leitos de UTI cresce na medida em que a população envelhece. Comparada com outras especialidades médicas tradicionais, a terapia intensiva é considerada jovem e a escassez de

profissionais é realidade em muitos países, incluindo o Brasil. Dados da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) demonstram que existem profissionais especialistas em UTI suficientes para atender apenas 25% do total dos leitos operacionais no país.

Em paralelo, os avanços tecnológicos, a revolução digital e outros fatores (como a própria pandemia) vem estimulando mudanças profundas na organização e práticas dos sistemas de saúde pelo mundo. Entre tais mudanças, a implementação da Telemedicina pode ser citada. Apesar de alguma evidência sugerindo benefício do uso da prática no ambiente de UTI, ainda não existem estudos com metodologia adequada demonstrando impacto clínico, particularmente da forma como a terapia intensiva é feita no Brasil.

32. NATURAL KILLER

Ensaios clínicos de fase I/II com células Natural Killer (NK) expandidas ex-vivo para o tratamento de leucemia mieloide aguda (LMA)

Resumo

A leucemia mieloide aguda (LMA) e a síndrome mielodisplásica (SMD) são doenças potencialmente fatais, que comprometem a produção de células saudáveis na medula óssea, responsável pela fabricação dos componentes do sangue: glóbulos vermelhos, encarregados do transporte de oxigênio até os órgãos, glóbulos brancos, que defendem o corpo das infecções e as plaquetas, que evitam hemorragias.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos, geralmente, de origem desconhecida. Tem como principal característica o acúmulo de células doentes na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. Segundo estimativas do instituto, para cada ano, entre 2020 e 2022, devem ser diagnosticados 10.810 novos casos no Brasil. A LMA é um dos tipos mais comuns e mais agressivos da doença em adultos. Apesar de rara, é identificada pela queda do número de células saudáveis - momento em que o paciente passa a desenvolver anemia, infecções e sangramentos.

De acordo com a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale), a SMD engloba um grupo de doenças, podendo ser classificada em primária, quando não se sabe o motivo para as modificações nas células da medula, considerada a mais comum, ou secundária, quando é desenvolvida após tratamento com quimioterapia ou radioterapia, por exemplo. Quando a medula para completamente de produzir células saudáveis, a SMD pode evoluir para a LMA. O tratamento dessas doenças pode envolver quimioterapias ou até mesmo o transplante de medula óssea.

A utilização de células Natural Killer (NK), cultivadas em larga escala e com atividade anti-leucêmica comprovada, poderá representar uma modalidade terapêutica eficaz para essas doenças fatais. Oriundas da medula óssea e definidas como células citotóxicas não específicas, elas são importantes na resposta precoce às células tumorais e infecções virais. Parte dos glóbulos brancos, os

leucócitos, fazem a defesa do organismo contra agentes infecciosos. As NK reconhecem outras células infectadas por vírus ou tumores e atuam para destruí-las.

Atualmente, vários estudos têm demonstrado sucesso no desenvolvimento de novos protocolos utilizando células NK para pacientes com LMA que não apresentaram a resposta esperada frente às medidas terapêuticas habituais (não respondedores). O cordão umbilical mostrou ser uma fonte promissora para obtenção de células NK. Além disso, uma fonte potencial é altamente disponível, uma vez que existe uma grande quantidade deste produto em bancos públicos e privados no Brasil e no mundo.

33. PROGRAMA DE TRANSPLANTES

Apoio à gestão e desenvolvimento da doação, captação e transplante de órgãos e tecidos no Brasil

Resumo

Nos últimos dez anos, foram realizados mais de 90 mil transplantes de órgãos no Brasil. Ainda assim, muitas das potenciais doações não têm autorização das famílias ou são perdidas por falha no manejo clínico do paciente em morte encefálica. Em 2021, foram registrados 48.673 pacientes ativos na fila de espera e 3.207 doadores de órgãos efetivos. Destes, 2.695 pacientes passaram pelo procedimento de transplante – os dados são da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO).

Outro fator de impacto é a diferença entre os diversos estados, tanto em relação ao número de doadores quanto à realização de transplantes, fazendo com que muitos pacientes tenham que migrar de seus estados de origem em busca do tratamento, o que acarreta prejuízos sociais e financeiros para os pacientes, estados e municípios. Como são casos graves, muitos não têm a oportunidade de receber avaliação de um centro transplantador em tempo.

Considerando também que, das 12.215 notificações de potenciais doadores de órgãos, 928 não foram concretizadas devido à não confirmação da morte encefálica, há necessidade de capacitar profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação a esta identificação e cuidado na manutenção dos doadores de órgãos, como também criar mais centros transplantadores nas regiões do país.

34. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (TMO)

Apoio à qualificação do processo de doação e transplantes de medula óssea por meio de ações integradas de assistência à saúde, gestão e capacitação profissional

Resumo

Indicado para pacientes com doenças do sangue, como leucemia, linfomas e alguns tipos de anemia, o transplante de medula óssea (TMO) é um tratamento que consiste na substituição de células doentes ou deficitárias por outras normais, com o objetivo de reconstituir uma medula saudável. O

transplante pode ser autogênico, quando a medula vem do próprio paciente, ou alogênico, quando vem de um doador. O procedimento também pode ser feito a partir de células precursoras da medula óssea, obtidas do sangue circulante de um doador ou do sangue de cordão umbilical do paciente.

No entanto, a chance de encontrar doadores compatíveis no Brasil é de uma em cem mil. Apesar de ter quase 5 milhões de doadores voluntários cadastrados no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME), segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Brasil realiza, anualmente, uma média de apenas 300 transplantes com doadores não aparentados, que representam cerca de 25% dos transplantes alogênicos. Nos Estados Unidos este percentual é de cerca de 50%.

A subutilização do grande contingente de doadores brasileiros no REDOME também pode ser decorrente de barreiras como infraestrutura e capacitação dos centros transplantadores. Um dado que sustenta essa conclusão é que 56% dos transplantes alogênicos realizados no país em 2020 foram feitos no estado de São Paulo, segundo a ABTO, o que reforça a heterogeneidade de condições entre as diversas regiões e estados do país.

Diante desse cenário, a ampliação dos leitos para Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) é uma preocupação do Ministério da Saúde, razão pela qual, em 2014, foi publicada uma portaria visando investir mais de R$ 200 mil para cada novo leito aberto para transplante alogênico pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

35. SAÚDE BASEADA EM VALOR (ATS)

Saúde baseada em valor e estudos de vida real nos processos de incorporação de tecnologias e de desenvolvimento de recomendações

Resumo

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as despesas com bens e serviços de saúde no Brasil cresceram significativamente desde 2010. Em cinco anos, o investimento público per capita chegou a R$1.131,94, um aumento de 58% - valor muito superior à inflação do período.

Frente a esse cenário, que acompanha a crescente quantidade de propostas de novas tecnologias (em sua maioria a um custo superior às alternativas vigentes e com a expectativa de ganhos geralmente marginais em saúde), é imprescindível pensar em formas mais eficientes de alocar os recursos disponíveis. Para esse propósito, é fundamental padronizar as condutas por meio de documentos contendo recomendações em saúde, como as diretrizes clínico-assistenciais, além de estruturar o processo para avaliar a incorporação de novas tecnologias pelo sistema público.

A principal responsável por esses eixos de atuação no SUS é a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC). A CONITEC é encarregada do Protocolo Clínico e

Diretriz Terapêutica (PCDT), que normatiza as condutas ofertadas pela saúde pública e avalia a incorporação de novas tecnologias no SUS.

Tanto o desenvolvimento de diretrizes clínico-assistenciais quanto a avaliação de tecnologias em saúde são processos recentes no SUS. Apesar dos reconhecidos avanços que o Ministério da Saúde vem apresentando nesses tópicos nos últimos anos, em especial a partir da criação da CONITEC, em 2011, ainda há heterogeneidade no processo e oportunidade para melhorias, visando aprimorar sua eficiência.

Estudos de vida real

O processo de avaliação de tecnologias se baseia principalmente em pressupostos de efetividade obtidos a partir de estudos clínicos (em especial fase II e III). Apesar de ensaios clínicos randomizados apresentarem o delineamento mais adequado para avaliar o efeito de uma intervenção, é frequente que esses estudos analisem um espectro de pacientes diferentes daqueles que de fato irão utilizar a tecnologia, mesmo em ensaios clínicos tidos como pragmáticos.

Em geral, quando comparados aos da vida real, os pacientes em um ensaio clínico apresentam um perfil de maior aderência e menos comorbidades, além de baixa heterogeneidade entre si (critérios de inclusão e exclusão estritos). Assim, os dados observados na vida real podem variar substancialmente em relação àqueles obtidos em um ensaio clínico randomizado.

Após incorporar uma tecnologia, idealmente, o monitoramento deve ser realizado com estudos de vida real, podendo assim avaliar a real efetividade, a custo-efetividade e o impacto orçamentário de uma tecnologia. Essas informações são importantes para decisões referentes à desincorporação de tecnologias ou alterações referentes à sua cobertura.

Saúde baseada em valor

Diferente de um modelo em que a remuneração é condicionada diretamente ao serviço prestado, na saúde baseada em valor, os prestadores de serviço, como enfermeiros e médicos, são remunerados de acordo com os indicadores clínico-assistenciais e desfechos de saúde dos pacientes (por exemplo, escala de Rankin em 90 dias após a atenção ao AVC agudo). Dessa forma, o sistema pode se organizar priorizando intervenções que levam aos melhores desfechos, dentro de um menor custo financeiro, promovendo maior eficiência. Esses princípios podem ser aplicados de diferentes formas dentro de um sistema de saúde, com modelos híbridos de remuneração.

36. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Qualificação de Profissionais do Sistema Único de Saúde em Urgências e Emergências com Simulação Realística

Resumo

Os serviços de urgência e emergência no país exigem cada vez mais profissionais aptos para trabalhar em equipe, preparados para atender uma infinidade de condições clínicas e capazes de dar diagnósticos precisos e tratamentos adequados com agilidade.

Sendo assim, o projeto Qualificação de Profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) em Urgências e Emergências com Simulação Realística foi criado para capacitar profissionais de saúde do SUS, no âmbito do atendimento de urgências e emergências adulto e pediátrica, utilizando a simulação realística.

Entre os anos de 2018 e 2020, no total, foram capacitadas 95 turmas. Foram treinados mais de 3 mil profissionais do SUS, sendo 2.108 no curso de adultos e 1.680 no de pediatria.

Na média realizada para avaliação do curso, 95% dos participantes consideraram o treinamento como "excelente/bom", principalmente no que se refere à questão da dinâmica que a metodologia da simulação proporciona aos participantes.

Desta forma, a continuidade do treinamento elevará o conhecimento dos profissionais, podendo oferecer, de forma indireta, melhoria na qualidade da assistência e segurança no atendimento.

37. EDUCASUS

Metodologias para a formação em educação em saúde da rede do Programa Saúde na Escola

Resumo

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), as doenças crônicas não transmissíveis, conhecidas pela sigla DCNT, matam cerca de 41 milhões de pessoas a cada ano — o equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre as principais causas das DCNT, estão as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias e diabetes. Esses quatro agravos são responsáveis por mais de 31 milhões de mortes em todo mundo.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT afirmam que as ações educacionais ocupam um papel central na promoção da saúde, já que viabilizam intervenções que podem impactar positivamente na redução dessas doenças e seus fatores de risco.

Reconhecendo a necessidade de criar dispositivos para educar a população acerca da saúde, o governo brasileiro sancionou, em 2013, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), a partir da Resolução nº 9, de fevereiro de 2013. A política dispõe de um plano operativo, com estratégias destinadas a todas as esferas da gestão pública, para o desenvolvimento de ações que disseminam o conhecimento e promovem o protagonismo do cidadão no cuidado à saúde.

No âmbito da educação, a lei 13.666, de 2018, inclui a educação alimentar e nutricional como tema transversal obrigatório no currículo escolar, reconhecendo a importância da inserção de temas de educação em saúde na educação básica. No mesmo ano, a OMS inseriu a Educação em Saúde da População como um dos temas da Declaração de Astana, documento que orienta o desenvolvimento das ações de Atenção Primária em Saúde (APS) ao redor do mundo.

Sobretudo, a pandemia decorrente do coronavírus, em 2020, ressaltou a necessidade de desenvolver na população a compreensão de que o cuidado em saúde abrange ações individuais e

coletivas. Engajar os educandos neste processo e promover o protagonismo infanto-juvenil no âmbito do cuidado é uma necessidade urgente.

Frente ao contexto positivo de implantação do PSE no país e ao tempo decorrido desde a sua criação, em 2007, torna-se necessário focar na formação dos profissionais de saúde e educação de modo efetivo, visando melhorar a implementação do programa, seu fortalecimento nas duas redes envolvidas e seu impacto nas vidas dos escolares acompanhados.

38. PROJETO TELE-UTI BRASIL

Melhorando a qualidade, segurança e a prática médico-assistencial no atendimento a pacientes graves no Brasil

Resumo

O uso da telemedicina, como ferramenta para viabilizar a oferta de serviços em saúde, bem como educação, treinamento e apoio clínico aos profissionais da saúde, em casos onde a distância é um fator crítico, vem crescendo e já é rotineiramente oferecida em países mais desenvolvidos (GARINGO et al., 2015; GORAN, 2011).

O Brasil é um país que oferece oportunidades ímpares para o desenvolvimento e as aplicações da telemedicina. Sua grande extensão territorial, milhares de locais isolados e de difícil acesso, distribuição extremamente desigual de recursos médicos de boa qualidade, entre outros aspectos que vêm limitando o direito à saúde - universal, integral e equânime. Os esforços dos governos estaduais e federal na implementação da telemedicina consubstanciam essa perspectiva. (MALDONADO et al., 2016).

Dados de revisões sistemáticas sugerem que o emprego da Telemedicina no ambiente de UTI também pode diminuir a mortalidade de pacientes internados em UTI, além do uso racional de recursos.

39. TELEAMES

Assistência Médica Especializada na Região Norte do Brasil por meio de Telemedicina

Resumo

O Brasil, historicamente, enfrenta um problema crônico de acesso à saúde. No estudo Demografia Médica no Brasil 2018 é relatado que, na década de 1980, havia 1,15 médico para cada mil habitantes do país. Em janeiro de 2018, a razão era de 2,18 médicos por mil habitantes. No entanto, o aumento dessa taxa não foi, necessariamente, refletido na ampliação do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira, tendo em vista a imensa desigualdade de distribuição desses profissionais entre as diferentes regiões do país.

Quando as porcentagens de médicos e de população por região (ou estado) são comparadas aos números do conjunto do Brasil, as desigualdades são mais visíveis. Por exemplo, na região sudeste, onde moram 41,9% dos brasileiros, está mais da metade (54,1%) dos profissionais, ao passo que na região norte, onde moram 8,6% da população, estão apenas 4,6% dos médicos.

Diante disso, para ter acesso a uma consulta com um especialista, essa população precisa, muitas vezes, de um transporte aéreo, ou viajar dias de barco - muitas vezes dias para ida, e dias para o retorno - para ser atendida, o que demanda altos custos, tempo e causando desgastes físicos.

Neste cenário, o TeleAMEs busca ampliar o acesso dessa população ao atendimento especializado por meio de teleinterconsultas entre o profissional médico generalista da localidade com profissionais contratados pelo Hospital Israelita Albert Einstein, evitando o deslocamento desnecessário do paciente e reduzindo o tempo de espera em filas de atendimento.

40. TELE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Tele Urgência e Emergência: Capacitação no Apoio Diagnóstico e Terapêutico nas Emergências Cardiológicas e Neurológicas por meio da Telemedicina

Resumo

Historicamente, o Brasil enfrenta um problema crônico de acesso à saúde, havendo uma grande diferença na quantidade de médicos por habitante. Além disso, as causas de morte relacionadas a doenças cardiológicas e neurológicas correspondem a 30% de todos os óbitos no país. (Dados do DATASUS 2020)

A telemedicina, ao promover a transferência de conhecimentos de um centro de excelência para qualquer instituição com menos recursos, está alinhada aos princípios de equidade, universalidade e igualdade, tão claros no SUS.

Essa tecnologia compreende a oferta de serviços em saúde nos casos em que a distância e o tempo são fatores críticos, usando tecnologias de informação e de comunicação para a troca de informações válidas para o diagnóstico e o tratamento de doenças, além da educação permanente dos profissionais envolvidos, pesquisas e avaliações.

41. SAÚDE EM NOSSAS MÃOS

Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil

Resumo

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são ambientes de risco, onde processos e dispositivos invasivos — que podem causar infecções e aumentar o tempo e o custo da internação — são necessários para a manutenção da vida. Mesmo que os danos, na maioria das vezes, não sejam intencionais, podem acarretar em prejuízos físicos, emocionais, sociais e até fatais aos pacientes. As IRAS são exemplos dessas condições que causam danos ao paciente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países em desenvolvimento, 10 em cada 100 pacientes hospitalizados ficam expostos a infecções associadas a cuidados de saúde. No Brasil, o cenário não é diferente: acredita-se que cerca de 70% dos danos registrados nos hospitais do país são

evitáveis. Assim, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que contribui para a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de saúde públicos e privados.

42. REESTRUTURAÇÃO DOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA)

Rede de prevenção e cuidado integral de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis

Resumo

No âmbito da saúde pública brasileira, alguns problemas são considerados prioritários, com índices importantes de morbidade e mortalidade e, por isso, motivam a execução de programas específicos de vigilância (ações que visam controlar riscos e danos à saúde), prevenção, diagnóstico e tratamento, conforme diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS). É o caso da infecção pelo HIV/Aids, das hepatites virais, das Infecções sexualmente transmissíveis (IST) e da tuberculose.

A partir da década de 1980, o então Programa Nacional de DST/Aids (Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e IST - DATHI), da Secretaria de Vigilância em Saúde em Ambiente (SVSA), vinculado ao MS, estimulou a implantação de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) com o objetivo de oferecer a testagem gratuita, confidencial e anônima e do aconselhamento em IST/Aids, com uma abordagem de educação em saúde e de redução de riscos e vulnerabilidades.

Com a disseminação das tecnologias e oferta de diagnóstico para a rede de atenção básica, observou-se certa descaracterização dos CTA, principalmente quanto à prioridade de atendimento às populações vulneráveis, diminuindo assim sua capacidade operacional. Desta forma, gerou-se uma desarticulação entre esse serviço e outros pontos de atenção no SUS, contribuindo para a fragmentação do cuidado integral. Em paralelo, as mudanças do contexto epidemiológico das doenças transmissíveis, em particular as que apresentam condições crônicas, exigem uma nova organização dos serviços de saúde. Neste sentido, é muito importante a ampliação da carteira de serviços e uma melhor integração do CTA na Rede de Atenção à Saúde (RAS), melhorando o acesso o cuidado integral de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), hepatites virais, IST e tuberculose.

Neste contexto, espera-se que os CTA possam atuar de forma integrada com a RAS, em especial a Atenção Primária e, ao mesmo tempo, absorver as inovações tecnológicas e os paradigmas da prevenção combinada, como, por exemplo, a ampliação do acesso ao tratamento antirretroviral (medicamento que impede a multiplicação do HIV no organismo, ajudando a combater a doença e a fortalecer o sistema imunológico) para todas as PVHA com prescrição menos complexa e com medicamentos mais eficazes; a instituição de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), que consiste no uso diário de antirretroviral para a prevenção da infecção pelo HIV; a adoção da profilaxia pós-exposição com uso de medicamentos e outras medidas para prevenir a infecção pelo HIV e hepatites virais e por fim, maior acesso ao diagnóstico e tratamento para os agravos como tuberculose, IST e hepatites virais.

Para tanto, é necessário redefinir o papel dos CTA na rede de atenção à saúde, contemplando as diferentes realidades, contextos locais, capacidades de resposta, além de considerar uma articulação entre os serviços básicos e especializados, com o intuito de ofertar o maior nível de resolubilidade possível em relação às necessidades das populações que são atendidas nos serviços.

Detalhes de todos os projetos podem ser encontrados em : https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos-filtros

RELATÓRIO DE SUSTENTABILIDADE **2022**
EQUIDADE EM SAÚDE

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

MITZVÁ

BOAS AÇÕES

REFUÁ

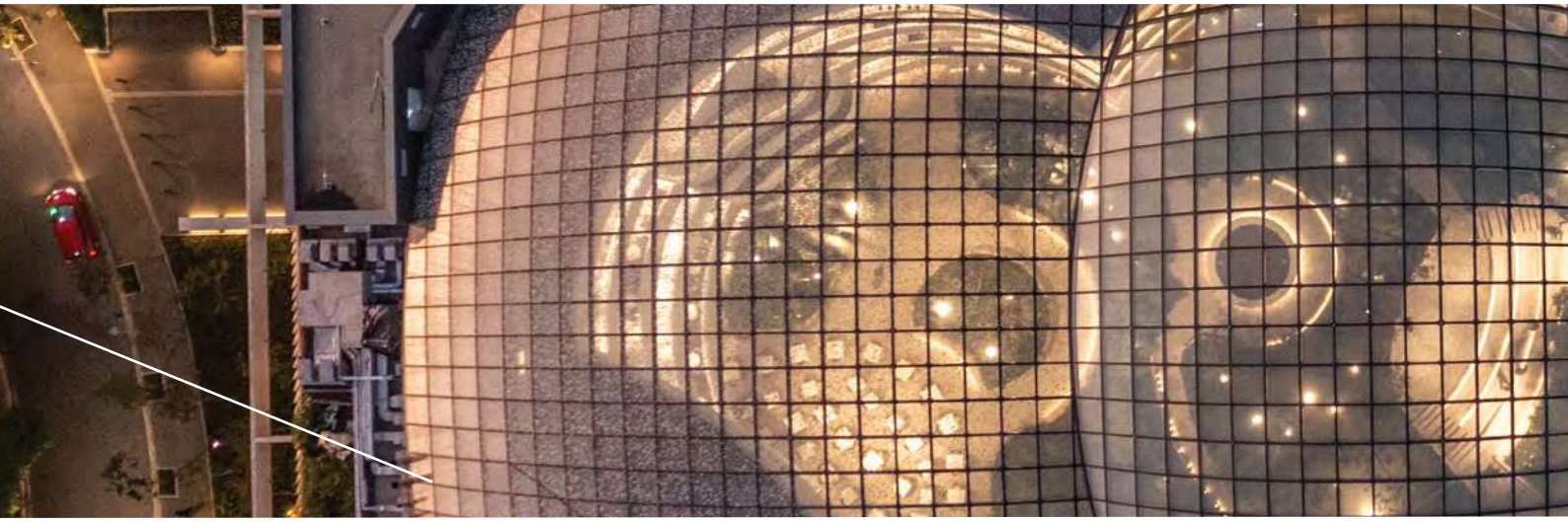
SAÚDE

CHINUCH —— TSEDAKÁ

EDUCAÇÃO

JUSTIÇA SOCIAL

SUMÁRIO



INTRO

Carta do presidente 6
Apresentação 9
Destaques do ano 10

1

O EINSTEIN 18
Diretrizes estratégicas 21
Círculo virtuoso e conectado 22
Alta qualidade e segurança 25
Diálogos e alianças 32
Certificações, acreditações e reconhecimentos 34

2

ASSISTÊNCIA 36
Unidades e atuação 39
Jornada digital 46
Oncologia e hematologia 51
Cuidado privado 53
Medicina diagnóstica 56
Medicina ambulatorial 57
Cuidado público 59
Corpo clínico 66

3

ENSINO, EDUCAÇÃO E CONSULTORIA 68
Estrutura e cursos 70
Academia Einstein de Excelência Operacional 78
Consultoria e gestão de saúde 79

4

PESQUISA E INOVAÇÃO 80
Pesquisa 82
Inovação 89

2373

5

RESPONSABILIDADE SOCIAL **92**

Frentes de atuação 94
O Einstein em Paraisópolis 96
Voluntariado 99
Doações 99

6

CONTRAPARTIDA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE **102**

Destaques do triênio 105

7

SUSTENTABILIDADE E CUIDADO AMBIENTAL **108**

Avaliação S&P 110
Plano diretor de sustentabilidade 111
Gestão da cadeia de suprimentos 113
Gestão ambiental integrada 116

8

COLABORADORES **120**

Gestão de clima, engajamento e experiência do colaborador 122
Diversidade e inclusão 126
Saúde e segurança do colaborador 130
Capacitação e trilhas de aprendizagem 133

9

ESTRUTURA DE GOVERNANÇA **136**

Atuação ética 141
Atuação da auditoria interna 142

10

DESEMPENHO FINANCEIRO **144**

Resultados 147

Materialidade 150
Carta de Asseguração 152
Sumário de conteúdo GRI 156
Administração, Conselhos, Diretorias e Outros 160
Créditos 171

CARTA DO PRESIDENTE

Desde sua criação, tem sido compromisso do Einstein levar a saúde a cada ser humano, não importa onde ele esteja. Temos feito isso de várias maneiras: pelo contato direto e presencial na assistência à saúde, por meio de mecanismos digitais, de alianças e outros relacionamentos, no ensino, na pesquisa e nas práticas de responsabilidade social.

Agora, como parte deste compromisso, nas dimensões ambiental, social e de governança (ASG), afirmamos o nosso propósito de promover a equidade na assistência à saúde, buscando assegurar acesso e qualidade a um número maior de pessoas.

Este caminho trilhado envolve várias frentes, que passam por programas de promoção da saúde e prevenção, diagnóstico precoce, ampliação do acesso a procedimentos e a capacitação de profissionais para que levem mais qualidade às mais diversas regiões do país.

No contexto das práticas ASG, a letra “S”, que está no centro da sigla e que significa “social”, quando se pensa no contexto do Einstein, pode ser adaptada para “saúde”. Visto que é por meio da promoção da saúde que melhoramos a vida das pessoas: pela oferta de atendimento público e privado, da formação e do aperfeiçoamento profissional pelo ensino e pelo avanço do conhecimento científico por meio da pesquisa e inovação. Tudo isso conectado, ainda, à responsabilidade social, que ajuda a ampliar o acesso à saúde e a apoiar grupos que mais necessitam dessa atenção.

A equidade é um dos principais desafios para a gestão dos sistemas de saúde, pois implica em ampliar não só o acesso, mas também a qualidade em um ambiente de crescimento da demanda e de envelhecimento da população.

Em 2022, a gestão de que faço parte completou o seu sexto e último ano de mandato à frente do Einstein. Foi um período marcado pela epidemia de covid-19, com desdobramento inédito para a humanidade e que desafiou os profissionais de saúde ao ponto mais extremo. A rápida disseminação global e as características da doença exigiram o máximo das nossas competências e de nossas estruturas.

O período foi, também, caracterizado pelo avanço da saúde digital, que temos muito orgulho em liderar com inúmeras iniciativas e estimular a transformação. A cultura de incorporação de *softwares* de ponta, da digitalização, dos processos, do uso extensivo de dados e o desenvolvimento da Telemedicina, entre tantos outros, foi impulsionada. Também tornou estratégico o papel da comunicação, que passou a permear praticamente todas as nossas atividades, alcançando públicos, como pacientes, cientistas, médicos, estudantes, população em geral e a mídia, estimulando variados fóruns de debate público e científico.

Preocupamo-nos em mostrar os pilares sobre os quais assenta a nossa excelência: a assistência à saúde, a pesquisa e inovação, o ensino e educação, intimamente conectados à responsabilidade social. O Ensino cresce de forma acelerada, alcançando quase 58

Dr. Sidney Klajner, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

mil alunos no final de 2022. A inauguração, em 2022, do Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein - Campus Cecília e Abram Szajman ilustra a importância que damos ao conhecimento como parte fundamental de nosso sistema.

No pilar de pesquisa e inovação um ponto de destaque tem sido a expansão da *Academic Research Organization* e da incubadora Eretz.bio, que atrai um número crescente de *startups* e ajuda a ampliar a cultura inovadora dentro do Einstein, agora com um foco especial em biotecnologia.

No final de 2022, anunciamos a criação do Centro de Cuidados e Terapias Avançadas em Oncologia e Hematologia, um investimento de cerca de R$ 380 milhões do Einstein e R$ 800 milhões da empresa

Trabalhamos na escalabilidade de soluções para disponibilizar o que é feito de melhor no setor privado para o público, buscando maior equidade.

responsável pela construção, que contará com 160 leitos e uma capacidade de entregar novas soluções baseadas em medicina de precisão.

Nosso modelo de inovação conecta o Einstein a dois temas com forte destaque nos últimos anos: a transformação digital e o conhecimento em *deep tech*.

Na transformação digital, o uso da agilidade das estruturas, a digitalização e o uso de *big data* estão transformando muitos de nossos processos de relacionamento com pacientes e médicos. O uso destas ferramentas permitiu ampliar o número de pessoas atendidas, superando barreiras geográficas. Hoje, apoiamos com médicos especialistas, via Telemedicina, a atenção primária do Sistema Único de Saúde no Norte do país. Foram cerca de 60 mil atendimentos em 2022.

Em relação à transferência de conhecimento, ampliamos nosso diálogo com o setor público e com outras instituições de saúde para compartilhar aprendizados, soluções e resultados por intermédio do nosso Escritório de Excelência, Ensino Corporativa, além de outros projetos de cooperação.

Em 2022, assumimos a gestão do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia e inauguramos um novo Centro de Atenção Psicossocial, em São Paulo, totalizando 30 unidades públicas. Também iniciamos a construção da escola de Ensino Médio Integrado ao Técnico em Paraisópolis.

Outra característica de nossa estratégia tem sido a ampliação sinérgica da nossa assistência pública e privada, e das atividades de ensino, pesquisa e inovação em termos geográficos. Em Goiás, os hospitais de Goiânia e de Aparecida de Goiânia possibilitam que a região tenha acesso aos padrões de qualidade em medicina e assistência que praticamos, bem como acesso ao conhecimento através de unidades de ensino, pesquisa e inovação.

Todos estes resultados e realizações, no entanto, estão subordinados à razão pela qual fazemos tudo isso: as pessoas. Temos a clareza de que a superação dos desafios com que se defronta o Einstein e o setor de saúde passa pelo constante aperfeiçoamento das diversas competências e habilidades, entre elas a ampliação da saúde digital e o uso de ferramentas tecnológicas, mas é nas pessoas que está o potencial e a energia que nos permitirão alcançar esses objetivos.

É por esse motivo que, ao escolhermos profissionais para nossos quadros, valorizamos o altruísmo, a humanização e empatia, que buscamos reconhecer e recompensar por meio de um ambiente de trabalho estimulante e de um relacionamento ético, justo e transparente, que contribuem para um senso de pertencimento e de alinhamento de propósitos e valores. Agradeço a todas os colaboradores e voluntários por terem colaborado com as conquistas, não apenas deste ano de 2022, mas ao longo de toda a nossa trajetória.

Desejo-lhes uma boa leitura e convido para que reflitam e dialoguem conosco por meio de nossos canais para que possamos sempre encontrar novas maneiras de entregar à sociedade a realização do nosso objetivo de equidade na assistência à saúde.

Sidney Klajner

APRESENTAÇÃO

GRI 2-1|2-3

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein apresenta o seu relatório de sustentabilidade de 2022. A publicação tem como tema principal “Equidade em Saúde”, objetivo que, a partir de 2022, passou a orientar, de forma explícita, a atuação ambiental, social e de governança (ASG).

O tema será o norte da apresentação do conteúdo, dividido em dois blocos. No primeiro, apresentam-se aos públicos interessados as frentes de atuação da Sociedade e as suas entregas em assistência, ensino, pesquisa, inovação e responsabilidade social, entre outros, traçando um quadro amplo da diversidade de atuação e impacto na sociedade. No segundo, reporta-se o impacto ASG, com base nos temas prioritários elencados na materialidade e nos indicadores de desempenho próprios do Einstein. Também se apresenta o impacto do Einstein sobre os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a Agenda 2030 das Nações Unidas.

Para esta edição do relatório de sustentabilidade, a Sociedade relatou as informações citadas no sumário de conteúdo da GRI (página 156) para o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2022 referenciando as Normas GRI.

A opinião dos públicos de relacionamento sobre este relatório é fundamental para torná-lo melhor a cada edição. Para enviar suas dúvidas, críticas ou elogios, use o canal Fale Conosco do nosso site (https://www.einstein.br/atendimento).

Para facilitar a leitura deste documento, a partir deste ponto, usaremos Einstein como sinônimo da Sociedade.

DESTAQUES DO ANO

INAUGURAÇÃO CENTRO DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN – CAMPUS CECILIA E ABRAM SZAJMAN

A nova sede das Faculdades de Medicina e Enfermagem, de 44 turmas dos cursos de pós-graduação e da área de Pesquisa e Inovação do Einstein começou a operar junto ao ano letivo, em março. (saiba mais na página 72)

GESTÃO E OPERAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA – IRIS REZENDE MACHADO (HMAP)

O Einstein assumiu a gestão do HMAP, um dos principais hospitais públicos do centro-oeste. Com 235 leitos, é voltado ao atendimento de alta complexidade, incluindo hemodinâmica, cirurgia bariátrica, além de outras especialidades cirúrgicas e diagnósticas. (saiba mais na página 65)

ESPAÇO EINSTEIN – ESPORTE E REABILITAÇÃO

Inaugurado em setembro, é focado em reabilitação física e performance esportiva, bem-estar físico e mental e maior qualidade de vida por meio da promoção de saúde. (saiba mais na página 57)

AMPLIAÇÃO DE LEITOS DA UNIDADE MORUMBI

Com a criação de um novo anexo no complexo do Morumbi, 50 novos leitos foram criados, ampliando a capacidade de operação e número de pacientes atendidos. (saiba mais na página 54)

LANÇAMENTO DO CENTRO DE CUIDADOS E TERAPIAS AVANÇADAS EM ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA

Anunciado em dezembro e previsto para ser inaugurado em 2025, o projeto conta com complexo assistencial que atuará com foco na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, além de um centro acadêmico de pesquisa em oncologia e hematologia de classe mundial. (saiba mais na página 52)

INAUGURAÇÃO DO CENTRO DE ALTA TECNOLOGIA EM DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO ONCOLÓGICA BRUNO COVAS (HOSPITAL MUNICIPAL VILA SANTA CATARINA)

Com a inauguração do Centro, em maio, a população paulistana passou a ter acesso a tratamentos de alta complexidade, com implemento de robótica, especialidade inédita em rede municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). (saiba mais na página 61)

CERTIFICAÇÃO *MAGNET* – RECONHECIMENTO INÉDITO NA AMÉRICA LATINA

Em julho, a unidade Morumbi recebeu o reconhecimento *Magnet* pela excelência de práticas de enfermagem, tornando-se o primeiro hospital da América Latina a conquistar a designação. (saiba mais na página 53)

CLÍNICA DE LAS AMÉRICAS – PRIMEIRO PROJETO INTERNACIONAL DA CONSULTORIA EM SAÚDE

O propósito de ajudar a melhorar a saúde por meio da transferência de conhecimento expandiu-se para fora do Brasil. O Hospital Clínica de las Américas, em Santa Cruz de La Sierra, na Bolívia, foi totalmente planejado com o apoio do Einstein. (saiba mais na página 79)

CENTRO DE ENSINO PARAISÓPOLIS – NOVO PRÉDIO AMPLIARÁ ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LOCAL

Com cinco andares e previsão de início das atividades em 2024, o novo prédio do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis terá cursos profissionalizantes gratuitos e Ensino Médio integrado ao Técnico para a população. (saiba mais na página 96)

INDICADORES OPERACIONAIS

ASSISTÊNCIA

NÚMERO DE SALAS DE CIRURGIA

43

26

EXAMES

7,6 milhões

5,1 milhões

PARTOS

3,9 mil

7,4 mil

SAÍDAS HOSPITALARES*

68,3 mil

40,3 mil

LEITOS

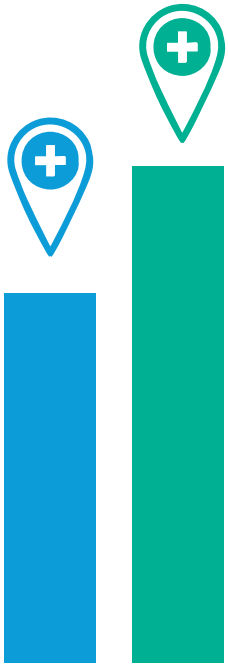
746

* Saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito.

SISTEMA PRIVADO
COR AZUL

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
COR VERDE

UNIDADES



21 30

889

PACIENTES DIA

229,7 mil

246,0 mil

PACIENTES CIRÚRGICOS

41,9 mil

13,0 mil

ATENDIMENTOS NO PRONTO-ATENDIMENTO

351,7 mil

836,8 mil

ATENDIMENTOS EM TELEMEDICINA

464,6 mil

86,6 mil

SATISFAÇÃO DOS PACIENTES

**Net Promoter Score, considera uma escala de -100 a +100.*

79,9 HOSPITAL MORUMBI

84,8 HOSPITAL GOIÂNIA

85,3 HOSPITAL MUNICIPAL VILA SANTA CATARINA

62,9 HOSPITAL MUNICIPAL M'BOI MIRIM

97,0 HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA

DISSEMINAÇÃO DE CONHECIMENTO

57,9 mil ALUNOS

11 UNIDADES DE ENSINO

83

SATISFAÇÃO DOS ALUNOS

**Net Promoter Score, considera uma escala de -100 a +100. t*

TAXA DE OCUPAÇÃO

*Relação entre a soma dos pacientes internados no final de cada dia e o total de leitos-dia.

MORUMBI
87,9%

HOSPITAL MUNICIPAL VILA SANTA CATARINA – DR. GILSON DE CÁSSIA MARQUES DE CARVALHO
77,3%

GOIÂNIA
56,0%

HOSPITAL MUNICIPAL M'BOI MIRIM – DR. MOYSÉS DEUTSCH
89,2%

HOSPITAL MUNICIPAL APARECIDA DE GOIÂNIA (HMAP)
56,4%

PRODUÇÃO CIENTIFICA

606
PUBLICAÇÕES EM PERIÓDICOS COM FATOR DE IMPACTO* ACIMA DE 1

1.013 **EM PERIÓDICOS INDEXADOS**

6.991 **CITAÇÕES A ARTIGOS CIENTÍFICOS DE PESQUISADORES DO EINSTEIN**

1.102
PROJETOS

311 **INICIADOS**

571 **EM ANDAMENTO** (iniciados em anos anteriores e ainda em desenvolvimento)

220 **CONCLUÍDOS**

*O fator de impacto representa a média de citações, em trabalhos ou artigos cientificos, de conteúdos publicados por um periódico. O cálculo é feito anualmente com base nas publicações dos dois anos anteriores, seguindo a fórmula: total de citações obtidas no ano dividido pelo total de trabalhos publicados pelo periódico nos dois anos anteriores.

1

O EINSTEIN

- DIRETRIZES ESTRATÉGICAS
- CÍRCULO VIRTUOSO E CONECTADO
- ALTA QUALIDADE E SEGURANÇA
- DIÁLOGOS E ALIANÇAS
- CERTIFICAÇÕES, ACREDITAÇÕES E RECONHECIMENTOS

Equipe médica e enfermagem do Centro Cirúrgico da Unidade Morumbi

GRI 2-1|3-3

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein foi fundada em 1955. Atua em todas as etapas da assistência à saúde, no âmbito privado e público, em ensino, educação e consultoria, em pesquisa e inovação e em responsabilidade social. Tem sede em São Paulo (SP) e desenvolve atividades na cidade e no interior do estado de São Paulo, nos estados de Goiás, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Pernambuco.

O Einstein é reconhecido como de Utilidade Pública nos âmbitos municipal, estadual e federal e possui Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) concedido pelo Ministério da Saúde.

As contrapartidas dos hospitais que possuem CEBAS para o Sistema Único de Saúde (SUS) são avaliadas pelo Ministério a cada três anos. No caso de hospitais de excelência, como o Einstein, a contrapartida é a execução de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) com o objetivo de apoiar o sistema público. Os hospitais gozam de imunidade fiscal, prevista na Constituição Federal, e devem aplicar o valor equivalente às contribuições sociais que seriam devidas em projetos de desenvolvimento do SUS e, consequentemente, para a melhoria das condições da saúde da população brasileira. O Einstein mantém uma Organização Social da Saúde.

DIRETRIZES ESTRATÉGICAS

PROPÓSITO

Entregar vidas mais saudáveis, levando uma gota de Einstein para cada ser humano.

VISÃO

Ser líder e inovadora na assistência à saúde, referência na gestão de conhecimento e pelo comprometimento com a responsabilidade social e sustentabilidade.

MISSÃO

Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração e disseminação do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

Ser reconhecida globalmente como uma das organizações líderes em termos de excelência de qualidade, segurança, inovação e sustentabilidade no âmbito da saúde.

PILARES ESTRATÉGICOS:

Assistência

Oferecer excelência assistencial a todos por meio de um sistema integrado de saúde baseado no modelo Quintuple Aim.

Ensino e Educação

Melhorar a saúde da população, a qualidade da assistência e da gestão em saúde, difundindo conhecimento e educando pacientes e a sociedade.

Pesquisa e Inovação

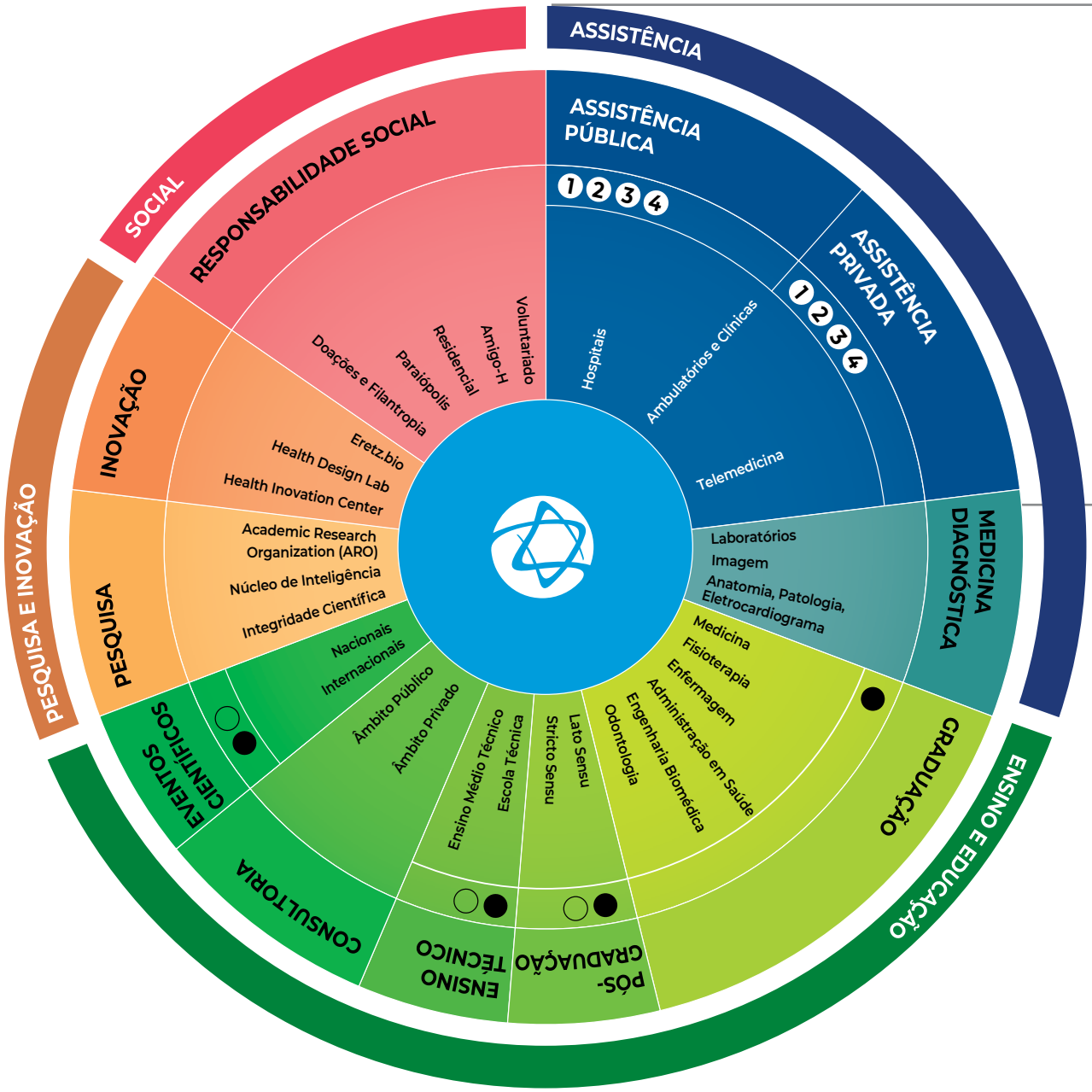
Abrir caminhos e procurar soluções para a promoção de saúde, prevenção e cura de doenças por meio da integração entre a pesquisa científica e a inovação tecnológica e de serviços.

Responsabilidade Social

Apoiar o desenvolvimento do sistema de saúde público, transferindo práticas e conhecimento que contribuam para a melhoria do acesso e a qualidade da assistência, bem como reduzir a situação de vulnerabilidade das comunidades mais próximas.

CÍRCULO VIRTUOSO

O Einstein é uma plataforma de assistência, ensino e educação, pesquisa e inovação e responsabilidade social que integra centenas de atividades e trabalha para a melhoria de acesso e qualidade da saúde no País.



1 Atenção Primária

2 Atenção Secundária

3 Atenção Terciária

4 Atenção Quaternária

● Presencial

○ Ensino a distância (EAD)

E CONECTADO

ASSISTÊNCIA

Promove o cuidado através de um sistema integrado de saúde no qual diferentes elementos se combinam para prestar serviços de excelência e exercer a medicina baseada em evidências científicas nos âmbitos público e privado.

MEDICINA DIAGNÓSTICA

Apoia os serviços ambulatoriais e hospitalares na assistência pública e privada.

ENSINO E EDUCAÇÃO

Forma profissionais para assistência e gestão da saúde com metodologias inovadoras, vivências práticas e soluções pedagógicas de ponta em diferentes níveis de ensino.

PESQUISA E INOVAÇÃO

PESQUISA

Gera conhecimento científico por meio de métodos rigorosos de qualidade e integridade na condução de pesquisas, ampliando as fronteiras do conhecimento.

INOVAÇÃO

Mobiliza a colaboração em diferentes áreas de conhecimento, impulsionando a evolução da assistência à saúde.

RESPONSABILIDADE SOCIAL

Atua para mitigar as vulnerabilidades de comunidades próximas por meio da prestação de serviços de assistência à saúde, ensino, geração de empregos e ações filantrópicas.

Consulta obstétrica no Hospital Municipal M'Boi Mirim

ALTA QUALIDADE E SEGURANÇA

GRI 3-3

A cultura da excelência é um atributo do Einstein e uma diretriz estratégica que permeia todas as suas atividades. É por meio dela que a organização aprimora seus serviços, melhora continuamente os processos e se posiciona diante dos seus públicos e da sociedade.

No Modelo Einstein de Qualidade e Segurança, a cultura se conecta com três outros aspectos que a complementam e a materializam:

- Definição e revisão permanente de padrões alinhados às melhores práticas;
- O desenvolvimento e treinamento nas competências necessárias para o desempenho com a excelência desejada;
- A gestão dos dados, métricas e indicadores voltados para o aprendizado e a melhoria contínua, assim como a frequente avaliação dos serviços e processos por qualificadores terceiros.

Este modelo é aplicado em todas as atividades do Einstein. Na Assistência, o compromisso com a excelência se reflete, por exemplo, no contínuo desenvolvimento de projetos com base na metodologia *Lean Six Sigma*, voltada para a qualidade e a segurança. Até 2022, foram cerca de 1.400 projetos (ver mais na página 30).

O Einstein investe permanentemente nas edificações, instalações e equipamentos de seus hospitais, unidades ambulatoriais, de ensino, pesquisa e inovação. Um exemplo é a Central de Monitoramento Assistencial (CMOA), que acompanha de forma contínua e em tempo real os pacientes

Os profissionais são regularmente treinados os melhores protocolos e práticas, com base em referências globais além de capacitados e preparados para a humanização do cuidado, tanto no privado como no público. O programa de trilhas de aprendizagem possibilita o desenvolvimento e aprimoramento de competências em diversas áreas de atuação (veja mais na página 133).

O desempenho na assistência é avaliado constantemente, nas mais diversas frentes, pelos pacientes, por organizações especializadas nacionais e internacionais, por órgãos do governo, resultando em certificações, acreditações, premiações e reconhecimentos.

O desempenho em segurança é monitorado por indicadores, com o objetivo de permitir a sua melhoria contínua mediante a elaboração de planos de ação, o estabelecimento de metas e a avaliação dos resultados.

A Central de Monitoramento Assistencial gerencia leitos das unidades de São Paulo e Goiânia e acompanha toda a jornada do paciente, da admissão até a alta

SEGURANÇA DO PACIENTE

GRI 3-3

O Sistema de Segurança do Paciente é baseado na gestão proativa dos riscos, no monitoramento e análise de indicadores de desempenho e na aplicação de ações corretivas e de melhoria contínua. Os padrões, objetivos e controles de qualidade e segurança são aplicados em todas as unidades em que o Einstein opera na saúde privada e pública, com planos de ação específicos para cada um.

O objetivo é de alcançar o desempenho de Alta Confiabilidade, atributo de organizações que atuam em setores de alto risco por longos períodos sem acidentes graves ou falhas catastróficas. Aplicado à saúde, o conceito significa eliminar a ocorrência de eventos catastróficos e reduzir eventos graves, infecções hospitalares e outros danos relacionados à assistência.

Da busca desse objetivo faz parte a aliança estratégica com o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*. São utilizados os cursos do IHI para capacitar profissionais e desenvolver a cultura e conhecimento relacionados à Ciência da Melhoria, além de possibilitar a formação de *fellows*, o nível máximo de capacitação nesta organização. No Einstein, criou-se, em 2015, o primeiro *fellowship* da América Latina e há, hoje, cinco *fellows* ativos.

Em 2022, a Alta Confiabilidade na Maternidade da Unidade Morumbi foi atingida. Também se evoluiu nessa direção no centro cirúrgico do Morumbi, onde não ocorreu nenhum evento catastrófico. Realizaram-se iniciativas específicas em relação à infecção associada ao catéter venoso central, à pneumonia associada à ventilação mecânica, a úlceras de pressão, com melhoria expressiva.

CUIDADO COM O PACIENTE

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Parto Adequado (taxa de parto vaginal em gestantes Robson I a IV)[1]	65,9%	67,4%	65,1%	-2,3 p.p.
Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central[2]	1,77	1,54	0,81	-47,0%
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica[3]	2,76	2,89	1,36	-53,0%
Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada à sonda vesical de demora[4]	0,87	1,09	0,73	-33,0%
Taxa de infecção do sítio cirúrgico em cirurgia limpa[5]	0,15%	0,16%	0,17%	1,2 p.p.
Lesão por pressão III* e IV**[6]	0,97	1,23	0,22	-82,0%
Taxa de eventos graves[7]	0,12	0,20	0,11	-47,0%
Taxa de eventos catastróficos[8]	0,18	0,26	0,16	-41,0%
Taxa de reinternação em até 30 dias[9]	6,4%	5,3%	8,4%	3,1 p.p.

1 Número de gestantes Robson 1 a 4 por 100 partos vaginais.
2 Número de infecções primárias da corrente sanguínea associadas a CVC por dia por 1.000 CVC-dia.
3 Número de pneumonia associada a ventilação mecânica por 1.000 Ventilação Mecânica-dia.
4 Número de ITU por 1.000 CVD-dia.
5 Proporção do número de taxa de Infecção do Sítio Cirúrgico em Cirurgia Limpa por cirurgias limpas.
6 Número total de pacientes com Lesão por Pressão 3 e 4 evitáveis por 10.000 paciente-dia.
*Lesão por pressão 3: lesão de pele com exposição de tecido gorduroso.
**Lesão por pressão 4: Lesão de pele com exposição de músculo e/ou fáscia, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.
7 Número total de eventos com dano Grave (dano temporário que necessita de suporte avançado de vida e/ou intervenção cirúrgica para reversão do dano) dividido pelo total de passagens externas + internas + emergências.
8 número total de eventos com dano Catastrófico (dano permanente ou óbito) dividido pelo total de passagens externas + internas + emergências.
9 Percentual do número total de pacientes que tiveram alta hospitalar e reinternaram em 30 dias sobre o número total de saídas hospitalares

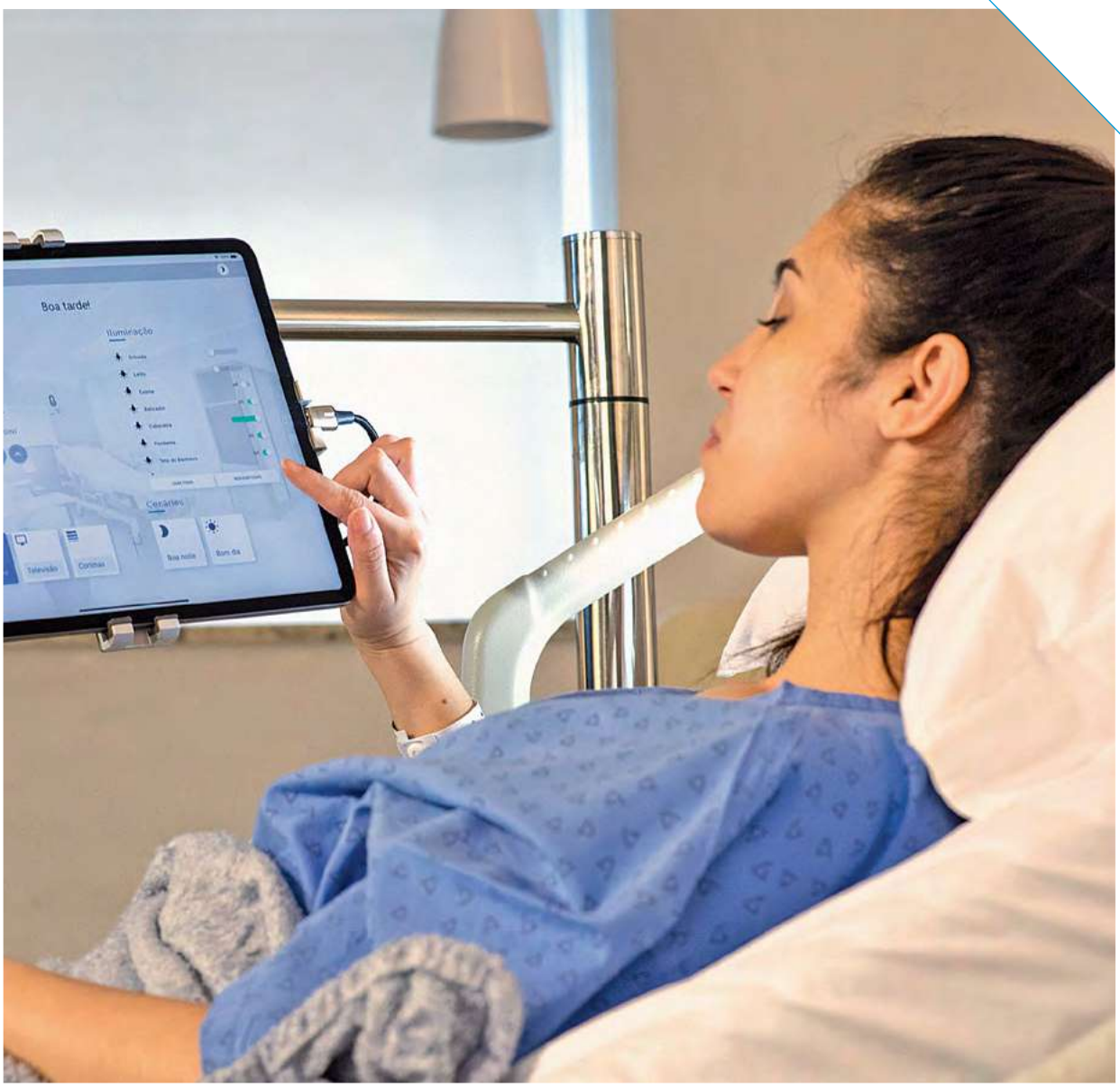
As ações são integradas em todos os serviços visando maior eficiência operacional e experiência similar em qualidade e segurança na jornada do paciente em todas as estruturas, nos âmbitos público e privado.

Fórum Latino-americano de Qualidade e Segurança

O 7º Fórum Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde, um evento do Hospital Israelita Albert Einstein e do *Institute for Healthcare Improvement*, ocorreu em setembro de 2022 no Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein – Campus Cecília e Abram Szajman e abordou a importância da tomada de decisão nas organizações de saúde com olhar para o ambiental, o social e a governança (ASG).

Com extensa grade de atividades e três dias de duração, o fórum foi acompanhado por 1.990 pessoas de forma presencial e outras 798 de forma virtual. Foram discutidos a equidade em saúde, a relação entre a quíntupla meta e o ASG, atendimento humanizado e sistema de saúde resilientes, entre outros. Palestrantes do Einstein, do IHI, de grandes hospitais do sistema público e privado, de organizações governamentais e não governamentais marcaram presença durante o evento.

Durante o encontro foi apresentada e firmada a Declaração de São Paulo sobre Saúde Planetária (http://saudeplanetaria.iea.usp.br/pt/declaracao-sp-saude-planetaria/), documento elaborado pela Aliança de Saúde Planetária, Universidade de São Paulo e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP), e assinado por mais de 250 organizações de 45 países.



Os quartos inteligentes da unidade hospitalar Morumbi permitem ao paciente controlar, à distância, diversos dispositivos do ambiente

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

GRI 3-3

O Einstein realiza a gestão integrada dos diferentes fatores que afetam o relacionamento com os seus pacientes, sua percepção e a satisfação de suas expectativas e necessidades. Os pilares dessa gestão são expressos na sigla SPA: segurança do paciente, paixão em servir e atenção aos detalhes, que está alinhado à Quíntupla Meta, ou *Quintuple Aim* (veja mais na página 42):

Experiência do cuidado: a aplicação transversal dos princípios e do Sistema de Segurança e Qualidade do Einstein garante que, em todos os contatos, os clientes possam vivenciar a mesma experiência de cuidado, acolhimento e qualidade.

Saúde populacional: protocolos, experiências de sucesso e boas práticas em geral são compartilhados por todas as unidades, tanto as de cuidado privado como de cuidado público. Iniciativas de formação e compartilhamento de conhecimento

proporcionam que essas ações alcancem parcelas maiores da população. O compromisso com o cuidado dos pacientes desde a atenção primária reduz a necessidade de cuidados de média e alta complexidades.

Redução de custo per capita: ações de busca de produtividade, controle e inteligência ajudam a reduzir custos e a tornar os cuidados mais acessíveis (veja mais na página 30).

Cuidado ao trabalhador de saúde: dedicado às equipes para que elas possam estar aptas a entregar a melhor experiência de cuidado ao paciente (veja mais na página 130).

Equidade: desenvolve estratégias para a ampliação do acesso ao sistema de saúde a qualquer pessoa, independentemente de gênero, raça, orientação sexual ou fatores socioeconômicos, para que possa atingir seu pleno potencial de saúde.

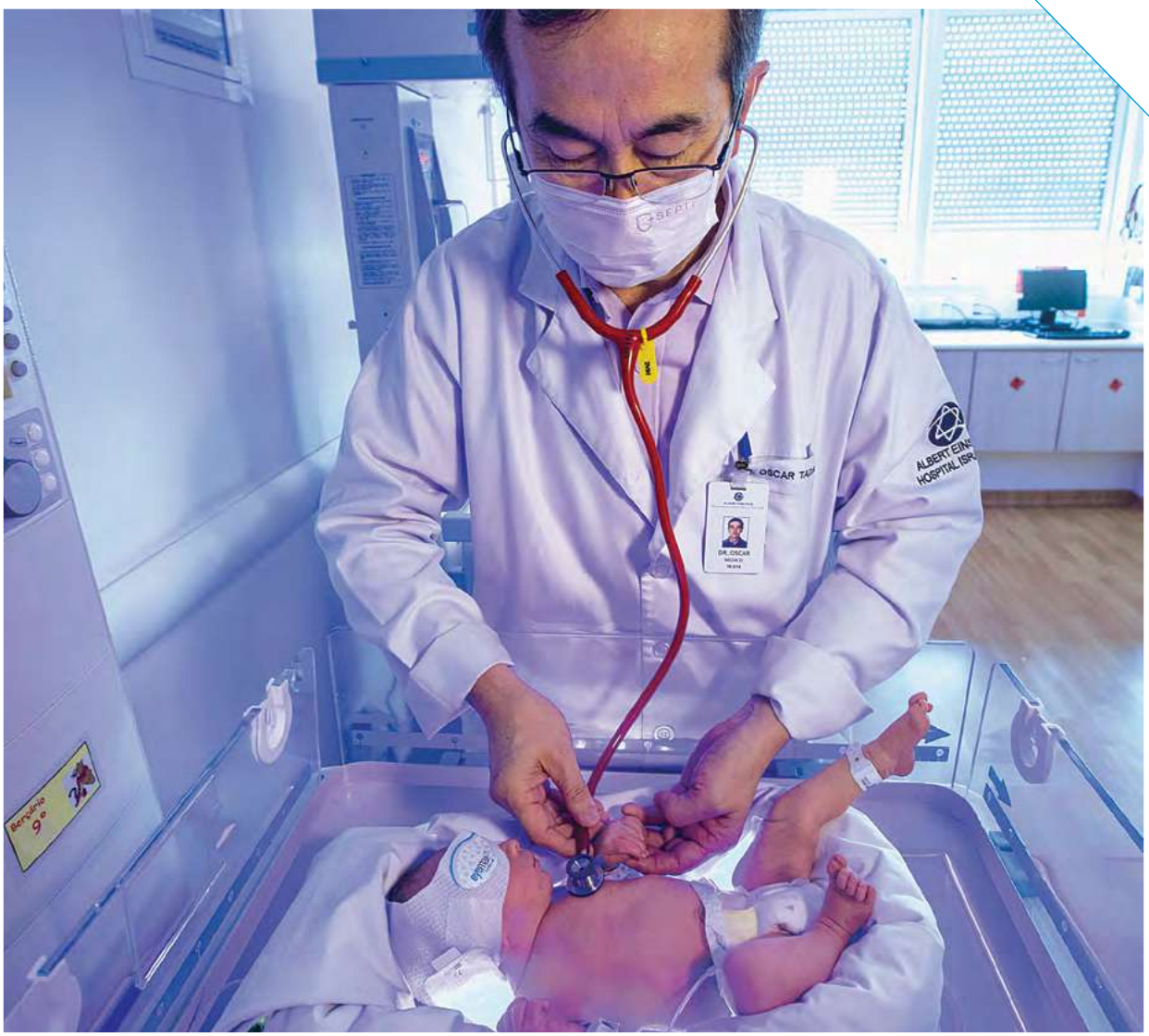
Pacientes, familiares e cuidadores do Einstein participam de cinco conselhos consultivos – de Oncologia, Pacientes Internos e Externos, Idosos, Pediatria e Segurança do Paciente – e de dois fóruns decisórios do Einstein, o Comitê de Qualidade Assistencial e o Comitê Implementador da Experiência do Paciente. Os comitês se reúnem periodicamente para discutir oportunidades e melhorias dos serviços, estruturas e processos do sistema de saúde do Einstein.

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE[1]

NET PROMOTER SCORE (NPS) DOS PACIENTES POR ÁREA	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Hospitais	85,3	81,5	80,4	-1,3%
Rede ambulatorial	77,0	79,4	76,8	-3,2%
Rede diagnóstica	79,1	79,8	73,7	-7,6%

[1] Pontuação de quanto os pacientes se identificam com o Einstein, em escala de –100 (absolutamente não se identifica) a 100 (identifica-se completamente).

Os pilares da gestão da experiência do paciente são expressos na sigla SPA: segurança do paciente, paixão em servir e atenção aos detalhes.



Parte do complexo Morumbi, a Maternidade Einstein reúne o que há de mais moderno para a prática obstétrica

EXCELÊNCIA OPERACIONAL

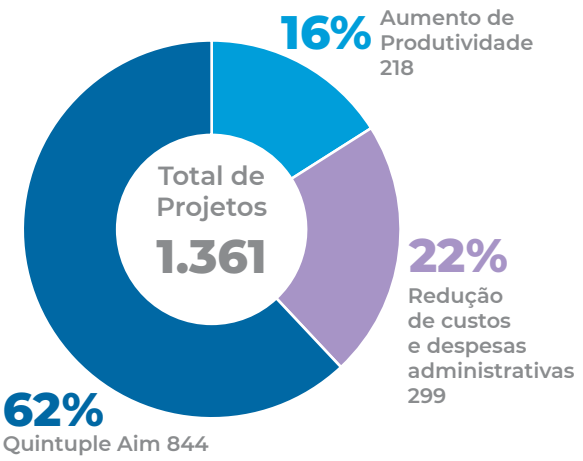
A busca pela melhoria contínua dos processos é realizada de forma sistemática no Einstein, mobilizando profissionais de todas as áreas da organização. O trabalho é baseado na metodologia *Lean Six Sigma* - voltada para assegurar a qualidade e a segurança por meio da redução de etapas desnecessárias em processos, da eliminação do desperdício e da diminuição da variabilidade nos resultados.

A organização realizou cerca de 1.400 projetos e certificou 1.000 líderes pela metodologia desde o início de atividade, em 2008. Cerca de 60% dos projetos está relacionada à Quíntupla Meta do *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, que o Einstein adota no direcionamento de suas estratégias (saiba mais sobre a Quíntupla Meta na página 42). Os outros 40% referem-se a projetos de redução de custos e aumento de produtividade. A redução de desperdícios desde 2008 é estimada, aproximadamente, em R$ 500 milhões.

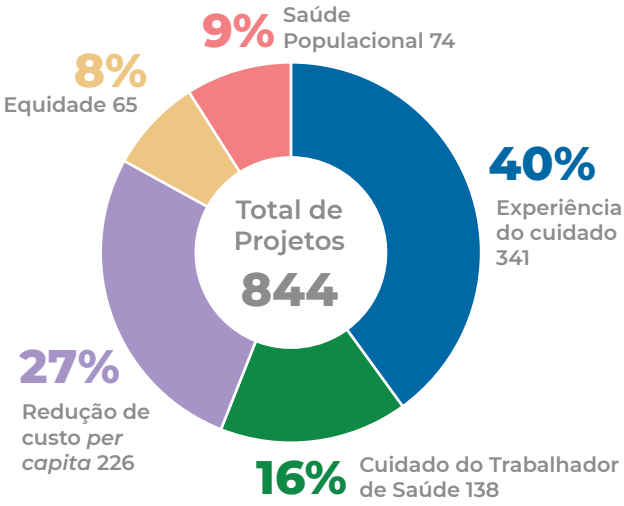
Os projetos funcionam como mecanismos de transformação e disseminação de uma cultura de excelência operacional no dia a dia das pessoas, de forma natural, que transborda e gera impactos no relacionamento com todos os públicos e na gestão dos serviços.

Todas as ações de melhoria dos produtos, serviços e processos também são estendidas às unidades públicas. Em 2022, foram desenvolvidos projetos utilizando a metodologia *Lean Six Sigma* no Hospital Municipal M'Boi Mirim - Moysés Deutsch; no Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - Iris Rezende Machado; no Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho; na UPA Campo Limpo; nas unidades de programas governamentais, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA).

Programa Einstein de Excelência Operacional



O *Quintuple Aim* se desdobra em



Os projetos funcionam como mecanismo de transformação e disseminação de uma cultura de excelência operacional no dia a dia das pessoas, de forma natural, que transborda e gera impactos no relacionamento com todos os públicos e na gestão dos serviços.

DIÁLOGOS E ALIANÇAS

GRI 2-28

Com o objetivo de contribuir para a melhoria do sistema da saúde, o Einstein participa ativamente de fóruns nacionais e internacionais de discussão e desenvolvimento de iniciativas com o poder público, incluindo órgãos reguladores, universidades, hospitais públicos e privados, operadoras de saúde e entidades setoriais.

Entre seus principais interlocutores estão:

- O Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo;
- A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep);
- A Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (ABRAMED) e a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), o Instituto Coalizão Saúde (ICOS) e a Saúde Digital Brasil. Desde 2020, o Einstein integra o Conselho de Administração do Instituto Ética Saúde e o Comitê de Integridade do Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde (IBROSS);
- O Projeto Hospitais Saudáveis, da organização americana *Health Care Without Harm*, a Aliança Latinoamericana de Hospitais, a *Vision Zero*, da *International Social Security Association (ISSA*) e o *Stabe Tal Hasteres*;
- A Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp);
- A Universidade Católica do Chile, a *Case Western Reserve University*, a *Stanford University*, o *Massachusetts Institute of Technology (MIT)*, o Technion - *Israel Institute of Technology* e o *Weizmann Institute of Science*;
- O *City of Hope Medical Centre*, a *Mayo Clinic, a Cleveland Clinic e o Sheba Medical Center.*

IHI E PLANETREE

O Einstein mantém uma aliança estratégica com o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, referência mundial em qualidade e segurança na área da saúde, e é representante no Brasil do Planetree, referência internacional de cuidado centrado na pessoa e na assistência à saúde.

Agentes de saúde no bairro de Paraisópolis, zona sul de São Paulo

CERTIFICAÇÕES, ACREDITAÇÕES E RECONHECIMENTOS

Os serviços e processos de controle do Einstein são certificados, acreditados ou designados com relação a padrões e normas externas de referência. Os principais são destacados a seguir:

Acreditação hospitalar *Joint Commission International* (JCI)	**Acreditação Hospitalar Organização Nacional de Acreditação (ONA) Nível 3**	***American Association of Blood Banks* (AABB)**
Atestar padrões internacionais hospitalares de excelência, qualidade e de segurança	Garantir padrões nacionais hospitalares de excelência, qualidade e de segurança	Atestar a qualidade e a segurança das atividades transfusionais e de terapia celular
Área e escopo: Unidades Morumbi, Alphaville, Jardins, Ibirapuera, Perdizes e Chácara Klabin	Área e escopo: Hospital Municipal M'Boi Mirim – Dr. Moysés Deutsch e ao Hospital Municipal Vila Santa Catarina – Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho	Área e escopo: Departamento de hemoterapia e terapia celular

***American College of Radiology* (ACR)**	***American Society for Histocompatibility and Immunogenetics* (ASHI)**	***Association for the Accreditation of Human Research Protection Program* (AAHRPP)**
Garantir a qualidade do serviço de imagem. O Einstein é a única organização de saúde do Brasil com acreditação em todas as modalidades diagnósticas	Garantir o processo histocompatibilidade e imunogenética do Laboratório de Patologia Clínica	Garantir a aplicação das melhores práticas de pesquisas em humanos
Área e escopo: Imagem - mamografia, ultrassonografia, tomografia, ressonância e medicina nuclear	Área e escopo: Laboratório - setor de histocompatibilidade	Área e escopo: Unidade Morumbi

***Association for Assessment and Accreditation of Laboratory Animal Care International* (AAALAC)**	***College of American Pathologists* (CAP)**	***Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy* (FACT)**
Garantir as boas práticas no tratamento e uso responsável de animais em testes laboratoriais	Garantir a qualidade no processo de diagnóstico clínico no laboratório	Garantir a qualidade e segurança no transplante de medula óssea, coleta, processamento e armazenamento de cordão umbilical. O Einstein é a única organização acreditada da América Latina
Área e escopo: Centro de Experimentação e Treinamento em Cirurgia (CETEC)	Área e escopo: Laboratório clínico e Anatomia Patológica – Unidade Morumbi e Núcleo Técnico Operacional (NTO)	Área e escopo: Departamento de Hemoterapia, Terapia Celular e Programa Clínico de Transplante de Medula Óssea

ISO 9001	ISO 14001/2015	ISO 50001/2018
Certificar os padrões de qualidade e segurança do Departamento de Voluntários	Garantir padrões nacionais para gestão ambiental de sustentabilidade	Garantir padrões definidos pela norma dos Sistemas de Gestão Energética
Área e escopo: Unidades Morumbi, Perdizes, Alphaville, Ibirapuera, Vila Mariana, Paraisópolis, Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho e Hospital Municipal M'Boi Mirim	Área e escopo: Unidades Morumbi, Perdizes, Jardins, Ibirapuera, Chácara Klabin e Alphaville, bem como as Clínicas Einstein Parque da Cidade, Alto de Pinheiros, Anália Franco e Ibirapuera, o Residencial Israelita Albert Einstein (RIAE), o Núcleo Técnico Operacional (NTO) Santana e o Programa Einstein na Comunidade Paraisópolis (PECP)	Área e escopo: Unidade Morumbi

Magnet	*Planetree*	Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (Palc)
Garantir padrões de qualidade e práticas assistenciais que evidenciam a excelência da enfermagem	Garantir a experiência e o cuidado centrado na pessoa (paciente, familiar, colaborador)	Promover a qualidade dos serviços laboratoriais prestados a pacientes e usuários
Área e escopo: Unidade Morumbi	Área e escopo: A unidade Morumbi é certificada com a Credencial Ouro	Área e escopo: Unidade Morumbi, Núcleo Técnico Operacional e os postos de coleta das Unidades Avançadas e das Clínicas Einstein

Selo Amigo do Idoso	*Society for Simulation in Healthcare* (SSH)
Garantir as iniciativas de adequação da infraestrutura, capacitação de profissionais e familiares, engajamento comunitário e estímulo à prevenção em saúde do idoso	Garantir as boas práticas do Centro de Simulação Realística no treinamento e capacitação de equipes
Área e escopo: Unidade Morumbi e Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho	Área e escopo: Unidade Morumbi

2

ASSISTÊNCIA

- UNIDADES E ATUAÇÃO
- JORNADA DIGITAL
- ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA
- CUIDADO PRIVADO
- MEDICINA DIAGNÓSTICA
- MEDICINA AMBULATORIAL
- CUIDADO PÚBLICO
- CORPO CLÍNICO

O departamento de Radioterapia dispõe dos mais modernos sistemas e equipamentos do mercado

GRI 2-1

O Modelo Einstein de Saúde é um sistema integrado no qual diferentes elementos se combinam para prestar serviços de assistência à saúde com excelência e exercer a medicina baseada em evidências científicas. Os serviços cobrem todo o ciclo de cuidados com a saúde – promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação – e compreendem por completo os níveis de atenção:

Primária - programas de promoção, prevenção e imunização, consultórios e clínicas ambulatoriais;

Secundária - serviços ambulatoriais e hospitalares de baixa e média complexidades, que incluem serviços de urgência e emergência e medicina diagnóstica;

Terciária - serviços hospitalares de alta complexidade;

Quaternária - serviços como transplantes de tecidos e órgãos, realizados em ambiente hospitalar.

Do ponto de vista do público, a Assistência se subdivide em **Cuidado Privado**, por meio de hospitais, consultórios, unidades ambulatoriais, clínicas e voltados principalmente para a Saúde Suplementar, e **Cuidado Público**, por meio de hospitais e unidades ambulatoriais do SUS administradas pelo Einstein.

A Medicina Diagnóstica do Einstein presta serviços a estes segmentos de Assistência, bem como a outros hospitais e clínicas.

UNIDADES E ATUAÇÃO

Atuação diversificada na saúde privada
e na pública com ampla estrutura
de prestação de serviços

SAÚDE PRIVADA
21 unidades

- **02** Hospitais: em São Paulo e em Goiânia
- **05** Unidades Avançadas - pronto atendimento, exames, consultas e procedimentos de média complexidade em em Sao Paulo e Barueri (SP)
- **05** Clínicas Einstein - atenção primária em São Paulo
- **01** Espaço Einstein – Reabilitação e Esporte em São Paulo
- **08** Clínicas *On site*

SAÚDE PÚBLICA
30 unidades

- **03** Hospitais Municipais: Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de C. Marques de Carvalho (São Paulo); M'Boi Mirim - Dr. Moysés Deutsch (São Paulo) e Aparecida de Goiânia - Iris Rezende Machado (Aparecida de Goiânia)
- **01** Laboratório Municipal de Exames Diagnósticos em Mogi das Cruzes (SP)
- **02** Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- **01** Ambulatório Médico de Especialidades Pediátricas (AME-P)
- **14** Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- **03** Unidades de Assistência Médico Ambulatorial (AMA)
- **04** Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
- **02** Serviços de Residência Terapêutica (SRT)

Com o Centro de Parto Humanizado, no Hospital Municipal M'Boi Mirim, o nascimento passa a ser visto como um momento familiar e emocional e não apenas como um evento clínico

QUINTUPLE AIM

GRI 3-3

A atuação do Einstein é orientada pelo *Quintuple Aim*, ou Objetivo Quíntuplo, criado pelo *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, que preconiza que o planejamento, a tomada de decisão e a execução de ações pelas organizações de saúde devem considerar cinco objetivos inter-relacionados:

EXPERIÊNCIA DO CUIDADO

melhorar qualidade, segurança e experiência do paciente e o desfecho clínico;

SAÚDE POPULACIONAL

ampliar o alcance das ações para parcelas maiores da população e coordenar o cuidado dos pacientes, desde a atenção primária, para reduzir a necessidade de cuidados de média e alta complexidades;

REDUÇÃO DE CUSTO *PER CAPITA*

aplicar os recursos de modo eficiente e eficaz, eliminando desperdícios;

CUIDADO AO TRABALHADOR DE SAÚDE

prover condições para que o colaborador atue com felicidade e significado;

EQUIDADE

viabilizar a todos, independentemente de gênero, raça, orientação sexual ou fatores socioeconômicos, a oportunidade de atingir seu pleno potencial de saúde.

O Centro de Controle Operacional utiliza dados para identificar oportunidades de melhoria em processos que evitam a recorrência de eventos adversos

SAÚDE BASEADA EM VALOR

GRI 3-3

O Einstein desenvolve uma série de ações em Assistência à Saúde Baseada em Valor (VBHC, sigla em inglês para *Value Based Health Care*). O objetivo é provocar uma transformação ao longo do tempo no sistema de saúde a partir de dois elementos: a construção de unidades integradas de práticas, focadas em condições clínicas ou em segmentos da população, e a mudança na forma de remuneração dos serviços de saúde, que deixa de ser baseada no volume de atendimentos prestados e passa a ter foco nos desfechos (resultados obtidos com o tratamento), gerando valor para os pacientes e para o sistema de saúde.

Em 2022, elaborou-se o Dossiê de Valor, um relatório que agrega indicadores que quantificam as entregas para os pacientes, por especialidade nos pilares de pertinência, desfechos, custos e experiência do paciente.

Na prática, é avaliada toda a jornada do paciente: se ele foi atendido no tempo adequado, se foram cumpridas as medidas recomendadas nos protocolos para o seu caso e a sua qualidade de vida após a liberação médica. Essa avaliação é feita para várias especialidades.

Estas análises aliam a visão de custo e benefício clínico de cada caso, permitindo identificar pontos de melhoria de qualidade, segurança assistencial e de redução de desperdício. Esses dados demonstram os ganhos da implementação de protocolos e projetos, a possibilidade de reduzir eventos adversos, de evitar riscos para o paciente e custos para a operadora e o sistema de saúde.

Acesse o Dossiê de Valor

ESCRITÓRIO DE EXCELÊNCIA EINSTEIN

O Escritório de Excelência é uma unidade especializada em projetos colaborativos com instituições privadas e públicas que, por meio de alianças, compartilha ideias e métodos que alavancam a adesão de práticas em qualidade e segurança para a obtenção de melhores resultados e a redução do dano na assistência. O objetivo é criar uma comunidade de aprendizagem para o compartilhamento de conhecimento gerado com e em diferentes organizações e culturas no mundo.

Para alcançar este objetivo, o escritório conta com a aliança estratégica do IHI. O escritório também é o representante do *Planetree* no Brasil, referência internacional de cuidado centrado na pessoa e na assistência à saúde na América do Norte, Europa e América Latina. Este modelo favorece a colaboração entre as organizações de saúde interessadas na adoção de práticas de equidade e humanização, aspectos essenciais para um ambiente de cura.

Uma das linhas de atuação do Escritório de Excelência é a capacitação de hospitais públicos e privados por meio da execução de iniciativas que possam demonstrar os ganhos com a redução de custo na assistência, além de aperfeiçoar suas práticas e melhorar a segurança e experiência do paciente.

Um exemplo é o projeto PROADI-SUS (saiba mais na página 104) Saúde em Nossas Mãos, que apoia a implantação de processos de qualidade para redução de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) em hospitais públicos em todos os estados brasileiros. Uma equipe especializada capacita os hospitais na redução das IRAS evitadas. Entre 2018 e 2020, os ganhos alcançados em 115 hospitais públicos participantes que reduziram as IRAS em cerca de 7.600 foi de R$ 354 milhões. Atualmente, 194 hospitais públicos adicionais participam da iniciativa.

Na área privada, destaca-se o estudo sobre custos no projeto Parto Adequado, que busca o aumento de partos vaginais e a redução da mortalidade materna. Desenvolvido em parceria com a Agência Nacional de Saúde (ANS) e o IHI, o projeto estimou uma economia de cerca de R$ 328 milhões ao sistema de saúde brasileiro em três anos se as práticas fossem implantadas em todas as maternidades públicas e privadas no Brasil. O cálculo baseia-se nos partos registrados no sistema de nascidos vivos e no percentual de redução de partos cesáreos desde o início do projeto (7,4%). Estimou-se que 400 mil partos cesáreos seriam evitados, reduzindo, assim, o risco de dano na assistência e o desperdício de recursos.

Continuidade das Atividades

O Programa de Continuidade das Atividades foi criado em 2019 com o objetivo de minimizar ou eliminar o impacto de situações que pudessem causar indisponibilidade da operação e, consequentemente, a ruptura do processo de cuidado aos pacientes em todas as unidades do Einstein.

Em 2022, esse trabalho continuou no setor público, começando pelo Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho. Durante o ano, foi concluído o diagnóstico de riscos relacionados à indisponibilidade de infraestrutura, equipamentos, mão de obra, cadeia de suprimentos e *softwares*. O escopo avaliado contemplou 60 processos e 308 subprocessos. Como resultado desta avaliação, 57 ações de melhoria foram definidas para a mitigação ou eliminação de riscos identificados e 55 planos de contingência elaborados.

Na Sala de Hemodinâmica do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia, são realizados procedimentos minimamente invasivos para alterações que afetam a saúde do coração e do sistema cardiovascular

QUALIDADE NA REDE PÚBLICA

O programa de excelência operacional do Einstein é realizado nas unidades privadas e públicas, adequando-se às respectivas particularidades. Nos projetos desenvolvidos é utilizada a metodologia *Lean Six Sigma*.

O plano prevê a expansão do programa para os demais hospitais públicos administrados pelo Einstein e para a Unidade de Goiânia até dezembro de 2023.

Na Unidade Morumbi, foram adotadas ações estruturantes, como a duplicação da rede de gases medicinais para garantir redundância, à melhoria no acesso ao centro de distribuição de material e medicamentos, que fica fora das dependências do Einstein; à disponibilização de materiais e medicamentos críticos e à guarda de materiais anatomopatológicos.

JORNADA DIGITAL

O Einstein investe em transformação digital e lidera a adoção de tecnologias com potencial de gerar benefícios e oportunidades para o futuro das organizações de saúde, impactando na sociedade e no meio ambiente. Entre as principais tendências no setor, destacam-se o uso de tecnologias sustentáveis, redução de riscos e melhoria da experiência do usuário, análise de dados para qualificar e agilizar decisões, o uso confiável e transparente da inteligência artificial (AI), a eficácia das plataformas de trabalho em nuvem e em rede e o uso de superaplicativos (superapps) pelos usuários para atender a necessidades variadas.

Conectada à visão da organização de desenvolvimento sustentável de tecnologias, a transformação digital faz parte das diretrizes estratégicas do Einstein e impulsiona diversas iniciativas, como a Telemedicina, os sistemas de análise preditiva e de monitoramento (ver página 49) e de segurança dos pacientes (ver página 26), o apoio à tomada de decisão e o desenvolvimento de ferramentas de comunicação e relacionamento. O uso da tecnologia não é um fim em si mesmo, pois está centrado no paciente e a serviço do seu cuidado e submete-se à Lei Geral de Proteção de Dados e a rigorosos princípios éticos.

O Programa de Transformação Digital foi criado para modificar processos e aperfeiçoar as operações nas unidades privadas e públicas, garantindo um fluxo contínuo de excelência e inovação que gere valor para pacientes, médicos, enfermeiros e outros públicos interessados.

Em 2022, evoluiu-se no processo de tomada de decisão apoiada em técnicas avançadas de análise de dados. Esse progresso se deu em quatro temas: Intensificação do uso de *Big Data & Analytics* (veja na próxima página); experiência centrada no paciente, médico e colaboradores; fortalecimento da arquitetura tecnológica; e a preparação de líderes e equipes para trabalhar em um contexto ágil.

Plataforma de Saúde Digital Einstein

A Plataforma de Saúde Digital é resultado da consolidação dos sistemas que compõem a transformação digital do Einstein. Seu objetivo é baixar custos, aumentar a velocidade das operações e trazer melhores resultados aos processos que envolvem pacientes, médicos, colaboradores, operações digitais internas e operadoras de planos de saúde.

Hoje, muitas áreas da organização utilizam a plataforma. As Clínicas Einstein (ver mais na página 58), o *Check Up* Digital e a Telemedicina, por exemplo, operam exclusivamente por meio da plataforma. Em outras áreas, como nos laboratórios e no Einstein Até Você, a plataforma funciona como apoio para alguma etapa específica da operação. Em 2022, foram investidos R$ 36 milhões na Plataforma.

Em breve, haverá a unificação de informações para médicos e pacientes em uma interface, na qual será possível acessar toda a jornada do paciente, independente das unidades pelas quais passou.

A área de *Big Data* organiza e trata grande volume de dados com foco na melhoria de desempenho

BIG DATA & ANALYTICS

Com a ferramenta de *Big Data & Analytics*, o sistema de *check-up* passou a utilizar, em 2022, um algoritmo de inteligência artificial capaz de predizer a probabilidade de uma pessoa desenvolver uma síndrome metabólica. Com o seu uso pelos médicos, mais de 80% dos pacientes com predisposição já saem da consulta com o prognóstico de desenvolvimento, ou não, da síndrome.

No período também se aumentou a eficácia da avaliação de pacientes com maiores probabilidades de reinternação no período de um mês após a alta. Com as informações geradas nessas avaliações, as internações foram reduzidas e foi possível liberar a capacidade equivalente de 16 leitos.

Para nortear as atividades na área, foi publicada, em 2022, a Política de Uso Ético de Inteligência Artificial, baseada nos padrões mais avançados adotados no mundo.

O termo *Big Data* refere-se ao armazenamento, organização e tratamento de grandes volumes de dados. Já *Analytics* são ferramentas, meios e técnicas para utilizar as informações contidas no *Big Data* em aplicações para melhoria de desempenhos.

MEDICINA DE PRECISÃO

A medicina de precisão ajuda a avaliar o risco do desenvolvimento de problemas de saúde que ainda não se manifestaram, além de possibilitar um tratamento personalizado para as mais variadas doenças considerando dados clínicos, exames, a genética, o meio ambiente e o estilo de vida de cada paciente. O Programa de Medicina de Precisão do Einstein integra, entre outros, *Big Data & Analytics* e a Genômica (saiba mais na página 56) para desenvolver uma medicina cada vez mais preditiva, preventiva e personalizada.

O Programa de Medicina de Precisão, que utiliza o P4M - uma estrutura de dados e análises avançadas -, realizou, em 2022, o primeiro trabalho de aplicação clínica de risco poligênico para câncer de mama, e as equipes do Einstein passaram a usar essa ferramenta para orientar mulheres e impedir mastectomias desnecessárias.

A importância desse trabalho de orientação é reforçada pelo fato de que, considerando uma população de mil mulheres, uma delas teria risco genético para câncer, mas não necessariamente desenvolveria a doença. Isso significa, por exemplo, que no Brasil, com uma população de 110 milhões de mulheres, cerca de duzentas delas apresentariam risco poligênico para câncer de mama, mas nem todas desenvolveriam a doença.

H. STORY: INTERAÇÃO ENTRE INTELIGÊNCIAS ARTIFICIAL E HUMANA

Em 2022, foi criado o *H. Story*, uma ferramenta de governança analítica que envolve as áreas de Tecnologia da Informação (TI), *Big Data & Analytics* e a Prática Médica. O *H. Story* permite tratar as informações e torná-las inteligíveis para o médico no cuidado ao paciente. A ferramenta é aplicada, por enquanto, em quatro frentes: medicina materno-fetal; imagens; laboratórios e medicina de precisão. A expectativa é que, em 2023, cerca de 3 mil médicos passem a usar o *H. Story*.

BIG DATA NO SUS

O Einstein desenvolve quatro projetos relacionados a *big data* no âmbito do PROADI-SUS: a organização de soluções para atendimento a acidentes por fatores externos, a maior causa de morte em jovens; a criação de soluções para melhorar as ferramentas de checagem de uso de recursos; a análise de dados para entender e combater "superbactérias" em hospitais; e, ainda, a criação da camada analítica para a Rede Nacional de Dados de Saúde, peça fundamental na estratégia de saúde digital do país.

MONITORAMENTO

Um exemplo de aperfeiçoamento dos serviços de assistência à saúde por meio da digitalização é a Central de Monitoramento Assistencial (CMOA), que acompanha de forma contínua e em tempo real pacientes da Unidade Morumbi, de unidades externas e do Hospital Municipal Vila Santa Catarina.

Esse monitoramento é possível graças à plataforma Cerner Millennium, sistema de gestão de informações em saúde que integra dados da assistência ao paciente a exames diagnósticos, condutas e medicações prescritas, proporcionando troca de informações em tempo real, automatização de processos e redução do risco de erros. A CMOA usa a plataforma para extrair e monitorar uma série de indicadores em tempo real e gerar alertas em caso de riscos ou desvios em níveis de dor, atraso em medicamentos, alergias e índices de glicemia, por exemplo.

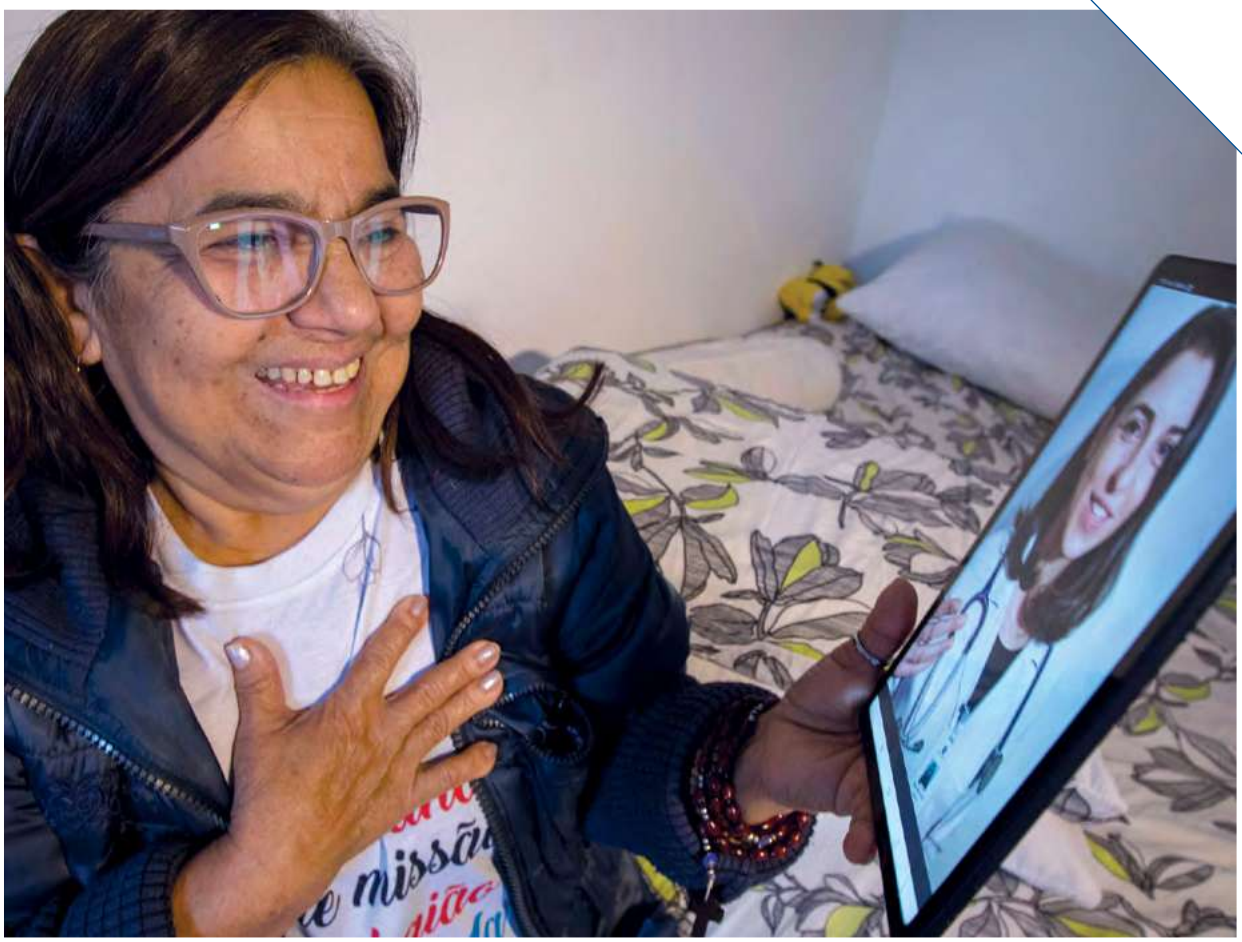
No Einstein, a centralização de câmeras e monitoramento de parâmetros dos pacientes na CMOA é uma ação importante e permite aumentar a percepção do ambiente por parte dos profissionais assistenciais, colaborando, por exemplo, para evitar desvios de atenção que possam impactar a segurança do paciente.

TELEMEDICINA

A Telemedicina do Einstein ganhou protagonismo nos últimos anos em função do pioneirismo, da evolução tecnológica e de seu papel na pandemia de covid-19. O investimento consistente, desde 2012, e a plataforma consolidada de serviços possibilitaram ampliar rapidamente a oferta e cobertura dos serviços, levando os serviços a empresas, operadoras e organizações de saúde.

Os atendimentos em telemedicina alcançaram a marca de 551,2 mil, sendo 464,6 mil na saúde privada e 86,6 mil na saúde pública, crescimentos de 21,1% e de 123,6%, respectivamente. No mesmo período, a base de vidas com acesso ao serviço passou para 2 milhões, comparado a 1,9 milhão no ano anterior. O número de empresas que contrataram o serviço saltou de 106 para 112. Cerca de 85% dos casos atendidos na plataforma não necessitam de avaliação presencial complementar.

A Central de Monitoramento Assistencial acompanha de forma contínua e em tempo real pacientes da Unidade Morumbi, de unidades externas e do Hospital Municipal Vila Santa Catarina.



A Telemedicina do Einstein realizou mais de 550 mil consultas em 2022

CHEGANDO MAIS LONGE

Assistência a trabalhadores de plataformas marítimas

O Einstein e a Petrobras expandiram, a partir de setembro de 2022, a iniciativa de teleatendimentos oferecida a trabalhadores das unidades marítimas e terrestres da companhia. A empresa já atendia, desde 2014, colaboradores em sete plataformas da Bacia de Santos. Agora, o serviço chegará a 77 unidades, sendo 55 *offshore* e 22 *onshore*.

Programa de segunda opinião

É realizado na região Norte do Brasil, onde médicos atendem em regiões remotas, muitas vezes com acesso apenas fluvial. O programa permite que médicos com perfis mais generalistas, como clínicos e médicos da família, trabalhem em conjunto com especialistas do Einstein. O programa de segunda opinião é um projeto PROADI–SUS (saiba mais na página 104).

Pronto Atendimento Virtual

A partir de 2023, a Telemedicina no modelo de Pronto Atendimento Digital será levado para áreas remotas do país escolhidas pelo Einstein junto com a Fundação Banco do Brasil e pelo Ministério da Saúde.

ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA

O modelo integrado de atendimento em Oncologia do Einstein inclui as áreas clínica, pediátrica, geriátrica, intervencionista, de cirurgia, odontológica, radioterapia, nutrologia, nutrição, reabilitação, fisioterapia, psicologia, psiquiatria, medicina integrativa e cuidados paliativos.

Estas áreas compõem a estrutura do Centro de Oncologia e Hematologia Einstein Família Dayan - Daycoval, na Unidade Morumbi, e o Departamento de Terapia Celular para Câncer. Na Unidade Avançada Perdizes/ Higienópolis, são realizadas consultas, exames, quimioterapia e radioterapia.
A essas unidades se soma a rede de oncologia Einstein, que permite o acesso de pacientes de fora da cidade de São Paulo à qualidade e aos serviços ofertados pelo Einstein, por meio de colaborações com três clínicas: uma em Brasília (DF), uma em Curitiba (PR) e outra em Manaus (AM).

Segundo o *ranking* 2022 da revista americana *Newsweek* (saiba mais na página 54), a Oncologia do Einstein está entre as 16 melhores do mundo e é a primeira colocada na América Latina.

ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA

TÓPICO RELACIONADO		2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Consultas*		62.060	100.537	131.800	31,1%
	Morumbi	20.046	25.684	27.621	7,5%
	Goiânia	-	501	1.360	171,5%
	Vila Santa Catarina	42.014	74.352	102.819	38,3%
Atendimentos em PA oncológico (Morumbi)		812	994	1.214	22,1%
Procedimentos oncológicos cirúrgicos		5.895	7.719	8.635	11,9%
	Morumbi	4.051	5.117	5.700	11,4%
	Vila Santa Catarina	1.844	2.602	2.935	12,8%
Transplantes de Medula Óssea		50	54	65	20,4%
	Morumbi	50	53	63	18,9%
	Goiânia	-	1	2	100,0%
Pacientes em tratamento quimioterápico		8.804	11.116	14.900	34,0%
	Morumbi e Perdizes	3.507	4.134	4.633	12,1%
	Goiânia	-	205	741	261,5%
	Vila Santa Catarina	5.297	6.777	9.526	40,6%
Sessões ambulatoriais de quimioterapia		18.703	20.690	22.302	7,8%
	Morumbi e Perdizes	7.268	8.176	8.819	7,9%
	Vila Santa Catarina	11.435	12.514	13.483	7,7%
Radioterapias ambulatoriais (Morumbi e Perdizes)**		21.575	21.277	31.075	46,0%
Pacientes/dia		29.284	36.270	44.345	22,3%
	Morumbi	12.549	15.150	14.816	-2,2%
	Vila Santa Catarina	16.735	21.120	29.529	39,8%

*Consultas realizadas no setor pela equipe multiprofissional (incluindo consultas médicas) para pacientes oncológicos.
**Privado e SUS.

A Oncologia do Einstein está entre as 16 melhores do mundo e é a primeira colocada na América Latina.

A Clínica de Especialidades Pediátricas do Einstein oferece assistência médica integrada e especializada para crianças e adolescentes com doenças crônicas, complexas ou de difícil controle

NOVO CENTRO ONCOLÓGICO

Em 2022, o Einstein anunciou a construção de um Centro de Cuidados e Terapias Avançadas em Oncologia e Hematologia de classe mundial que atuará com foco em prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e *survivorship* (programa que dá suporte aos pacientes após o tratamento sob aspectos físico, psicossocial, emocional, espiritual, entre outros).

O novo Centro tem previsão de inauguração em 2025 e estará localizado no Parque Global, bairro planejado que está sendo construído junto à Marginal Pinheiros, em São Paulo, e vai liderar a adoção da medicina de precisão por meio de planejamento de cuidados personalizados, inovação, *big data*, ciência e tecnologia. O Centro reunirá uma equipe multidisciplinar especializada, que inclui renomados médicos especialistas do país, que atuará dentro de uma cultura de aprendizado e educação contínuos em benefício dos pacientes e seus familiares.

O novo Centro de Cuidados e Terapias Avançadas em Oncologia e Hematologia tem previsão de inauguração em 2025.

CUIDADO PRIVADO

O Einstein atua de forma ampla no setor privado de assistência à saúde. São 21 unidades, uma delas inaugurada em 2022, o Espaço Einstein, em São Paulo (SP). As outras unidades estão distribuídas na capital paulista (12), uma em Goiânia (GO), uma em Barueri (SP), uma em Guarulhos (SP), uma em Sorocaba (SP), duas no Rio de Janeiro (RJ), uma em Belo Horizonte (MG) e uma em Curitiba (PR).

UNIDADE MORUMBI

A unidade hospitalar do Morumbi conta com Pronto Atendimento 24h, uma estrutura completa de Medicina Diagnóstica, centros cirúrgicos, consultórios médicos, vacinação, maternidade, um centro completo para o tratamento do câncer e doenças hematológicas, banco de sangue, centro de reabilitação e um sistema em expansão de quartos inteligentes, que são ambientes personalizados e com funcionalidades específicas que permitem controlar, a distância, diversos dispositivos do ambiente.

Em 2022, 50 novos leitos foram criados, ampliando a capacidade de operação e número de pacientes atendidos na unidade.

RECONHECIMENTO *MAGNET* ATESTA AS EXCELENTES PRÁTICAS EM ENFERMAGEM

Em julho de 2022, a unidade Morumbi recebeu o reconhecimento *Magnet* pela excelência de práticas e estratégias de enfermagem do mundo. O Einstein é a primeira organização da América Latina a conquistar a condição de hospital *Magnet*. Apenas 14 centros de saúde fora dos Estados Unidos têm essa designação.

O Programa de Reconhecimento *Magnet*, coordenado pela *American Nurses Credentialing Center* (ANCC), é conduzido como uma jornada, com acompanhamento contínuo de melhorias com base em indicadores assistenciais e de gestão, alicerçado em *benchmarkings* internacionais e validado a cada três anos.

A designação *Magnet* contribui diretamente para a obtenção de melhores resultados assistenciais, incluindo segurança e experiência do paciente, e para maior atração, retenção e satisfação das equipes de enfermagem.

A unidade Goiânia conta com 18 mil metros quadrados e a primeira plataforma de cirurgia robótica do estado

MELHOR HOSPITAL BRASILEIRO NO *RANKING* DA *NEWSWEEK*

Em 2022, a unidade Morumbi do Einstein foi eleita, pelo terceiro ano consecutivo, um dos melhores hospitais do mundo no *ranking* publicado pela revista americana *Newsweek*. Em pesquisa feita em 27 países, o Einstein foi o único hospital brasileiro entre os 50 melhores do mundo, ocupando o 34º lugar na lista, duas posições acima da de 2021.

O *ranking World's Best Hospitals* 2022, feito em parceria com a Statista Inc., empresa global de pesquisa de mercado e dados de consumidores, se baseou em recomendações de cerca de 80 mil profissionais de saúde, resultados de pesquisas com pacientes e indicadores-chave de desempenho médico assistencial.

No inicio de 2022, o Einstein também foi considerado o melhor hospital da América Latina em Gastroenterologia (10º posição global), Oncologia (16º posição global) e Ortopedia (24º posição global), pelo ranking *World's est Specialized Hospitals*, da mesma revista.

Atendimento materno-infantil e reprodução assistida

O Einstein está em uma jornada de transformação do seu atendimento materno-infantil, baseada em três princípios: foco na saúde integral da mulher; ressignificação da saúde reprodutiva para a inclusão de casais homoafetivos e transgêneros; e ampliação do escopo de atendimento de pediatras, indo dos recém-nascidos aos adultos jovens até 21 anos de idade, evitando que existam faixas etárias não incluídas nas coberturas ou com baixa disponibilidade de profissionais para atendimento.

Em situações de reprodução assistida com casais homoafetivos e transgêneros, o objetivo tem sido assegurar a equidade, buscando oferecer as experiências do trabalho de parto mais perto dos diferentes formatos de famílias, o que inclui desde o letramento da equipe em relação à linguagem inclusiva e eliminação de vieses até à construção de uma experiência que inclui, por exemplo, o aleitamento humano por processos de relactação ou lactação de pessoas que possuem glândulas mamárias, mesmo que tenham passado por transformação física.

UNIDADE GOIÂNIA

Com 18 mil metros quadrados de área total, pronto atendimento 24 horas, leitos de internação, terapia intensiva e transplante medular ósseo, a unidade de Goiânia é o primeiro hospital do Einstein fora de São Paulo. Em 2022, foram investidos R$ 16,7 milhões em infraestrutura, com destaque para a instalação da primeira plataforma de cirurgia robótica do estado.

Deste total, R$ 7 milhões foram investidos em uma sala dedicada à cirurgia ortopédica, com aquisição de torres de vídeo, sistema de gravação, arco cirúrgico, além de materiais adequados para cada subespecialidade da cirurgia ortopédica. A unidade também inaugurou um novo laboratório de microbiologia.

Mais conforto para médicos e pacientes

Em agosto de 2022, foi inaugurado o *check-up* executivo com uma área de 550 metros quadrados. No espaço, os cuidados ficam centrados em um só local, garantindo estrutura e privacidade aos pacientes. Também foram construídos nove novos consultórios médicos com recepção dedicada.

ASSISTÊNCIA

Unidades Hospitalares (Morumbi e Goiânia) e Unidades Avançadas (Perdizes, Ibirapuera, Chácara Klabin, Alphaville e Jardins)

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Leitos Operacionais	688	776	746	-3,9%
Unidade Morumbi	626	686	711	3,6%
Unidade Goiânia	47	58	35	-39,7%
Salas de Cirurgia	43	43	43	0,0%
Unidade Morumbi	35	35	35	0,0%
Unidade Perdizes	3	3	3	0,0%
Unidade Goiânia	5	5	5	0,0%
Tempo Médio de Permanência (em dias)	3,89	4,03	3,50	-13,2%
Unidade Morumbi	3,88	4,00	3,57	-10,8%
Unidade Goiânia	4,29	4,34	2,90	-33,2%
Taxa de Ocupação (%)	76,9	83,6	85,4	2,2%
Unidade Morumbi	78,0	85,6	87,7	2,5%
Unidade Goiânia	58,5	65,9	49,7	-24,6%
Pacientes/dia	174.289	228.917	229.708	0,3%
Unidade Morumbi	166.931	210.937	221.733	5,1%
Unidade Goiânia	7.358	17.980	7.975	-55,6%
Pacientes cirúrgicos (exceto cesáreas)	27.687	35.622	41.911	17,7%
Unidade Morumbi	24.977	30.773	36.973	20,1%
Unidade Perdizes	2.203	3.073	2.902	-5,6%
Unidade Goiânia	507	1.776	2.036	14,6%
Nº de partos (Morumbi)	3.548	3.857	3.932	1,9%
Atendimentos no PA	187.400	139.102	351.688	152,8%
Morumbi, Perdizes, Ibirapuera, Chácara Klabin e Alphaville	184.960	234.477	344.394	46,9%
Goiânia	2.440	4.625	7.294	57,7%
Consultas	277.339	403.586	479.463	18,8%
Morumbi, Perdizes, Ibirapuera, Chácara Klabin, Alphaville e Jardins	277.339	403.076	473.523	17,5%
Goiânia	-	510	5.940	1.064,7%
Saídas	46.898	59.836	68.375	14,3%
Unidade Morumbi	43.064	52.716	62.058	17,7%
Unidade Perdizes	2.115	2.976	2.794	-6,1%
Unidade Goiânia	1.707	4.143	3.523	-15,0%

MEDICINA DIAGNÓSTICA

A Medicina Diagnóstica apoia todos os serviços ambulatoriais e hospitalares, de uma forma transversal, nos sistemas público e privado. Atende pacientes, organizações de saúde e empresas com um amplo portfólio de exames laboratoriais e de imagem, que se destacam pela qualidade, capacidade de realização de procedimentos complexos - como rastreamento de anomalias genéticas no feto e exames de compatibilidade para a realização de transplantes - e pelo compromisso com a evolução permanente.

EXAMES

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Total	7.620.787	8.619.778	7.625.389	-11,5%
Morumbi, Unidades Avançadas e Clínicas Einstein	7.525.676	8.370.963	7.444.781	-11,1%
Goiânia*	95.111	248.815	180.608	-27,4%

*Início Einstein Goiânia Jun-2021.

CHECK-UPS

Exames - Jardins e Parque da Cidade	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Total	6.726	8.834	12.978	46,9%

EINSTEIN ATÉ VOCÊ

A unidade leva serviços de coleta de exames laboratoriais, imunização, ultrassonografia, polissonografia, exames cardiológicos e infusão de medicamentos até o domicílio dos pacientes e disponibiliza internação de baixa complexidade na residência, com suporte da Telemedicina.

O serviço, que já funcionava em São Paulo (SP), Sorocaba (SP) e em Goiânia (GO), se expandiu para o Rio de Janeiro (RJ) em 2022.

GENÔMICA

O Centro de Medicina Personalizada do Einstein oferece diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças de forma individualizada, com base no perfil genético de cada pessoa.

Na área laboratorial, um destaque foi a decisão de criar uma plataforma genômica com o Grupo Fleury, para oferecer soluções integradas na área de sequenciamento genético. A plataforma entrará em operação em 2023 e vai reunir as áreas de genética das duas organizações para realizar pesquisas, desenvolver processos e oferecer serviços essenciais à medicina de precisão para atender pacientes interessados em realizar a gestão preventiva de sua saúde, bem como o diagnóstico e o tratamento com maior precisão de diferentes enfermidades.
A expectativa é que, inicialmente, ofereça cerca de 300 testes.

A primeira unidade do Espaço Einstein, voltado à reabilitação, promoção da saúde e a prática esportiva, foi inaugurada em 2022

MEDICINA AMBULATORIAL

Com corpo clínico altamente especializado, os serviços de Medicina Ambulatorial do Einstein contam com consultórios de especialidades, pronto atendimento adulto e infantil 24 horas, centros de saúde da mulher, clínicas de imunização, bem como clínicas de atenção primária externas e em empresas.

ESPAÇO EINSTEIN

O Espaço Einstein é uma unidade destinada à reabilitação física e ao desempenho esportivo que atende tanto às pessoas que querem iniciar uma prática esportiva orientada como àquelas que já praticam atividade física de alto rendimento e precisam de suporte para manter essa intensidade, melhorar o desempenho ou recuperar-se de lesão relacionada à prática esportiva.

A primeira unidade do Espaço Einstein, voltada para a promoção da saúde e da medicina do esporte foi inaugurada em setembro de 2022. O foco é a reabilitação de baixa complexidade, ou seja, que não demanda suporte hospitalar, por meio da promoção da saúde física e mental.

Entre os serviços oferecidos pelo Espaço Einstein estão ioga, grupos de consultores para corrida, pilates e condicionamento físico, além de programas de atividades físicas para a comunidade vizinha.

Nos seus primeiros sete meses de funcionamento, foram cerca de 12 mil atendimentos, sendo 95% em serviços de reabilitação e 5% em serviços de medicina esportiva.

CLÍNICAS EINSTEIN

Desenvolvidas a partir de uma abordagem em que o paciente é acompanhado por uma equipe, valorizando a prevenção e promoção da saúde no cuidado aos pacientes, as Clínicas Einstein são unidades ambulatoriais que oferecem atenção primária à saúde e coordenação de cuidado. São cinco unidades próprias e outras oito localizadas em empresas. O atendimento é realizado por médicos de família, enfermeiros, equipe multidisciplinar e coordenadores do cuidado, que oferecem um cuidado abrangente, longitudinal e coordenado.

O modelo das Clínicas Einstein é disponibilizado a empresas e operadoras de planos de saúde, oferecendo o uso de recursos de forma mais eficiente e racional.

UNIDADES AVANÇADAS

As unidades avançadas são extensões do hospital, localizadas em cinco bairros da Região Metropolitana de São Paulo: Alphaville, Chácara Klabin, Jardins, Perdizes e Vila Mariana. Maiores em área do que as Clínicas Einstein, as unidades avançadas contam com instalações modernas, excelente localização e os serviços médico assistenciais do Einstein. As cinco unidades, somadas, atendem cerca de 2.300 pessoas por dia.

Todas as unidades avançadas contam com pronto atendimento, consultórios, exames de imagem e laboratoriais, fisioterapia e vacinação, entre outros serviços. A oferta desse portfólio de serviços ajuda a descentralizar o atendimento e os torna mais acessíveis aos pacientes, que passam a poder utilizá-lo nas proximidades de suas casas.

MEDICINA AMBULATORIAL

ATENÇÃO PRIMÁRIA	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
N° de unidades (Clínicas Einstein)	5	5	5	0,0%
N° de Clínicas *On Site*	6	6	8	33,3%
Atendimentos	108.395	181.081	189.046	4,4%
Consultas	49.083	87.184	108.702	24,7%
Consultas de Enfermagem*	23,0%	24,0%	33,0%	9,0 p.p.
Resolutividade	90,0%	86,30%	81,0%	-5,3 p.p.

*(%) de consultas na Atenção Primária em que o atendimento não foi referenciado para outra especialidade médica

O Hospital Municipal M'Boi Mirim conta com Centro Obstetrício, Neonatologia, UTI Pediátrica e Pediatria

CUIDADO PÚBLICO

O Einstein atua na assistência à saúde no sistema público por meio de 31 unidades de saúde, que incluem três hospitais municipais: o Hospital Municipal M'Boi Mirim - Dr. Moysés Deutsch, através de contrato de gestão com o Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" (Cejam), o Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, através de convênio e o Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - Iris Rezende Machado, através de termo de colaboração.

Um dos destaques da atuação do Einstein no cuidado público é a gestão de uma estrutura que inclui a atenção primária através de uma rede de unidades básicas de saúde (UBS), assistências médicas ambulatoriais (AMAs), centros de apoio psicossocial (CAPS), unidades de pronto atendimento (UPAs) e serviços de residências terapêuticas (SRTs).

Essas unidades realizam desde a saúde da família até procedimentos mais especializados, beneficiando mais de 2 milhões de usuários do sistema público. A operação dessas unidades se dá por meio de convênios que o Einstein mantém com a Prefeitura de São Paulo.

Em 2022, o Einstein assumiu a gestão do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - Iris Rezende de Machado e de mais um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no bairro de Paraisópolis.

ATIVIDADES AMBULATORIAIS COM A PREFEITURA DE SÃO PAULO

,	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Estratégia Saúde da Família				
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	13	14	14	0,0%
Equipes de Saúde da Família	87	92	92	0,0%
Famílias cadastradas	94.537	98.686	105.142	6,5%
Pessoas cadastradas	281.088	262.034	296.146	13,0%
Consultas médicas	327.181	378.119	400.605	5,9%
Outros atendimentos*	1.637.251	2.650.040	2.888.736	9,0%
Assistência Médica Ambulatorial (AMA)				
Unidades	3	3	3	0,0%
Consultas médicas	175.902	230.299	310.268	34,7%
Outros atendimentos	475.044	878.476	1.228.704	39,9%
Atendimentos PA (AMA 24h e 12h - Abertura de ficha, porta aberta para emergência)	186.267	257.513	341.342	32,6%
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)				
Unidades	3	3	4	33,3%
Consultas médicas	6.780	12.121	10.206	-15,8%
Outros atendimentos	46.905	58.464	79.946	36,7%
Serviço de Residência Terapêutica (SRT)				
Unidades	2	2	2	0,0%
Moradores	20	20	20	0,0%
Ambulatório Médico de Especialidades Pediátricas (AME-Pediátrica)				
Unidades	1	1	1	0,0%
Consultas médicas	16.954	24.917	23.821	-4,4%
Outros atendimentos	24.132	46.302	42.262	-8,7%
Total - Atenção Primária e Rede Assistêncial				
Unidades	22	23	24	4,3%
Consultas médicas	526.817	645.456	744.900	15,0%
Outros atendimentos	3.011.640	4.629.035	4.239.648	-8,4%

* Consultas equipe multiprofissional (exceto médica) e procedimentos que possuem código SIGTAP (exemplos: sutura, administração de medicação, vacinas, curativos, coleta de exames laboratoriais, RX, retirada e inserção de DIU, atividades educativas, aferição de PA, glicemia capilar.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)					
Unidades		2	2	2	0,0%
Atendimentos		243.567	315.237	356.521	13,1%
	UPA Campo Limpo	125.911	152.138	176.647	16,1%
	UPA Vila Santa Catarina	117.656	163.099	179.874	10,3%
Exames		610.629	746.404	791.454	65,6%
	UPA Campo Limpo*	373.645	477.801	484.197	1,3%
	UPA Vila Santa Catarina**	236.984	268.603	307.257	14,4%

* Considerada a volumetria apenas dos exames relacionados às análises clínicas nos anos 2017, 2018, 2019 e 2020.
** Início da operação Einstein dez/2019.

REDE DE UTIs

O Einstein administra uma rede de unidades de terapia intensiva (UTIs), composta por unidades em hospitais da rede pública e privada. Em todas elas, os equipamentos utilizados são de última geração, os mesmos protocolos são compartilhados e os médicos fazem intercâmbio de conhecimento de análises de diagnósticos de casos.

O modelo de rede permite, portanto, o acesso mais amplo da população, por meio do sistema público, aos melhores recursos para tratamento de saúde para pessoas que demandam cuidados intensivos.

Outra iniciativa que promove a equidade no acesso a UTIs é o projeto do PROADI-SUS denominado TeleUTI, no qual equipes do Einstein participam de encontros diários com médicos generalistas que atuam em UTIs de hospitais públicos e privados de diferentes regiões do Brasil para a discussão dos casos de pacientes (leia mais na página 104).

Em 2023, o Einstein ampliará o atendimento do projeto TeleUTI, ultrapassando a marca de 500 leitos atendidos, mais de 80% dedicados a unidades públicas de saúde.

HOSPITAL MUNICIPAL VILA SANTA CATARINA

O Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, localizado no bairro Vila Mascote, em São Paulo, é um hospital de alta complexidade. Realiza cirurgias bariátrica, urológica e vascular, e oferece atendimento especializado em oncologia, em maternidade de alto risco e em pediatria, além de disponibilizar serviços de diagnóstico, como laboratório clínico e de imagem.

Diagnóstico precoce de câncer

Localizado no Hospital Municipal Vila Santa Catarina, o novo Centro de Diagnóstico e Tratamento Avançado em Oncologia Bruno Covas foi inaugurado em 2022 para dar mais agilidade à rede municipal de saúde no diagnóstico precoce de pacientes com câncer, permitindo tratamento mais rápido, especializado e atualizado, incluindo atendimento clínico, quimioterapia, radioterapia e cirurgia, inclusive robótica.

Com o novo espaço, houve a ampliação da área de quimioterapia, abertura de novas salas de atendimento ambulatorial e aumento do número de leitos de internação oncológica, que passou de 98 para 111, além de 30 leitos de oncologia cirúrgica.

A aliança entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Einstein é uma das estratégias da Prefeitura de São Paulo para acelerar o diagnóstico de casos oncológicos e encaminhar o paciente precocemente para o início do tratamento.

Acreditação inédita no Brasil

Anexa ao hospital, a UPA Vila Santa Catarina se tornou a primeira do Brasil a receber a acreditação de Excelência (nível 3) pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), modelo brasileiro que certifica a qualidade de hospitais e serviços de saúde. A certificação nível 3 atesta o alto grau de maturidade da cultura de melhoria contínua.

Em 2022, o Hospital Municipal Vila Santa Catarina inaugurou um novo centro oncológico, ampliando a capacidade de atendimento

HOSPITAL MUNICIPAL VILA SANTA CATARINA

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Leitos operacionais	239	232	247	6,5%
Salas de cirurgia	6	6	6	0,0%
Tempo médio de permanência (em dias)	6,1	5,8	5,9	1,7%
Taxa de ocupação (%)	72,3	76,9	77,3	0,5%
Pacientes/dia	63.318	69.065	67.163	-2,8%
Pacientes cirúrgicos (exceto cesáreas)	3.558	3.663	4.287	17,0%
Número de partos	3.584	3.196	3.008	-5,9%
Atendimentos no PA Obstétrico	14.027	16.369	15.748	-3,8%
Consultas	85.649	99.316	119.640	20,5%
Exames processados	967.134	1.091.390	818.550	-25,0%
Saídas	10.290	10.956	11.412	4,2%

HOSPITAL MUNICIPAL M'BOI MIRIM

O Hospital Municipal M'Boi Mirim - Dr. Moysés Deutsch é gerido e operado pelo Einstein, em associação com o Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM). A unidade funciona desde 2008 atendendo a urgências, emergências, cirurgias eletivas e assistência ao parto, com destaque para o atendimento nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia e Psiquiatria.

Em 2022, o hospital recebeu a reacreditação de Excelência (nível 3) da Organização Nacional de Acreditação (ONA). A primeira acreditação foi em 2012, como Acreditado Pleno, e, desde 2014, mantém o nível Acreditado com Excelência nas visitas anuais.

Durante o ano, o hospital instituiu seu núcleo de compliance, uma iniciativa pioneira em hospitais municipais, incluindo um canal de denúncia. Ainda em relação a práticas ASG, foram iniciadas ações voltadas à diversidade e inclusão, que compõem o novo mapa estratégico da unidade.

Outro destaque de 2022 foi o Programa Marca-Passo, que reduziu de 30 para 7 dias de espera o intervalo de implantação do dispositivo em pacientes cardíacos.

Novo planejamento estratégico

Em 2022 foi desenvolvido o mapa estratégico 2022-2025 do hospital, buscando garantir eficiência operacional e ampliar o acesso à saúde por meio de alta produtividade, a partir de ferramentas de gestão e tecnologia orientadas a resultados.

O mapa está alinhado com a premissa de centralidade do paciente, recebendo o tratamento certo e dentro do tempo adequado, através de jornadas gerenciadas entre os diferentes serviços da organização. O mapa prevê, ainda, integrar os diferentes serviços do hospital, aumentando a rapidez de tomada de decisão e o equilíbrio entre demanda e capacidade, mediante o gerenciamento em tempo real de recursos humanos e de infraestrutura, para solucionar com agilidade e assertividade restrições e aumentar as condições de atendimento qualificado às necessidades do cliente.

Selo Amigo do Idoso

O Hospital Municipal M'Boi Mirim recebeu em 2022 o Selo Inicial de Hospital Amigo do Idoso. A iniciativa é da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e tem como objetivo incentivar e apoiar a qualificação geronto-geriátrica dos hospitais que são referência assistencial em inclusão, valorização e preservação da autonomia e independência dos idosos. O selo é concedido a unidades hospitalares públicas, privadas, filantrópicas ou fundacionais que se qualificam, segundo os critérios de avaliação, em quatro níveis: Adesão, Inicial, Intermediário e Pleno.

Prêmio Melhores Hospitais Públicos

O Hospital Municipal M'Boi Mirim foi o 1º colocado entre os hospitais municipais e o 11º entre os melhores hospitais públicos do Brasil. A iniciativa, do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Instituto Ética Saúde e a Organização Nacional de Acreditação (ONA), reconheceu as instituições do SUS mais eficientes, bem avaliadas por usuários e que oferecem qualidade e segurança aos pacientes.

HOSPITAL MUNICIPAL M'BOI MIRIM - DR. MOYSÉS DEUTSCH

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Leitos operacionais	365	448	407	-9,2%
Salas de cirurgia	10	10	10	0,0%
Tempo médio de permanência (em dias)	6,2	6,5	6,2	-4,6%
Taxa de ocupação (%)	75,96	79,8	89,2	11,8%
Pacientes/dia	103.528	109.502	150.508	37,4%
Pacientes cirúrgicos (exceto cesáreas)	5.455	4.968	6.609	33,0%
Número de partos	4.242	4.480	4.439	-0,9%
Atendimentos no PA	88.767	58.190	122.840	111,1%
Consultas	17.823	23.826	28.099	17,9%
Exames	791.473	828.992	1.141.096	37,6%
Saídas	16.803	16.956	24.209	42,8%

O jornal Acontece foi criado em 2021 e se consolidou em 2022 como um canal direcionado a colaboradores, pacientes e comunidades próximas às 28 unidades do SUS administradas pelo Einstein em São Paulo. Ao longo do ano, foram publicadas cinco edições, com uma tiragem de cerca de 10,5 mil exemplares. Com distribuição gratuita, o jornal traz informações sobre saúde e notícias sobre os serviços oferecidos para a comunidade.

A UTI do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia conta com 39 leitos adultos e 10 leitos de UTI pediátrica

NOVA UNIDADE: HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA

Em 2022, o Einstein assumiu a gestão do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - Iris Rezende Machado no município do mesmo nome, em Goiás. Trata-se da primeira operação de hospital público feita pelo Einstein fora da cidade de São Paulo. Com 235 leitos, o hospital é voltado para o atendimento de alta complexidade, incluindo hemodinâmica, cirurgia bariátrica e, futuramente, cirurgia cardíaca, além de várias especialidades cirúrgicas e diagnósticas.

HOSPITAL MUNICIPAL APARECIDA DE GOIÂNIA — HMAP

INDICADORES	2022
Leitos operacionais	235
Salas de cirurgia	10
Tempo médio de permanência (em dias)	5,9
Taxa de ocupação (%)	56,4
Pacientes/dia	28.340
Pacientes cirúrgicos	2.147
Atendimentos no PA	345
Consultas	23.884
Exames	226.092
Saídas	4.778

* Início das operações em jun-2022.

Evento de celebração ao Dia do Médico realizado em outubro de 2022

CORPO CLÍNICO

O Corpo Clínico, formado por cerca de 12 mil profissionais, desempenha um papel fundamental nas atividades do Einstein e o relacionamento com ele também é uma diretriz estratégica. Em 2020, o Einstein lançou a iniciativa *Physician Compact*, que visa estabelecer um pacto entre médicos e a organização com o objetivo de aperfeiçoar continuamente essa relação levando em consideração as transformações que acontecem no setor de saúde. E o projeto vem crescendo desde então.

Em 2022, o *Physician Compact* alcançou mais de 3.300 médicos por meio de 2.555 visitas individuais e 31 encontros. As metas da iniciativa e estão organizadas em sete dimensões: experiência do paciente, experiência do médico, reciprocidade, liderança, segurança, qualidade e inovação.

A comunicação entre o Einstein e o Corpo Clínico também se intensificou em 2022, por meio de melhorias nos canais, como WhatsApp do Corpo Clínico, o aplicativo Einstein Médicos e o portal de Relacionamento Médico.

Em fase de desenvolvimento, a iniciativa *Ageing Physician* vai acompanhar o envelhecimento dos profissionais, incentivando, quando necessário, o desenvolvimento de uma nova carreira médica, voltada para o compartilhamento de estratégias de diagnóstico e suporte às práticas médicas.

GRUPOS MÉDICOS ASSISTENCIAIS - DIÁLOGOS ESTRATÉGICOS

Desde 2013, os Grupos Médicos Assistenciais (GMAs) reúnem médicos e colaboradores da equipe multidisciplinar que, voluntariamente, reúnem-se para debater temáticas e compartilhar experiências profissionais

com o objetivo de construir conhecimento e melhores práticas de saúde, fornecendo à gestão do Einstein recomendações sobre novas tecnologias, equipamentos e alocação de recursos.

Em 2022, a organização ampliou a quantidade de assuntos discutidos nos GMAs, engajando mais médicos na participação nas decisões. Foram criados 15 novos grupos, três deles na unidade Goiânia, alcançando 51 grupos constituídos, com cerca de 2 mil médicos participantes.

Além de contribuir para o aprimoramento dos serviços assistenciais, os profissionais participantes têm a oportunidade, a partir dos conhecimentos desenvolvidos no trabalho dos grupos, de desempenhar suas funções com mais autonomia, tomar decisões relacionadas ao próprio trabalho de forma mais fundamentada.

Ao final de 2022, os GMAs já haviam concluído 75 ações e outras quatro estavam em andamento.

ENGAJAMENTO DO CORPO CLÍNICO

NET PROMOTER SCORE (NPS) DOS MÉDICOS POR ÁREA	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Internação	86,0	79,4	84,2	6,0%
Medicina diagnóstica	77,0	78,2	79,2	1,3%
Consultórios médicos	60,0	66,2	63,2	-4,5%
Grau de identificação com o Einstein	93,4	92,9	93,8	1,0 p.p.

UM REGISTRO HISTÓRICO DA PANDEMIA

O primeiro caso de covid-19 no Brasil foi confirmado pelo Einstein, em fevereiro de 2020. Desde então, a organização passou a protagonizar ações e a disseminar informações científicas sobre a doença. Para acompanhar a pandemia, realizou registros em imagens do dia a dia de seus hospitais privados e públicos que administra.

O conteúdo, resultado de mais de 70 dias de gravação, foi transformado na série documental "Retratos de uma pandemia: na linha de frente do combate à covid-19", realizada pelo Einstein e coproduzido pela Vbrand e CineGroup.

Os cinco episódios revelam os bastidores do maior desafio de saúde pública dos últimos cem anos e são uma homenagem aos profissionais de saúde.

Cena do documentário "Retratos de uma pandemia: na linha de frente do combate à covid-19"

Para assistir à série, acesse o QR code.

3

ENSINO, EDUCAÇÃO E CONSULTORIA

- ESTRUTURA E CURSOS
- ACADEMIA EINSTEIN DE EXCELÊNCIA OPERACIONAL
- CONSULTORIA E GESTÃO DE SAÚDE

ESTRUTURA E CURSOS

GRI 3-3

O Einstein forma profissionais para a assistência e gestão da saúde com base nas competências e nos conhecimentos construídos ao longo de seus 67 anos de história. Com metodologias inovadoras, vivências práticas e soluções pedagógicas de ponta em diferentes níveis de ensino, desenvolve profissionais e lideranças que possam contribuir para a melhoria dos sistemas de saúde.

A organização tem uma visão integral de educação, por isso ampliou sua atuação para um grupo cada vez maior de alunos em 68 áreas de conhecimento na saúde.

CEI Perobeiras

Desde 2021, o Einstein é responsável pela gestão do Centro de Educação Infantil (CEI) Perobeiras – creche localizada na Chácara Santa Maria, bairro de São Paulo, com capacidade para atender 240 crianças de 0 a 5 anos e 11 meses de idade.

A ESTRUTURA DO ENSINO EINSTEIN É COMPOSTA DE:

NÚMERO DE UNIDADES:

11

9 unidades em São Paulo (SP), 1 no Rio de Janeiro (RJ) e 1 em Belo Horizonte (MG)

Nº DE AUDITÓRIOS:

3

SATISFAÇÃO DOS ALUNOS (NPS):

2020 → **80**

2021 → **84**

2022 → **83**

ÁREA CONSTRUÍDA (EM M²): MAIS DE

62 mil

TOTAL DE ALUNOS EM 2022:

57.918 29% A MAIS DO QUE EM 2021

NÚMERO DE SALAS:

149

As atividades do novo Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein - Campus Cecilia e Abram Szajman iniciaram-se em 2022

CENTRO DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN - CAMPUS CECILIA E ABRAM SZAJMAN

Inaugurado em 2022, o novo centro tornou-se sede da Faculdade de Medicina, da Faculdade de Enfermagem e de 44 turmas dos cursos de pós-graduação.

São 21 salas de aula com recursos audiovisuais dedicadas ao Ensino que, de acordo com a necessidade, podem ser convertidas para 40. O espaço conta com laboratórios didáticos de Anatomia, Morfologia, Enfermagem, Informática e do Multidisciplinar.

O Centro é sede da Pesquisa e da Inovação do Einstein e conta também com outras instalações, abertas à participação dos alunos da graduação, da pós-graduação e de participantes da incubadora Eretz.bio, favorecendo o compartilhamento de conhecimento entre as áreas.

Prêmio Aberje

A inauguração do novo Centro teve grande repercussão nos veículos de comunicação e rendeu ao Einstein um Prêmio Aberje na categoria Imprensa.

O PORTFÓLIO DO ENSINO DO EINSTEIN COMPREENDE:

• ENSINO TÉCNICO

- Escola Técnica - Oferece formação como técnico

- Ensino Médio Técnico - Oferece formação nas disciplinas da Base Nacional Comum Curricular do Ensino Médio e uma completa formação técnica na área da saúde

• GRADUAÇÃO

- Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, Administração de Organizações de Saúde, Engenharia Biomédica e Odontologia

• PÓS-GRADUAÇÃO

- Pós-graduação em Saúde *lato sensu*, Mestrado profissional e MBA

• CURSOS DE ATUALIZAÇÃO

• CURSOS DE ENSINO A DISTÂNCIA

O Ensino do Einstein dobrou, em 2022, a oferta de cursos de graduação, de três para seis, com a inclusão dos cursos de Administração de Organizações de Saúde, Engenharia Biomédica e Odontologia, além dos já existentes, Medicina, Enfermagem e Fisioterapia. A organização obteve, ainda, a aprovação do curso de Nutrição e realizou a submissão do curso de Psicologia. Durante o ano, iniciou-se um novo MBA de Gestão em Saúde Pública e uma nova Residência de Psiquiatria foi aprovada.

Em 2022, formou-se a segunda turma do curso de Medicina e, na Residência Multiprofissional, foram contratados 95% dos egressos.

Sala de aula no novo Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein

O Programa de Educação Corporativa deixou de ter foco apenas em profissionais do Einstein e passou a ser oferecido a profissionais de hospitais pelo Brasil. A pós-graduação lato sensu passou a desenvolver programas a distância na Colômbia e na Bolívia.

O Einstein lançou Clínicas de Odontologia e Fisioterapia, que servem tanto aos cursos de graduação quanto às pós-graduações, e iniciou um Centro de Educação em Ensino e Imagem com aparelhos de ultrassom para treinar médicos, todas localizadas na Vila Mariana, em São Paulo.

ALUNOS POR CURSO

	2020	2021	2022	△ 2022/2021
Escola Técnica	683	703	763	8,5%
Ensino Médio Técnico	228	333	305	-8,4%
Graduação em Enfermagem	321	388	459	18,3%
Graduação em Medicina	517	639	731	14,4%
Graduação em Fisioterapia	–	–	41	–
Cursos de Atualização	2.355	3.356	4.751	41,6%
Cursos de Ensino a Distância	9.864	10.459	15.902	52,0%
Treinamentos no Centro de Simulação Realística	14.171	15.460	16.739	8,3%
Pós-graduação em Saúde *Lato Sensu*	5.478	7.066	6.329	-10,4%
Programas de Gestão	511	2.369	7.073	198,6%
Ensino Adaptativo	2.454	4.099	4.481	9,3%
Mestrado Profissional em Enfermagem	55	76	99	30,3%
Residência Médica	–	–	195	–
Residência Uni e Multiprofissional	–	–	47	–
Total de Alunos	36.581	44.948	57.915	28,8%

TECNOLOGIA E PRÁTICAS AVANÇADAS

Centro de Simulação Realística

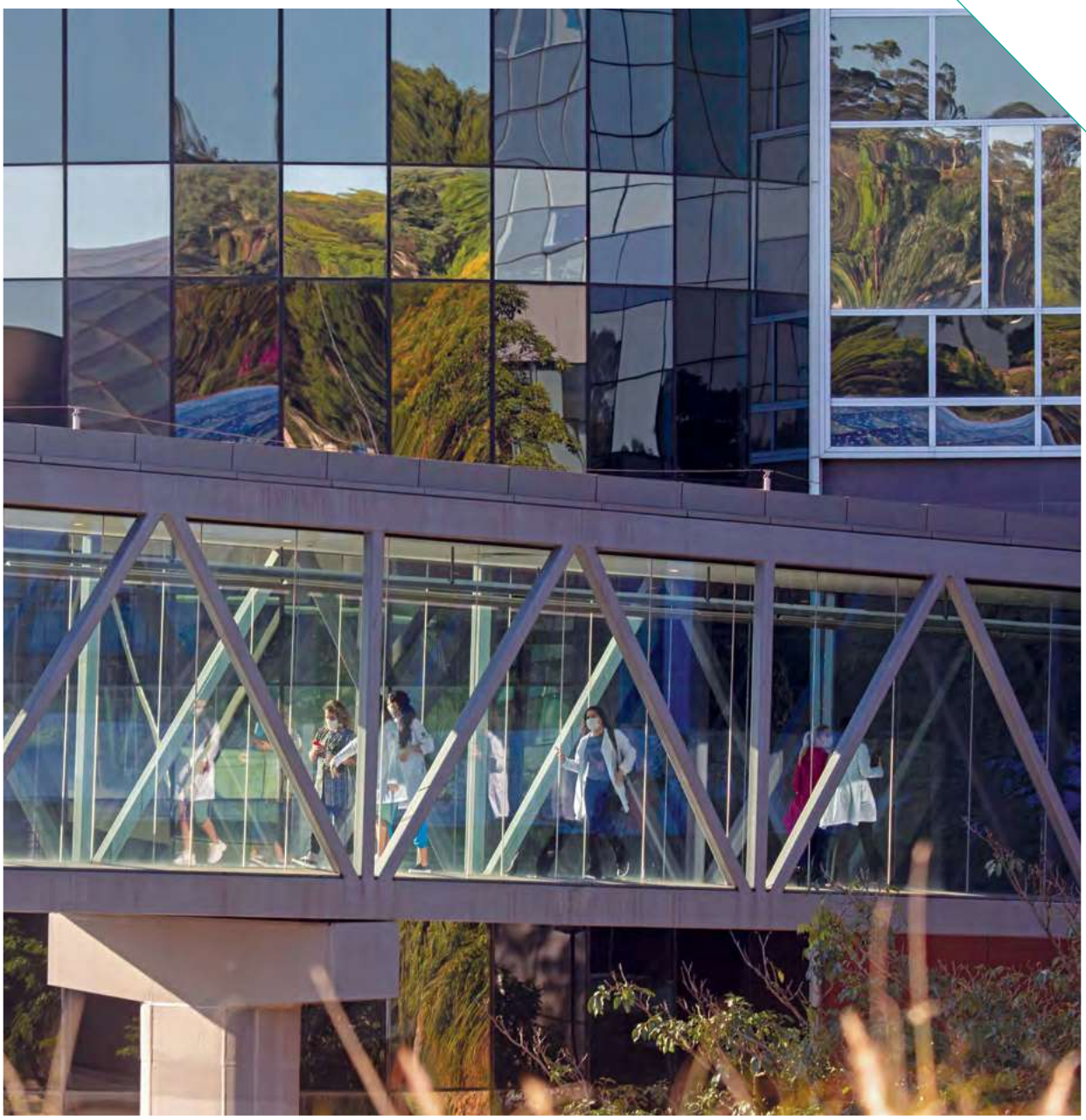
O Centro de Simulação Realística (CSR) recria situações e ambientes assistenciais para desenvolver habilidades necessárias para o dia a dia. Os treinamentos são customizados para cada área e nível profissional e utilizam robôs, realidade virtual e atores profissionais, permitindo ao profissional praticar, corrigir falhas e resolver dúvidas, de forma segura e eficiente. Em 2022, 16.739 profissionais foram treinados no CSR do Einstein, o único da América Latina a contar com a acreditação o nível 4 pelo Programa de Gestão da *Society for Simulation in Healthcare* (SSH).

Gestão em Saúde

No mesmo período, cerca de 7.073 alunos participaram dos Programas de Gestão do Ensino Einstein por meio de MBAs, pós-graduações e cursos de curta duração voltados à gestão.

Academia Digital Einstein

Com pouco mais de um ano de seu lançamento, a Academia Digital Einstein (ADE), voltada a profissionais e estudantes de Saúde, fechou 2022 com mais de 127 mil profissionais cadastrados, sendo que 70% destes usuários nunca haviam entrado em



Passarela integra o Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein à Unidade hospitalar Morumbi

contato com o Ensino do Einstein. O dado demonstra que a ADE é um importante canal de captação e retenção de leads qualificados para o Ensino.

No período, a ADE ampliou para o público externo a possibilidade de acessar gratuitamente conteúdos de mais de 60 áreas do conhecimento, incluindo Gestão em Saúde, Pesquisa, Educação e Ensino em Saúde, Responsabilidade Social, Transformação Digital e Inovação. Foram mais de 1,8 milhão de visualizações e mais de 1.100 conteúdos educacionais produzidos, o equivalente a mais de 430 horas.

Ensino a Distância

O Ensino do Einstein oferece também o Ensino a Distância (EAD) em cursos de pós-graduação, regulamentados e certificados pelo MEC, cursos de curta duração e cursos gratuitos. Por meio dessa modalidade,

proporciona conhecimento e experiência de qualidade para impulsionar carreiras e melhorar a empregabilidade. Em 2022, houve um aumento expressivo no número de alunos na pós-graduação EAD.
Na Pós-graduação EAD Assistencial, o número total de matriculados atingiu 613 em 2022, um crescimento de 67% sobre o ano anterior.

PÓS-GRADUAÇÃO EAD ASSISTENCIAL: TOTAL DE ALUNOS POR ANO

CURSO	2021	2022
Fisioterapia em Terapia Intensiva Adultos	58	19
Enfermagem Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal	38	36
Docência no Ensino Digital	25	27
Saúde Mental na APS	49	53
Gerontologia	88	71
Obesidade e Emagrecimento	59	244
Dor	50	62
Medicina em Urgência e Emergência	0	101
Total	367	613

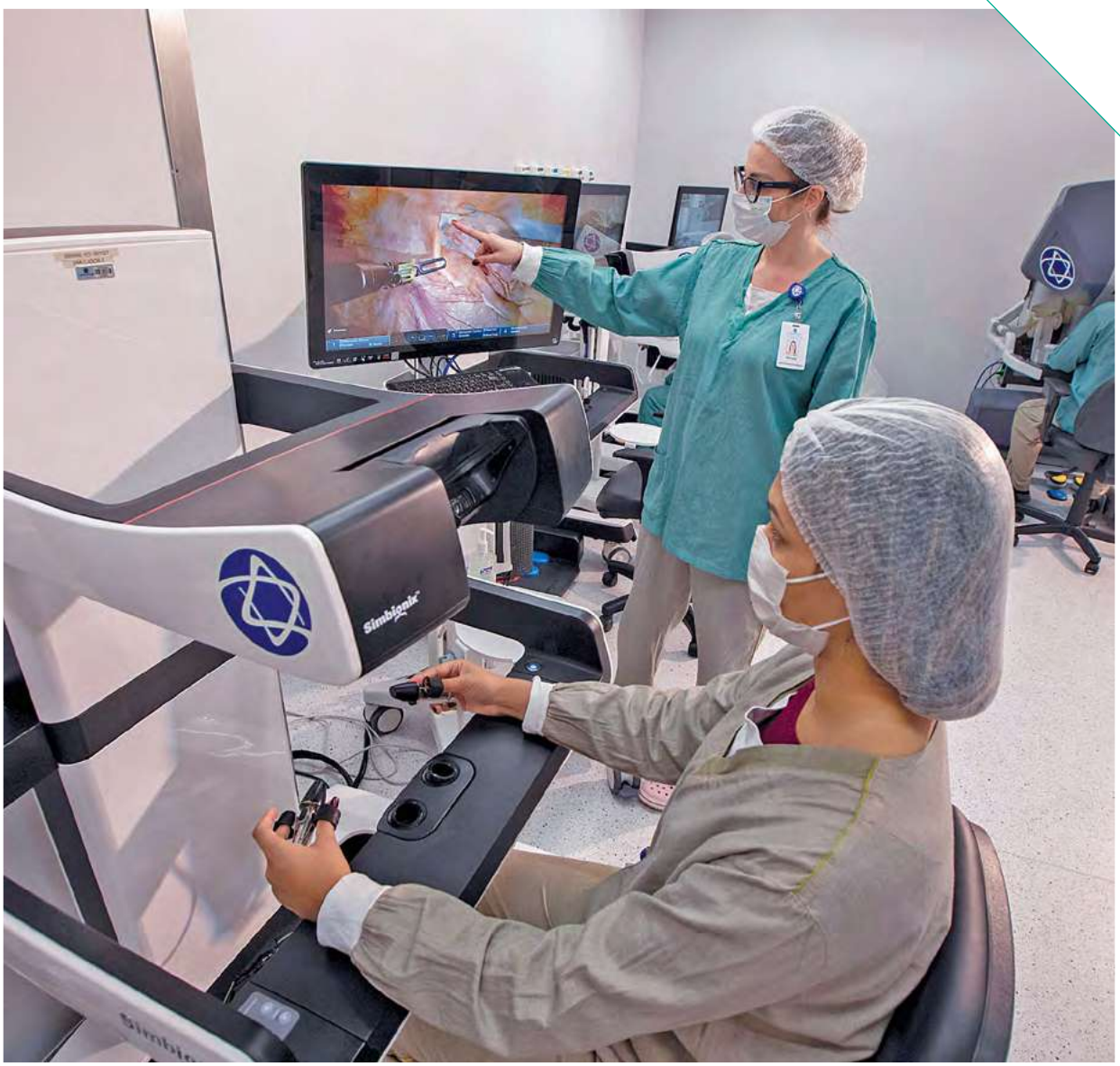
EVENTOS CIENTÍFICOS

Os eventos científicos promovidos pelo Ensino do Einstein são um espaço para que os profissionais de saúde compartilhem conhecimentos, evidências científicas, boas práticas e novas tecnologias, contribuindo para o aprimoramento e a atualização de quem atua no setor. A seleção de temas coloca em pauta o que há de mais novo e relevante na área da Saúde, permitindo ao público contato com prestigiados palestrantes, nacionais e internacionais. Em 2022, o número de participantes em eventos científicos foi de 17.928 pessoas.

ACESSO E OPORTUNIDADES

Para ampliar a formação e oferecer oportunidades de inclusão, o Einstein conta com um programa de bolsas de estudos integrais ou parciais e crédito para estudantes com necessidades financeiras. A concessão do benefício segue um processo de seleção criterioso. Em 2022, havia 333 bolsas ativas, no valor de R$ 11,4 milhões. Um desses programas, o MD-PhD – Marcos Lottenberg & Marcos Wolosker *International Fellowship for Physicians Scientist*, por exemplo, possibilita que alunos da Graduação em Medicina realizem pesquisas científicas fora do Brasil em nível de doutorado.

O Einstein conta com um programa de bolsas de estudos integrais ou parciais e crédito para estudantes com necessidades financeiras.



O Centro de Excelência em Cirurgia Robótica do Einstein oferece aos alunos dos cursos médicos de Pós-graduação em robótica, a Certificação por Equivalência da *Intuitive Surgical*, sendo um dos diferenciais para o treinamento, o modelo de simulação realística

BOLSAS E OUTROS BENEFÍCIOS

	Total de alunos matriculados	Bolsas de estudo integrais	Bolsas de estudo parciais	Crédito estudantil	Monitoria remunerada	Total de alunos beneficiados	Alunos beneficiados (%)
Ensino Médio Integrado ao Técnico em Saúde	277	0	212	0	0	212	77,0%
Graduação em Fisioterapia	36	2	0	0	8	10	28,0%
Graduação em Enfermagem	380	0	21	0	131	152	40,0%
Graduação em Medicina	656	30	68	39	0	137	21,0%

NET PROMOTER SCORE (NPS) SATISFAÇÃO DOS ALUNOS	2020	2021	2022	△ 2022/2021
	80,0	84,0	83,0	-1,2 p.p.

EXPERIÊNCIA DO ALUNO

O compromisso do Einstein com a qualidade se expressa também na relação com os estudantes de seus diversos cursos. A organização acredita que o aluno deve estar no centro do processo e busca oferecer a melhor experiência nesse relacionamento.

A satisfação dos alunos é medida regularmente no Net Promoter Score (NPS).

ACADEMIA EINSTEIN DE EXCELÊNCIA OPERACIONAL

A Academia Einstein de Excelência Operacional ampliou para o público externo a possibilidade de desenvolver a cultura de melhoria contínua e gestão vivenciada no Einstein. O Einstein colaborou para melhorias de processos, certificação de líderes e desenvolvimento de projetos de outras organizações de saúde, públicas ou privadas, no Brasil e em outros países da América Latina. Com atividades iniciadas em 2016, a Academia já certificou mais de 5.300 líderes, pouco mais de mil deles dentro do Einstein.

Em 2022, a Academia concluiu o primeiro Programa de Certificação de Líderes e desenvolvimento de projetos de excelência operacional fora do Brasil com a Fundação Cardiovascular da Colômbia, situada na cidade de Bucaramanga. Com duração de um ano, o programa capacitou cerca de 60 profissionais a desenvolver projetos aplicados, com o apoio e orientação de experts do Einstein, em áreas como internação, centro cirúrgico, medicina diagnóstica, telemedicina, ciclo de custos e receita e cadeia de suprimentos.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: COLABORAÇÃO COM AS PREFEITURAS

Uma das iniciativas do Ensino do Einstein em 2022 foi o aumento do escopo do Projeto de Educação em Saúde da População. Oferecido gratuitamente para as escolas públicas, o projeto aborda temas de saúde de forma lúdica e transversal, utilizando os conteúdos preconizados pela Base Nacional Comum Curricular, para alunos do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental.

Iniciado em 2019 na cidade de Itapevi, região metropolitana de São Paulo, o projeto capacitou 54 educadores, responsáveis por 1.366 alunos de cinco escolas municipais e apresentaram resultados expressivos entre as crianças. O hábito de lavar as mãos antes do almoço cresceu em frequência, de 55,7% para 81,1%. Já lavar as mãos após o uso do banheiro saltou de 61,3% para 83,1%, sendo que o hábito de usar o sabonete cresceu de 57,9% para 85,8%. Outro número importante está relacionado à saúde bucal: a escovação dental realizada três vezes por dia era uma prática de apenas 2,2% dos alunos. Após cinco meses da implantação do projeto, esse número aumentou para 46,6%.

O escopo do programa se intensificou e o projeto passou a fazer parte do PROADI-SUS (saiba mais na página 104) no final de 2022.

Os professores recebem capacitação para desenvolver o projeto, incluindo planos de aula e instruções para aplicação e calendário, pelo site do programa (https://moodle.einstein.br/login/index.php).

CONSULTORIA E GESTÃO DE SAÚDE

Sistemas e serviços de saúde são cada vez mais desafiados a melhorar seu desempenho nos aspectos de acesso, eficácia, experiência e sustentabilidade, bem como a se diferenciar estrategicamente e gerar valor para todos os *stakeholders*. Para apoiar essa evolução, o Einstein compartilha seu conhecimento e experiência por meio de projetos de consultoria em saúde nos âmbitos privado e público, no Brasil e na América Latina.

Em 2022, a organização entregou seu primeiro projeto internacional de Consultoria em Saúde, o hospital Clínica de las Américas, em Santa Cruz de La Sierra, na Bolívia, o primeiro fora do Brasil planejado com o apoio do Einstein. Com isso, o propósito de ajudar a melhorar a saúde expande-se para fora do Brasil, por meio do compartilhamento de conhecimento, práticas e capacitação dos profissionais.

O Einstein fez, inicialmente, um estudo para avaliar a viabilidade para a execução do projeto proposto. Com os resultados em mãos, definiu-se a configuração do projeto e foi feita a revisão do projeto arquitetônico, considerando pontos, como fluxos de pessoas, de materiais e de resíduos, a segurança da equipe assistencial e outros pontos considerados cruciais para uma estrutura de saúde. A equipe da Clínica de las Américas foi capacitada pelo Einstein. Os gestores, líderes, recursos humanos e até profissionais da linha de frente foram treinados e puderam vivenciar processos e experiências do dia a dia do Einstein.

Integração com o Ensino e transferência do conhecimento

Em 2022, a área de Consultoria passou a integrar a unidade de Ensino, gerando sinergias e ampliando a transferência de conhecimento a outras organizações.

Fachada do Hospital Clínica de las Américas, em Santa Cruz de La Sierra, na Bolívia

4

PESQUISA E INOVAÇÃO

- PESQUISA
- INOVAÇÃO

PESQUISA

Gerar conhecimento científico por meio de métodos rigorosos de qualidade e integridade na condução de pesquisas - focadas em Genética Molecular; Terapia Celular; *Big Data*; Doenças Infectocontagiosas e Envelhecimento - faz parte do dia a dia do Einstein. Criado há mais de duas décadas, o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP) amplia as fronteiras do conhecimento, dá suporte à medicina baseada em evidência, gera inovação e move a busca pela excelência na atenção à saúde.

Nos últimos três anos, o Einstein publicou cerca de 3.100 artigos, em periódicos científicos relevantes, com mais de 18 mil citações.

O Einstein desenvolve um trabalho reconhecido internacionalmente atestado por sua produtividade e colaborações com relevantes centros de pesquisa nacionais e internacionais. Em 2022, a organização publicou 606 artigos em periódicos com fator de impacto maior que 1, isto é, com maior número de citações em trabalhos científicos, e obteve 6.991 citações.

No mesmo período, a Pesquisa do Einstein somou 1.102 projetos de pesquisa, entre iniciados e em andamento e concluídos.

O Einstein é pioneiro na América Latina na instalação de um Escritório de Integridade Científica, que audita de forma independente os projetos de pesquisa para assegurar que sejam conduzidos de forma responsável, eficiente e ética.

Em 2022, o Einstein passou pela avaliação periódica do *Scientific Advisory Board* (SAB). O SAB é um dos órgãos externos que avaliam a qualidade da pesquisa realizada no Einstein. Formado por um grupo de profissionais de notório saber na área da ciência e da saúde, o SAB oferece um olhar estratégico e sugere caminhos para o desenvolvimento da instituição em processos de análise que ocorrem a cada quatro anos. Os SABs são uma prática comum em instituições de pesquisa de referência no mundo, mas na América Latina o Einstein foi pioneiro em adotá-la, em 2010.

O SBA concluiu que, desde a última visita, há 4 anos, houve um grande progresso, rápido e constante na qualidade e no volume da Pesquisa do Einstein, medido por uma variedade de indicadores, além da resposta rápida e de qualidade à situação pandêmica com um excelente registo de publicações científicas que se traduziram num aumento acentuado das citações científicas e da visibilidade em geral.

Nos últimos três anos, o Einstein publicou cerca de 3.100 artigos, em periódicos científicos relevantes, com mais de 18 mil citações.

O Laboratório de Biologia Molecular do Hospital Albert Einstein é um dos mais bem equipados do país

ESTRUTURA E LINHAS DE ATUAÇÃO

A inauguração do Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein - Campus Cecilia e Abram Szajman, em 2022, permitiu, devido às estruturas e tecnologias disponíveis no novo espaço, aumentar não apenas a quantidade, mas também a complexidade dos métodos utilizados em pesquisa.

Com três salas limpas, com pressão, temperatura e gases continuamente controlados, é possível realizar experimentos que captam, multiplicam e manipulam material genético e viral, por exemplo. A nova área é composta por laboratórios modulares que, se houver um eventual redirecionamento das pesquisas para um foco específico, podem ser rapidamente reconfigurados, sem a necessidade de nenhuma obra de engenharia. As bancadas são modulares e o teto removível, com trilhos que facilitam a redistribuição de energia elétrica e de ar em função de novas práticas e equipamentos.

INTEGRIDADE CIENTÍFICA

Preocupado com a garantia da qualidade da pesquisa realizada, o Einstein implantou, no final de 2019, o Escritório de Integridade Científica, composto por uma equipe de gestão operacional e pelo Comitê de Integridade Científica, este criado em 2016, para realizar auditorias e avaliar se as pesquisas são conduzidas com transparência, ética e de acordo com as melhores práticas.

Atualmente, o Einstein é a única organização brasileira a ter um escritório desse tipo. Em 2022, o escritório realizou 89 auditorias.

NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA EINSTEIN

O Núcleo de Inteligência do Einstein foi criado no contexto da pandemia de covid-19 com mais de 50 estudiosos capacitados pelo Einstein e ligados diretamente à organização com o objetivo de analisar criticamente os estudos pré-clínicos e clínicos sobre a doença, propondo avanços diagnósticos e terapêuticos.

ACADEMIC RESEARCH ORGANIZATION

São pesquisadores seniores, docentes do Programa de Pós-Graduação Acadêmica, multiprofissionais, médicos do corpo clínico e profissionais do Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP) bem como alunos de iniciação científica da Graduação em Medicina, do Mestrado e Doutorado.

Criada para gerar conhecimento, reduzir o impacto de doenças e transformar descobertas científicas em melhores cuidados aos pacientes, a *Academic Research Organization* (ARO) do Einstein planeja e lidera estudos clínicos multicêntricos e randomizados de larga escala, além de propor novas abordagens para a medicina com indústrias farmacêuticas, órgãos de governo, organizações de saúde e centros de pesquisa do Brasil e do exterior.

Laboratório de pesquisa com células CART-T, que consiste em reprogramar geneticamente células do sistema de defesa do próprio pacientes para reconhecer e combater seu tumor

Em 2022, participou de pesquisas clínicas de alcance nacional e internacional, junto ao Ministério da Saúde, por meio do PROADI-SUS, e com farmacêuticas e empresas de biotecnologia, em temas como covid-19, cardiologia, neurologia, oncologia, hematologia, diabetes, terapia intensiva e doenças raras.

Nos últimos anos, a ARO tem realizado publicações em revistas de grande destaque e impacto. Foram 21 artigos em periódicos com alto fator de impacto (>20), como *The Lancet*, *The New England Journal of Medicine* e *The Journal of the American Medical Association* (JAMA). De 2018 a 2022, foram publicados 63 trabalhos nas principais revistas internacionais.

Estudo VIP

A ARO apresentou, em 2022, seu primeiro estudo realizado pelo PROADI-SUS. O estudo VIP ACS foi apresentado, simultaneamente, em uma sessão de *Late Break* no E*uropean Society Congress* (ESC) de 2022, em Barcelona, e em um artigo publicado no *European Heart Journal* (EHJ).

O estudo teve como objetivo avaliar o efeito de doses duplas da vacina contra influenza após uma síndrome coronariana aguda (SCA) para reduzir futuros eventos cardiovasculares e respiratórios. Os resultados revelaram não haver diferença na redução desse tipo de evento entre os esquemas vacinais testados, apontando que o benefício da vacina é independente do momento e da dose. Também foi evidenciada a segurança da vacinação dobrada durante a fase hospitalar de uma SCA.

Laboratório de Biologia Celular, localizado no Laboratório de Biologia Experimental Prof. Dr. Geraldo Medeiros Neto

INVESTIMENTOS EM PESQUISA

Em 2022, os recursos externos para fomento à pesquisa ultrapassaram a marca de R$ 66 milhões, um valor 43% superior aos R$ 46,7 milhões de 2021. O aumento se deveu principalmente ao grande crescimento das doações associadas ao novo Centro de Ensino e Pesquisa e *grants* de pesquisa.

Os gastos, por sua vez, ultrapassaram os R$ 119 milhões de reais, 23,5% a mais do que no ano anterior, incluindo dispêndios em bens de capital, na ARO e no PROADI-SUS. As despesas operacionais de pesquisa cresceram 68% no período.

RECEITA DE PESQUISA
(R$ MIL)

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Doação*	2.441	226	33.886	14.893,8%
Grants de pesquisa e captação externa	5.168	4.627	16.027	246,4%
Serviços ARO	22.488	40.202	13.518	-66,4%
Patrocínio da indústria**	7.003	1.720	3.479	102,3%
Total	37.100	46.775	66.910	43,0%

* Doação projetos + Doação CEP.
** Estudos patrocinados + Pesquisa clínica.

GASTOS EM PESQUISA: RECURSOS INTERNOS - ORIGEM
(R$ MIL)

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Despesas de bens de capital	2.340	5.161	3.100	-39,9%
Despesas operacionais de pesquisa	26.169	30.399	51.254	68,6%
Despesas operacionais ARO	15.020	24.199	25.789	6,6%
Despesas operacionais PROADI-SUS (pesquisa)	8.165	12.558	9.641	-23,2%
Despesas Operacionais PROADI-SUS (ARO)	22.400	24.249	29.468	21,5%
Total	74.095	96.566	119.252	23,5%

O Einstein tem como política aplicar cerca de 1,0% de sua Receita Líquida em atividades de pesquisa, independentemente de outras fontes de recursos que possam ser obtidas, como forma de assegurar a previsibilidade de recursos financeiros e a visão de longo prazo.

EM 2022:

PUBLICAÇÕES EM PERIÓDICOS INDEXADOS
1.013

606
DELAS EM PERIÓDICOS COM "FATOR DE IMPACTO" MAIOR QUE 1

PROJETOS:

311
INICIADOS

571
EM ANDAMENTO

220
CONCLUÍDOS

FOCO DA PESQUISA NO EINSTEIN:

- → **GENÉTICA MOLECULAR**
- → **TERAPIA CELULAR**
- → ***BIG DATA***
- → **DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS**
- → **ENVELHECIMENTO**

PRODUÇÃO CIENTÍFICA

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Publicações de pesquisadores do Einstein				
em periódicos indexados	883	1.298	1.013	-22,0%
em periódicos com "fator de impacto" maior que 1*	622	761	606	-20,4%
Citações de publicações científicas produzidas pelos pesquisadores do Einstein	3.569	7.522	6.991	-7,1%
Projetos de pesquisa				
Projetos iniciados	403	336	311	-7,4%
Projetos em andamento**	407	400	571	42,8%
Projetos concluídos	218	283	220	-22,3%
Total	1.028	1.019	1.102	8,2%

* O "fator de impacto" representa a média de citações, em trabalhos ou artigos científicos, de conteúdos publicados por um periódico. O cálculo é feito anualmente com base nas publicações dos dois anos anteriores, seguindo a fórmula: total de citações obtidas no ano dividido pelo total de trabalhos publicados pelo periódico nos dois anos anteriores.
** Projetos iniciados em anos anteriores e que ainda estavam em desenvolvimento no ano em questão.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA POR ÁREA / ESPECIALIDADE COM "FATOR DE IMPACTO" > 1

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Cardiologia	107	85	84	-1,2%
Ortopedia	41	53	38	-28,3%
Neurologia	42	54	85	57,4%
Pediatria	37	29	66	127,6%
Ginecologia e obstetrícia	11	40	38	-5,0%
Cirurgia	95	108	100	-7,4%
Oncologia e Hematologia	139	237	132	-44,3%
Terapia Intensiva	116	180	119	-33,9%
Transplantes	23	25	31	24,0%
Pronto atendimento	11	4	5	25,0%

INOVAÇÃO

A capacidade do Einstein de mobilizar a colaboração de atores diferentes áreas do conhecimento – como biotecnologia, saúde digital e dispositivos médicos - em um ecossistema de inovação e empreendedorismo impulsiona a evolução da assistência à saúde. A diretriz estratégica é pautada na promoção de conhecimento e domínio de novas fronteiras tecnológicas, no desenvolvimento de novos produtos e serviços e na disseminação de uma cultura de inovação dentro e fora da organização.

Em 2013, foi criada uma estrutura formal para a área, com o objetivo de transformar em produtos e serviços inovadores os conhecimentos produzidos por meio de pesquisas e nas práticas cotidianas da organização. Em 2015, com a criação do Lab de Inovação, passou a desenvolver plataformas tecnológicas.

Ranking Valor Inovação

Pelo sexto ano consecutivo, o Einstein foi a organização mais inovadora em Saúde do Brasil e a 5ª na classificação geral em 2022 no *ranking* Valor Inovação, promovido pelo jornal Valor Econômico.

LINHAS DE ATUAÇÃO

Eretz.bio

A Eretz.bio surgiu com o intuito de aproximar o Einstein das *startups,* tornando-se a primeira incubadora dentro de um hospital no Brasil. Atualmente, fomenta um ecossistema de cerca de 50 *startups*, além de oferecer mentoria e facilitar conexões com especialistas e clientes. Em 2022, foram desenvolvidos 140 projetos, em diversas fases de implantação, divididos em três grandes verticais: Biotecnologia, Dispositivos Médicos e Saúde Digital.

A Eretz.bio iniciou um processo de interação com ecossistemas de inovação no exterior. No final de 2022, estavam em andamento 31 projetos com *startups* internacionais, envolvendo 18 países, além do Brasil. Outra iniciativa é o programa de soft landing, destinado a apoiar organizações de fora do país que queiram desenvolver atividades no Brasil, agregando novas soluções ao mercado nacional ao mesmo tempo em que colabora para o desenvolvimento e validação dessas tecnologias.

Sede da Eretz.bio, no bairro de Vila Mariana, São Paulo

PROGRAMA DE INOVAÇÃO EM BIOTECNOLOGIA

Em 2022, foi iniciado o Programa de Inovação em Biotecnologia, com a criação da Eretz.bio Biotech, voltada ao apoio a *startups* e empreendedores do setor de biotecnologia com foco em saúde, além do fomento à pesquisa. O programa contribuirá para o desenvolvimento de novas soluções diagnósticas, tratamentos, medicamentos e vacinas. Esta atividade ocupa um espaço dedicado no Centro de Ensino e Pesquisa.

As principais frentes da Eretz. bio Biotech são a pesquisa translacional, empreendedorismo, incubação e aceleração em redes internacionais de colaboração. Todas elas poderão gerar iniciativas em conjunto com *startups* e empreendedores para desenvolver iniciativas e cocriar produtos, além de promover a transferência de conhecimento e tecnologia entre países para atender à crescente demanda por soluções biotecnológicas.

Health Innovation TechCenter

O ano de 2022 foi de consolidação para o *Health Innovation TechCenter* (HIT), responsável por projetos de inovação tecnológica com indústrias voltados para a pesquisa e desenvolvimento de *software* para a saúde. No período, registraram-se três projetos novos, totalizando 21 projetos desde sua criação, um crescimento de 27% em relação ao ano anterior em projetos de P&D&I. Um deles, realizado em conjunto com a Epson, consiste em um jogo interativo para tranquilizar crianças que passarão por exame de tomografia computadorizada. Inédito na área de medicina diagnóstica pediátrica, o jogo usa realidade aumentada para projetar personagens, gráficos ou imagens no mundo real, entretendo a criança durante todo o procedimento.

O HIT também responde pela gestão dos ativos intelectuais do Einstein. Em 2022, duas novas patentes de invenção e nove registros de *software* foram depositados, entre eles, uma tecnologia de inteligência artificial para predição de desfecho clínico, uma rota de síntese de quimioterápico para o tratamento e prevenção de câncer e um método prognóstico para predizer a recorrência de câncer.

Health Design Lab

O *Health Design Lab* (HDL) apoia o Einstein e outras organizações a desenvolver e consolidar o conhecimento em design e geração de novos produtos e serviços por meio da investigação e validação das necessidades humanas. São mais de 4.500 pessoas treinadas e, em 2022, foram mais de 1.000 ideias colaborativas e de 250 jornadas de inovação em saúde, projetos como o da redução de erros de diagnósticos por meio do aumento da participação de familiares e pacientes.

Um dos destaques do *Health Design Lab* de 2022 foi a criação de uma área de biodesign no Brasil. Numa aliança com o *Stanford Byers Center for Biodesign*, foi estruturado um curso de especialização no tema.

Jogo interativo desenvolvido pela Inovação do Einstein em parceria com a Epson tranquiliza crianças que passarão por exame de tomografia

O *Health Innovation TechCenter* (HIT) é responsável por projetos de inovação tecnológica com indústrias voltados para a pesquisa e desenvolvimento de *softwares* para a saúde.

CURADORIA DE CONTEÚDO

O Einstein desenvolveu uma aliança com a publicação *MIT Technology Review* para disseminação de conteúdo sobre saúde alinhada à inovação, tecnologia e gestão.

5

RESPONSABILIDADE SOCIAL

- FRENTES DE ATUAÇÃO
- O EINSTEIN EM PARAISÓPOLIS
- VOLUNTARIADO
- DOAÇÕES

O Einstein busca transformar a realidade de suas práticas assistenciais e de geração de conhecimento no cuidado público, com ações voltadas à transformação de realidades de pacientes, colaboradores e comunidades vizinhas. Por isso, a atuação em responsabilidade social é parte complementar do modelo de saúde do propósito e dos valores do Einstein.

A RESPONSABILIDADE SOCIAL DO EINSTEIN POSSUI DUAS FRENTES PRINCIPAIS.

1ª **Gestão das unidades hospitalares e ambulatoriais financiada com recursos públicos. (leia mais em 59)**

2ª **Ações voltadas para populações vulneráveis, como o Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis (PECP), o Projeto Einstein na Comunidade Judaica (PECJ) e o Residencial Israelita Albert Einstein.**

FRENTES DE ATUAÇÃO

PARAISÓPOLIS

Com mais de seis milhões de atendimentos já realizados, o Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis (PECP) foi criado em 1998 e é constituído por seis núcleos: educação, serviço social, esportes, artes, saúde e capacitação profissional. O trabalho de atenção e desenvolvimento da comunidade de Paraisópolis é realizado pela equipe multidisciplinar do Einstein e mais de 120 integrantes do Voluntariado do Einstein, que mantém as atividades de capacitação profissional, oficinas de educação, artes, esportes e comunicação.

O programa tem 162 turmas em 56 oficinas, contribuindo para o bem-estar físico, psíquico e social de seus beneficiários. São mais de 5 mil pessoas atendidas por ano.

O maior projeto do PECP, iniciado em 2022 e com previsão de conclusão em meados de 2023, é a construção de uma nova escola de Ensino Médio integrado ao Técnico em Paraisópolis. A obra foi financiada pelo Voluntariado e com doações, e as suas atividades serão iniciadas em 2024.

Curso de culinária no PECP Paraisópolis

ATENDIMENTOS DO PECP

NÚCLEO	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Saúde	6.084	7.074	11.004	55,6%
Social	2.981	4.379	5.395	23,2%
Educação	8.966	19.455	29.887	53,6%
Artes e Comunicação	15.633	19.247	26.361	37,0%
Esportes	12.169	28.724	51.177	78,2%
Capacitação[1]	6.797	14.264	30.540	114,1%
Articulação Comunitária[2]	27.405	44.020	6.735	-84,7%
Total	80.035	137.163	161.099	17,5%

Notas
[1] Núcleo Capacitação: desde 2020, os atendimentos dos cursos de Capacitação Profissional e Geração de Renda passaram a ser compilados no novo Núcleo denominado "Capacitação". Nos anos anteriores, os atendimentos eram apresentados no Núcleo Social.
[2] Articulação Comunitária: desde 2020, todas as ações comunitárias desenvolvidas pelos núcleos passaram a ser registrados nas atividades específicas do PECP.

O EINSTEIN EM PARAISÓPOLIS

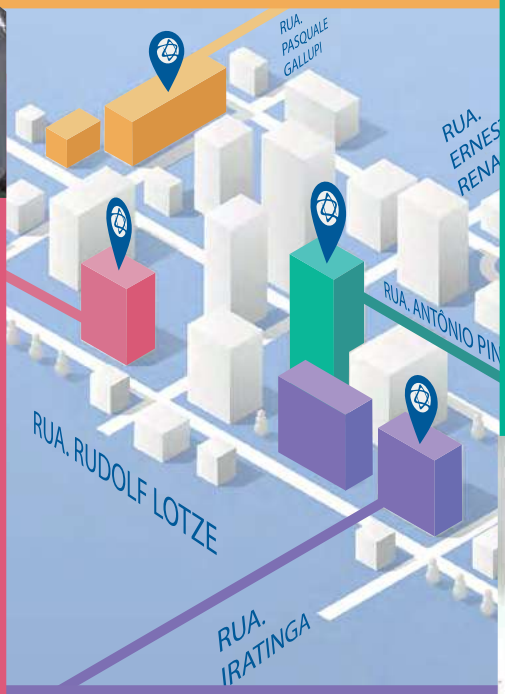
O Einstein se faz presente na comunidade de Paraisópolis, vizinha à unidade do Morumbi, por meio da assistência à saúde, ensino, formação de mão de obra, atuação do voluntariado e promoção da cidadania.

CASA DA CRIANÇA

Prédio de 3 andares, com Biblioteca, Auditório com 100 lugares, consultórios de atendimentos individuais e salas para atendimentos em grupo para os setores de Materno-Infantil, Psicomotricidade, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Psicopedagogia e Serviço Social, Brinquedoteca, Cozinha de Capacitação Profissional, refeitório para crianças, salas de aula (Apoio Pedagógico) e sala de Inclusão Digital. Conta com uma Quadra Poliesportiva e o Parque para brincadeiras e atividades ao ar livre.

NÚCLEO DE CAPACITAÇÃO E CONVIVÊNCIA (P4)

Sala de lutas, ateliê de música, ateliê de artes visuais, espaço beleza, área de corte e costura, área de convivência colaboradores, área administrativa.



CENTRO DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL (CCP)

Neste local são desenvolvidos os cursos de formação e capacitação profissional com foco para o público jovem adulto. São 5 salas de aulas para 30 alunos cada e 1 sala de informática. Horário de funcionamento: segunda a sexta das 7h às 21h e sábados das 7h às 17h.

CENTRO DE ENSINO PARAISÓPOLIS (NOVO PRÉDIO)

Contará com 9 consultórios para atendimentos de equipes multidisciplinares, área de desinfecção de materiais, sala de emergência/observação, 2 salas de triagem, área administrativa/sala de professores, auditório com 75 lugares, Biblioteca, Sala de Informática, 11 salas de aulas para 30 alunos, Cozinha de Formação Profissional em Gastronomia.

O Residencial Israelita Albert Einstein conta com um Centro de Fisioterapia focado na reabilitação dos moradores

COMUNIDADE JUDAICA

Desenvolvido com a União Brasileiro - Israelita de Bem-Estar Social (Unibes), o Programa Einstein na Comunidade Judaica (PEC-J) oferece atendimento médico ambulatorial, diagnóstico e hospitalar a pessoas da Comunidade Judaica em condições de vulnerabilidade socioeconômica. Em 2022, os beneficiários do Programa foram 785.

RESIDENCIAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

O RIAE, Instituição de Longa Permanência (ILPI), oferece cuidado e moradia assistida a 115 idosos, 87 deles beneficiados por subsídio ou gratuidade de residência, atendimentos à saúde e materiais e medicamentos.

Em 2022, completaram-se 85 anos de fundação do RIAE, que tem a missão de assistir aos idosos e às famílias da comunidade judaica em suas vulnerabilidades, sendo elas sociofamiliares ou financeiras. O índice de satisfação dos residentes com os serviços do RIAE foi de 85%.

AMIGO_H

A Amigos Einstein da Oncologia e Hematologia (amigo_h) foi criada em 2012 para apoiar as ações relacionadas à prevenção e detecção precoce de câncer e o fomento a pesquisas de novos tratamentos oncológicos e hematológicos por meio da captação de recursos.

Em 2022, a colaboração com a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), da Organização Mundial de Saúde (OMS), que pretende elaborar o Código de Prevenção de Câncer para América Latina e Caribe, um conjunto de recomendações sobre prevenção de Câncer, deu mais passo. Em maio e em outubro, a amigo_h patrocinou dois encontros no Brasil do comitê de cientistas formado por representantes de Agências de Saúde de toda a região. Durante os encontros, foram discutidas as diretrizes de prevenção e detecção precoce de câncer considerando as condições epidemiológicas, econômicas, sociais e culturais da América Latina e do Caribe.

Em 2022, uma das ações de captação da amigo_h arrecadou R$ 2,6 milhões, que serão utilizados para apoiar a disseminação do Código de Prevenção de Câncer da América Latina e do Caribe.

Leilão de arte beneficente realizado pela amigo_h para arrecadação de fundos

VOLUNTARIADO

O Voluntariado do Einstein tem mais de 60 anos de existência. Nasceu com o Einstein e leva conforto, esperança e suporte a pacientes e à comunidade. Ao longo de sua trajetória, desenvolveu iniciativas com rapidez e criatividade, adaptando-se a cenários, gerando conhecimento e transformando realidades. Atualmente, é formado por 574 voluntários e atua em 69 setores no Morumbi, Unidades Externas (Alphaville, Ibirapuera e Perdizes), Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis, Residencial Israelita Albert Einstein e Hospital Municipal M'Boi Mirim - Dr. Moysés Deutsch e o Hospital Municipal Vila Santa Catarina – Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho. A partir de março de 2023, o Voluntariado estará presente no Hospital Municipal Aparecida de Goiânia (HMAP), em Goiás.

O VOLUNTARIADO SE ORGANIZA EM TRÊS PILARES:

- Humanização
- Educação e Capacitação
- Transformação Social

Em 2022, o Voluntariado ampliou sua presença em Goiás, patrocinando o projeto de uma nova brinquedoteca na ala pediátrica do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia (HMAP). Também houve distribuição de presentes em datas comemorativas, como Dia das Crianças e Natal.

No período, foram aplicados R$ 4,4 milhões em ações sociais nas diversas unidades do Einstein em patrocínio de projetos, reformas de infraestrutura, *kits* de higiene, cestas básicas para famílias vulneráveis e presentes em datas comemorativas.

Colaboração

Em 2022, o Voluntariado se juntou à área de Suprimentos para buscar doações para as ações sociais do Voluntariado e do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis (PECP).

O objetivo é apresentar o trabalho do Voluntariado e do PECP para conquistar novos doadores. Essa colaboração se dá, principalmente, com fornecedores comprometidos com a sustentabilidade de seus negócios e alinhados com a visão do Einstein sobre a responsabilidade social.

NÚMERO DE ATENDIMENTOS DO DEPARTAMENTO DE VOLUNTÁRIOS

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Unidades Morumbi, Perdizes, Alphaville e Ibirapuera	46.006	20.013	126.403	531,6%
Unidade Paraisópolis	11.398	9.719	31.290	221,9%
Residencial Israelita Albert Einstein (RIAE)	7.208	3.458	7.951	129,9%
Unidade M'Boi Mirim	11.342	90	32.779	36.321,1%
Hospital Municipal Vila Santa Catarina - HMVSC	2.224	75	8.022	10.596,0%
Total	78.178	33.355	206.445	518,9%

Nota: A grande variação entre os números de 2022 e dos anos anteriores se deve ao arrefecimento da pandemia e a retomada das atividades.

DOAÇÕES

Em 2022, foram captados mais de R$ 53,4 milhões em doações. Esse valor foi destinado a viabilizar bolsas de graduação (R$ 33,8 milhões), a pesquisa em terapia gênica (R$ 10,0 milhões), o projeto Nova Hemodinâmica do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia (R$ 6,0 milhões) e a compra de equipamentos para a Oncologia (R$ 1,1 milhão), entre outras iniciativas.

O Voluntariado do Einstein tem mais de 60 anos de existência

OUTROS PROJETOS NA COMUNIDADE

Participantes do Cientistas do Amanhã

Cientistas do Amanhã

Com o objetivo de tornar o conhecimento científico acessível a estudantes da educação básica da rede pública e sensibilizar as novas gerações para a carreira acadêmica-científica, o Einstein disponibilizou, em 2022, 15 bolsas de Iniciação Científica júnior para jovens de Paraisópolis.

A iniciativa contemplou alunos da Escola Municipal de Educação Fundamental Prof. Paulo Freire que participaram do Projeto "Cientistas do Amanhã", promovido pelo Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Ciência da Saúde do Einstein em conjunto com o PECP.

O programa conta com oficinas de texto jornalístico, exercícios de como buscar fontes de informação, aula de técnica de entrevista, saídas a campo, visita à Unidade Básica de Saúde local, além de conversa com cientistas, jornalistas, influenciadores e profissionais de saúde. Ao final, são produzidas matérias, assinadas pelos alunos, que são publicadas na revista +Saúde na Quebrada, resultado de uma cocriação dos jovens com a área de Comunicação Institucional do Einstein, com apoio do PECP e que circula gratuitamente na região. Em 2022, foram formadas duas turmas.

Repórter Paraisópolis

O Repórter Paraisópolis é um projeto de comunicação desenvolvido na comunidade para levar boa informação em saúde à população da região. Por meio do engajamento e capacitação, os jovens participantes são treinados a reconhecer e combater *fake news*, além de identificarem fontes de informação na produção de conteúdo sobre prevenção, tratamento de doenças, autocuidado, estilo de vida, entre outros temas relevantes para os moradores.

Participantes do Repórter Paraisópolis

6

CONTRAPARTIDA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- DESTAQUES DO TRIÊNIO

O Einstein é uma Entidade Beneficente de Assistência Social habilitada pelo Ministério da Saúde a realizar projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). O valor a ser aplicado anualmente no PROADI-SUS é equivalente ao das contribuições sociais que deixaram de incidir no ano anterior devido à imunidade tributária. Ao todo, são seis os hospitais no Brasil que possuem essa habilitação.

O PROADI-SUS é regulamentado pela Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que prevê a realização de projetos em cinco áreas: estudos de avaliação e incorporação de tecnologia; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; desenvolvimento de técnicas e operação em gestão em serviços de saúde; e atividades assistenciais de alta complexidade.

Todos os projetos são aprovados e acompanhados pelo Ministério da Saúde, regularmente auditados interna e externamente, bem como pelo Tribunal de Contas da União (TCU), que também realiza avaliações no programa com o objetivo de identificar pontos de melhoria e aprimoramento da sua gestão.

O Einstein deverá fechar o triênio 2021-23 do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) com R$ 927 milhões em 42 projetos aprovados pelo Ministério da Saúde.

Desde a origem do PROADI-SUS, em 2009, até o final de 2022, foram aplicados mais de R$ 3,0 bilhões de recursos próprios como contrapartida.

5 ÁREAS DO PROADI-SUS

- ESTUDOS DE AVALIAÇÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA
- CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
- DESENVOLVIMENTO DE TÉCNICAS E OPERAÇÃO EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE
- PESQUISAS DE INTERESSE PÚBLICO EM SAÚDE
- ATIVIDADES ASSISTENCIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE

OS DISPÊNDIOS DO EINSTEIN: NO TRIÊNIO 2021-23: CERCA DE R$ 927 MILHÕES EM

42 PROJETOS APROVADOS

DESDE 2009:

R$3,0 BILHÕES APLICADOS EM PROJETOS

DESTAQUES DO TRIÊNIO

Transplantes

O Projeto de Tutoria em Transplantes de Órgãos Sólidos é focado na formação de profissionais de saúde para a realização de transplantes de fígado, rim e pulmão em localidades de vazio assistencial do Norte, do Nordeste, do Centro-Oeste e do Sudeste. Cerca de 70 profissionais, indicados pelas Centrais Estaduais de Transplantes, participam de aulas ministradas por médicos, enfermeiros e multiprofissionais especialistas, e são acompanhados durante toda a tutoria de maneira remota e presencial, com oportunidade de realizar visitas in loco e acompanhar cirurgias de extração de órgãos e transplantes. A iniciativa permitiu que o Instituto Nacional de Cardiologia (INC) passasse a realizar transplante de pulmão, serviço que não era oferecido pela rede pública estadual do Rio de Janeiro desde 2006. Os resultados de sobrevida e o custo efetividade dos transplantes de órgãos sólidos e medula óssea do Einstein são destaques no Brasil e no mundo. Até hoje, foram realizados mais 4 mil transplantes e cerca de 2,3 mil pacientes estão em acompanhamento médico pós-cirúrgico.

Projetos de telemedicina (TeleAMEs, TeleUTI)

O projeto TeleAMES atende os estados da região Norte, oferecendo consultas em sete especialidades médicas: endocrinologia, neurologia adulta e pediátrica, pediatria, pneumologia, cardiologia, psiquiatria e reumatologia para apoio aos médicos de atenção primária. O objetivo é de atender 120 ambulatórios por telemedicina. Em 2022, o projeto foi expandido para os estados do Centro-Oeste e, até o final de 2022, já foram realizados 56 mil teleatendimentos.

Desde 2020, o projeto emprega o conhecimento adquirido pela Central de Telemedicina do Einstein para ampliar o acesso da população local a especialidades médicas, além de promover a capacitação de profissionais no apoio diagnóstico e terapêutico nas emergências. A iniciativa também tem possibilitado a redução da fila de espera na central de regulação dos estados em que foi implantada.

Baseado na mesma premissa de utilizar a telessaúde para suprir lacunas assistenciais, o projeto TeleUTI estabelece uma conexão entre especialistas dos Hospitais PROADI-SUS e os médicos generalistas que atuam em UTIs que não possuem especialidade em medicina intensiva. A distância, a equipe de especialistas acompanha todos os dias mais de 800 pacientes adultos internados em UTIs de 80 hospitais de todo o país. Isso é feito por meio de um processo conhecido como teleround, no qual o quadro de saúde dos pacientes internados é discutido com um médico intensivista remoto ou com uma equipe multidisciplinar quando necessário. A expectativa é melhorar o desfecho clínico dos pacientes, reduzir o tempo de internação e aumentar a sobrevida. O projeto também prevê a capacitação do corpo técnico dos hospitais participantes por meio de educação continuada, desenvolvendo habilidades e estimulando a implantação de protocolos e linhas de cuidado de UTI baseados nas melhores práticas.

PlanificaSUS

A Planificação da Atenção à Saúde é uma metodologia utilizada para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), baseada em diretrizes clínicas e no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Desta forma, o projeto permite que as equipes desenvolvam competências para o planejamento e organização da atenção à saúde com foco nas necessidades dos usuários.

O público-alvo do projeto contempla todos os profissionais e gestores das unidades de saúde participantes, incluindo tutores locais. Cada etapa acontece concomitantemente nas 24 regiões de saúde participantes, somando 270 municípios e cerca de três mil unidades de saúde.

Genomas raros

Pensando em desenvolver o conhecimento genético no país, o Ministério da Saúde criou o projeto Genomas Brasil. O PROADI-SUS participa dessa iniciativa com projetos voltados ao estudo genético nas doenças raras, doenças cardiovasculares e oncologia. Para tanto, serão sequenciados genomas de 10 mil brasileiros, de todas as regiões, entre grupos de pacientes com doenças raras e outras condições e de grupos populacionais elegíveis para o estudo.

Para contribuir para o Genomas Brasil e aumentar a capacidade diagnóstica, o Ministério da Saúde, por meio do PROADI-SUS, desenvolveu o projeto complementar Genomas Raros, focado no sequenciamento genômico completo de indivíduos com doenças raras, incluindo as síndromes de risco hereditário de câncer. O projeto deve também avaliar, no futuro, o custo-efetividade dessa ferramenta em vários cenários para uso no SUS. Para tanto, foram recrutados indivíduos de 18 centros públicos de atendimento a pacientes com doenças raras e com câncer, localizados em quase todas as regiões do país. No total, 10.510 pacientes estão participando da pesquisa, que conta com o envolvimento de cerca de 400 profissionais de saúde. Além do resultado imediato de diagnóstico, os centros terão acesso aos dados de seus pacientes e poderão continuar a investigação das causas genéticas, buscando alterações genômicas em diferentes contextos.

Pesquisa com células CAR-T

A terapia com células CAR-T representa o que há de mais avançado no tratamento oncológico. No entanto, requer uma competência técnica altamente especializada e tem um custo extremamente elevado. Por isso, hoje, é considerada excessivamente cara para o sistema de saúde.

O projeto Genomas Raros vai avaliar o custo-efetividade, em vários cenários, do uso do sequenciamento genômico pelo SUS.

O Einstein foi a primeira instituição nacional a receber aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária para dar início à aplicação em seres humanos de células CAR-T produzidas em seu laboratório próprio

Para mudar essa realidade, um dos projetos do PROADI-SUS do Einstein irá examinar a viabilidade e segurança de administrar células geneticamente modificadas, do próprio paciente, para reconhecer e combater seu desenvolvimento. O projeto, que está em desenvolvimento há três anos, recebeu a aprovação da ANVISA para dar início à aplicação de células CAR-T em seres humanos - a primeira iniciativa do tipo de uma organização acadêmica e hospitalar no Brasil a ser aprovada pela Agência. Foram selecionados 30 pacientes do SUS para fazer parte dessa pesquisa inédita.

O projeto permitirá que, no longo prazo, iniciativas nacionais desenvolvam produtos de terapia celular avançados com menor custo e mais acessíveis para o sistema de saúde. Para isso, é fundamental que o Brasil conte com alternativas nos centros de processamento celular, hospitais e universidades para o uso dessa tecnologia, cujo domínio facilitará seu emprego em maior escala no país.

Todos os projetos do PROADI-SUS desenvolvidos pelo Einstein estão disponíveis no portal: http://proadi.ensinoeinstein.com/.

Saiba mais usando o QR code

7

SUSTENTABILIDADE E CUIDADO AMBIENTAL

- AVALIAÇÃO S&P
- PLANO DIRETOR DE SUSTENTABILIDADE
- GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS
- GESTÃO AMBIENTAL INTEGRADA

Para o Einstein, as dimensões ambiental, social e governança (ASG) estão diretamente relacionadas com a saúde. Por isso, o "S", na diretriz estratégia da organização, representa a valorização da saúde e do impacto positivo que ela traz na vida de todas as pessoas. A organização pensa a saúde como um conceito integral, que também se refere à saúde das comunidades, da sua cadeia de valor, do ambiente e do planeta.

AVALIAÇÃO S&P

Em 2022, o desempenho em ASG do Einstein foi avaliado pela *Standard & Poor's* (S&P), uma das principais agências globais de avaliação e classificação de riscos. Esse processo procura mapear a capacidade das organizações de gerenciar riscos futuros e oportunidades de melhoria em ASG.

A organização alcançou 76 pontos em um total de 100 possíveis, a terceira maior pontuação entre as organizações de saúde no mundo que se submeteram a esta avaliação com a agência e a melhor, considerando todos os tipos de organizações, na América Latina. O nível de preparação do Einstein para lidar com os 25 temas abordados pela avaliação foi considerado "Forte" (*Strong*), a segunda maior classificação possível. Segundo a S&P, o desempenho reflete a conscientização da liderança do Einstein sobre os fatores de disrupção do setor de saúde, combinada com uma cultura eficaz, que incorpora diretrizes estratégicas levando em conta a organização e seus principais públicos interessados.

A avaliação do *rating* reforça que a estratégia de ASG do Einstein tem como objetivo genuíno transformar os serviços de saúde no Brasil. A qualidade no cuidado, portanto, está intrinsecamente ligada à equidade, na atuação voltada à redução das desigualdades, levando acesso a uma saúde de qualidade a diferentes populações e também no compartilhamento de conhecimento, na inovação e na qualidade de serviços orientados para promover a inclusão no atendimento de saúde.

PLANO DIRETOR DE SUSTENTABILIDADE

GRI 2-22| 2-23

O Plano Diretor de Sustentabilidade (PDS) do Einstein foi elaborado pela primeira vez em 2011 para desenvolver uma cultura de sustentabilidade e planos de ação integrados às diretrizes estratégicas e o objetivo da organização.

O plano atual cobre o quinquênio 2021-2025 e originou uma "Cesta de Sustentabilidade", formada por 27 indicadores conectados a 11 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), dos 17 que fazem parte da Agenda 2030 das Nações Unidas. Ao longo do ano, os indicadores são acompanhados através da Cesta de Sustentabilidade. Cada um dos ODS tem um patrocinador designado entre a alta liderança.

Na versão 2021-2025, o PDS tem como objetivos melhorar continuamente o desempenho de segurança e ambiental da organização, eliminando os riscos de eventos adversos a pacientes, colaboradores e terceiros; reduzir progressivamente o impacto das operações sobre o meio ambiente; e neutralizar as emissões de gases de efeito estufa a partir de 2030.

Há também projetos orientados à melhoria da gestão, diagnóstico e tratamento na saúde pública e privada, ao espelhamento da Governança em todas as unidades, e no avanço contínuo dos resultados de saúde nas comunidades em que o Einstein atua. Além disso, há frentes voltadas à redução dos impactos da mudança climática na saúde das pessoas, que afeta sobretudo as populações mais vulneráveis. São compromissos que se traduzem, portanto, em mais equidade na saúde.

OS 11 ODS PRIORITÁRIOS DO EINSTEIN

OBJETIVOS DO PDS 2021-2025

Melhorar continuamente o desempenho ambiental, social e de governança.

Eliminar riscos de eventos adversos a pacientes, colaboradores e terceiros, bem como de continuidade das atividades.

Reduzir progressivamente o impacto das operações sobre o ambiente.

Reduzir as emissões de gases de efeito estufa em 50% a partir de 2030.

Espelho d'água no Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein

GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS

GRI 2-6

A cadeia de fornecimentos é aliada do Einstein no seu compromisso com a qualidade, a segurança e a geração de valor compartilhado. O Einstein entende que comprar bens e contratar serviços são oportunidades para influenciar positivamente e ter um efeito multiplicador junto à cadeia de valor. A Política de Aquisição de Suprimentos estimula as melhores práticas de compliance e o engajamento socioambiental dos fornecedores.

Em 2022, dentro da revisão do Mapa dos Riscos Corporativos, foram definidos critérios para categorizar os fornecedores, de acordo com o nível de criticidade, em função de não conformidades.

Foram avaliados aspectos documentais, de sustentabilidade e integridade de 5.200 fornecedores, ao longo do ano. Em 2.100 casos, foram necessárias ações para regularização ou bloqueio de fornecedores. Desta forma, o Einstein contribui para uma cadeia de fornecimento mais íntegra para o setor de saúde.

AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES

Criado em 2021, o Programa de Avaliação de Fornecedores, norteado pelo Índice de Desempenho e Alinhamento com o Parceiro (IDAP), analisa quatro critérios: qualidade dos produtos e serviços, comercial, sustentabilidade e compliance. Em relação à sustentabilidade, são avaliados: maturidade e aderência ao tema ASG, com base em questionário do Ethos, projetos em parceria e boas práticas. Os indicadores Ethos são uma ferramenta - criada pelo Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social - que visa apoiar as empresas na avaliação da sustentabilidade e da responsabilidade social.

Os projetos avaliados podem ser internos do fornecedor ou em aliança com o Einstein, voltados às temáticas de energia, água, efluente, resíduos, logística reversa, economia circular, emissões, saúde e segurança, relacionamento com a comunidade, diversidade, inclusão, educação e capacitação.

Os fornecedores com melhor desempenho no índice são reconhecidos nas categorias Ouro, Prata e Bronze e esta informação é compartilhada mensalmente, por meio de notas e, todos os anos, no mês de março, ocorre a premiação. Essa prática incentiva a melhoria contínua e o aprendizado com iniciativas bem-sucedidas de outros fornecedores.

Em 2022, 650 fornecedores foram avaliados como dentro dos padrões, um crescimento significativo em relação ao ano de implantação do Programa, 2021, em que foram 63. Também houve um acréscimo de 0,5 ponto na nota média do grupo, que em 2021 foi de 5,8, numa escala de 0 a 10.

O 4º Encontro com Fornecedores teve como foco discussões e projetos relacionados aos temas ambiental, social e de governança (ASG)

CATEGORIAS PREMIADAS NO DESEMPENHO DE 2022

1	2	3	4	5	6	7
Engenharia Clínica	Ambiental, Social e Governança	Hotelaria	Ambiental, Social e Governança	Insumos laboratoriais	Materiais médicos	Medicamentos

8	9	10	11	12	13	14
Mobiliário	Manutenção, Reparo e Operações	Nutrição e Dietas Clínicas	Obras	Órteses, Próteses e Materiais Especiais	Serviços Corporativos	Tecnologia da Informação

PROGRAMA DE RECONHECIMENTO DE FORNECEDORES

Como forma de promover uma cadeia de fornecimento idônea, eficiente e eficaz, o Einstein reconhece e premia regularmente os fornecedores que tenham as melhores práticas.

Encontro com Fornecedores

Em março de 2022, foi realizado o Encontro com Fornecedores, com o objetivo de estimular discussões e projetos dentro do tema ASG. Estiveram presentes no evento cerca de 250 fornecedores que foram selecionados a partir de suas práticas. O tema do encontro foram as ações relacionadas à dimensão Social, com um convite especial aos fornecedores para se juntarem ao time de Voluntariado do Einstein.

FORNECEDORES ATIVOS

CATEGORIA	2022
Obras de expansão	364
TI	358
Marketing e Eventos	334
Material Médico	303
Consultoria e Assessoria	259
Administrativos	203
Alimentos	179
Manutenção	174
Insumos laboratoriais	136
OPME	136
Medicamentos	108
Ensino	84
Funcional	3
Outros	669

Fornecedor por natureza	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Material Médico	5,3%	9,5%	9,2%	-0,3 p.p.
Funcional	9,0%	0,2%	0,1%	-0,1 p.p.
Obras de expansão	8,8%	13,0%	11,0%	-2,0 p.p.
Ensino	5,5%	3,3%	2,5%	-0,8 p.p.
TI	6,2%	10,5%	11,0%	0,5 p.p.
Marketing e Eventos	3,7%	8,3%	10,0%	1,7 p.p.
Manutenção	3,3%	5,5%	5,3%	-0,2 p.p.
Administrativos	2,1%	5,9%	6,1%	0,2 p.p.
Alimentos	3,1%	4,2%	5,4%	1,2 p.p.
Insumos laboratoriais	3,3%	4,6%	4,1%	-0,5 p.p.
Medicamentos	2,7%	4,2%	3,3%	-0,9 p.p.
OPME	2,5%	4,4%	4,1%	-0,3 p.p.
Consultoria e Assessoria	1,9%	6,0%	8,0%	2,0 p.p.
Outros	42,6%	20,4%	20,2%	-0,2 p.p.

GESTÃO AMBIENTAL INTEGRADA

Para o Einstein, saúde e meio ambiente são questões profundamente conectadas, e refletem a necessidade de entender a Saúde e seus determinantes em um sentido mais amplo.

As políticas e procedimentos de gestão ambiental e de energia estão organizadas sob o Sistema de Gestão Integrado (SGI). Certificado nas ISO 14.001 (meio ambiente) e 50.001 (energia), que tem como objetivo que mais unidades do Einstein, especialmente as da rede pública, alcancem as mesmas certificações. Em 2022, o Hospital Municipal Vila Santa Catarina e AMA Especialidades Pediátricas, em Paraisópolis, conquistaram a certificação ISO 14.001.

MUDANÇAS CLIMÁTICAS: ENERGIA E EMISSÕES

Reconhecendo que o tema de mudanças climáticas é uma ameaça global à saúde, o Einstein atua em diversas frentes para reduzir as emissões de gases de efeito estufa e ampliar a capacidade de resposta frente aos seus desafios.

O Einstein divulga desde 2010, através do Programa Brasileiro GHG Protocol, o seu inventário de emissões de Gases de Efeito Estufa (GEE). Como parte da estratégia, em 2022, a organização atuou nos desdobramentos e saídas dos estudos de vulnerabilidade climática e de neutralização de carbono.

Com a adesão ao compromisso de reduzir em 50% as emissões até 2030 e eliminá-las totalmente até 2050, manifesto na campanha global *Race to Zero*, a organização desenvolve projetos e práticas voltadas à redução das emissões, principalmente nas fontes dos Escopos 1 e 2.

Para alcançar as metas propostas, o Einstein desenvolve projetos em diversas frentes; focando na eficiência dos seus processos e na mitigação das emissões de escopo 1, isto é, aquelas que são resultado direto das suas operações. Além disso, o Einstein tem compromisso com a renovação da sua matriz energética, especialmente da eletricidade, o escopo 2.

Em 2023, o Einstein vai investir cerca de R$ 9 milhões em projetos de melhoria do desempenho energético e hídrico. As ações envolvem a implantação de duas novas usinas fotovoltaicas, que fazem parte de projetos em parceria com a Enel por meio do Programa de Pesquisa e Desenvolvimento e do Programa de Eficiência Energética da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), nas unidades Alphaville e Morumbi.

As iniciativas, que incluem também a substituição parcial da central de geração de ar-condicionado e projetos de automação na unidade Morumbi, são parte do esforço para a agenda 2030, que prevê 50% de redução das emissões de GEE até 2030 e zero emissões até 2050.

Na cadeia de suprimentos, há iniciativas para contabilização e reduções em toda cadeia de emissões indiretas ou de escopo 3. O Einstein contratou a Schneider para fazer estimativa de acordo com os valores das aquisições por categoria de item adquirido. Esse relatório deverá ser concluído em julho de 2023.

Central de água gelada para resfriamento dos ambientes do Centro de Ensino e Pesquisa

CONSUMO DE ENERGIA, POR TIPO DE FONTE

GRI 302-1

Em GJ

Consumo de Energia renovável	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Etanol	0	1.580	1.109	-29,8%
Eletricidade	215.933	210.307	237.930	13,1%
Total de fontes renováveis	215.933	211.887	239.039	12,8%

CONSUMO DE ENERGIA

Em GJ

Energia - Fontes não renovável	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Gás natural	56.570	70.167	80.832	15,2%
Gasolina	93	1.737	1.786	2,8%
GNV	-	987	1.206	22,2%
Óleo diesel	11.937	11.934	11.135	-6,7%
Subtotal de fontes não renováveis	68.600	84.825	94.959	11,9%

CONSUMO TOTAL DE ENERGIA

Em GJ

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Energia fonte renovável	215.933	211.887	239.039	12,8%
Energia fonte não renovável	68.600	84.825	94.959	11,9%
Total - fontes renovável e não renovável	284.533	296.712	333.998	12,6%
% Fontes renováveis	75,8%	71,4%	75,5%	0,1 p.p.

ÁGUA E EFLUENTES

GRI 3-3

A gestão dos efluentes é um dos desafios do Einstein, uma vez que maneja produtos com risco potencial de contaminação da corpos d'água, como diversos resíduos medicamentosos. A organização monitora continuamente a qualidade e a quantidade de efluentes para garantir que estejam dentro dos parâmetros previstos na legislação, levando em conta os mais de 2 mil produtos químicos que são usados nas operações, além de buscar também alternativas com menor impacto e mais sustentáveis.

Em 2022, o Einstein iniciou um trabalho em áreas críticas, como os centros cirúrgicos, com foco na melhoria do processo a partir de análises de impacto ambiental. Os efluentes da organização são acompanhados e regularmente avaliados para garantir que os padrões legais sejam atendidos.

CONSUMO DE ÁGUA

GRI 303-5

Água em m³	2020	2021	2022	△ 2022/2021
Concessionária	279.783	282.735	323.450	14,4%
Poço artesiano próprio	24.550	4.604	4.359	-5,3%
Total	304.333	287.339	327.809	14,1%

O Einstein iniciou um trabalho em áreas críticas, como os centros cirúrgicos, com foco na melhoria do processo a partir de análises de impacto ambiental.

RESÍDUOS

GRI 3-3

O Einstein tem um compromisso com a reciclagem dos resíduos que produz e com a redução de geração de resíduos.

TOTAL DE RESÍDUOS GERADOS, POR COMPOSIÇÃO

GRI 306-3| 306-4| 306-5

Em toneladas (t)

Resíduos não perigosos por composição em toneladas	2020	2021	2022	△ 2022/2021
Não reciclável	1.394,0	1.384,3	1.348,3	-2,6%
Reciclável	1.101,20	1.498,7	1.685,3	12,5%
Orgânico	380,2	373,4	558,0	49,4%
Total de resíduos não perigosos	2.865,7	3.256,4	3.591,6	10,3%

Resíduos perigosos gerados por composição em toneladas	2020	2021	2022	△ 2022/2021
Infectante	1.639,4	2.186,9	2.127,3	-0,6%
Químico	191,9	398,7	487,7	22,3%
Rejeito radioativo	0,4	0,1	0,0	-100,0%
Total de resíduos perigosos	1.831,7	2.585,8	2.613,4	1,1%

Resíduos	2020	2021	2022	△ 2022/2021
Infectante, químico e radioativo (perigosos)	1.831,7	2.585,8	2.613,1	1,1%
Não reciclável (não perigosos)	1.384,3	1.384,3	1.348,3	-2,6%
Reciclável e orgânico (não perigosos)	1.481,4	1.872,1	2.243,3	19,8%
% Resíduos perigosos	38,6%	44,2%	42,1%	-10,0 p.p.
Total geral de resíduos (perigosos e não perigosos)	4.697,4	5.842,2	6.204,7	6,2%

Nota: Os resíduos tratados por autoclavação no hospital Morumbi são os do Grupo A1. Devido à nossa legislação se faz necessário o tratamento no gerador. Grupo A1: São resíduos provenientes de manipulação de microrganismos, inoculação, manipulação genética, ampolas e frascos e todo material envolvido em vacinação, materiais envolvidos em manipulação laboratorial, material contendo sangue, bolsas de sangue ou contendo hemocomponentes.

Na gestão de emissões de gases de efeito estufa (GEE) do Einstein, uma das prioridades é a redução do uso do óxido nitroso, um dos gases com maior contribuição para o efeito estufa. Para tanto, a organização desenvolveu o projeto Contenção das emissões de N_2O em uma rede centralizada de gases no Hospital Municipal Vila Santa Catarina, que está sendo replicado no hospital do Morumbi. A iniciativa recebeu, no Seminário Hospitais Saudáveis, o Prêmio Amigo do Meio Ambiente (PAMA), que tem como objetivo estimular iniciativas sustentáveis no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil, e é concedido, anualmente, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

8

COLABORADORES

- GESTÃO DE CLIMA, ENGAJAMENTO E EXPERIÊNCIA DO COLABORADOR
- DIVERSIDADE E INCLUSÃO
- SAÚDE E SEGURANÇA DO COLABORADOR

GRI 3-3

O Einstein acredita que as pessoas são o pilar fundamental de todo o seu sistema de assistência, pesquisa, ensino e inovação.

O Einstein busca ser o melhor lugar para se trabalhar na assistência à saúde, pesquisa, ensino e inovação através da valorização das pessoas e das suas contribuições, da prática de remuneração competitiva, da oferta de oportunidades de aprendizado e desenvolvimento e de um ambiente de trabalho estimulante, seguro e ético.

O compromisso com a equidade se reflete no respeito à diversidade e em políticas para a inclusão e para o pleno exercício da identidade de cada pessoa.

GESTÃO DE CLIMA, ENGAJAMENTO E EXPERIÊNCIA DO COLABORADOR

A diretriz estratégica e as iniciativas do Einstein do cuidado centrado na pessoa são praticadas de forma recíproca em relação ao colaborador e sua experiência.

MEDINDO A EXPERIÊNCIA: PESQUISA DE CLIMA E ENGAJAMENTO

A Pesquisa de Clima e Engajamento é aplicada anualmente, com o objetivo de medir a satisfação do colaborador e faz parte da Gestão Contínua de Clima, Engajamento e Experiência. Os resultados são compartilhados com as áreas e lideranças para que possam construir planos de ação junto às suas equipes e implantar melhorias.

Em 2022, o Einstein obteve favorabilidade de 85 na pesquisa anual, mantendo o resultado do ciclo anterior. Um destaque da avaliação é a satisfação com o investimento em desenvolvimento de pessoas, que sempre apresenta pontuações altas. São oferecidos incentivos para o crescimento profissional, como bolsas de estudos para ensino técnico, graduação, pós-graduação, cursos de atualização e cursos no exterior. Também são disponibilizados treinamentos específicos de capacitação para o trabalho e desenvolvimento para profissionais que tenham interesse em ocupar outras posições na organização.

Ainda no tema desenvolvimento, os incentivos anuais consideram a participação dos colaboradores que seguem as trilhas de aprendizagem preestabelecidas por áreas.

Durante a pandemia, o Einstein publicou um livro sobre sua experiência na gestão de pessoas e liderança. "Na Linha de Frente enfrentando o Desconhecido: aprendizados sobre liderança e gestão de pessoas vivenciadas pelo Einstein durante a maior crise sanitária do século" conta com 10 capítulos, assinados por lideranças da organização.

Novo espaço do colaborador na unidade hospitalar Morumbi

EXPERIÊNCIA DO COLABORADOR

No Einstein, a experiência do colaborador é um caminho para colocar **a pessoa no centro do cuidado**. Esse processo pode ocorrer em três dimensões diferentes: ambiente, valores e eventos.

EXPERIÊNCIA DO COLABORADOR[1]

NET PROMOTER SCORE (NPS)	2020	2021	2022	△ 2022/2021
	73	82	79	-3,7%

1 Recomendariam o Einstein para trabalhar para amigos e familiares

DANDO VOZ AO COLABORADOR

PESQUISAS FORMAIS

- Pesquisa de clima e engajamento anual
- Pesquisas Pulses
- Questionário da Saúde
- Pesquisa de Cultura de Segurança
- Pesquisa GPTW

CANAIS DE OUVIDORIA

- SAC RH / Assistente Virtual Tina
- Entrevista de desligamento
- Comitê da experiência do colaborador
- Café com o diretor
- Comissão de combate aos assédios moral e sexual
- Canal de denúncias
- Ouvidoria ensino

MANIFESTAÇÕES ESPONTÂNEAS

- Workplace (rede social interna)
- Lives com a Liderança e Lives institucionais
- Redes Sociais Externas
- Diretamente com a liderança

GRI 2-7| 2-8

PERFIL DOS COLABORADORES - POR FAIXA ETÁRIA E GÊNERO

		2020		2021		2022	
		Número	%	Número	%	Número	%
Abaixo dos 30 anos		4.351	100,0%	5.368	100,0%	6.112	100,0%
	Homens	1.349	31,0%	1.649	30,7%	1.894	31,0%
	Mulheres	3.002	69,0%	3.674	69,3%	4.218	69,0%
Entre 30-50 anos		10.085	100,0%	11.381	100,0%	12.391	100,0%
	Homens	2.979	29,5%	3.287	28,8%	3.537	28,5%
	Mulheres	7.106	70,5%	8.094	71,2%	8.854	71,5%
Acima de 50 anos		1.067	100,0%	1.211	100,0%	1.394	100,0%
	Homens	352	32,9%	391	32,2%	430	30,8%
	Mulheres	715	67,1%	820	67,8%	964	69,2%
Total		15.503	100,0%	17.960	100,0%	19.897	100,0%
	Homens	4.680	30,2%	5.372	29,9%	5.861	29,4%
	Mulheres	10.823	69,8%	12.588	70,1%	14.036	70,6%

COLABORADORES, CONSELHEIROS, ESTAGIÁRIOS E TERCEIROS

Força de trabalho - Por atividade		2020	2021	2022	△ 2022/2021
Médicos		1.511	1.576	1.627	3,2%
	Homens	748	769	778	1,2%
	Mulheres	763	807	849	5,2%
Assistência à saúde (não médicos)		9.843	11.415	13.760	20,5%
	Homens	2.282	2.639	3.653	38,4%
	Mulheres	7.561	8.776	10.107	15,2%
Outras atividades		4.149	4.969	4.510	-9,2%
	Homens	1.650	1.964	1.430	-27,2%
	Mulheres	2.499	3.005	3.080	2,5%
Total de Colaboradores		15.503	17.960	19.897	10,8%
	Homens	4.680	5.372	5.861	9,1%
	Mulheres	10.823	12.588	14.036	11,5%
Conselho		180	179	179	0,0%
	Homens	159	157	151	-3,8%
	Mulheres	21	22	28	27,3%
Estagiários		186	124	184	48,4%
	Homens	50	47	72	53,2%
	Mulheres	136	77	112	45,5%
Subtotal		15.869	18.263	20.260	10,9%
	Homens	4.889	5.576	6.090	9,2%
	Mulheres	10.980	12.687	14.170	11,7%
	Terceiros	2.709	2.605	2.007	-23,0%
Força de trabalho total (equipe interna + terceiros)		18.578	20.868	22.810	9,3%

COLABORADORES POR CATEGORIA FUNCIONAL

		2020	2021	2022	△ 2022/2021
Diretores		16	18	27	50,0%
	Homens	7	8	12	50,0%
	Mulheres	9	10	15	50,0%
Gerentes e Superintendentes/Diretores		111	141	177	25,5%
	Homens	47	56	76	35,7%
	Mulheres	64	85	101	18,8%
Gerentes Médicos		30	41	35	-14,6%
	Homens	22	31	25	-19,4%
	Mulheres	8	10	10	0,0%
Coordenadores/Especialistas		573	712	826	16,0%
	Homens	207	262	285	8,8%
	Mulheres	366	450	541	20,2%
Coordenadores Médicos		117	127	143	12,6%
	Homens	85	87	95	9,2%
	Mulheres	32	40	48	20,0%
Médicos (I, II e III)		1.364	1.408	1.449	2,9%
	Homens	641	651	658	1,1%
	Mulheres	723	757	791	4,5%
Profissionais		7.002	8.458	9.649	14,1%
	Homens	1.848	2.228	2.501	12,3%
	Mulheres	5.154	6.230	7.148	14,7%
Técnicos		4.183	4.802	5.218	8,7%
	Homens	1.353	1.528	1.674	9,6%
	Mulheres	2.830	3.274	3.544	8,3%
Auxiliares		2.107	2.253	2.373	5,3%
	Homens	470	521	535	2,7%
	Mulheres	1.637	1.732	1.838	6,1%

Vagas Preenchidas Via recrutamento interno	2020	2021	2022	△ 2022/2020
Liderança	69,0%	74,0%	83,0%	9,0 p.p.
Assistencial e apoio assistencial	45,0%	38,0%	22,0%	-16,0 p.p.
Geral	39,0%	32,0%	22,0%	-10,0 p.p.

Formatura do projeto Transformar realizada em outubro de 2022

DIVERSIDADE E INCLUSÃO

GRI 3-3

É compromisso do Einstein que as pessoas possam exercer plenamente as suas identidades. O respeito à diversidade está enraizado na história da organização e tem norteado toda a sua evolução. Em 2019, o tema passou a ser trabalhado por meio de um Programa de Diversidade, Equidade e Inclusão (PDE&I), que consolidou as diversas iniciativas relacionadas ao tema.

Em 2022, o Programa teve como principal foco a Equidade, que direcionou os esforços para o acesso das populações vulneráveis, por meio da reformulação de fluxos e processos. A atuação baseou-se em pontos considerados importantes e que se tornaram metas para a organização, como a inclusão de pessoas com deficiência, com destaque para a área de Enfermagem, e o aumento de oportunidades para pessoas negras em cargos que exigem nível superior.

O PDE&I teve como principal foco a Equidade, que direcionou os esforços para o acesso das populações vulneráveis, por meio da reformulação de fluxos e processos.

EMPREGABILIDADE

Ampliou-se, em 2022, o Programa de Empregabilidade, uma estratégia de capacitação de grupos minorizados para o mercado de trabalho e que já formou 152 profissionais, com aproveitamento, até o final de 2022, de 52% dos participantes. O programa é voltado a pessoas em situação de refúgio, pessoas com deficiência, pessoas trans e com mais de 60 anos, jovens em situação de vulnerabilidade e para a comunidade de Paraisópolis.

Os participantes recebem bolsas integrais para o desenvolvimento de competências para ingresso no mercado de trabalho formal e as turmas são personalizadas conforme necessidade de cada população. Houve, ainda, duas turmas de ciência de dados e programação específicas para pessoas em situação de refúgio e migrantes e para pessoas em vulnerabilidade social, com 57 participantes.

O Programa de Empregabilidade foi reconhecido em 2022 na categoria Transversalidade, com o Selo Municipal de Direitos Humanos e Diversidade da Prefeitura de São Paulo.

PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO A PESSOAS TRANS

A organização desenvolveu, por meio do grupo de afinidade LGBTQIA+ do PDE&I, e com o apoio do Grupo Médico Assistencial (GMA), um trabalho focado no codesenho de protocolos e processos de atendimento para pessoas trans e travestis que queiram trabalhar ou já trabalham no Einstein.

O grupo responsável pelo projeto é formado por 15 profissionais trans, que partilharam suas experiências. As ações implantadas compreendem o processo seletivo, a admissão, a jornada do colaborador, os benefícios e acolhimento por parte da equipe e da gestão. Foram realizadas mudanças com foco na inclusão efetiva da comunidade trans, como o uso de pronomes preferíveis na inscrição para vagas, além de treinamentos para as lideranças e acesso de benefícios, como bolsas de estudos.

As iniciativas, em curso desde 2019, têm conquistado importantes reconhecimentos: o *feedback* recorrente é de que as pessoas que participaram de todo o processo se sentiram mais incluídas e pertencentes aos seus ambientes. O projeto foi apresentado na conferência global do IHI em 2022.

OUTRAS INICIATIVAS

A atuação do Einstein inclui também o Programa Sankofa - Lideranças Negras Mudam o Mundo!, uma mentoria voltada para despertar e potencializar lideranças negras, iniciada em 2022 e criada em conjunto com líderes pretas e pardas do Einstein com o objetivo de impulsionar seu desenvolvimento para que possam inspirar e apoiar outras mulheres negras e pardas em suas trajetórias profissionais.

A licença-paternidade se aplica a todos(as), independentemente da identidade de gênero ou de orientação sexual, e em casos de adoção.

Outra iniciativa relevante do período foi a implantação da licença-paternidade de 30 dias, pioneira no segmento da saúde. A ampliação da licença contribui para a construção de ambientes familiares mais equitativos e reforça a valorização da equidade de gêneros. A licença-paternidade se aplica a todos(as), independentemente da identidade de gênero ou de orientação sexual, e em casos de adoção.

O ano foi marcado pelo desenvolvimento do DiversiHub, uma plataforma de conteúdo relacionado ao PDE&I do Einstein. Com participação ativa da liderança, a ideia do programa é que pessoas de diferentes origens, raças, etnias, religiões, gêneros, sexualidades e deficiências possam conviver com respeito, em um ambiente livre de estereótipos, preconceitos e discriminação.

O programa tem cinco frentes de atuação: Equidade de Gênero, Etnias, Gerações, LGBTQIA+ e Pessoas com Deficiência, que contam, cada uma, com uma área dedicada, direcionadores e o seu respectivo grupo de afinidade, aberto a todos(as) os(as) colaboradores(as), entre pessoas voluntárias e aliadas. O DiversiHub tem a proposta de difundir o tema para demais organizações e a sociedade. Mais informações podem ser acessadas em: diversihub.einstein.br.

O PDE&I do Einstein recebeu, em 2022, o Prêmio de Inovação do Cuidado Centrado na Pessoa, pelo Planetree Internacional. De 22 projetos submetidos de diferentes países, três receberam este destaque.

IMPACTO NA DEMOGRAFIA

Em 2022, foi registrado um crescimento consistente do número de colaboradores com deficiência. Em dezembro de 2019, o Einstein tinha 29 profissionais com essa condição atuando na Enfermagem e, hoje, são 106. No total, são cerca de 750 pessoas com deficiência que integram os quadros do Einstein. Um Termo de Ajuste de Conduta firmado com o Ministério Público prevê o atingimento da obrigatoriedade dos 5% de PCDs em relação ao total de empregados em agosto de 2024, sob pena de multa.

A população preta e parda representa 42% dos quase 20 mil colaboradores do Einstein. Desse grupo, 74% exercem funções técnico-operacionais e, por isso, é objetivo ampliar a quantidade de profissionais pretos e pardos em posições que requerem nível superior. Em 2022, a meta, que era de 24%, foi superada em 2 pontos percentuais.

GRI 405-1

COLABORADORES PCD – POR CATEGORIA FUNCIONAL

	2020		2021		2022	
	Total	%	Total	%	Total	%
Coordenadores/Especialistas	3	0,8%	7	1,2%	8	1,3%
Médicos (I, II e III)	1	0,3%	3	0,6%	4	0,6%
Profissionais	69	15,5%	110	17,2%	162	22,6%
Técnicos	206	44,4%	353	46,3%	372	51,9%
Auxiliares	165	37,1%	166	25,9%	169	23,6%
Total	444	100,0%	639	100,0%	716	100,0%

COLABORADORES PRETOS E PARDOS - POR CATEGORIA FUNCIONAL

	2020		2021		2022	
Total	Total	%	Total	%	Total	%
Gerentes	6	0,2%	13	0,3%	17	0,3%
Gerentes Médicos	2	0,1%	3	0,1%	3	0,1%
Coordenadores/Especialistas	55	1,0%	120	1,6%	152	1,8%
Coordenadores Médicos	8	0,2%	8	0,1%	7	0,1%
Médicos (I, II, III)	143	2,7%	162	2,2%	181	2,1%
Profissionais	1.916	36,4%	3.109	42,2%	3.788	44,8%
Técnicos	1.880	35,8%	2.511	34,1%	2.802	33,2%
Auxiliares	1.240	23,6%	1.434	19,4%	1.490	17,6%
Total	5.250	100,0%	7.360	100,0%	8.442	100,0%

GRI 405-2

PROPORÇÃO ENTRE O SALÁRIO-BASE E A REMUNERAÇÃO RECEBIDOS PELAS MULHERES E AQUELES RECEBIDOS PELOS HOMENS – POR CATEGORIA FUNCIONAL

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Diretores	77,3%	81,2%	83,3%	2,2 p.p.
Gerentes	73,6%	80,4%	78,9%	-1,5 p.p.
Gerentes Médicos	84,3%	80,0%	87,8%	7,8 p.p.
Coordenadores/Especialistas	95,1%	92,9%	89,6%	-3,3 p.p.
Coordenadores Médicos	86,0%	83,2%	82,1%	-1,1 p.p.
Médicos (I, II, III)	91,3%	91,3%	91,3%	0,0 p.p.
Profissionais	103,2%	101,8%	98,6%	-3,2 p.p.
Técnicos	99,4%	100,1%	99,5%	-0,6 p.p.
Auxiliares	106,8%	106,9%	113,0%	6,1 p.p.

GRI 401-3

LICENÇA-MATERNIDADE / PATERNIDADE

Mulheres	2020	2021	2022
Colaboradoras com direito à licença	10.823	12.588	13.741
Colaboradoras que tiraram a licença	477	563	622
Colaboradoras que retornaram ao trabalho, no período do relatório, após término da licença	477	563	622
Taxa de retorno	100,0%	100,0%	100,0%
Colaboradoras que retornaram a trabalhar após a licença e continuaram empregadas 12 meses após o retorno	432	505	531
Taxa de retenção	91,0%	90,0%	85,0%
Homens	**2020**	**2021**	**2022**
Colaboradores com direito à licença	4.680	5.372	5.861
Colaboradores que tiraram a licença	126	134	70
Colaboradores que retornaram ao trabalho, no período do relatório, após término da licença	126	134	70
Taxa de retorno	100,0%	100,0%	100,0%
Colaboradores que retornaram a trabalhar pós a licença e continuaram empregadas 12 meses após o retorno	117	122	68
Taxa de retenção	92,9%	91,0%	97,0%

SAÚDE E SEGURANÇA DO COLABORADOR

GRI 3-3

O Einstein aplica o olhar da saúde integral em relação aos seus empregados, levando em conta, além do bem-estar físico, o mental, o espiritual e o financeiro, entre outros.

O cuidado com a saúde e segurança dos colaboradores se dá em várias etapas. Na primeira, são identificados os fatores (externos, individuais, comportamentais etc.) que podem afetar a sua saúde. Feita essa análise, os colaboradores são estratificados em grupos, de acordo com os riscos a que estão expostos. A seguir, o Einstein desenvolve linhas de cuidado, produtos e serviços mais adequados a diferentes perfis e contextos, para melhorar a qualidade de vida, manter as pessoas saudáveis e cuidar de quem tem alguma doença.

O desempenho nessas fases é monitorado por meio de indicadores. Alguns deles são parte da Cesta de Sustentabilidade, associada ao PDS, como taxas de adesão aos exames periódicos, taxa de afastamento e taxa de adesão à imunização obrigatória, entre outros.

Alinhadas ao *Quintuple Aim* (veja mais na página 42), as iniciativas são planejadas, implantadas e monitoradas por indicadores. São promovidas ações voltadas às mulheres, especialmente as gestantes, pois 70% do grupo de colaboradores é de mulheres em idade fértil. O Programa Engravida promove o acompanhamento desse grupo.

Para a saúde mental, é desenvolvido o Programa Calmamente, que oferece assistência psicológica para fortalecimento da saúde mental. Construído com base em um modelo de gestão de saúde populacional, o projeto tem a finalidade de suprir a dificuldade de acesso à saúde mental. As iniciativas já impactaram cerca de 5 mil colaboradores da organização. Hoje, o programa conta com cerca de mil profissionais e dependentes em acompanhamento.

Ainda no contexto de saúde populacional, o Einstein faz a gestão de obesidade com soluções integradas por meio do Programa MESA. Com o apoio de *Big Data & Analytics*, ensino, atenção primária e especialistas focais, o programa visa promover educação em saúde e acesso à linha de cuidado em sobrepeso e obesidade.

CUIDADO COM O COLABORADOR

O Einstein tem como diretriz estratégica a segurança de todas as pessoas que atuam ou passam por suas unidades e, para isso, tem iniciativas com foco na gestão dos riscos ocupacionais. Com esse compromisso, em 2022, foi iniciado o processo de organização para certificação da ISO 45001 (Gestão da Saúde e Segurança), com previsão de conclusão em 2025.

No contexto do cuidado do colaborador, inclui-se o Protocolo FOCO, que tem como objetivo a melhoria da sua segurança, por meio da tomada da consciência e do incentivo às observações comportamentais (foram aproximadamente 10 mil em 2022) para reconhecimento de riscos e da

Colaborador em atendimento na Clínica Cuidar

ferramenta, além da prática da licença para cuidar, que enfatiza o autocuidado e com os colegas de trabalho. Considerando a importância desta ferramenta, em 2022, o Einstein realizou o 2° Encontro de Multiplicadores da Consciência Segura com 1.200 participantes.

O aumento dos incidentes típicos com afastamentos em 2022 - cuja taxa foi de 2,12 - estimulou o mapeamento de situações de risco, ações in loco de auditorias e conscientização dos riscos no ambiente de trabalho. Houve a intensificação da prevenção de acidentes de trajeto e nos deslocamentos internos por meio do Projeto Mobilidade Segura e a campanha “Uma ideia para transformar”, que incentivou a participação dos colaboradores com sugestões de melhorias. As melhores sugestões foram trabalhadas em conjunto com a área de inovação. A campanha recebeu 132 ideias.

A organização manteve, ainda, a aplicação do treinamento de Condução e Segurança para os motociclistas, reforçando o cuidado com os profissionais que trafegam na cidade com este tipo de veículo.

O Projeto Biológico Dano Zero continuou e foi elaborado o painel de uso da ferramenta Ishikawa, que visa a identificação dos fatores principais que contribuíram para acidentes de trabalho, a criação do painel 3D para incentivo à correta utilização dos EPIs e a formação de multiplicadores sobre o manuseio e descarte seguro dos materiais perfurocortantes. Este conjunto de ações reduziu em 70% os acidentes com scalp quando comparados com o ano anterior. A taxa de incidentes com o risco biológico reduziu em 6,7% sobre o ano anterior, passando para 1,40.

Estimulando as melhorias de desempenho dos terceiros, as empresas com as melhores práticas foram reconhecidas no 9° Workshop de Segurança, Saúde e Meio Ambiente para Prestadores de Serviço.

O Einstein recebeu o prêmio Ouro da Revista Proteção, a mais conceituada da área de Saúde e Segurança do Trabalho no Brasil pelo case Espaço Confinado na SBIBAE - Um ambiente seguro para se trabalhar.

ÍNDICE DE SEGURANÇA DO COLABORADOR
GRI 403-9

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Taxa de frequência de acidentes típicos com perda de tempo*	1,1	1,4	2,1	50,0%
Taxa de acidentes com risco biológico sem perda de tempo*	1,5	1,5	1,4	-6,7%
Índice de gravidade para acidentes típicos com afastamentos**	36,0	36,7	85,5	133,0%
Taxa de frequência de acidentes de trajeto com afastamentos	1,8	2,0	1,25	-37,5%
Taxa de afastados (%)	1,5%	1,4%	1,4%	0,0 p.p.
Taxa de absenteísmo***	2,4%	2,8%	2,2%	-0,2 p.p.

*Acidentes/horas-homem trabalhadas com exposição ao risco - a cada milhão de horas trabalhadas.
**O elevado aumento do índice se deve, possivelmente, ao retorno da mobilidade dos colaboradores ao trabalho,que havia sido reduzida durante a pandemia, uma vez que este indicador está atrelado à gravidade de acidentes durante trajetos.
***Não incluído o absenteísmo relacionado à covid-19.

A Clínica Cuidar acompanha os colaboradores desde a promoção da saúde e a atenção primária até a terciária.

CAPACITAÇÃO E TRILHAS DE APRENDIZAGEM

GRI 403-9

O Einstein investe na capacitação de seus profissionais por meio de trilhas de aprendizagem, que são cursos em formato de jornadas específicas. Nelas, os participantes percorrem um caminho que envolve etapas on-line e presenciais práticas com o objetivo de desenvolver e aprimorar competências nas suas áreas de atuação. O programa de trilhas de aprendizagem teve início em 2015, para capacitar os colaboradores e sistematizar os grandes programas da instituição.

As trilhas estão organizadas de forma a prover as competências técnicas e comportamentais de todos os empregados, com objetivo de propagar a cultura e o conhecimento do Einstein nas seguintes dimensões:

- **profissional**, que visa adaptar a aprendizagem para os cargos e funções; e
- **setorial**, que se baseia na área específica de atuação do profissional, com foco em habilidades específicas complementares.

A Educação Corporativa disponibiliza, a cada ano, cerca de 75 trilhas de aprendizagem. Todas as trilhas possuem avaliações de aprendizagem que ajudam o empregado no seu desenvolvimento e desempenho.

Cada área tem sua trilha própria. Os empregados participam de suas jornadas específicas e da trilha institucional, que é um conteúdo relacionado à cultura, missão e aos valores do Einstein.

Os cursos são divididos entre os voltados para novos empregados e para aqueles que já integram os quadros da organização, em cargos técnicos e de nível superior. As jornadas de capacitação são destinadas, por exemplo, a equipes da assistência, médicos, cientistas de dados e enfermeiros. Neste último grupo, já participaram cerca de 3.500 empregados. A jornada da Enfermagem inclui atividades on-line e práticas presenciais.

NOVAS TRILHAS

Em 2022, o Einstein criou mais trilhas, como a de Fatores Humanos para Médicos, direcionada a todos os médicos do Corpo Clínico, inclusive os da saúde pública. O tema é liderado pela Prática Médica, estando diretamente atrelado à alta confiabilidade - *Hospital Crew Management Skills* (HCRM), permitindo desenvolver competências socioemocionais para apoio na formação de times de alto desempenho.

A Trilha do Centro Cirúrgico também foi disponibilizada em 2022, para todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico das unidades Morumbi, Perdizes e na saúde pública. A jornada tem como objetivo aprimorar competências técnicas e não técnicas para atuação na assistência com qualidade e segurança, além de engajar a equipe com relação ao aprendizado e atuação segura frente ao paciente. Cerca de 272 profissionais foram capacitados e aprovados.

AVALIAÇÃO

As trilhas são criadas e desenvolvidas pela área de Ensino Corporativo, com base em mapeamento de indicadores de educação de qualidade, e duram entre três e quatro meses. São cursos em formato de jornadas, em que os empregados percorrem caminhos específicos de acordo com o que a organização espera. Para isso, são aplicados testes antes e após

a realização das trilhas de aprendizagem, com o intuito de mensurar resultados. Os colaboradores aprovados recebem uma certificação. A avaliação realizada no período pós-curso é feita por meio do acompanhamento dos indicadores assistenciais, com o objetivo de entender se os colaboradores estão aplicando o que foi aprendido e sua evolução. Na categoria Educação Corporativa o Einstein foi vencedor da 25ª edição do prêmio *Top Of Mind* de RH. Em 2022, cerca de 3,2 mil novos empregados foram preparados com 780 atividades presenciais e virtuais de treinamento. O *ranking* avaliou as iniciativas destinadas ao aprendizado contínuo das equipes, por meio de votação realizada exclusivamente com profissionais de Recursos Humanos de todo o Brasil.

MÉDIA DE HORAS DE CAPACITAÇÃO DE COLABORADOR

GRI 404-1

(h/ano)

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Por gênero				
Homens	29,3	32,7	26,7	-18,3%
Mulheres	33,9	37,8	29,7	-21,4%
Por categoria funcional				
Diretoria	4,9	14,3	27,0	88,8%
Gerência	14,2	20,9	37,8	80,9%
Chefia/Coordenação	22,6	21,7	44,4	104,6%
Técnica/Supervisão	20,8	45,0	33,3	-26,0%
Administração	29,2	21,9	21,8	-0,5%
Operacional	48,2	23,2	19,1	-17,7%
Aprendizes	26,3	12,5	15,9	27,2%
Média por profissional	41,1	38,3	32,0	-16,4%

HORAS DE TREINAMENTOS INTERNOS E CAPACITAÇÕES EXTERNAS (H)

	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
Internos	638.536	760.425	601.527	-20,9%
Externos	11.319	11.169	22.081	97,7%
Total	649.855	771.594	623.608	-19,2%

São disponibilizados treinamentos específicos de capacitação para o trabalho e desenvolvimento para pessoas que tenham interesse em ocupar outras posições na organização.

GRI 401-1

TAXA DE ROTATIVIDADE

	2020		2021		2022		Δ 2022/2021	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	% (p.p.)
Total de contratados	4.465	100,0	3.288	100,0	4.912	100,0	49,4%	0,0
Gênero - Homens	1.319	29,5	1.085	32,9	1.406	28,60%	29,6%	-32,6
Gênero - Mulheres	3.146	70,5	2.203	67,1	3.506	71,4	59,1%	4,3
Atividade - Médicos	379	8,6	291	9,0	299	6,2	2,7%	-2,8
Atividade- Atendimento de saúde*	3.036	67,9	1.814	55,1	3.205	65,2	76,7%	10,1
Atividade - Outras atividades	1.050	23,5	1.183	35,9	1.408	28,6	19,0%	-7,3
Faixa etária - Menos de 30 anos	2.133	47,7	1.651	50,2	2.570	52,3	55,7%	2,1
Faixa etária - Entre 30-50 anos	2.242	50,2	1.581	48,1	2.224	45,2	40,7%	-2,9
Faixa etária - Mais de 50 anos	90	2,1	56	1,7	118	2,5	110,7%	0,8

	2020		2021		2022		Δ 2022/2021	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	% (p.p.)
Total de desligados	3.132	100,0	2.377	100,0	3.257	100,0	37,0%	0,0
Gênero - Homens	940	30,1	788	33,1	987	30,3	25,3%	-2,8
Gênero - Mulheres	2.192	69,9	1.589	66,9	2.270	69,7	42,9%	2,8
Atividade - Médicos	301	9,7	255	10,7	265	1,0	3,9%	-9,7
Atividade - Atendimento de saúde*	2.090	66,7	1.510	63,5	1.979	60,8	31,1%	-2,7
Atividade - Outras atividades	741	23,6	612	25,8	1.013	38,2	65,5%	12,4
Faixa etária - Menos de 30 anos	1.205	38,4	847	35,6	1.372	40,2	62,0%	4,6
Faixa etária - Entre 30-50 anos	1.793	57,2	1.401	58,9	1.742	53,4	24,3%	-5,5
Faixa etária - Mais de 50 anos	134	4,4	129	5,5	143	6,4	10,9%	0,9

*Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Biomédico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional

9

ESTRUTURA DE GOVERNANÇA

- ATUAÇÃO ÉTICA
- ATUAÇÃO DA AUDITORIA INTERNA
- SEGURANÇA DE DADOS

GRI 2-9

O Einstein tem uma governança na qual órgãos que se relacionam entre si, em um sistema de pesos e contrapesos, garantem o alinhamento de interesses da Sociedade e o controle sobre as suas atividades.

As funções de cada órgão são exercidas conforme as melhores práticas de governança corporativa, de modo que os propósitos e valores da organização se convertam em diretrizes estratégicas e ações para o alcance de seu objetivo estratégico.

A instância máxima de decisão é a Assembleia Geral dos Sócios, composta por cerca de 500 membros e que elege o Conselho Deliberativo, com 180. Este órgão constitui o âmbito estratégico e de gestão da governança, elegendo a Mesa Diretora do Conselho e a Diretoria Eleita, cada uma com nove membros. (GRI 2-10)

Mandatos e comitês

Os componentes dos órgãos da governança do Einstein - médicos com intensa atividade na organização, intelectuais e profissionais conceituados de diversos setores - exercem suas atividades em caráter voluntário e não remunerado por mandatos de seis anos.

Comitês estratégicos de recomendação dão respaldo técnico às decisões em temas específicos: Pessoas, Finanças, Ensino e Educação, Digital, Responsabilidade Social e Sustentabilidade, Qualidade, Assistência e TI, Pesquisa e Inovação, Estratégia, Empreendedorismo e Inovação, Auditoria da Governança, Conflitos de Interesses da Governança Corporativa e Remuneração.

No âmbito executivo, atua a Diretoria Geral, que se reporta ao presidente da Diretoria Eleita e conta com 14 diretorias, ocupadas por profissionais remunerados que contribuem para o planejamento, a organização, a administração e o controle das atividades diárias do Einstein.

A instância máxima de decisão é a Assembleia Geral dos Sócios, composta por cerca de 500 membros e que elege o Conselho Deliberativo, com 180.

OS ÓRGÃOS DA ESTRUTURA DE GOVERNANÇA DO EINSTEIN E SUAS ATRIBUIÇÕES SÃO OS SEGUINTES:

ASSEMBLEIA GERAL
Máxima instância de decisão, é formada por cerca de 500 membros que elegem o Conselho Deliberativo e o Conselho Fiscal.

CONSELHO DELIBERATIVO
Órgão colegiado formado por 180 membros, eleitos pela Assembleia Geral, que constituem o âmbito estratégico e de gestão da governança, elegendo a Mesa Diretora e Diretoria Eleita.

MESA DIRETORA
Formada por nove integrantes (Presidente, quatro Vice-Presidentes e quatro membros), colabora com o mapeamento estratégico proposto pela diretoria, acompanhando o seu exercício, com vistas ao cumprimento de seu objeto social e à sua perenidade.

DIRETORIA ELEITA
É composta por nove membros (Presidente e oito Vice-Presidentes) e responsável por desenvolver, avaliar e aprovar a estratégia da organização e as diretrizes institucionais, contando com a colaboração da Mesa Diretora.

CONSELHO FISCAL
Composto por cinco membros efetivos eleitos pela Assembleia Geral para mandatos de seis anos, tem a responsabilidade de fiscalizar os atos dos órgãos de administração, emitir parecer sobre as demonstrações financeiras e o relatório de administração, além de acompanhar o relatório de desempenho financeiro.

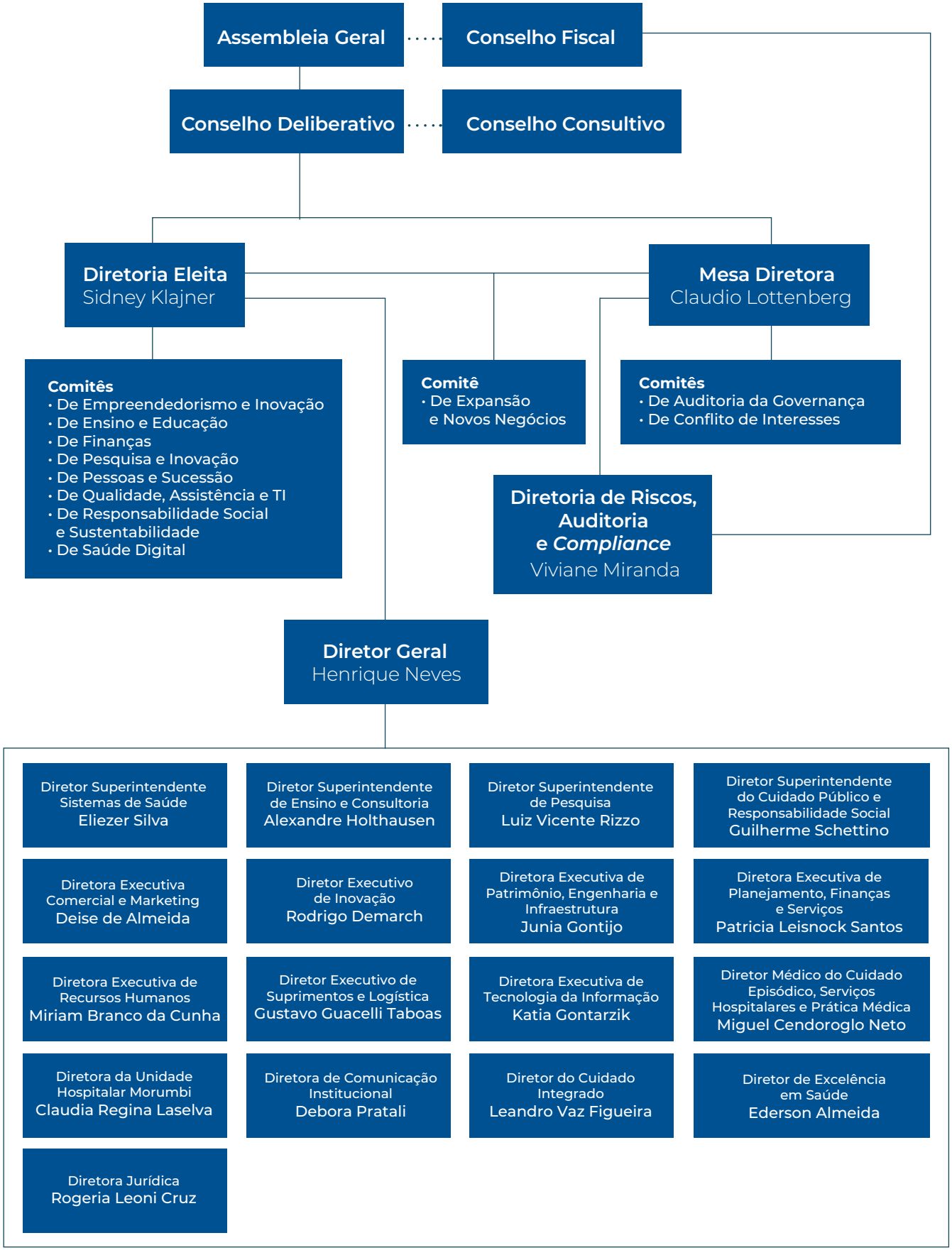
Programa de Governança Einstein

GRI 2-11

No final de 2022, com a recondução do Dr. Sidney Klajner à presidência do Einstein, a chapa eleita contendo diretoria eleita e mesa diretora passou a contar com quatro mulheres em sua composição. Os novos membros do conselho participaram do Programa de Governança Einstein, ferramenta de formação de lideranças e que visa, além de fortalecer a base societária e do conselho deliberativo, promover a renovação do conselho e o desenvolvimento de profissionais da organização. A turma de 2022 do programa foi composta por 35 pessoas, sendo 21 homens e 14 mulheres.

O programa tem o objetivo de desenvolver as competências relacionadas aos diferentes aspectos de gestão, com foco na compreensão do papel e da atuação do Einstein, sendo composto por três módulos: Governança, Saúde e Gestão.

ESTRUTURA DE GOVERNANÇA
Mandato: dezembro de 2022 a dezembro de 2028



ATUAÇÃO ÉTICA

GRI 3-3

Para reforçar o posicionamento responsável e seu compromisso com as boas práticas ASG, a governança do Einstein conta com o Programa de Ética e Compliance, destinado a reforçar a cultura de ética e aprimorar o ambiente de controle interno.

Em 2022, iniciou-se as implantações do Programa de Ética e Compliance nas unidades de Goiânia e de Aparecida de Goiânia, com ampla divulgação do Manual de Ética e do Canal de Denúncias.

O reforço à cultura ética contou também com ações de comunicação e treinamento voltadas para temas relacionados a conflitos de interesses, assédio moral e sexual, diversidade e inclusão e prevenção à corrupção. Ao todo, 17.741 pessoas participaram até 2022, entre colaboradores, corpo clínico, fornecedores e alunos. Além disto, os canais de compliance para o recebimento de dúvidas e consultas sobre as regras institucionais receberam 236 chamados de todas as áreas do Einstein. (GRI 205-3)

A expansão do Programa de Ética e Compliance acompanha o crescimento da organização, visando cobrir todas as operações, em todas as localidades. Com isto, os relatos recebidos pelo Canal de Denúncias institucional chegaram a 522 denúncias, um aumento de 44% em relação a 2021, demonstrando adesão e credibilidade do programa.

REVISÃO DE RISCOS

Uma das principais iniciativas de 2022 foi a realização de um Workshop de Gestão de Riscos Corporativos, com a presença da Mesa Diretora, Diretoria Eleita e Conselho Fiscal, juntamente com os executivos, para avaliar o Mapa de Riscos Corporativos, apontando os principais riscos priorizados e as ações de tratamento. Foram discutidos os 18 riscos mais relevantes para o Einstein e os 153 planos de ação que auxiliarão na sua mitigação, apresentados pelos executivos responsáveis por estes riscos.

O processo de avaliação de riscos se estende às unidades públicas geridas pelo Einstein. Em 2022, foi atualizado o mapa de riscos do Hospital Municipal M'Boi Mirim - Dr. Moysés Deutsch e foram revistas as priorizações e ações de tratamento. Também foi realizado o Mapa de Riscos do hospital de Goiânia.

Conflito de interesses

Em relação à gestão de conflitos de interesses, houve a automatização de controles que antes eram feitos manualmente. Por meio de controle sistêmico, são gerados alertas toda vez que o Einstein tem a intenção de estabelecer relacionamento comercial com empresas vinculadas aos seus conselheiros, empregados e membros do corpo clínico aberto. Essas contratações são avaliadas pela área de compliance e um relatório semestral das transações financeiras com estas organizações é produzido e entregue para a alta administração. Ao todo, 1.570 empresas foram mapeadas e 52 passaram por monitoramento, em função das transações financeiras que tiveram com o Einstein em 2022.

ATUAÇÃO DA AUDITORIA INTERNA

GRI 3-3

Em 2022, a Auditoria Interna realizou 13 trabalhos que geraram 134 oportunidades de melhorias para as operações e controles internos do Einstein. Nestes trabalhos foram identificados cerca de R$ 9 milhões em Perdas Evitáveis e Potenciais Ganhos e as seguintes ações de melhoria.

Contratação de Fornecedores: revisão e recomendações estruturantes do processo que geraram ações imediatas mediante a regularização de contratos pendentes de formalização, melhorias no processo com a adoção de contratos padronizados para ganho de agilidade e estabelecimento de controles medições e monitoramento dos Acordos de Nível de Serviço (SLA).

Alçadas de Aprovação: revisão e recomendações estruturantes do processo resultaram na abertura de projeto institucional para desenvolvimento de controles que tragam mais segurança, transparência nas tomadas de decisão e aprovação.

CyberSegurança: identificação de oportunidades de melhorias para tratativas de vulnerabilidades que possam gerar o comprometimento do ambiente tecnológico e vazamento de informações.

Pagamentos Médicos: revisão do processo em hospital público administrado pelo Einstein, gerando ações de melhorias que contribuem para maior segurança e transparência nos pagamentos realizados a médicos autônomos que prestam serviços.

Ações implantadas

Uma das principais formas da Auditoria Interna gerar valor para a organização é por meio de recomendações de melhorias que, quando implantadas, contribuem para o fortalecimento do ambiente, controles internos, melhoria na gestão dos processos, mitigação de riscos e perdas, dentre outros. Em 2022, foram implementadas / regularizadas 78 ações de melhorias provenientes de trabalhos de auditoria distribuídas em diversos processos das unidades privada e pública.

Com relação a monitoramento, a Auditoria Interna tem utilizado ferramentas de *analytics* para realização de análises de dados de forma massiva, com objetivo de trazer mais robustez nos resultados gerados, escalabilidade e automação, bem como monitoramento contínuo por meio de testes automáticos, indicadores e dashboards. Neste período, foram realizados monitoramentos de 11 indicadores para análise de transações e variações não usuais e foram desenvolvidos mais 8 novos para monitoramento.

Reorganização de políticas

Os documentos normativos que orientam a conduta e os processos institucionais passaram por uma importante reorganização para padronização de linguagem e dar maior eficiência. As normas passaram a estar organizadas por processos, em uma nova plataforma, e 110 políticas foram revisadas e aprovadas.

Com o objetivo de tornar transparente a forma como o Einstein estabelece o relacionamento com o mercado e seus concorrentes, foi publicada a Política de Práticas Concorrenciais, que tem como princípio norteador a livre concorrência e a proteção de todas as regras que regulam as atividades econômicas.

Segurança de dados

O Einstein busca garantir a segurança de dados de pacientes, colaboradores e corpo médico. Para isso, conta com o Centro de Defesa Cibernética, que em 2022 apresentou um avanço significativo, com um aumento de 80% na sua capacidade de identificação e resposta a alertas de incidentes e tentativas de invasões de dados, em comparação ao ano de 2021. Essa evolução garantiu à organização se defender com mais eficiência das tentativas de ataques que recebe.

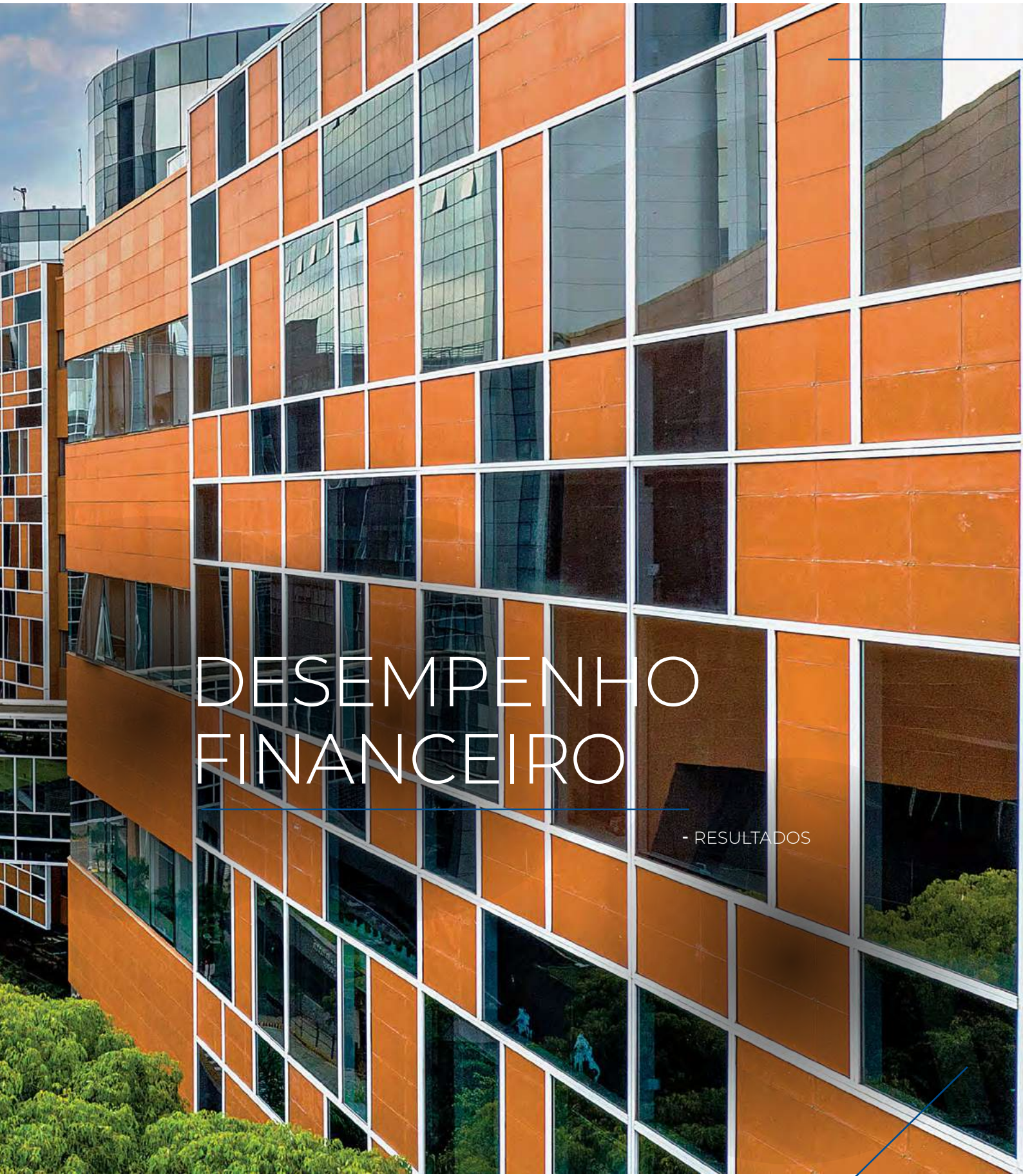
Além disso, como forma de buscar a melhoria contínua das suas ações de segurança, o Einstein teve, em 2022, sua Resiliência Cibernética testada por empresas brasileira e israelense. O objetivo é avaliar a capacidade que a organização tem de estabelecer barreiras de segurança de dados sem afetar o fluxo de sua operação, processo que foi fortalecido no período.

No ano, foi realizada, ainda, uma ampla campanha de comunicação sobre Privacidade e Segurança de Informação, abordando questões relacionadas a invasões e incidentes. Ao longo do período, a organização também informou e acompanhou todos os médicos autônomos que nela trabalham.

Todos os colaboradores, independentemente do grau do vínculo, assinam documentos em que se comprometem em seguir as políticas para o tema. Os contratos assinados pelo Einstein contam com cláusulas de anticorrupção e um anexo padronizado de compliance, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Em busca da melhoria contínua das suas ações de segurança, o Einstein teve, em 2022, sua Resiliência Cibernética testada por empresas brasileira e israelense.

10



DESEMPENHO FINANCEIRO

- RESULTADOS

GRI 3-3

Em 2022, o quadro econômico global continuou piorando, com inflação alta, juros em elevação e desaquecimento do nível de atividade. No Brasil, ainda que sob o impacto da política econômica apertada, o ritmo da expansão de atividade econômica foi de 2,9%. O mercado de trabalho apresentou trajetória positiva marcada pela redução da taxa de desocupação e pela recuperação de rendimentos. A inflação, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) encerrou o primeiro semestre com 11,9% e reduziu-se até ao final do ano para 5,8%. A taxa SELIC iniciou o ano em 9,25% e atingiu 13,75%, a máxima dos últimos anos. As contas do setor externo e as contas públicas do governo central apresentaram comportamentos positivos.

Apesar do aumento de 1,6 milhão de beneficiários no ano, as operadoras de planos de saúde apresentaram nos primeiros nove meses de 2022 um prejuízo líquido de R$ 3,4 bilhões, comparado com um superávit líquido de R$ 2,0 bilhões no ano anterior, que reflete um reajuste negativo de -8,2% nos planos individuais em 2021, a persistência da pandemia da covid-19 no primeiro semestre e a forte demanda por procedimentos eletivos.

Os pacientes-dia atingiram 475,7 mil, sendo 229,7 mil na saúde privada e 246,0 mil na saúde pública, crescimentos respectivamente de 0,3% e 35,6% sobre o ano anterior.
O número de saídas hospitalares foi de 108,6 mil, sendo 68,3 mil na saúde privada e 40,3 mil na saúde pública, crescimentos respectivamente de 14,3% e 42,6%. O início da operação pelo Einstein do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia, contribuiu para o expressivo crescimento na saúde pública e o de saídas na saúde privada foi acompanhado por uma redução do tempo médio de permanência para 3,5 dias, uma queda de 13,2% sobre o ano anterior, reflexo da menor complexidade dos pacientes.
O número de cirurgias foi de 54,9 mil, sendo 41,9 mil na saúde privada e 13,0 mil na saúde pública, crescimentos respectivamente de 17,7% e 45,6% sobre o ano anterior.
Os exames laboratoriais foram 14.964,9 mil e os de imagem 1.083 mil, crescimentos respectivamente de 0,7% e de 31,7%.
Os atendimentos de pronto atendimento foram 1.188,4 mil, sendo 351,7 mil na saúde privada e 836,7 mil na saúde pública, crescimentos respectivamente de 152,8% e de 30,0% sobre o ano anterior.
Os teleatendimentos foram 551,2 mil, sendo 464,6 mil na saúde privada e 86,6 mil na saúde pública, crescimentos de 21,1% e de 123,6%.

Os volumes da saúde privada contemplam os atendimentos assistenciais de fontes pagadoras, saúde corporativa (Programa Cuidar), filantropia e projetos com o Ministério da Saúde (PROADI-SUS).

Desempenho financeiro

A receita líquida e os gastos totais foram respectivamente de R$ 4.911,5 milhões e R$ 4.566,0 milhões, crescimentos de 7,4% e de 12,9% sobre o ano anterior. O aumento dos gastos acima da receita está relacionado à inflação, que afetou particularmente os custos de materiais, insumos e mão de obra, à provisão para crédito de liquidação duvidosa impactada por contas relacionadas à covid-19 e outros custos relacionados com o aumento de demanda. A desmobilização de estruturas de mais alto custo relacionadas com o atendimento à covid-19, particularmente de pacientes graves, foi diferida para assegurar que efetivamente não eram mais necessárias.

A Sociedade aplicou R$ 321,6 milhões no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) na capacitação de recursos humanos, projetos de pesquisa de interesse de saúde brasileira, avaliação e incorporação de tecnologias, apoio à gestão e assistência especializada, um crescimento de 33,8% sobre o ano anterior.

Como consequência, o Resultado Operacional Líquido foi de R$ 345,5 milhões e o EBITDA R$ 712,9 milhões, quedas respectivamente de -34,4% e de -14,4% sobre o ano anterior. A Margem Líquida e EBITDA foram de 7,2% e 15,0%, reduções de -4,7 p.p. e -3,6 p.p. sobre o ano anterior.

Ao final de 2022, o Caixa e as Aplicações Financeiras eram de R$ 1.653,9 milhões, um crescimento de 37,1% sobre o ano anterior, principalmente pela captação de R$ 518,7 milhões junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e ao Banco Santander (Brasil) S/A.

O Capital de Giro Líquido era de R$ 199,0 milhões, equivalente 14,6 dias, e o Endividamento Oneroso Total de R$ 1.377,2 milhões, redução e crescimento respectivamente de -35,8% e de 40,4%. O Caixa Líquido era de R$ 276,7 milhões, um aumento de 22,5% sobre o ano anterior.

O Dispêndio de Capital foi de R$ 739,0 milhões, direcionados à atualização e manutenção de ativos (25,5%), tecnologia de informação (33,3%) e à expansão de infra-estrutura (41,2%), um crescimento de 1,0% sobre o ano anterior.

RESULTADOS

DEMONSTRAÇÕES DE RESULTADO

Em R$ Mil

	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 2022/2021
1. Receita operacional líquida	2.825.735	3.164.615	3.253.143	4.573.035	4.911.496	7,4%
2. Custos e despesas operacionais	2.630.110	2.699.288	3.073.221	4.045.995	4.566.030	12,9%
3. Resultado operacional (1-2)	195.625	465.327	179.923	527.040	345.466	-34,5%
4. Total do resultado financeiro	44.529	23.474	2.534	-8.511	-30.223	255,1%
5. Resultado do exercício (3+4)	240.154	488.801	182.457	518.529	315.243	-39,2%
6. Superávit antes dos juros, impostos, depreciação e amortização (EBITDA)	366.809	697.063	447.035	832.734	712.820	-14,4%

BALANÇO PATRIMONIAL

Em R$ Mil

	2018	2019	2020	2021	2022	Δ2022/2021
Total do ativo circulante	1.240.016	1.584.097	1.586.730	1.813.394	2.166.021	19,4%
Imobilizado	2.051.652	2.330.271	2.558.643	3.055.469	3.379.725	10,6%
Intangível	256.788	220.864	299.444	489.932	586.228	19,7%
Outros ativos não circulantes	784.208	924.616	1.121.159	1.279.644	1.283.662	3,1%
Total do ativo não circulante	3.092.648	3.475.751	3.979.247	4.825.045	5.249.615	8,8%
Total do ativo	4.332.664	5.059.848	5.565.977	6.638.439	7.415.636	11,7%
Passivo circulante	550.032	721.095	822.363	1.405.003	1.439.701	2,5%
Passivo não circulante	830.162	897.483	1.114.445	1.085.738	1.512.994	39,4%
Patrimônio social	2.952.470	3.441.271	3.629.169	4.147.698	4.462.941	7,6%
Total do passivo e do patrimônio social	4.332.664	5.059.848	5.565.977	6.638.439	7.415.636	11,7%

RESULTADOS FINANCEIROS

Em R$ Mil

	2018	2019	2020	2021	2022	2022/2021
Superavit antes dos juros, impostos, depreciação e amortização (EBITDA)	366.809	697.063	447.035	832.734	712.820	-14,4%
Dispêndio de capital	444.436	453.098	519.532	746.354	739.004	-1,0%
Caixa e aplicações financeiras	1.259.040	1.450.464	1.317.488	1.206.778	1.653.979	37,1%
Capital de giro	123.390	102.569	346.058	300.902	199.029	-33,9%
Capital total empregado operacional	2.431.830	2.653.704	3.204.145	3.844.989	4.164.982	8,3%

INDICADORES FINANCEIROS

	2018	2019	2020	2021	2022	2022/2021
Margem Líquida (%)	7,1%	14,9%	5,7%	11,7%	7,2%	-4,5 p.p.
Margem EBITDA (%)	13,2%	22,4%	14,2%	18,2%	14,5%	-3,6 p.p.
Dispêndio de capital/ Receita líquida	15,7%	14,3%	16,0%	16,3%	15,0%	-1,1 p.p.
Capital de giro em dias de venda	16,5	12,6	39,1	23,9	14,6	-38,9%
ROCE (%) - Resultado Operacional Líquido/CTEO (sem direito de uso IFRS16)*	7,6%	16,5%	5,4%	13,6%	8,3%	-5,3 p.p.

*Para o cálculo do ROCE foi desconsiderando os direitos de uso no CTEO - Capital Total Empregado Operacional

GRI 201-1

DEMONSTRAÇÕES DE VALOR ADICIONADO

Em R$

	2018	2019	2020	2021	2022	Δ2022/2021
Valor econômico direto gerado	2.882.047	3.212.571	3.277.972	4.575.803	4.929.183	7,7%
Receitas[1]	2.882.047	3.212.571	3.277.972	4.575.803	4.929.183	7,7%
Valor econômico distribuído	2.652.501	2.723.769	3.095.515	4.057.274	4.613.940	13,7%
Custos operacionais[2]	1.011.265	1.049.445	1.381.743	1.829.609	1.736.123	-5,1%
Salários e benefícios de empregados[2]	1.324.170	1.364.572	1.409.974	1.872.361	2.361.247	26,1%
Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	233.577	215.346	216.248	243.488	321.607	32,1%
Investimentos na comunidade[3]	48.923	47.482	43.618	47.697	56.084	17,6%
Despesas financeiras	34.567	46.925	43.932	64.119	138.878	127,2%
Valor econômico acumulado	229.546	488.801	182.457	518.529	315.243	-39,2%

[1] Soma da receita líquida com a receita financeira menos a dedução da provisão para créditos de liquidação duvidosa.
[2] Os custos dos serviços de atenção básica prestados pelo Einstein e reembolsados pela Prefeitura de São Paulo estão distribuídos em custos operacionais e salários e benefícios de empregados.
[3] Gastos com o Programa Einstein na Comunidade Judaica, Residencial Israelita Albert Einstein e doações a instituições de assistência social.

COMPROMISSOS FINANCEIROS ADOTADOS

	RESTRIÇÃO	CÁLCULO	LIMITE	2018	2019	2020	2021	2022
Caixa e aplicações	A disponibilidade mínima deve ser de 15% da receita anual.	Caixa e aplicações/ receita líquida	15,0%	44,6%	45,8%	41,1%	26,6%	33,7%
Endividamento Dívida Líquida/ Saida	A dívida líquida não pode superar duas vezes o valor do *superavit* antes dos juros, da depreciação e da amortização.		2,0	-1,4	-0,9	-1,0	-0,3	-0,4
Alavancagem	A participação máxima de recursos de terceiros está limitada a 30% do endividamento oneroso/ ativo total.		30,0%	16,8%	16,4%	16,1%	15,3%	19,2%

CAPITALIZAÇÃO TOTAL DISCRIMINADA EM TERMOS DE DÍVIDA E PATRIMÔNIO LÍQUIDO

Em R$ Milhões

2018		2019		2020		2021		2022	
Dívida	Patrimônio líquido	Dívida	Patrimônio líquido	Dívida	Patrimônio líquido	Dívida	Patrimônio líquido	Dívida	Patrimônio líquido
728,5	2.952,5	685,2	3.441,3	871,4	3.629,2	980,9	4.147,7	1.377,0	4.463,0

MATERIALIDADE

GRI 2-29| 3-1|3-2

A atual materialidade do Einstein é fruto de um processo realizado em 2019 e revisado em 2022. O estudo realizado naquela ocasião compreendeu uma pesquisa on-line com mais de 1.300 pessoas dos diferentes grupos de relacionamento estratégico da organização. Participaram 1.296 colaboradores, 123 médicos, 13 pacientes, 12 alunos, 7 profissionais de ensino, 5 pesquisadores, 13 voluntários e 10 fornecedores.

Foi considerado também o mapa estratégico da organização e uma série de publicações de relevância para o setor de saúde.

Na etapa seguinte, a liderança do Einstein foi responsável por priorizar os temas levantados na pesquisa, a partir de critérios, como a visão de futuro e o planejamento estratégico, riscos e oportunidades. O grupo que participou da priorização contou com 36 diretores, superintendentes, gerentes, especialistas, consultores, supervisores e médicos em cargos de chefia.

Durante a consulta para a revisão, com o objetivo de ampliar a diversidade e pluralidade de visões, foram ouvidos representantes das diversas partes interessadas: corpo clínico, colaboradores, mercado financeiro, fornecedores, institutos e ONGs, conselhos e lideranças do Einstein.

Durante a consulta para a revisão, com o objetivo de ampliar a diversidade e pluralidade de visões, foram ouvidos representantes das diversas partes interessadas.

Temas materiais

- **Desempenho econômico:** equilíbrio econômico e práticas de gestão da concorrência e de mercado que visem a continuidade e sucesso do negócio ao longo do tempo
- **Combate à corrupção:** conduta ética e adoção de políticas e iniciativas para evitar e combater casos de corrupção, fraude, extorsão, suborno ou outras práticas de operação ilegais
- **Geração e descarte de resíduos:** gestão adequada dos resíduos sólidos da geração à disposição final
- **Conformidade ambiental:** conformidade com leis e regulamentos ambientais
- **Saúde e segurança ocupacional:** gestão adequada dos riscos associados ao ambiente de trabalho e ao desempenho das funções
- **Treinamento e educação:** programas e iniciativas voltados ao desenvolvimento de habilidades técnicas e profissionais, incluindo as capacitações com foco na formação de profissionais para a empresa e para o mercado em geral
- **Diversidade e equidade:** garantia de oportunidades iguais de desenvolvimento profissional e construção de um ambiente favorável à inclusão de minorias, à democratização do mercado de trabalho e à construção de uma empresa diversa
- **Eficácia dos serviços de saúde:** gestão e melhoria contínua para assegurar a aplicação adequada dos recursos necessários, com foco na qualidade do atendimento e na obtenção dos melhores desfechos clínicos

Projeto de reciclagem de tecidos Up Luxo zerou o descarte de resíduos têxteis hospitalares em aterros sanitários

- **Experiência do paciente:** gestão integrada das variáveis que afetam a percepção do paciente e a satisfação de suas expectativas e necessidades no relacionamento com o Einstein
- **Prevenção de doenças e promoção da saúde:** programas e iniciativas voltados à qualidade de vida e ao bem-estar da população
- **Saúde e segurança do paciente:** adoção de padrões, políticas, processos e procedimentos para garantir a saúde e a segurança dos pacientes e assegurar um atendimento com o menor risco e o melhor desfecho
- **Acesso à saúde:** contribuições para fortalecer e democratizar a atenção em saúde com foco no enfrentamento dos desafios atuais e futuros
- **Geração e difusão de conhecimento:** atividades de pesquisa e desenvolvimento, inovação, ensino, capacitação e atualização profissional, troca de informações e conscientização de pacientes com foco na melhoria da atenção em saúde no próprio Einstein e no setor de forma geral
- **Modelo de remuneração dos serviços de saúde:** contribuições (informações, referências, estudos e posicionamento claro) ao debate sobre os modelos existentes para promover a evolução e a sustentabilidade do sistema de saúde
- **Conformidade socioeconômica:** conformidade com leis e regulamentos sociais e econômicos

CARTA DE ASSEGURAÇÃO

A ELEVATE realizou a verificação independente do processo de elaboração do Relatório de Sustentabilidade 2022 do Hospital Einstein, da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira (em seguido denominado Einstein). desenvolvido referenciando as normas GRI (Global Reporting Initiative) Standards 2021. O processo tem como objetivo proporcionar às partes interessadas do Einstein uma opinião independente sobre a qualidade das informações prestadas no relatório.

Independência, competência e responsabilidades

Trabalhamos de forma independente e asseguramos que nenhum integrante da ELEVATE mantém contratos de consultoria ou outros vínculos comerciais com o Einstein. A ELEVATE é uma empresa especializada em sustentabilidade. Os trabalhos foram conduzidos por uma equipe de profissionais experientes e capacitados em processos de verificação externa. A elaboração do Relatório de Sustentabilidade, bem como a definição de seu conteúdo, é de responsabilidade do Einstein. A verificação do relatório foi objeto de trabalho da ELEVATE.

Escopo e Limitações

O escopo de nossos trabalhos inclui as informações da versão completa do Relatório de Sustentabilidade 2022, no período coberto pelo relatório de 01 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2022. O processo de verificação independente foi conduzido de acordo com o padrão AA1000AS v3 (AA1000 Assurance Standard v3), na condição de verificação do Tipo 1, proporcionando um nível moderado de Assurance. A verificação de dados financeiros não foi objeto dos trabalhos da ELEVATE Consulting.

Metodologia

Os procedimentos desenvolvidos durante os trabalhos de asseguração incluíram:

- Avaliação do conteúdo do Relatório de Sustentabilidade de 2022;
- Entendimento do fluxo dos processos de obtenção e geração das informações para o Relatório de Sustentabilidade;
- Seleção de indicadores referenciando as Normas GRI com objetivo de assegurar os dados fornecidos;
- Entrevistas com gestores para verificação das fontes das informações dos indicadores selecionados;
- Análise das evidências dos processos de gestão das informações fornecidas.

Isenção de Responsabilidade

- A Carta de Asseguração e quaisquer outros anexos (“Produto”) são para uso exclusivo do destinatário assegurado

2521

("Cliente"). Sob nenhuma circunstância este Produto ou as informações aqui contidas devem ser distribuídas ou reproduzidas sem o consentimento prévio do dono dos direitos autorais. A ELEVATE não aceita qualquer responsabilidade, e se isenta de toda responsabilidade, por qualquer uso de terceiros.

- O Produto é delimitado as atividades acordadas previamente com o Cliente, incluindo as disposições estabelecidas no Escopo e Limitação. O Produto deve ser lido e entendido como um todo, e as seções não devem ser lidas ou consideradas fora do contexto.

- O Produto não deve ser interpretado como aconselhamento legal, de investimento, fiscal, contábil, regulatório ou outro aconselhamento profissional. O Produto é destinado apenas para fins informativos e não se destina a ser usado como um substituto para aconselhamento especializado ou produto de trabalho que um profissional normalmente forneceria a um cliente e não deve ser confiado como tal. O Cliente permanece o único responsável por suas decisões, ações, uso do Produto e conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis. Esta isenção de responsabilidade deve acompanhar cada cópia e/ou reprodução deste Produto.

- Os Termos e Condições padrão dos contratos da ELEVATE ("Termos e Condições") são aqui incorporados por referência a esta isenção de responsabilidade. Todas as disposições aplicáveis dos Termos e Condições permanecem em vigor, e a ELEVATE não aceita nenhuma responsabilidade ou obrigação, exceto quando expressamente estabelecido de outra forma nos Termos e Condições, veja em: https://www.elevatelimited.com/about-elevate/sustainability/terms-conditions

Principais Conclusões

- Em 2020, o Einstein determinou sua lista de temas materiais, através de um processo de engajamento com o público interno e consultas com representantes de partes interessadas externas. O processo, revisado em 2022, resultou em um total um total de 14 temas materiais que foram endereçados ao longo do relatório de sustentabilidade com informações sobre a gestão de temas e acompanhado com indicadores quantitativas que – quando possível – foram referenciados nas respectivas normas GRI.

- Durante as entrevistas com gestores, a ELEVATE verificou as evidências para os seguintes indicadores selecionados: 306-3 Resíduos gerados, 306-4 Resíduos não destinados para disposição final, 306-5 Resíduos destinados para disposição final, 403-9 Acidentes de trabalho, 405-2 Proporção entre o salário-base e a remuneração recebidos pelas mulheres e aqueles recebidos pelos homens, 302-1 Consumo de energia dentro da organização, 303-5

Consumo de água, 401-1 Novas contratações e rotatividade de empregados, 401-3 Licença maternidade/paternidade.

- Foi constatado que as informações relacionadas a esses indicadores foram coletadas de maneira consistente dentro da organização, através de sólidos sistemas de gestão das informações e com métricas que possibilitam o monitoramento e comparabilidade dos dados ao longo com os anos anteriores. Em alguns casos, a ELEVATE solicitou ajustes na apresentação dos dados que foram atendidos.

- A solidez da gestão de dados reflete de forma objetivo o grau avançado do Einstein na sua gestão de sustentabilidade, embasada no Plano Diretor de Sustentabilidade (PDS) que foi concebido em alinhamento com 11 dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e cujo progresso está sendo avaliado anualmente com a aplicação dos Indicadores Ethos. O plano contempla metas especificas sendo monitorados no âmbito do PDS, mas recomendamos maior visibilidade dessas metas no próximo ciclo do relatório para contextualizar melhor os dados de desempenho informados.

- Em relação ao atendimento das normas GRI referenciados no Relatório de Sustentabilidade 2022, o Einstein seguiu as normas dos tópicos materiais em sua essência, usando as métricas fornecidas pela GRI, porém existem oportunidades de melhoria no atendimento de requisitos para garantir a aderência completa as normas, incluindo um maior aprofundamento no atendimento da Norma GRI3.

Considerações Finais

Com base no escopo de nosso trabalho e nos procedimentos de asseguração que realizamos, concluímos que nada chegou ao nosso conhecimento que nos leve a acreditar que as informações referentes ao desempenho de sustentabilidade no Relatório de Sustentabilidade 2022 do Einstein não são apresentadas de forma justa em todos os aspectos materiais.

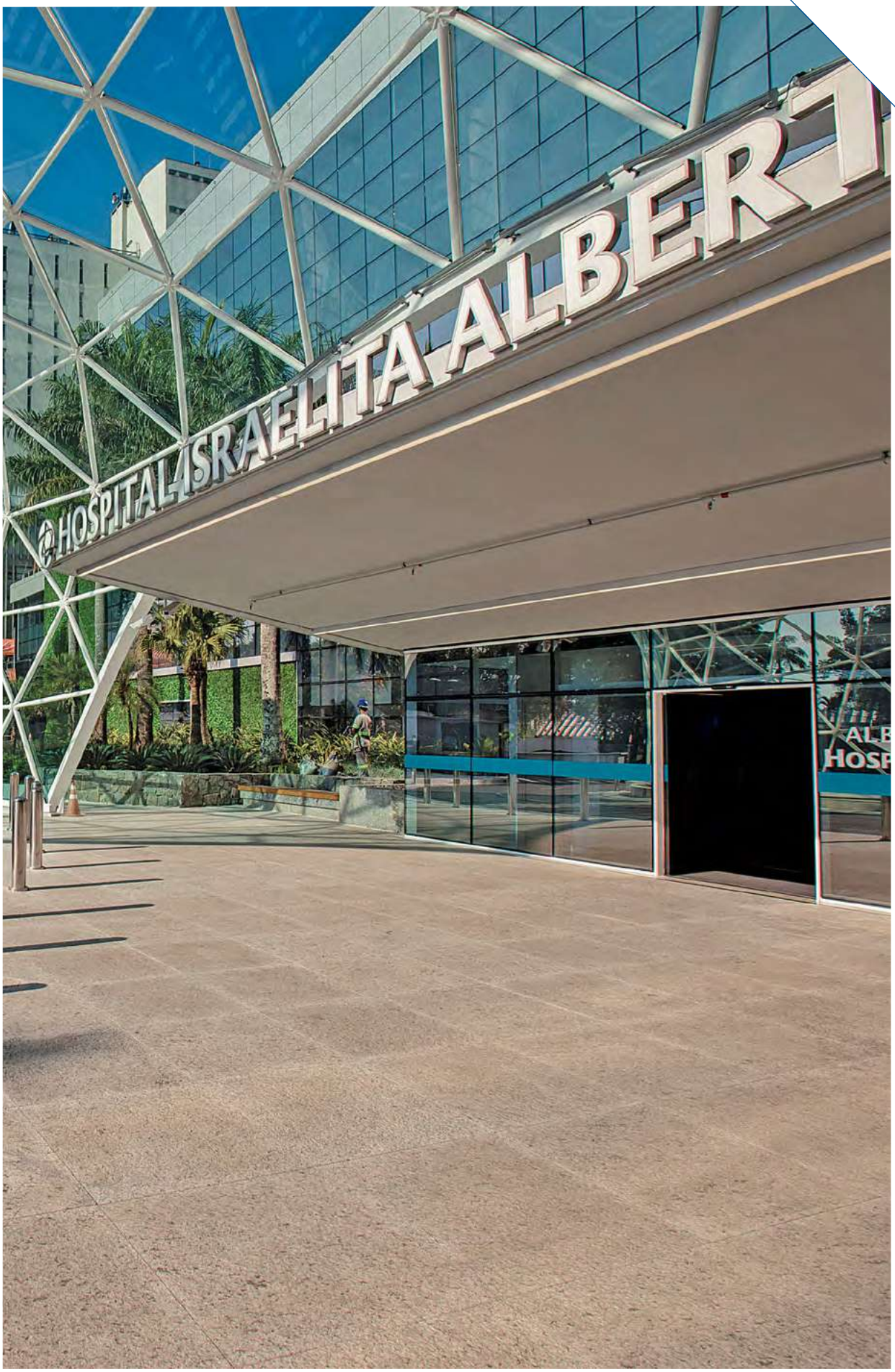
A empresa apresenta seu desempenho de forma clara, referenciando os itens reportados contra as Normas GRI 2021 no seu índice e fornecendo uma visão equilibrada da sua gestão de sustentabilidade e dos impactos ligados à sua operação.

São Paulo, 16 de abril de 2023.

ELEVATE – an LRQA Company

ELEVATE
AN LRQA COMPANY

AA1000
Licensed Assurance Provider
000-103


HOSPITAL ISRAELITA ALBERT

SUMÁRIO DE CONTEÚDO GRI

DECLARAÇÃO DE USO

O Einstein relatou as informações citadas neste sumário de conteúdo da GRI para o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2022 referenciando as Normas GRI.

Norma GRI 1 usada	**Fundamentos 2021**
Norma(s) GRI Setorial aplicada(s)	**NA**

Norma GRI	Conteúdo	Localização	Omissão: Requisito omitido	Omissão: Razão	Omissão: Explicação	ODS	Asseguração externa (S/N)
GRI 2: Conteúdos Gerais 2021							
A organização e suas práticas de relatórios	2-1 Informações da organização	9, 20, 38					
	2-2 Entidades incluídas no escopo do reporte de sustentabilidade da organização	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein					
	2-3 Período reportado, frequência e ponto de contato	9					
	2-4 Reformulações de informações	Não houve					
	2-5 Asseguração externa	152					
Atividades e trabalhadores	2-6 Atividades, cadeia de valor e outros relações comerciais	113				3	
	2-7 Empregados	124, 125					
	2-8 Trabalhadores que não são empregados	124				8, 10	
Governança	2-9 Estrutura e composição de governança	138					
	2-10 Nomeação e seleção do mais alto órgão de governança	138					
	2-11 Presidente do mais alto órgão de governança	139					
Estratégia, políticas e práticas	2-22 Declaração sobre estratégia de sustentabilidade	111					
	2-23 Políticas sobre compromissos	111					
	2-27 Conformidade com leis e regulamentos	Não houve registro de multas ou penalidades					
	2-28 Participação em associações	32				16	
Engajamento de partes interessadas	2-29 Abordagem para o engajamento de partes interessadas	150					
GRI 3: Tópicos Materiais 2021							
	3-1 Processo para determinar tópicos materiais	150				17	
	3-2 Lista de tópicos materiais	150					
TEMAS MATERIAIS							
Acesso à saúde							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	20 a 23					

Norma GRI	Conteúdo	Localização	Omissão			ODS	Asseguração externa (S/N)
			Requisito omitido	Razão	Explicação		
Prevenção de doenças e promoção da saúde							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	42					
Eficácia dos serviços de saúde							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	25 e 26					
Desempenho Econômico							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	146					
GRI 201: Desempenho Econômico 2016	201-1 Valor econômico direto gerado e distribuído	148				8, 9	N
Combate à Corrupção							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	141					
GRI 205: Combate à Corrupção 2016	205-3 Casos confirmados de corrupção e medidas tomadas	141				16	N
Experiência do paciente							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	28 e 29					
Modelo de remuneração dos serviços de saúde							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	43					
Geração e descarte de resíduos							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	118					
GRI 306: Resíduos 2020	306-3 Resíduos gerados	119				3, 6, 11, 12, 15	S
	306-4 Resíduos não destinados para disposição final	119				3, 11, 12	S
	306-5 Resíduos destinados para disposição final	119				3, 6, 11, 12, 15	S
Saúde e segurança do paciente							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	26 e 27					
Saúde e Segurança ocupacional							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	130 e 131					

Norma GRI	Conteúdo	Localização	Omissão			ODS	Asseguração externa (S/N)
			Requisito omitido	Razão	Explicação		
GRI 403: Saúde e Segurança do Trabalho 2018	403-9 Acidentes de trabalho	132				3, 8, 12, 16	S
Treinamento e Educação							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	133					
GRI 404: Capacitação e Educação 2016	404-1 Média de horas de capacitação por ano, por empregado	134				4, 8	N
Diversidade e equidade							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	126					
GRI 405: Diversidade e Igualdade de Oportunidades 2016	405-1 Diversidade em órgãos de governança e empregados	128				5, 8, 10	N
	405-2 Proporção entre o salário-base e a remuneração recebidos pelas mulheres e aqueles recebidos pelos homens	129				5, 8, 10	S
Conformidade ambiental e socioeconômica							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	142					
Geração e difusão de conhecimento							
GRI 3: Tópicos Materiais 2021	3-3 Gestão de tópicos materiais	70 a 79					
Conteúdos reportados voluntariamente							
GRI 302: Energia 2016	302-1 Consumo de energia dentro da organização	117				7, 8, 12, 13	S
GRI 303: Água e Efluentes 2018	303-5 Consumo de água	118				6	N
GRI 401: Emprego 2016	401-1 Novas contratações e rotatividade de empregados	135					S
	401-3 Licença maternidade/ paternidade	123				5, 8	S

ADMINISTRAÇÃO, CONSELHOS, DIRETORIAS E OUTROS

Henrique Sutton de Sousa Neves
Diretor Geral

Eliezer Silva
Diretor Superintendente Sistemas de Saúde

Alexandre Holthausen Campos
Diretor Superintendente de Ensino e Consultoria

Luiz Vicente Rizzo
Diretor Superintendente de Pesquisa

Guilherme de Paula Pinto Schettino
Diretor Superintendente do Cuidado Público e Responsabilidade Social

Deise de Almeida
Diretora Executiva Comercial e Marketing

Rodrigo Bornhausen Demarch
Diretor Executivo de Inovação

Junia Gontijo Boucinhas
Diretora Executiva de Patrimônio, Engenharia e Infraestrutura

Katia Gontarzik Andersen
Diretora Executiva de Tecnologia Informação

Miriam do Carmo Branco da Cunha
Diretora Executiva de Recursos Humanos

Patricia Leisnock Santos
Diretora Executiva de Planejamento, Finanças e Serviços

Debora da Costa Pratali Mattos de Souza
Diretora de Comunicação Institucional

Ederson Haroldo Pereira de Almeida
Diretor de Excelência em Saúde

Rogeria Leoni Cruz
Diretora Jurídica

Viviane Souza Miranda
Diretora de Auditoria, Gestão de Risco e Compliance

Miguel Cendoroglo Neto
Diretor Médico do Cuidado Episódico, Serviços Hospitalares e Prática Médica

Gustavo Guacelli Taboas
Diretor Executivo de Suprimentos e Logística

Leandro Vaz Figueira
Diretor do Cuidado Integrado

Claudia Regina Laselva
Diretora da Unidade Hospitalar Morumbi

DIRETORIA

Alvaro Luiz da Rocha Caetano
Diretor de Expansão

Andrea Thome Suman
Diretora de Estratégia Dados e Agilidade

Claudia Garcia de Barros
Diretora do Escritório de Excelência

Flavia Nascimento de Camargo
Diretora de Experiência em Saúde

Marcos Roberto Gomes de Queiroz
Diretor da Medicina Diagnóstica

Marina Paula Bertho Hutter
Diretora da Medicina Ambulatorial

Vanessa Damazio Teich
Diretora da Economia da Saúde

Paulo Marcelo Zimmer
Diretor Médico da Unidade Hospitalar Goiânia

Cristovao Luis Pitangueira Mangueira
Diretor Médico do Laboratório Clinico

Edson Amaro Junior
Superintendente *Analytics* e Ciência de Dados

Fabiana Rolla
Diretora Médica do Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de C. Marques de Carvalho

Felipe Maia de Toledo Piza
Diretor Médico do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - Iris Rezende Machado

Julio Cesar Martins Monte
Diretor Acadêmico Ensino

Leonardo José Rolim Ferraz
Diretor Médico do Hospital Municipal M'Boi Mirim - Dr. Moysés Deutsch

Luciana Morais Borges
Diretora de Atenção Primária e Rede Assistencial

Nam Jin Kim
Diretor Médico da Rede Cirúrgica

Rodrigo Gobbo Garcia
Diretor Médico do Centro de Intervenção

Sergio Eduardo Alonso Araujo
Diretor Médico da Oncologia

Ana Elisa Tancredo de Assis
Superintendente Planejamento Analise e Consultoria Financeira

Renata Donato Janeri
Superintendente do Centro de Serviços Compartilhados

Fabricia Bersi da Silva
Superintendente de Inteligência de Mercado, Produtos e Pricing

Robert José Carletti
Superintendente de Infraestrutura

Caio Rochetto Vahanian
Superintendente de Programas e Projeto Estratégico

Marcelo Suzigan Prudente Ramos
Superintendente da Controladoria

Simone Cristina Azevedo Silva
Diretora de Desenvolvimento e Ensino Corporativo

Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Pós gradução e Cursos Assistenciais

PRESIDENTES DE HONRA

Ema Gordon Klabin Z'L
Manoel Tabacow Hidal Z'L
Jozef Fehér Z'L
Joseph Yacoub Safra Z'L

MANDATO 05.12.2016 A 05.12.2022

DIRETORES ELEITOS

Sidney Klajner
Presidente

Claudio Mifano
Eduardo Zlotnik
Gilberto Maktas Meiches
Marcelo Giovanni Perlman
Marcos Knobel
Nelson Wolosker
Sergio Podgaec
Victor Nudelman
Vice-Presidentes

Claudia Sender Ramirez
Assessora da Diretoria Eleita

MESA DIRETORA

Claudio Luiz Lottenberg
Presidente

Israel Vainboim
Claudia Politanski
Claudio Schvartsman
Vice-Presidentes

Bernardo Parnes
Dominique José Einhorn
Mario Fleck
Oscar Fernando Pavão dos Santos
Membros

Luis Fernando Aranha Camargo
Mauro Roberto Terepins
Moises Cohen
Assessores da Mesa Diretora

MESA DO CONSELHO DELIBERATIVO

Claudio Luiz Lottenberg
Presidente

Israel Vainboim
Claudia Politanski
Claudio Schvartsman
Vice-Presidentes

CONSELHO FISCAL

Alexandre Roberto Ribenboim Fix
Andrea Sandro Calabi
Charles Siegmund Rothschild
Henri Philippe Reichstul
Jacob Jacques Gelman

CONSELHO DELIBERATIVO - 1º TERÇO

Abramo Douek
Alberto Bitran
Alberto Goldenberg
Antonio Luiz de Vasconcellos Macedo
Arthur Rothman
Benjamin Steinbruch
Bernardo Parnes
Claudia Politanski
Claudio Roberto Deutsch
Claudio Schvartsman
Claudio Szajman
Dan Oizerovici
David Salomão Lewi
Debora Simões Steinman
Diana Gertrudes B. Salles Vanni
Dominique José Einhorn
Dov Charles Goldenberg
Eduardo Cukierman
Eduardo Weltman
Elias Knobel
Fabiana Leschziner
Fabio Topczewski
Flavio Murachovsky
Gabriel Tabacow Hidal
Gilberto Maktas Meiches
Gilberto Szarf
Helio Korkes
Isac Neumark
Israel Vainboim
Jack Leon Terpins
Julio Serson
Laercio Alberto Rosemberg
Leivi Abuleac
Luci Black Tabacow Hidal
Luis Fernando Aranha Camargo
Luiz Roberto Zitron
Marcelo Blay
Marcelo Franken
Marcelo Pires Prado
Marcelo Wajchenberg
Marcos Arbaitman
Marcos Karniol
Mario Grinblat
Mario Ruhman
Meyre Mizrahi Klajner
Michael Edgar Perlman
Milton Glezer
Milton Steinman
Nelson Hamerschlak
Oscar Fernando Pavão dos Santos
Oskar Kaufmann
Paulo Sergio C. Galvão Filho
Pedro Custódio de Mello Borges
Ricardo Goldstein
Ricardo Kaufmann
Sergio Eduardo Alonso Araújo
Sergio Kuzniec
Sergio Podgaec
Sergio Rosenthal
Simão Augusto Lottenberg

CONSELHO DELIBERATIVO - 2º TERÇO

Abram Topczewski
Alberto Blay
Amit Nussbacher
Anna Maria Andrei Fischmann
Antonio Eduardo Pereira Pesaro
Ari Stiel Radu Halpern
Ariel Tabacow Hidal
Benno Ejnisman
Bento Fortunato Cardoso dos Santos
Carlos Vicente Serrano Junior
Celso Lafer
Claudio Mifano
Charles Siegmund Rothschild
Claudio Arnaldo Len
Daniel Tibor Fuchs
Eduardo de Campos Werebe
Eduardo Tabacow Hidal
Eduardo Zlotnik
Fabio Schvartsman
Fernando Bacal
Flavio Roberto Huck (faleceu em 03/12/2022)
Flavio Steinwurz
Gilberto Mautner
Guilherme Ary Plonski
Guilherme Carvalhal Ribas
Gustavo Caserta Lemos
Hallim Feres Junior
Henri Philippe Reichstul
Ida Sztamfater
Jacyr Pasternak
Jaime Zaladek Gil
Jaques Pinus
João Carlos Guedes Sampaio Góes
Jorge Thomaz Weil
José Mauro Kutner
Manuel Mindlin Lafer
Marcelo Giovanni Perlman
Marcelo Katz
Marcelo Langer Wroclawski
Marcio Abrahão
Marcos Alberto Lederman
Marcos Knobel
Mauricio Kurc
Mauro Roberto Terepins
Meyer Joseph Nigri
Moisés Cohen
Morris Dayan
Octávio José Aronis
Oren Smaletz
Paulo Rosenbaum
Ricardo Botticini Peres
Roberto Luiz Leme Klabin
Roberto Ruhman
Sandra Sandacz
Sidney Glina
Silvio Eduardo Bromberg
Sueli Dicker
Telma Sobolh
Victor Kupfer
Victor Nudelman

CONSELHO DELIBERATIVO - 3º TERÇO

Abram Abe Szajman
Alexandre Holthausen Campos
Alexandre Roberto Ribenboim Fix
Amancio Ramalho Junior
Andrea Sandro Calabi
Antonio Henrique Bitencourt Cunha Bueno
Beni Moreinas Grinblat
Betty Knobel
Bruno Garfinkel
Bruno Laskowsky
Claudia Sender Ramires
Daniel Leon Bialski
David Baruch Diesendruck
David Feffer
David Joseph Safra
David Zylbersztajn
Denise Zaclis Antão
Edílio Mattei Junior
Eduardo Luiz Wurzmann
Elisa Raquel Nigri Griner
Eugênio Vago
Evelin Diana Goldenberg Meirelles M. Costa
Fernando Kasinski Lottenberg
Fernando Korkes
Flavio Tarasoutchi
Gisele Brandt
Henrique Grunspun
Hilton Waksman
Ita Pfeferman Heilberg
Ivelisa Portella Maron
Jacob Jacques Gelman
Jayme Brasil Garfinkel
Jean Carlo Gorinchteyn
José Carlos Evangelista
José Ribas Milanez de Campos
Luiz Kignel
Manes Roberto Erlichman
Marcelo Costa Batista
Marcelo Forma
Marcelo Naigeborin
Mario Fleck
Mariza de Aizenstein
Mônica Tabacnik Hutzler
Nelson Wolosker
Nydia Strachman Bacal
Ophir Irony
Paulo Helio Monzillo
Paulo Kovesi
Paulo Proushan (faleceu em 26/05/2022)
Pedro Luiz Mangabeira Albernaz
Pedro Paulo Porto Junior
Ricardo Berkiensztat
Ricardo Borges Magaldi
Roberto Bielawski
Roberto Naum Franco Morgulis
Rony Vainzof
Sergio Barsanti Wey
Sidney Klajner
Wilson Roberto Sendyk

CONSELHO CONSULTIVO

Celso Lafer
Presidente

Mario Arthur Adler
Vice-Presidente

São membros natos o Presidente do Conselho Deliberativo, o Presidente em exercício da Federação Israelita do Estado de São Paulo e o Presidente em exercício da Confederação Israelita do Brasil.

MANDATO 12.12.2022 A 12.12.2028

DIRETORES ELEITOS

Sidney Klajner
Presidente

Claudia Politanski
Claudia Sender Ramirez
Claudio Mifano
Fernando Bacal
Gilberto Maktas Meiches
Marcos Knobel
Sergio Podgaec
Victor Nudelman
Vice-Presidentes

Marcelo Giovanni Perlman
Assessor da Diretoria Eleita

MESA DIRETORA

Claudio Luiz Lottenberg
Presidente

Claudio Schvartsman
Claudio Szajman
Fabiana Klajner Leschziner
Nelson Wolosker
Vice-Presidentes

Dominique José Einhorn
Eduardo Zlotnik
Luiz Kignel
Morris Dayan
Membros

Bernardo Parnes
Luis Fernando Aranha Camargo
Mario Fleck
Moises Cohen
Oscar Fernando Pavão dos Santos
Sandra Terepins
Assessores da Mesa Diretora

MESA DO CONSELHO DELIBERATIVO

Claudio Luiz Lottenberg
Presidente

Claudio Schvartsman
Claudio Szajman
Fabiana Klajner Leschziner
Nelson Wolosker
Vice-Presidentes

CONSELHO FISCAL

Abramo Douek
Arnoldo Wald Filho
Andrea Sandro Calabi
Charles Siegmund Rothschild
Henri Philippe Reichstul

CONSELHO DELIBERATIVO – 1º TERÇO

Abramo Douek
Alberto Bitran
Alberto Goldenberg
Arthur Rothman
Benjamin Steinbruch
Bernardo Parnes
Claudia Politanski
Claudio Roberto Deutsch
Claudio Schvartsman
Claudio Szajman
Dan Oizerovici
David Salomão Lewi
Debora Simões Steinman
Diana Gertrudes B. Salles Vanni
Dominique José Einhorn
Dov Charles Goldenberg
Eduardo Cukierman
Eduardo Weltman
Elias Knobel
Fabiana Klajner Leschziner
Fabio Topczewski
Flavio Murachovsky
Gabriel Tabacow Hidal
Gilberto Maktas Meiches
Gilberto Szarf
Helio Korkes
Jack Leon Terpins
Julio Serson
Laercio Alberto Rosemberg
Leivi Abuleac
Luci Black Tabacow Hidal
Luciana Brandt
Luis Fernando Aranha Camargo
Luiz Roberto Zitron
Marcelo Altona
Marcelo Blay
Marcelo Franken
Marcelo Pires Prado
Marcelo Wajchenberg
Maria Albuquerque Zanforlin
Mario Ruhman
Meyre Mizrahi Klajner
Michael Edgar Perlman
Milton Glezer
Milton Steinman
Nelson Hamerschlak
Oscar Fernando Pavão dos Santos
Oskar Kaufmann
Paulo Sergio Coutinho Galvão Filho
Pedro Custódio de Mello Borges
Ricardo Carlos Kaufmann
Ricardo Goldstein
Roberto Ezequiel Heymann
Sergio Eduardo Alonso Araújo
Sergio Kuzniec
Sergio Podgaec
Sergio Rosenthal
Simão Augusto Lottenberg
Sofia Lagudis
Tamara Brandt Perlman

CONSELHO DELIBERATIVO – 2º TERÇO

Abram Topczewski
Alberto Blay
Amit Nussbacher
Anna Maria Andrei Fischmann
Antonio Eduardo Pereira Pesaro
Ari Stiel Radu Halpern
Ariel Tabacow Hidal
Benno Ejnisman
Bento Fortunato Cardoso dos Santos
Carlos Vicente Serrano Junior
Celso Lafer
Claudio Mifano
Charles Siegmund Rothschild
Claudio Arnaldo Len
Daniel Tibor Fuchs
Eduardo de Campos Werebe
Eduardo Tabacow Hidal
Eduardo Zlotnik
Fabio Schvartsman
Fernando Bacal
*
Flavio Steinwurz
Gilberto Mautner
Guilherme Ary Plonski
Guilherme Carvalhal Ribas
Gustavo Caserta Lemos
Hallim Feres Junior
Henri Philippe Reichstul
Ida Sztamfater
Jacyr Pasternak
Jaime Zaladek Gil
Jaques Pinus
João Carlos Guedes Sampaio Góes
Jorge Thomaz Weil
José Mauro Kutner
Manuel Mindlin Lafer
Marcelo Giovanni Perlman
Marcelo Katz
Marcelo Langer Wroclawski
Marcio Abrahão
Marcos Alberto Lederman
Marcos Knobel
Mauricio Kurc
Mauro Roberto Terepins
Meyer Joseph Nigri
Moisés Cohen
Morris Dayan
Octávio José Aronis
Oren Smaletz
Paulo Rosenbaum
Ricardo Botticini Peres
Roberto Luiz Leme Klabin
Roberto Ruhman
Sandra Sandacz
Sidney Glina
Silvio Eduardo Bromberg
Sueli Dicker
Telma Sobolh
Victor Kupfer
Victor Nudelman

* Flavio Roberto Huck Z'L
Falecido em 03.12.2022

CONSELHO DELIBERATIVO – 3º TERÇO

Abram Abe Szajman
Alexandre Holthausen Campos
Alexandre Roberto Ribenboim Fix
Amancio Ramalho Junior
Andrea Sandro Calabi
Antonio Henrique Bitencourt Cunha Bueno
Beni Moreinas Grinblat
Betty Knobel
Bruno Garfinkel
Bruno Laskowsky
Claudia Sender Ramirez
Daniel Leon Bialski
David Baruch Diesendruck
David Feffer
David Joseph Safra
David Zylbersztajn
Debora Benzaquen Gelman
Denise Zaclis Antão
Edílio Mattei Junior
Eduardo Luiz Wurzmann
Elisa Raquel Nigri Griner
Eugênio Vago
Evelin Diana Goldenberg Meirelles M. Costa
Fernando Kasinski Lottenberg
Fernando Korkes
Flavio Tarasoutchi
Gisele Brandt
Gisele Sampaio Silva
Henrique Grunspun
Hilton Waksman
Ita Pfeferman Heilberg
Ivelisa Portella Maron
Jacob Jacques Gelman
Jayme Brasil Garfinkel
Jean Carlo Gorinchteyn
José Carlos Evangelista
José Ribas Milanez de Campos
Luiz Kignel
Manes Roberto Erlichman
Marcelo Costa Batista
Marcelo Forma
Marcelo Naigeborin
Mario Fleck
Mariza de Aizenstein
Mônica Tabacnik Hutzler
Nelson Wolosker
Nydia Strachman Bacal
Ophir Irony
Paulo Helio Monzillo
Paulo Kovesi
Pedro Luiz Mangabeira Albernaz
Pedro Paulo Porto Junior
Ricardo Berkiensztat
Ricardo Borges Magaldi
Roberto Bielawski
Roberto Naum Franco Morgulis
Rony Vainzof
Sergio Barsanti Wey
Sidney Klajner
Wilson Roberto Sendyk

MEMBROS PERMANENTES DO CONSELHO DELIBERATIVO

* Idel Aronis Z'L (Falecido em 24.05.2009)
* Jacob Ures Z'L (Falecido em 12.03.2008)
* Jacob Werebe Z'L (Falecido em 31.10.2010)
* Gert Kaufmann Z'L (Falecido em 05.05.2011)
* Moyses Cutin Z'L (Falecido em 19.01.2012)
* Moises Levy Z'L (Falecido em 17.01.2012)
* Eliova Zukerman Z'L (Falecido em 03.06.2016)
* Milly Tepermann Z'L (Falecido em 12/02/2018)
* Artur Bielawski Z'L (Falecido em 24/08/2018)
* Israel Schachnik Z'L (Falecido em 10/10/2019)
* Joseph Yacoub Safra Z'L (Falecido em 10/12/2020)
* Victor Schubsky Z'L (Falecido em 19/12/2020)
* Boris Tabacof Z'L (Falecido em 15/06/2021)

Abrão Elias Frankel
Carlos Schuartz
Claudio Luiz Lottenberg
Jairo Tabacow Hidal
José Goldenberg
Mario Arthur Adler
Reynaldo André Brandt
Roberto Kaminitz
Ronaldo M. Eberhardt
Samuel Szwarc

CONSELHO CONSULTIVO

Celso Lafer
Presidente

Mario Arthur Adler
Vice-Presidente

Alexandre Roberto Ribenboim Fix
Jacob Jacques Gelman
Marcos Arbaitman
Membros

São membros natos o Presidente do Conselho Deliberativo; o Presidente em exercício da Federação Israelita do Estado de São Paulo e o Presidente em exercício da Confederação Israelita do Brasil.

DEPARTAMENTO DE VOLUNTÁRIOS

Telma Sobolh
Presidente

Sueli Dicker
Sandra Sandacz
Ivelisa Portella Maron
Vice-Presidentes

Gertrudes Rose Mary Levy Barmak
Tauba Gitla Abuhab
Rachel Reichhardt
Tesoureiros

Myriam Haber
Débora Gelman
Secretárias

CRÉDITOS

Conselho Editorial
Sidney Klajner – Presidente
Henrique Neves – Diretor Geral
Debora Pratali – Diretora de Comunicação Institucional

Coordenação do Projeto
Anderson Moço
Fabiana Guedes

Execução do Projeto
Donizete Almeida
Giulia Armoni

Dados
João Gabriel Pagliuso
Vanessa Damazio Teich

Apoio
Judith Mota *(freelancer)*
Leticia Moreli *(freelancer)*
Maria Gabriela Cabral
Virginia Moutinho

Fotografia
Egberto Nogueira
Pedro Mascaro
Nelson Kon
Banco de imagens do Einstein

Consultoria ESG, conteúdo, projeto editorial e gráfico
Juntos Approach
(Marcelo Vieira, Karina Rohde, Larissa Ohikawa,
Dayana Portela, Monique Melo, Gabriela Azevedo,
Joana Garcia, Marta Gauze, Gabriela Pinho,
Maria Fernanda L. Giordano, Patrícia Dodsworth,
Renato Centeio, Luiz Maraca, Karen Saji,
Tatiana Buratta)

ALBERT EINSTEIN

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

www.einstein.br

HospitalAlbertEinstein

hops_einstein

company/hospital-albert-einstein

@einstein

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

Sao Paulo, Brazil

has been

accredited

by

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

which has evaluated this Hospital and found it to meet the international health care quality standards for patient care and organization management.

Effective 02 October 2021 through 01 October 2024

Jacob Thomas, MD
Chair

Jean Courtney
Interim President and Chief Executive Officer

Joint Commission International is a division of
Joint Commission Resources Inc., an affiliate of The Joint Commission.

IHCO ID 60000472

certificado

Certificado: Nº 527-003-130 | Validade: 12/2023

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL MUNICIPAL M BOI MIRIM

CNPJ: 66.518.267/0008-50

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada **Fundação Carlos Alberto Vanzolini - FCAV**, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2018, Norma de Serviços Hospitalares, sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO COM EXCÊLENCIA

São Paulo, 15 de Dezembro de 2020

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ONA Organização Nacional de Acreditação

Fundação Vanzolini

IEEA Accredited Organisation 2018-2020 | ISQua Institutional Member 2019-2020 | IEEA Accredited Standards 2017-2021

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC | Unimed

2543

certificado

Certificado: N° 980-003-131 | Validade: 01/2024

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL MUNICIPAL GILSON DE CASSIA MARQUES DE CARVALHO

CNPJ: 60.765.823/0027-79

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada **Fundação Carlos Alberto Vanzolini - FCAV**, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2018, Norma de Hospital, sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO COM EXCELÊNCIA

São Paulo, 11 de Janeiro de 2021

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ONA Organização Nacional de Acreditação

Fundação Vanzolini

IEEA Accredited Organisation 2018-2020 | ISQua Institutional Member 2019-2020 | IEEA Accredited Standards 2017-2021

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC | Unimed

2544

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

AMB
Associação Médica Brasileira

Associação Médica Brasileira
Associação de Medicina Intensiva Brasileira

AMIB
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

conferem o

Título de Especialista em Medicina Intensiva

ao

Dr. Felipe Maia de Toledo Piza

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

São Paulo, 9 de novembro de 2014

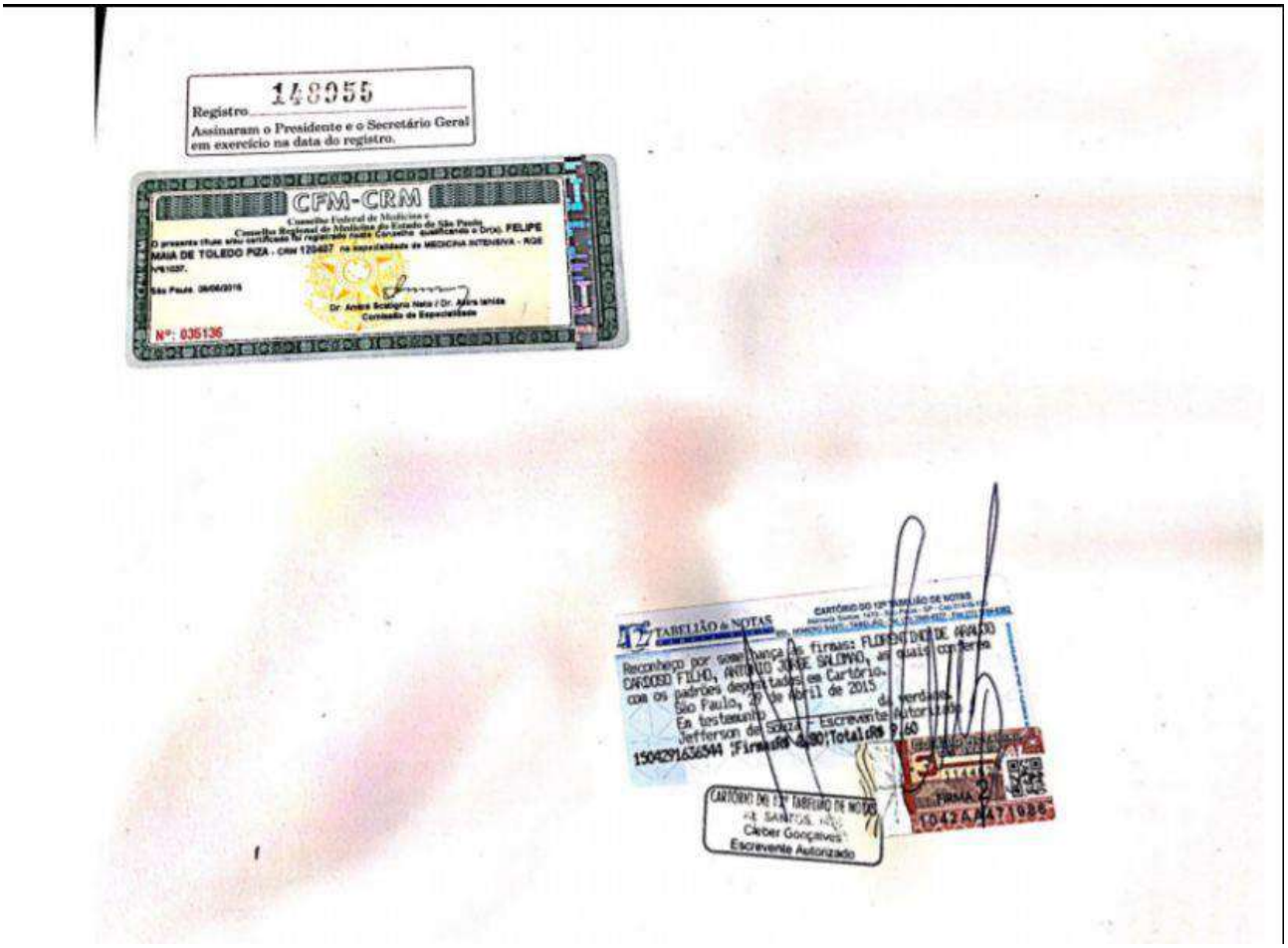
Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho
Presidente da AMB

Dr. Antônio Jorge Salomão
Secretário Geral da AMB

Dr. Fernando Suparregui Dias
Presidente da AMIB

Dr. Moyzes P. C. Duarte Damasceno
Secretário Geral da AMIB

Scanned with CamScanner


Registro 148955
Assinaram o Presidente e o Secretário Geral em exercício na data do registro.
CFM-CRM
Nº: 035136
TABELIÃO de NOTAS
Reconheço por semelhança as firmas: FLORENCIO DE ARAUJO
com os padrões depositados em Cartório.
São Paulo, 29 de Abril de 2015
Em testemunho da verdade.
Jefferson de Souza - Escrevente Autorizado
Caleb Gonçalves
Escrevente Autorizado

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

Certificado

A Universidade Federal de São Paulo concede o presente certificado a **FELIPE MAIA DE TOLEDO PIZA**, C.P.F. 220.889.748-06, pela conclusão do Curso de Especialização em MBA em Economia e Gestão em Saúde , da Universidade Federal de São Paulo, realizado de acordo com a Resolução 01/2007 do Conselho Nacional de Educação, no período de 02/02/2011 a 14/12/2011, compreendendo 226 horas teóricas e 134 horas práticas.

São Paulo, 07 de janeiro de 2013.

Felipe Maia de Toledo Piza
Titulado(a)

Profa. Dra. Paola Zucchi
Coordenador(a) do Curso

Prof. Dr. José Roberto Da Silva Brêtas
Pró-Reitor de Extensão

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA

O REITOR DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO,
NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES,
CONFERE A

FELIPE MAIA DE TOLEDO PIZA

DE NACIONALIDADE BRASILEIRA,
PORTADOR DA CÉDULA DE IDENTIDADE
RG Nº 27.623.711-0 SP,
NASCIDO EM 24 DE FEVEREIRO DE 1980
E NATURAL DO ESTADO DE SÃO PAULO,

O TÍTULO DE

DOUTOR EM CIÊNCIAS

OBTIDO EM 19 DE JULHO DE 2016,
NO PROGRAMA: ANESTESIOLOGIA.
E, PARA QUE POSSA GOZAR DE TODOS OS DIREITOS E
PRERROGATIVAS LEGAIS, OUTORGA-LHE O PRESENTE DIPLOMA.

SÃO PAULO, 10 DE OUTUBRO DE 2016.

REITOR
PROF. DR. MARCO ANTONIO ZAGO

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROF. DR. CARLOS GILBERTO CARLOTTI JUNIOR

DIPLOMADO
FELIPE MAIA DE TOLEDO PIZA

VNIVERSITAS HARVARDIANA

CANTABRIGIAE IN REPVBLICA MASSACHVSETTENSIVM

PRAESES et Socii Collegii Harvardiani consentientibus honorandis ac reverendis Inspectoribus in comitiis sollemnibus

FELIPE PIZA

ad gradum Scientiarum Medicarum Magistri

admiserunt eique dederunt et concesserunt omnia insignia et iura quae ad hunc gradum spectant.

In cuius rei testimonium litteris Academiae sigillo munitis die XXIIII Maiae anno Domini MMXVIII Collegiique Harvardiani CCCLXXXII auctoritate rite commissa nomina subscripserunt.

PRAESES

DECANVS ORDINIS MEDICINAE

Translation of M.M.Sc. diploma

HARVARD UNIVERSITY IN CAMBRIDGE
In the State of Massachusetts

The President and Fellows of Harvard College with the consent of the Honorable and the Reverend Board of Overseers, in solemn council assembled, have admitted

Felipe Piza

MASTER OF MEDICAL SCIENCE

and have given him and conferred upon him rights and privileges belonging to this rank.

In testimony whereof, to these letters, authenticated by the seal of the University, the President, and Dean, by the authority rightfully committed to them have subscribed their names on the 24th of May year 2018 Harvard College the three hundred and eighty-second.

Drew Gilpin Faust
President

George Q. Daley
Dean of the Faculty of Medicine

(Seal)

PROGRAMA: RECONHECIDO DE ACORDO COM O DISPOSTO NA PORTARIA MEC Nº 1077 DE 31/08/2012, DOU DE 13/09/2012.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA GERAL
DIVISÃO DE REGISTROS ACADÊMICOS

DIPLOMA REGISTRADO SOB Nº UPG016477
PROCESSO Nº 2016.5.740.5.0
NOS TERMOS DO ARTIGO 48 DA LEI 9394/96.
SÃO PAULO, 11 DE OUTUBRO DE 2016.

Ricardo Klefens
RICARDO DE OLIVEIRA KLEFENS
ANALISTA PARA ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS

DE ACORDO.

Ignacio Poveda
SECRETÁRIO GERAL
PROF. DR. IGNÁCIO MARIA POVEDA VELASCO

SECRETARIA GERAL
DIVISÃO DE REGISTROS ACADÊMICOS

O PRESENTE DOCUMENTO, EXPEDIDO PELA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO É AUTÊNTICO.

SÃO PAULO, 11 DE OUTUBRO DE 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SETOR TÉCNICO-DE DOCUMENTAÇÃO

ARIOSVALDO BEZERRA DE SOUSA

Nº 0311151

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

ENTRADA OFÍCIO	21/08/13
SOLICITAÇÃO CONFECÇÃO	03/09/13
SAÍDA P/ SOCIEDADE	10/10/13
RETORNO DA SOCIEDADE	11/12/13
CADASTRAMENTO	12/12/13
SAÍDA P/ FEDERADA	20/12/13
REGISTRO	138168

SECRETÁRIA DE TÍTULOS DE ESPECIALISTA

(ASSINARÃO O PRESIDENTE E O SECRETÁRIO-GERAL EM EXERCÍCIO NA DATA DO REGISTRO)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA
Filiada à Associação Médica Brasileira

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA

Data aprovação: 17/11/2012
Livro 03 Página 082
Registro SBCM: 3632 Comissão

TABELIÃO DE NOTAS
Reconheço por semelhança as firmas
São Paulo, 18 de Dezembro de 2013
Em testemunho
Cleber Gonçalves - Escrevente Autorizado
1042AA425833

Scanned with CamScanner

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Instituto de infectologia Emílio Ribas
Programa credenciado pelo CNRM/MEC • Parecer Nº 36/96 de 07/09/1996

CERTIFICADO

Certificamos que o ***Dr. Felipe Maia de Toledo Piza, C.R.M. 120.407/SP, CPF. 220.889.748-06,*** concluiu Residência Médica na Especialidade de Infectologia, cursada no período de 01 de fevereiro de 2006 à 31 de janeiro de 2009, a quem conferimos o Título de Especialista, de acordo com a Lei nº 6.932, publicada no Diário Oficial da União em 09 de julho de 1981.

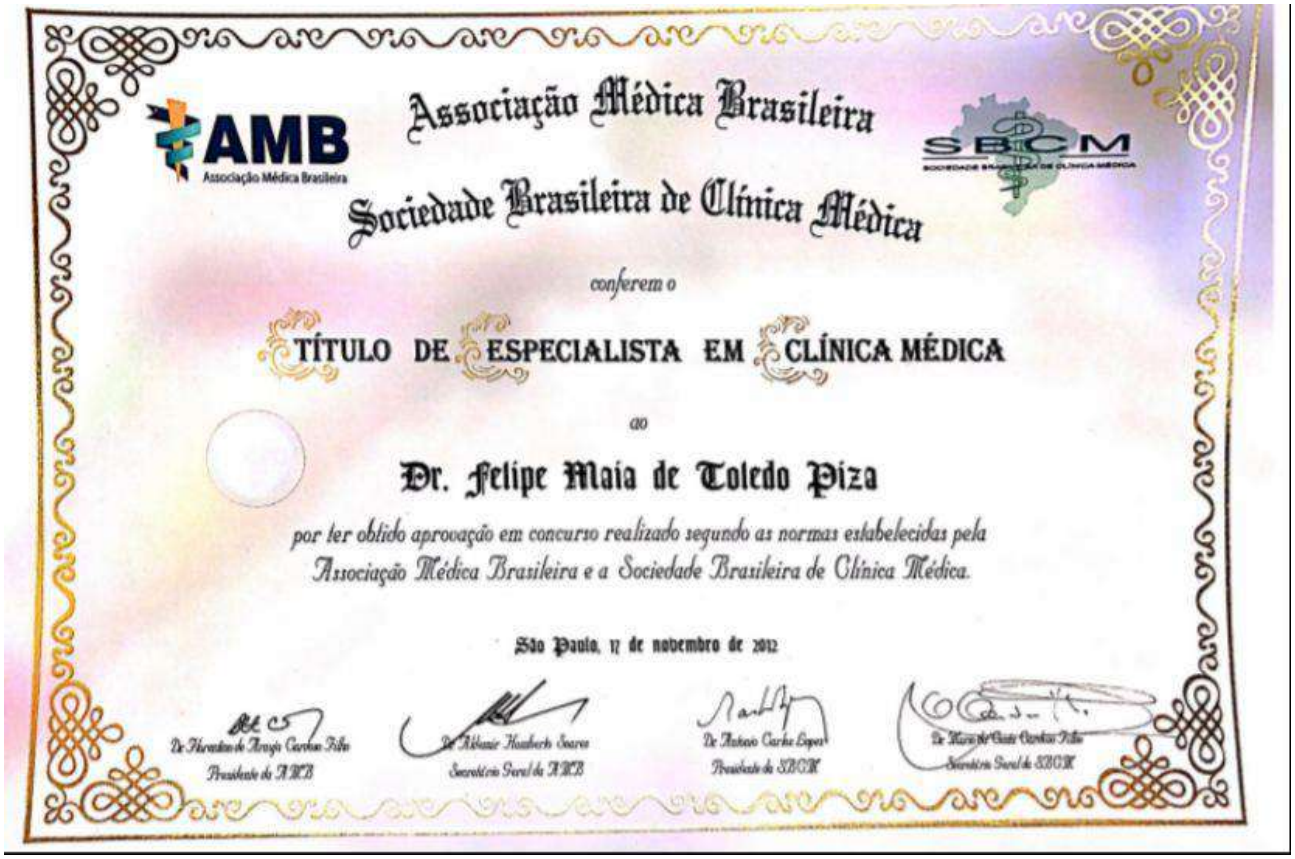
São Paulo, 06 de maio de 2009.

Prof. Dr. David E. Uip
DIRETOR

COORDENADOR DO PROGRAMA
Dr. José Mauro Ferraz de Arr.
Encarregado do Setor

DR. FELIPE MAIA DE T. PIZA
Infectologista
CRM-SP 120.407
MÉDICO RESIDENTE

Scanned with CamScanner



Associação Médica Brasileira

Sociedade Brasileira de Clínica Médica

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA

ao

Dr. Felipe Maia de Toledo Piza

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Clínica Médica.

São Paulo, 17 de novembro de 2012

Universidade São Francisco

O Reitor da Universidade São Francisco, no uso de suas atribuições e tendo presentes a conclusão do curso de Medicina no ano letivo de 2005 e o título de

Médico

conferido por esta Universidade a

Felipe Maia de Toledo Piza

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 24 de fevereiro de 1980,

RG 27.623.711-0-SP,

outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Bragança Paulista, 2 de dezembro de 2005.

JOAQUIM GILBERTO DE OLIVEIRA
Diretor de Câmpus

Diplomado

Reitor

ANTONIO GONÇALVES DE OLIVEIRA
Secretário Geral

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
Secretaria Geral
Diploma registrado sob o nº 20715
Processo nº 2273/2005
Nos termos do artigo 48, §1º da Lei 9.394/96.
Bragança Paulista, 02 de dezembro de 2005.

Maria Cristina Gonçalves Ramalho
Registro de Diplomas

CREMESP

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Registro de Diploma

Nesta data, o presente diploma do Dr(a). FELIPE MAIA DE TOLEDO PIZA foi registrado sob o número 120407, de acordo com o artigo 17 da Lei Número 3.268 de 30 de setembro de 1957.

São Paulo, 06/12/2006

Nº 025189

JAIR SOARES
Diretor de Registro de Profissionais

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

O REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS,
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina em 19 de fevereiro de 2010,
confere o título de

MÉDICO a

Roger Monteiro Alencar

brasileiro(a), natural do Estado do Amazonas, nascido(a) em 16 de outubro de 1985 e
outorga-lhe o presente DIPLOMA a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Manaus, 19 de fevereiro de 2010

Diretor(a) da(o) Faculdade de Medicina

Roger M. Alencar
Titulado(a)
Cart. de Ident. nº 17742927/AM

Reitor (a)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CERTIFICADO

Conferimos a **Camila de Carvalho Gambin** o presente certificado do curso:

Aprimoramento Profissional em Enfermagem em Terapia Intensiva

promovido pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial nº 406/07 de 14/05/2007, realizado no período de 03/05/2010 a 28/02/2011, compreendendo 1.368 horas.

São Paulo, 03 de maio de 2011.

Hilda Del Grego
Secretária Acadêmica da Pós-graduação

Profª Dra. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

Camila de Carvalho Gambin
Titulado

FACULDADE FIA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS
Fundação Instituto de Administração

O Diretor Geral, no uso de suas atribuições e tendo em vista os resultados obtidos, confere o certificado de ***Pós-Graduação "Lato Sensu" Especialização em Modelos de Gestã Estratégica de Pessoas****, área de conhecimento: Administração, a*

Danielle de Paiva Santello

brasileira, R.G. nº 42.341.278-4 - SP, nascida a 13 de fevereiro de 1987 e natural de São Paulo - SP

e outorga-lhe o presente certificado, de acordo com o disposto na Resolução CNE/CES nº 1 06 de abril de 2018., a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 12 de abril de 2019

Secretária Acadêmica

Concluinte

me do Corpo Clínico, compartilhamos os nossos sentimentos.
X CERTIFICAÇÃO GREEN BELT
Por demonstrar conhecimento e proficiência na aplicação da metodologia Lean Six Sigma, certificamos
Samira Scalso de Almeida
como Green Belt
Henrique Neves
Diretor Geral
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
Éderson Almeida
Gerente do Programa e Academia Einstein de Excelência Operacional
ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
LEAN SIX SIGMA
Programa Einstein de Excelência Operacional

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CERTIFICADO

Conferimos a **Camila de Carvalho Gambin** o presente certificado de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu*.

Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva

promovido pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial nº 406/07 de 14/05/2007, realizado no período de fevereiro/2010 a dezembro/2010, compreendendo 462 horas.

São Paulo, 03 de maio de 2011.

Hilda Del Grego
Secretária Acadêmica da Pós-graduação

Profª Dra. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

Camila de Carvalho Gambin

Titulado

UNICAMP

Universidade Estadual de Campinas

A Escola de Extensão da Universidade Estadual de Campinas certifica que

Camila de Carvalho Gambin

brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 7 de fevereiro de 1987, RG: 42185926-X-SP

concluiu em 04/10/2013 o Curso de Especialização - Modalidade Extensão Universitária em

Estomaterapia

ministrado pela Faculdade de Ciências Médicas, com carga horária total de 492 horas de Aulas, sendo 332 de Aulas Teóricas e 160 de Aulas Práticas.

Cidade Universitária "Zeferino Vaz", 19 de novembro de 2013.

Antonio Ezequiel
Diretor Acadêmico

Miguel Juan Bacic
Diretor da Escola de Extensão

João Frederico da Costa Azevedo Meyer
Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos que **Samira Scalso de Almeida Machado**, **RG. 33.392.239-6**, concluiu parcialmente o curso de Pós-Graduação em MBA Executivo em Gestão de Saúde, com carga horária total de 600 horas.

O curso tem o reconhecimento através da portaria ministerial MEC/SERES nº1 de 06/01/2012 e publicada em 09/01/2012.

O certificado encontra-se em fase de emissão na Secretaria Acadêmica.

Segue abaixo o aproveitamento das disciplinas:

Grade Curricular	**Carga horária**	**Nota**	**Situação**
Finanças Corporativas, Gestão de Custos e Desempenho Empresarial	64h	10,0	Aprovado
Gestão Empresarial e Planejamento Estratégico	52h	9,0	Aprovado
Gestão Estratégia de Pessoas e Liderança	60h	8,0	Aprovado
Gestão Hospitalar	60h	9,5	Aprovado
Gestão de Marketing, Inovação e Empreendedorismo	64h	8,0	Aprovado
Gestão de Operações em Saúde	56h	10,0	Aprovado
Gestão em Sistemas de Saúde e Epidemiologia	60h	9,1	Aprovado
Métodos Aplicados	32h	9,0	Aprovado
Negociação e Simulação Empresarial	48h	9,5	Aprovado
Panorama do Mercado de saúde no Brasil e no Mundo: Presente e Futuro	48h	9,1	Aprovado
Trabalho de Conclusão de Curso	60h	---	**Pendente**
Workshops de Imersão	16h	9,0	Aprovado
Total	**620h**	**---**	**---**

São Paulo, 29 de Agosto de 2023

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

O Reitor da Universidade Católica de Brasília confere o título de

MÉDICO

a

Artur Martins Codeço

de nacionalidade brasileira, nascido(a) no **Distrito Federal**, no dia **23 de fevereiro de 1985**, documento de identificação nº. **2.272.492 SSP-DF,** tendo em vista a conclusão do Curso de **MEDICINA** no Segundo Semestre de **2009** e colação de grau no dia **10 de dezembro de 2009,** outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Brasília-DF, **10** de **dezembro** de **2009**

Secretário Acadêmico

Artur Martins Codeço

Diplomado(a)

Reitor

2561

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

O Reitor da Universidade Federal de Goiás confere o título de

Mestra em Enfermagem

a

Milainy Barbosa Ribeiro

na área de concentração em A Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana, tendo em vista a integralização dos créditos regulamentares e a aprovação na defesa pública de dissertação em 05 de setembro de 2017. Para os efeitos legais expede-se o presente diploma.

Goiânia, 18 de dezembro de 2017.

Prof. Dr. Orlando Afonso Valle do Amaral
Reitor

Profª. Drª Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Centro de Gestão Acadêmica

Milainy Barbosa Ribeiro
Titulada

UFG

2562

Digitalizado com CamScanner

Certificamos que **ELDER JUREN**,

RG –**22.822.742-5** concluiu o Curso de **Gestão Estratégica de TI,**

em nível de Pós-Graduação *Lato Sensu* promovido pela Faculdade de Tecnologia IBTA,

realizado no período de **03/03/10 a 21/02/11**, em São Paulo, com duração de **360** horas,

tendo cumprido as exigências do regulamento dos cursos desta instituição.

São Paulo, 25 de novembro de 2011.

Coordenador

Diretor Geral

veris

2563

Institute for Healthcare Improvement

ESTE CERTIFICADO RECONHECE QUE

Milainy Barbosa Ribeiro Batista

Completou o Programa de Desenvolvimento Profissional

ESPECIALISTA EM MELHORIA

Fevereiro 2022 – fevereiro 2023

Kedar Mate
Presidente / CEO
Institute for Healthcare Improvement

2564

O EM-IHI tem um currículo intenso que é construído em torno dos conhecimentos e habilidades práticas necessárias para liderar melhoria no âmbito da saúde. O curso tem uma carga horária de **621 horas** que é constituída por instrução virtual (9 horas), três encontros presenciais (24 horas cada encontro), horas de mentoria (12 horas) e horas de prática do conteúdo (528 horas).

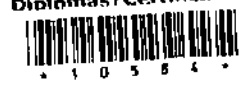
As disciplinas dos 12 meses do curso de fevereiro 2022 até fevereiro 2023, se focaram em áreas da Ciências da Melhoria, O Sistema de conhecimento Profundo – Deming, Trilogia de Juran, Modelo de Melhoria IHI, Tipos de problema, Gestão para Sustentar Melhoria, Equidade, As Ciências da Melhoria, Qualidade de Todo o Sistema, Disseminação do conhecimento, Ampliação de projetos de melhoria, Mentoria para Melhoria.

Tayna Brito

Gerente de Projetos,

Institute for Healthcare Improvement

Diplomas/Certificados



CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS FACULDADES METROPOLITANAS UNIDAS

FMU

A Reitora do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso Superior de Formação Específica em Gestão de Pessoas em 30 de junho de 2007, por

Danielle de Paiva Santello

brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 13 de fevereiro de 1987, cédula de identidade RG nº 42.341.278-4 - SP, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais

São Paulo, 07 de outubro de 2008

Prof. Celso Hamilton de Camargo
Secretário-Geral

Diplomada

Dra. Labibi Elias Alves da Silva
Reitora

2566

CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS
FACULDADES METROPOLITANAS UNIDAS

Diploma registrado sob nº 0013

Processo nº 0001/2008

[illegible] Diploma de Graduação nº 5.786/2006

[illegible]

Gabriel Bernardi
Chefe do Departamento de Diplomas

[illegible]

Prof. Pedro Rafael Lyon do Camargo
Secretário Geral

Dra. Labibi Elian Alvon da Silva
Reitora

Curso:
SUPERIOR DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM GESTÃO DE PESSOAS

CURSO SEQÜENCIAL ÁREA DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS Reconhecido pela Portaria MEC nº 4.021, de 22/11/2005, D.O.U. de 23/11/2005.

2567

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

Diplomas/Certificados
10584

C E R T I D Ã O

Profª. Sandra Regina Cano Lagoa, Secretária Geral do Centro Universitário São Camilo, no uso das atribuições que lhe são conferidas,

C E R T I F I C A, a pedido da pessoa interessada e para os fins que couber, que **DANILO DA SILVA LILI** concluiu o Curso de Graduação em Administração – Linha de Formação: Hospitalar no Centro Universitário São Camilo, tendo colado grau em 19 de dezembro de 2011. Certifica ainda, que o curso é reconhecido através da Portaria nº. 727 de 22/04/2003 e D.O.U 23/04/2003 e Portaria Normativa nº 40 de 12/12/2007 e D.O.U. 13/12/2007 - Republicada no D.O.U. 29/12/2010. Secretaria de Graduação do Centro Universitário São Camilo, aos 19 de dezembro de 2011.

Profª. Sandra Regina Cano Lagoa
Secretária Geral

DOCUMENTO VÁLIDO SEM EMENDAS OU RASURAS

CENTRO UNIVERSITÁRIO Secretaria de Graduação SÃO CAMILO

Certidão de Graduação para atualização do colaborador:

nome: Danilo da Silva Lili

DRT: 20628

RECEBIDO
31 0 0 12
RH

Diplomas/Certificados
10584

UNIBERO
Centro Universitário
Ibero-Americano

CERTIFICADO DE CONCLUSÃO

Certificamos que ELDER JUREN , RG. 22.882.742-5 concluiu o curso de ADMINISTRAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO. deste Centro Universitário no ano de 1999. Colou grau em 15/03/2000.

São Paulo, 15 de Março de 2000.

Profª Drª TEREZINHA OTAVIANA DANTAS DA COSTA
Pró-Reitora Acadêmica

ADELINA MARIA CARDONI RAMOS
Secretária Auxiliar

Diplomas/Certificados

CENTRO UNIVERSITÁRIO SENAC

O Reitor do Centro Universitário SENAC, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau do Curso Superior de Tecnologia em Hotelaria, (Área Profissional: Turismo e Hospitalidade), em 28 de fevereiro de 2005, confere o título de

Tecnólogo em Hotelaria a

Mariana Ferreira Julio Fernandes

brasileira, natural do Estado do Pará, nascida a 10 de maio de 1984, R.G. n.º 44.662.747-1 - SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Águas de São Pedro, 09 de maio de 2005

Secretária Geral

Reitor

Diplomado

2571

CENTRO UNIVERSITÁRIO SENAC

CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM HOTELARIA
(Área Profissional: Turismo e Hospitalidade)

Reconhecido pela Portaria MEC 1.545 de 05/05/2005
Diário Oficial da União de 06/05/2005

Reitor: Rogério Massaro Suriani
Secretária Geral: Isabel Placida Maggio

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Diretoria de Registro e Arquivo de Diplomas e Documentos

UNICAMP

Diploma registrado sob n.º 406031

Proc. n.º 11485/06 nos termos do Art. 48 da Lei 9394/96.

Campinas, 27/07/2006

Luiz Fernando Gonçalves
Diretor de Serviço

Patrícia Maria Morato Lopes Romano
Secretária Geral

2572

Governo do Estado de Goiás
Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia
Universidade Estadual de Goiás

(Curso reconhecido pela Portaria nº 1.665 de 08/12/2005 D.O.E. de 13/12/2005 e prorrogado pela Portaria nº 976 D.O.E. de 14/07/2008)

O REITOR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de graduação em QUÍMICA INDUSTRIAL no ano letivo de 2008 e o termo de colação de grau em 05 de fevereiro de 2009, confere o título de

BACHAREL

a

RODOLFO ZANELATI DE OLIVEIRA

brasileiro, nascido a 17 de dezembro de 1986 em Goiânia-Goiás, cédula de identidade nº. 4359723 DGPC-GO; outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Anápolis, 16 de março de 2009

Prof. Luiz Antônio Arantes
Reitor

Rodolfo Zanelati de Oliveira
Rodolfo Zanelati de Oliveira
Diplomado

2573

VERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS

nos termos do § 1º do art. 48 da Lei nº 9.394 de 1996, sob o nº 31127, Processo nº

Anápolis, 16 de março de 2009.

Maria dos Santos Lacerda
Coordenadora Acadêmica

Maria Celeste Ribeiro
eral de Acompanhamento e Registro Acadêmico

PUBLICO FEDERAL
IAL DE QUÍMICA XII REGIÃO
o Federal e Tocantins
3 livro 25
12200893
ABRO de 2013
ilson Botter Júnior
Presidente

2574

034858

VITORELLI FRANCO CONSULTORIA

"Melhoria nos Resultados do Negócio, com foco no que é Estratégico para a Organização"

INGEA
INSTITUTO GOIANO DE ESTUDOS AVANÇADOS
www.ingea.com.br

CERTIFICADO

Rodolfo Zanelati de Oliveira

Participou da Qualificação Green Belt Lean Six Sigma, com carga horária de 90 horas.

Período: 08 de Junho a 13 de Outubro de 2013.

Goiânia-GO, 13 de Outubro de 2013.

Paulo César Ferreira Franco
Diretor / Instrutor
Vitorelli Franco Consultoria

Thiago Manuel de Allan Kardec Ferreira
Coordenador Geral
InGEA - Instituto Goiano de Estudos Avançados

2575

Conteúdo da Qualificação Green Belt Lean Six Sigma:

Definir (Define)

D1 - Indicadores de Desempenho, Metas e Gestão de Processos

D2 - Introdução ao Lean Six Sigma

D3 - Seleção de Projetos

D4 - Formação de Equipes

D5 - Contrato de Projeto

D6 - Condução de Projeto

Medir (Measure)

M1 - Work Out (Limpeza de Processo)

M2 - Mapa de Processo Integrado e da Cadeia de Valor

M3 - Gráfico Spaghetti

M4 - SIPOC e Mapa de Processo

M5 - Brainstorming e DCE

M6 - Matriz Causa-e-Efeito

M7 - Matriz Esforço e Impacto

M8 - Introdução ao Minitab

M9 - Estatística Básica

M10 - Gráficos Básicos

M11 - Análise do Sistema de Medição (MSA)

M12 - Coleta e Análise Exploratória de Dados

M13 - Normalidade de Dados

M14 - Estudo de Capabilidade (Contínuos e Discretos)

Analisar (Analyse)

A1 - FMEA

A2 - FTA (Análise da Árvore de Falha)

A3 - Mapa de Análise Estatística

A4 - Teste de Hipóteses

A5 - ANOVA (Análise de Variância)

A6 - Mood's Median Test

A7 - Correlação e Regressão Simples

A8 - Teste Qui-Quadrado & Proporções (1P e 2P)

A9 - Set Up Rápido

Melhorar (Improve)

I1 - Projeto de Experimentos (DOE)

I2 - Gerenciamento Visual, 5S e Andon

I3 - Fluxos Racionalizados e Flexibilidade de Mão-de-Obra

I4 - Kaizen

I5 - Demonstração da Melhoria

I6 - Plano de Ações (5W2H)

Controlar (Control)

C1 - Plano de Controle

C2 - Prova de Erros

C3 - Operação Padrão

C4 - Controle Estatístico de Processo (CEP)

C5 - Jidoka (Autonomação)

C6 - Just In Time e Heijunka

C7 - Transferência de Melhorias para a Rotina

C8 - Quantificação de Ganhos

C9 - Relatório Final

C10 - Entrega do Projeto

Avaliação de Conhecimento: provas de cada etapa do DMAIC com um total de 40 questões (conceitos e prática, incluindo exercícios usando o software estatístico Minitab). Apresentação de projetos de melhoria com feedback do instrutor.

2576

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **MARIANA FERREIRA JULIO FERNANDES CAVALCANTE**, **RG. 44.662.747-1**, o presente certificado de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em:

Engenharia e Manutenção Hospitalar

na área de conhecimento em Ciências da Saúde, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES nº 1 de 06/01/2012 e D.O.U de 09/01/2012, realizado no período de 01/03/2022 a 28/02/2023, compreendendo 400 horas.

São Paulo, 22 de maio de 2023.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Pós-graduado(a)

Prof.ª Dra. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

2577

Pós-graduação *lato sensu*

HISTÓRICO ESCOLAR 2022-5				
Disciplina	**Corpo Docente**		**Carga Horária**	**Nota da Disciplina**
	Professor	**Titulação**	**h/a**	
Controle, Sustentabilidade, Inovação e Engenharia Integrada (Projetos, Obras e Comissionamento)	Jair Carlos Roxo	Mestre	112	7,0
Conhecendo o Setor de Saúde	Bruno de Melo Sousa	Especialista	30	10,0
Engenharia Clínica, Operação de Manutenção, Segurança das Instalações e Indicadores de Desempenho	Anfilófio Rodrigues chaves Filho	Mestre	88	7,5
Estágio	Anfilófio Rodrigues chaves Filho	Mestre	64	7,0
Lean Six Sigma - EAD	Juliana Pan	Doutor	30	8,0
Planejamento, Gestão Estratégica e PMO	Patricia Maria dos Santos Chaves	Mestre	16	7,0
Trabalho de Conclusão de Curso	Marcelo Barbosa Fernandes	Mestre	60	10,0
Carga horária total em hora/aula:	----------	----------	**400**	----------

Monografia: "COMO IMPLEMENTAR UM PLANO EFETIVO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS EM PROJETOS CAPEX EM HOSPITAIS PARA MINIMIZAR IMPACTOS NEGATIVOS E MAXIMIZAR RESULTADOS POSITIVOS?", aprovada com nota 10,0

OBSERVAÇÃO: Este curso cumpre as exigências regulamentares da Resolução nº 1 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 22 de maio de 2023.

Certificado registrado sob o nº 12179/23 – Lote 22

4560

2578

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos que **Roger Monteiro Alencar**, **RG. 1774292-7**, concluiu parcialmente o curso de MBA Executivo em Liderança e Gestão Pública em Saúde, com carga horária total de 580 horas.

O curso tem o reconhecimento através da portaria ministerial MEC/SERES nº1 de 06/01/2012 e publicada em 09/01/2012.

Segue abaixo o aproveitamento das disciplinas:

Grade Curricular	**Carga horária**	**Nota**	**Situação**
Análise do Ambiente de Saúde	44	8,0	Aprovado
Futuro da Saúde	36	9,7	Aprovado
Análise de Conjuntura Econômica e Viabilidade de Projetos	70	9,7	Aprovado
Comunicação 360°	20	8,8	Aprovado
Dados e Tomada de Decisão	58	8,8	Aprovado
Estratégia e Execução	96	8,8	Aprovado
Finanças Corporativas, Gestão de Custos e Desempenho Empresarial	44	8,0	Aprovado
Gestão de Políticas Públicas em Saúde	48	9,7	Aprovado
Humanização e Saúde Mental nas Organizações	28	8,8	Aprovado
Imersão em Empresas de Saúde Pública	16	10,0	Aprovado
Liderança em Ambientes Complexos	36	8,8	Aprovado
Projeto Aplicado	40	---	**Pendente**
Parcerias e Colaboração	36	10,0	Aprovado
Saúde Baseada em Valor	48	8,8	Aprovado
Total	**620h**	**---**	**---**

São Paulo, 06 de Setembro de 2023

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

FACULDADE Ávila
Novos Horizontes para a Educação

IPOG
ESPECIALIZANDO VENCEDORES

Certificado de Pós-Graduação

O Diretor Geral da Faculdade Ávila de Ciências Humanas e Exatas Ltda., no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em **MBA Gestão e Engenharia da Produção Industrial**, (Área de Conhecimento Engenharia de Produção) com carga horária total de 400 horas, consoante os termos da Resolução CNE/CES nº 1, de 08 de junho de 2007, outorga a

Rodolfo Zanelati de Oliveira

nacionalidade brasileira, nascimento em 17/12/1986, natural de Goiânia - GO, cédula de identidade nº 4359723 DGPC-GO, o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 02 de maio de 2012.

LAÉRCIO GALVÃO DE OLIVEIRA ÁVILA
DIRETOR GERAL

Rodolfo Zanelati
CONCLUINTE

Hamanda Miranda
HAMANDA MIRANDA MACHADO BORGES
SECRETÁRIA GERAL

2580

aculdade Ávila de Ciências Humanas e Exatas Ltda.

edenciamento Portaria nº 2623, de 06/12/2001 – Publicação D.O.U. 10/12/2001

rso: Pós-Graduação *lato sensu* em MBA em Gestão e Engenharia da Produção Industrial
truturado de acordo com as disposições da Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007
ríodo: 21/08/2009 a 17/04/2011
me: Rodolfo Zanelati de Oliveira
ntidade: 4359723 **CPF:** 022.774.011-45 **Data de nascimento:** 17/12/1986

claramos que foram cumpridas todas as disposições previstas pelas resoluções em vigor

Formação Curricular	Nota	Freq.	C.H	Professor	Titulação	Situação
ministração de Operações Industriais	85	100%	20 h	Paulo Eduardo Simonetti	Mestre	Aprovado
gistica de Produção e Distribuição	85	100%	20 h	Maurício Tomé Borges de Oliveira	Mestre	Aprovado
stão de Projetos - PMI	100	100%	20 h	Adriano César Santana	Doutor	Aprovado
delo Japonês TPS, JIT, Lean Manufacturing	100	100%	20 h	Paulo Eduardo Simonetti	Mestre	Aprovado
stão da Produção - PCP	80	100%	20 h	Maurício Tomé Borges de Oliveira	Mestre	Aprovado
genharia de Produção QFD E DOE	100	100%	20 h	Jacqueline Torres	Especialista	Aprovado
stão da Produção Sustentável	90	100%	20 h	Marco Túlio Bertolino	Mestre	Aprovado
stão em Supply Chain	95	100%	20 h	Maurício Tomé Borges de Oliveira	Mestre	Aprovado
stão de Talentos Humanos	100	100%	20 h	Lucia Kratz	Doutor	Aprovado
tema de Gest. Ambiental Norma ISO 14001	90	100%	20 h	Marco Túlio Bertolino	Mestre	Aprovado
stão de Tecnólogia da Produção TI	100	100%	20 h	Adriano César Santana	Doutor	Aprovado
tema de Gestão da Qualidade Norma ISO 9001	85	100%	20 h	Marco Túlio Bertolino	Mestre	Aprovado
tal Quality Management - TQM	90	100%	20 h	Maria Luiza M. de Abrantes Rodrigues	Mestre	Aprovado
todologia do Trabalho Científico e Orientação de TCC	85	100%	20 h	Glaucia Regina Caixeta Yoshida	Mestre	Aprovado
Sigma	100	100%	20 h	Paulo César Ferreira Franco	Especialista	Aprovado
temática Financeira	100	100%	20 h	Carlos de Macedo e Silva	Mestre	Aprovado
ntabilidade Gerencial	100	100%	20 h	André Costa Dias	Mestre	Aprovado
stão Estratégica de Custos	100	100%	20 h	André Costa Dias	Mestre	Aprovado
alidade de Vida no Trabalho	80	100%	20 h	Luiz Antônio Carlos	Especialista	Aprovado
jeto e Organização do Trabalho	100	100%	20 h	Paulo Eduardo Simonetti	Mestre	Aprovado

rga Horária total: 400 horas
ulo do artigo: A definição de indicadores de desempenho e a utilização de ferramentas de gestão da qualidade para a redução de variabilidade no peso
ante o envase de adoçante pó

ta: 90

Certificado registrado em 02 / 05 / 12
No livro 002 Folha(s) 37
Goiânia 02 de maio de 2012
Hamanda Miranda
HAMANDA MIRANDA MACHADO BORGES
Secretária Geral

2581

Governo do Estado de Goiás
Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia
Universidade Estadual de Goiás

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

CERTIFICADO

O Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Goiás, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista a conclusão do curso de Pós-Graduação "Lato Sensu" especialização em **GESTÃO ESTRATÉGICA EM LOGÍSTICA (CÂMPUS SENADOR CANEDO - SENADOR CANEDO)** consoante os termos da Resolução CNE/CES nº 01, de 08 de junho de 2007, do Conselho Nacional de Educação, outorga **RODOLFO ZANELATI DE OLIVEIRA** o presente Certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Anápolis, 10 de Julho de 2018.

Dr. Ivano Alessandro Devilla
Pró-Reitor

Dr. Raimundo MÁrcio Mota De Castro
Coordenador

Aluno (a)

2582

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Reg. Nº 037
Livro nº 010 Folhas 97
Anápolis, 10 de Julho de 2018.

DENIZE MARIA DE LIMA
Assessora Acadêmica

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA	NOTA FINAL	CORPO DOCENTE	
			NOME	TITULAÇÃO
Didática do Ensino Superior	30 h	9.80	Marcio Leite De Bessa	Doutor
Gestão da Cadeia de Suprimentos e logística reversa	30 h	8.00	Weuver Xavier De Oliveira	Especialista
Gestão da Produção e Operações	30 h	9.20	Clayton De Almeida Corrêa	Especialista
Gestão de Compras, Materiais e Patrimônio	30 h	10.00	George Martins Custodio	Especialista
Gestão de custos, preços e logistica e-commerce	30 h	9.70	Fabricio Schlag	Mestre
Gestão de estoques, previsão e demanda	30 h	10.00	Eder Luz Xavier Dos Santos	Mestre
Gestão de Marketing e Serviços Logisticos	30 h	9.00	Murilo Sergio Vieira Silva	Mestre
Gestão de Pessoas e Habilidades Gerenciais	30 h	9.50	Juliane Velasco Remigio Cazorla	Especialista
Gestão Estratégica e Qualidade em Logística	30 h	10.00	Rejane Carmo Rezende	Mestre
Metodologia da Pesquisa Cientifica	30 h	9.50	Raimundo Márcio Mota De Castro	Pós-doutor
Mobilidade, Transporte e Distribuição	30 h	10.00	Saulo Henrique Alves Dos Santos	Especialista
Sistemas de Informações Gerenciais Logísticos	30 h	8.50	Antônio Cruvinel Borges Neto	Mestre
TCC: "USO DE SUAVIZAÇÃO EXPONENCIAL SIMPLES PRA PREVISÃO DE DEMANDA DE ANTINEOPLÁSTICOS"	60 h	10.00	Fabricio Schlag	Mestre

Média Final do Curso (Aproveitamento): 9.48
Frequência Final do Aluno: 98.97%
Carga Horária Total: 420 h
Período do curso: Março/2017 a Março/2018
Método de Avaliação: Trabalhos, Seminários, Provas e Trabalho Final de Curso

2583

89559

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA

HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Programa de Residência Médica Credenciado pela CNRM/MEC
Parecer nº. 1132/2012 de 13/12/2012

CERTIFICADO

O Hospital Israelita Albert Einstein certifica que o ***Dr. ROGER MONTEIRO ALENCAR,*** *CRM n.º 152812-SP, CPF 859.749.602-97, concluiu o Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva realizado no período de 01/03/2016 a 28/02/2018 a quem conferimos o Título de Especialista, de acordo com a Lei n.º 6.932, publicada no Diário Oficial da União em 09/07/1981.*

São Paulo, 01 de março de 2018.

Felipe Spinelli de Carvalho
Diretor Superintendente de Ensino
Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa

Dr. Bruno de Arruda Bravim
Supervisor do Programa

Dr. Roger Monteiro Alencar
Médico Residente

Scanned with CamScanner

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

Certificado

PROGRAMA CREDENCIADO PELO PARECER CNRM Nº 247/2009.

Artur Martins Codeço

CRM 159566 - SP, CPF 012.062.431-12 concluiu Residência Médica na Especialidade de **PNEUMOLOGIA**, cursada no período de 01/03/2013 a 28/02/2015, a quem conferimos o Título de Especialista, de acordo com a Lei 6.932, publicada no Diário Oficial da União em 09/07/81.

São Paulo, 14 de abril de 2015.

Profa. Dra. Soraya Soubhi Smaili
Reitora

Prof. Dr. Antonio Carlos Lopes
Diretor da Escola Paulista de Medicina

Prof. Dr. Gilmar Fernandes do Prado
Coordenador da COREME

Artur Martins Codeço
Dr. Artur Martins Codeço
Residente

2585

Contact

www.linkedin.com/in/artur-codeço-40b2a312b (LinkedIn)

Artur Codeço

Gerente Médico no Hospital Israelita Albert Einstein
São Paulo, São Paulo, Brazil

Experience

Hospital Albert Einstein
7 years 4 months

Gerente Médico
August 2020 - Present (3 years 1 month)

Coordenador Médico
January 2018 - August 2020 (2 years 8 months)

Medical Doctor
May 2016 - January 2018 (1 year 9 months)

Médico Qualidade, Processos e Práticas Assistenciais

Consultant Physician at Innovation Departament
May 2016 - January 2018 (1 year 9 months)
São Paulo Area, Brazil

Education

University of Cambridge
Business Sustainability Management · (2021 - 2021)

Insper Instituto de Ensino e Pesquisa
Certificate Healthcare Management, Health/Health Care Administration/Management · (2015 - 2017)

Hospital Israelita Albert Einstein
Administração em saúde, Residency Programs · (2015 - 2016)

Universidade Federal de São Paulo
Pulmonary , Pulmonary Disease Residency Program · (2013 - 2015)

Universidade Católica de Brasília
Doctor of Medicine - MD, Medicine · (2004 - 2009)

2586

Contato

danisantello@gmail.com

www.linkedin.com/in/danielle-santello-b4212b47 (LinkedIn)

Principais competências

Planejamento estratégico

Negociação

SAP

Certifications

SHO - Specialist Happiness Officer IA

ICAgile Certified Professional - Business Agility Foundations

ICAgile Certified Professional - Agility in HR

Green Belt Six Sigma

Lean Belt Six Sigma

Publications

Intervenção Institucional: atendimento psicológico no setor ambulatorial

Danielle Santello

Gestora de Recursos Humanos | Consultoria de RH | HRBP | Facilitadora de RH | Parceira de Negócios | Administração de Recursos Humanos

Goiânia, Goiás, Brasil

Resumo

Experiência na área de RH em empresas de diversos segmentos há mais de 15 anos.
Gestão dos subsistemas de RH: Folha de Pagamento, Benefícios, Monitoramento Trabalhista. Sólidos conhecimentos em legislação trabalhista , previdenciária, normas regulamentadadoras, eSocial, reforma trabalhista, gestão de encargos sociais.

Atuação como parceira de negócio (HRBP) com foco na Organização Social, suportando as áreas de Hospital Municipal, Escritório de Projetos PROADI SUS, Programa de Transplantes, Programas Governamentais e Suprimentos e Logística.

Atualmente atuando como parceira de negócios (HRBP) com foco em Medicina Diagnóstica e Ambulatorial e Diretoria de Patrimônio, Engenharia e Infraestrutura, sendo facilitadora dos processos de RH nas Unidades de Medicinas Diagnósticas Avançadas, Pronto Atendimento, Centro Médico Ambulatorial, Centro de Reabilitação, Experiência do Paciente, Facilities, Gestão de Projetos e Obras e Segurança Patrimonial.

Visão sistêmica dos processos envolvidos nos setores, possibilitando a atuação estratégica para alcance dos resultados propostos, planejamento, gestão de recursos e soluções, propiciando a sustentabilidade dos negócios.

Principais Projetos:

Atuação como Key User do sistema SAP HR, implantando liderando projetos de melhorias e implantações.

Liderança no projeto para implantação das alterações de Lei através da Reforma Trabalhista.

Implantação do projeto horistas.

Mapeamento e implantação do eSocial.

Lean Belt conduzindo o Projeto Institucional de Otimização das Ações Trabalhistas.

Green Belt no projeto de Redução das horas excedentes.

Instrutora no Centro de Simulação Realística no cenário de Desligamento no programa de desenvolvimento de liderança e no curso de Pós Graduação em Gestão Hospitalar.

Squad de implantação do chat bot (assistente virtual) para atendimento em recursos humanos.

Squad efetividade de mão de obra (Modelo de Contratação Horista e Modelo de Contratação PJ).

Experiência

Hospital Israelita Albert Einstein
13 anos

Gerente de recursos humanos
maio de 2022 - Present (1 ano 4 meses)
Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil

Consultor de recursos humanos
abril de 2019 - junho de 2022 (3 anos 3 meses)

Analista de recursos humanos sênior
agosto de 2016 - março de 2019 (2 anos 8 meses)

Analista de recursos humanos pleno
janeiro de 2014 - julho de 2016 (2 anos 7 meses)

Analista de recursos humanos júnior
junho de 2012 - dezembro de 2013 (1 ano 7 meses)

Estagiário de recursos humanos

setembro de 2010 - maio de 2012 (1 ano 9 meses)

New promotion
Analista de Departamento Pessoal
dezembro de 2009 - setembro de 2010 (10 meses)

Pablo Slemenson Arquitetura
Estagiária de Recursos Humanos
2009 - dezembro de 2009 (menos de um ano)

Construtora Pillaster - Obras Especiais
Estagiário de Recursos Humanos
2006 - 2009 (3 anos)

Formação acadêmica

FIA - Fundação Instituto de Administração
Pós Graduação, Gestão de Recursos Humanos · (2017 - 2018)

Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas
Superior, Psicologia · (2007 - 2012)

Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas
Superior, Gestão de Pessoas · (2005 - 2007)

Contato

www.linkedin.com/in/danilo-l-84466a22 (LinkedIn)

Principais competências

Six Sigma

Healthcare

Hospitals

Languages

Inglês

Certifications

Gestão e Custos na Doação de Transplantes de Órgãos e Tecidos

Palestrante Convidado no 1º Workshop Internacional em Transplantes De Fígado e Rim (Rio Branco - Acre)

Lean Six Sigma - Lean Belt

IV ENCIHDOTT – Encontro Nacional das Comissões Intra-Hospitalares de doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

9º AUDHOSP - Congresso Nacional de Auditoria em Saúde e Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.

Honors-Awards

Mérito Acadêmico

Danilo L.

Controller Financeiro Regional de Goiás

São Paulo, São Paulo, Brasil

Resumo

Coordenador de Operações Financeiras, Tesouraria e Seguros com experiência em Gestão do Endividamento, Captações de Recursos, Fluxo de Caixa, Aplicações Financeiras, Operações Estruturadas e Seguros. Com ampla experiência em Controladoria Hospitalar, Controle de Custos e Análises Gerenciais. Experiência em elaboração de Orçamento Hospitalar. Experiência em Melhoria Contínua de Processos, com certificação e proficiência na metodologia Lean Six Sigma(Black Belt).

Experiência

Hospital Israelita Albert Einstein

17 anos 2 meses

Controller Financeiro Regional de Goiás
janeiro de 2023 - Present (8 meses)

Coordenador de Tesouraria, Operações Financeiras e Seguros
outubro de 2018 - janeiro de 2023 (4 anos 4 meses)

Especialista Financeiro
fevereiro de 2015 - setembro de 2018 (3 anos 8 meses)

Analista de Informações Gerenciais Senior
julho de 2006 - janeiro de 2015 (8 anos 7 meses)

Hospital Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha

Líder de Faturamento
julho de 2003 - junho de 2006 (3 anos)
São Paulo - SP

Formação acadêmica

Saint Paul Escola de Negócios

Postgraduate Degree, Finanças · (maio de 2019 - maio de 2021)

Centro Universitário São Camilo

Postgraduate Degree, Administração Hospitalar · (2012 - 2013)

Centro Universitário São Camilo

Bacharel, Administração de Empresas · (2008 - 2011)

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Ciência da Computação · (2005 - 2007)

Wisdom Idiomas

Certificação, Lingua Inglesa · (2004 - 2007)

Contact

elder_juren@yahoo.com.br

www.linkedin.com/in/elder-juren-20459414 (LinkedIn)

Elder Juren

Gerente de TI - Hospital Albert Einstein
Goiânia, Goiás, Brazil

Summary

Coordenar a área de Tecnologia da Informação do Hospital Órion

Experience

Hospital Israelita Albert Einstein
22 years 3 months

Gerente de TI - Hospital Albert Einstein
July 2022 - Present (1 year 2 months)
Goiânia, Goiás, Brasil

Responsável pela área de Tecnologia da Informação do Einstein Goiânia e HMAP (Hosp, da Prefeitura de Aparecida de Goiânia)

Coordenador de Tecnologia da Informação
April 2008 - Present (15 years 5 months)

Analista Suporte Pl/Sr
August 2005 - March 2008 (2 years 8 months)

Implementações na área de PROJETOS DE INFRA ESTRUTURA da Tecnologia da Informação .

Analista Suporte Jr
June 2001 - July 2005 (4 years 2 months)

Trabalhava junto a área de REDES DE DADOS e era responsável pelo HELPDESK .

Education

Pós Graduação em Gestão Estratégica de Tecnologia da Informação (Veris/IBTA)
• Pós Graduação em Gestão Estratégica de Tecnologia da Informação · (2010 - 2011)

Centro Universitário Ibero-Americano
Adm. de Sistemas de Informações · (1996 - 2000)

FELIPE MAIA DE TOLEDO PIZA

CURRICULUM VITAE

2023

Contatos: felipe.piza@einstein.br, felipe.piza@hotmail.com
(11) 989036985

FORMAÇÃO ACADÊMICA

2022-2023	Curso de Governança Corporativa (INSPER)
2022	Curso avançado de Diretores Hospitalares (Einstein)
2021-2022	MBA: *Health Tech*, Faculdade de Informática e Administração Paulista (FIAP)
2016-2018	Fellowship: Harvard Medical School, Boston, EUA
2012-2016	Doutorado: Universidade de São Paulo - HCFMUSP.
2011	MBA: Economia em Gestão de Saúde, UNIFESP, São Paulo, SP
2010	Pós-Graduação: Terapia Intensiva, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP
2006-2009	Residência Médica: Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP
2000-2005	Graduação: Universidade São Francisco, Faculdade de Ciências Médicas- Bragança Paulista, SP
1998	Colegial: Jesuit High School, Portland, Oregon, EUA
1994	1º Grau: Colégio São Luís, São Paulo, SP

TITULAÇÃO

Master em Educação Médica pela Harvard Medical School
Doutorado em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP
MBA *Health Tech* - FIAP
MBA Gestão em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP
Especialista em Terapia Intensiva pela AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira)
Especialista em Clínica Médica pela SBCM (Sociedade Brasileira de Clínica Médica)
Especialista em Infectologia pela SBI (Sociedade Brasileira de Infectologia)

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Maio 2023- atual: Diretor Regional do Hospital Israelita Albert Einstein Goiás. Unidade Goiânia e unidade HMAP (Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia).

Maio 2022- atual: Diretor Técnico do Hospital Israelita Albert Einstein – unidade HMAP (Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia).

Abr 2021-Abr 2022: Gerente Médico do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch.

Set 2020-Abr 2021: Coordenador do Departamento de Pacientes Graves (UTI e SEMI) – Hospital Israelita Albert Einstein.

Nov 2019-Set 2020: Coordenador do Departamento de Pacientes Graves – Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch.

Set 2019-Abr 2021: Coordenador de Práticas Médicas - Hospital Israelita Albert Einstein

Fev 2019-Set 2020: Coordenador da Unidade de Terapia Intensiva – Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch.

Jun 2018-atual: Professor Visitante Harvard Medical School, Boston, USA

Ago 2017-2018: Professor Assistente Harvard Medical School, Boston, USA

Ago 2015- 2019: Médico contratado pelo Ensino Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo

Jan 2013 – Jun 2015: Hospital Israelita Albert Einstein, Unidade Morumbi, São Paulo - Médico Assistente da Unidade de Telemedicina

Mar 2012 - Hospital Israelita Albert Einstein, Unidade Morumbi, São Paulo - Médico Assistente da Unidade de Terapia Intensiva

Fev 2010 - Mar 2011: Hospital de Transplante Dr. Euryclides de Jesus Zerbini, SPDM, São Paulo. Médico da Comissão de Infecção Hospitalar e Ambulatório de Infectologia

Nov 2009 - Jun 2011: Hospital Geral de Taipas, São Paulo - Médico Assistente da Unidade de Terapia Intensiva e Emergência. Concurso Público Estadual.

Fev 2009 - Dez 2010: Hospital Municipal de Urgências, Guarulhos, SP. Médico Assistente da Unidade de Terapia Intensiva e da Comissão de Controle Hospitalar. Concurso Público Municipal

Ago 2009 – Jul 2015: Unidade de Terapia Intensiva de Moléstias Infecciosas – Médico Assistente do Hospital das Clínicas de São Paulo da Faculdade de Medicina da USP – HCFMUSP - Médico horizontal (diarista) e supervisor médico

Dez 2006 – Abr 2013: Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso, SPDM, OSS, Guarulhos, SP
Atendimento em Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva
Coordenador da residência médica de Clinica Médica e de Terapia Intensiva
Coordenador da Unidade de Terapia Intensiva

HABILIDADES

Idiomas: Fluente em Português, Espanhol e Inglês
Computação: Usuário ferramentas MS Office (Word / Excel/ PPT), Mindmeister, Powtoon, Educreation, PollEverywhere, Mindmeinster, Slack, Lucichard, Plickers, Kahoot, QR codes, Piktochart, Zoom, Office Mix, Canvas, Clipchamp (edição de vídeos)
Epiinfo - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
STATA - Harvard Medical School
Presentermidia - Apresentações de alto impacto

EXPERIÊNCIAS EM GESTÃO

Diretor Regional do Hospital Israelita Albert Einstein Goiás
Diretor Técnico do Hospital Israelita Albert Einstein – Unidade HMAP (Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia) e Unidade Goiânia
Gerente Médico do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch
Coordenador do Departamento de Pacientes Graves do Hospital Israelita Albert Einstein
Coordenador do Departamento de Práticas Médicas do Hospital Israelita Albert Einstein
Coordenador do Departamento de Pacientes Graves do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch
Coordenador Unidade de Terapia Intensiva Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso, SPDM
Supervisor médico Unidade de Terapia Intensiva Hospital das Clínicas de São Paulo da Faculdade de Medicina da USP –HCFMUSP
Coordenador Departamento de Emergência Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso, SPDM
Coordenador do Pronto Atendimento Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso, SPDM
Coordenador SCIH Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso, SPDM
Coordenador programa de Residência Médica de Clinica Médica e Terapia Intensiva Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso, SPDM
Coordenador das missões de saúde na Amazônia e Angola – projeto NAPRA e ARGOLAS
Representante de turma na Faculdade de Medicina (1º ao 6º ano)
Coordenador acadêmico projeto social em Lunardeli e Chavantes (4 anos)

EXPERIÊNCIAS ACADÊMICAS Einstein

Comissão organizadora Forum *Institute for Health Care Improvement* 2021
Comissão organizadora Simpósio Internacional de Pacientes Graves 2021
Treinador comportamental (*power skills/HCRM*)
Coordenador pós-graduação Segurança do Paciente
Coordenador do curso Tecnologia em Educação e Saúde
Banca de Doutorado: Silvana Maria de Almeida
Banca de Doutorado: Daniela Chanes Moreira Porto
Banca de Qualificação: Jefferson Bassi
Pós-graduação lato sensu Terapia Intensiva Adulto – aulas e coordenação módulo Infectologia
Pós-graduação lato sensu Emergências Clínicas
Instrutor parceria Telemedicina / Petrobras
Aulas ministradas em congressos, simpósios (internacionais), cursos de graduação e pós graduação
Avaliador oficial *Minimal Multiple Interviews* MMI da Faculdade de Ciências Médicas do Hospital Israelita Albert Einstein

PUBLICAÇÕES:

1. de Almeida LK, Avelino-Silva TJ, e Silva DC, Campos BA, Varela G, Fonseca CM, Amorim VL, **de Toledo Piza FM**, Aliberti MJ, Degani-Costa LH. Palliative care in hospitalized middle-aged and older adults with COVID-19. Journal of pain and symptom management. 2022 Jan 10.

2. Beatriz Costa Todt, Claudia Szlejf, Etienne Duim, Alana O.M. Linhares, Diogo Kogiso, Gabriela Varela, Bruna A. Campos, Cristina Mara Baghelli Fonseca, Leonardo E. Polesso, Ingra N.S. Bordon, Bruno T. Cabral, Victor L.P. Amorim, **Felipe M.T. Piza**, Luiza Helena Degani-Costa. Clinical outcomes and quality of life of COVID-19 survivors: A follow-up of 3 months post hospital discharge. Respiratory Medicine 184 (2021)

3. Degani-Costa, Luiza Helena, Fabiana Rolla, Raphael Augusto Gomes Oliveira, Guilherme de Paula Pinto Schettino, Ricardo Luiz Cordioli, Fábio Barlem Hohmann, Niklas Söderberg Campos, Roger Monteiro Alencar, Leonardo José Rolim Ferraz, and **Felipe Maia de Toledo Piza**. "Emerging from the COVID-19 pandemic: the numbers and lessons that will stay with us forever." *Einstein (São Paulo)* 19 (2021).

4. Chanes, D. C., **Piza, F. M. D. T**., San Martin, G., Leão, E. R., & Dos Santos, O. F. P. (2021). Fall prevention education for people with multiple sclerosis: a randomized clinical trial. *International journal for quality in health care*, *33*(1), mzab035.

5. Furtado, Remo HM, Otavio Berwanger, Henrique A. Fonseca, Thiago D. Corrêa, Leonardo R. Ferraz, Maura G. Lapa, Fernando G. Zampieri, **Felipe Piza**, et al.

"Azithromycin in addition to standard of care versus standard of care alone in the treatment of patients admitted to the hospital with severe COVID-19 in Brazil (COALITION II): a randomised clinical trial." *The Lancet* 396, no. 10256 (2020): 959-967.

6. **Piza F**, Kesselheim JC, Perzhinsky J, Drowos J, Gillis R, Moscovici K, Danciu TE, Kosowska A, Gooding H. Awareness and usage of evidence-based learning strategies among health professions students and faculty. Medical teacher. 2019 Dec 2;41(12):1411-8.

7. **Piza F**, Piza P, Schwartzstein RM. The power of nonverbal communication in medical education. Medical teacher. 2018 Mar:1-2.

8. **de Toledo Piza, F. M**., Celi, L. A., Deliberato, R. O., Bulgarelli, L., de Carvalho, F. R. T., Rabello Filho, R., ... & Kesselheim, J. C. (2018). Assessing team effectiveness and affective learning in a datathon. *International Journal of Medical Informatics*.

9. Machado FR, Ferreira EM, Schippers P, de Paula IC, Saes LS, de Oliveira FI, Tuma P, Nogueira Filho W, **Piza F**, Guare S, Mangini C. Implementation of sepsis bundles in public hospitals in Brazil: a prospective study with heterogeneous results. Critical Care. 2017 Oct 31;21(1):268.

10. Crochemore T, **Piza FM**, Rodrigues RD, Guerra JC, Ferraz LJ, Corrêa TD. A new era of thromboelastometry. Einstein (São Paulo). 2017(AHEAD):0-.

11. **de Toledo Piza FM**, Corrêa TD, Marra AR, Guerra JC, dos Reis Rodrigues R, Villarinho AA, de Aranda VF, Shiramizo SC, de Lima MR, Kallas EG, Cavalcanti AB. Thromboelastometry analysis of thrombocytopenic dengue patients: a cross-sectional study. BMC Infectious Diseases. 2017 Jan 19;17(1):89.

12. Palomba H, Pardini A, Neto AC, **de T Piza FM**, Jaures M, Corrêa TD. "Predictive factors of in-hospital mortality in very old patients following rapid response team activation." *Critical Care*. 2015 Sep 28;19(2):1.

13. Diament D, Pardini A, **de T Piza FM**, de PP Schettino G, Corrêa TD, Citadin FR. "ICU admissions and outcomes during the 2014 FIFA World Cup." *Critical Care*. 2015 Sep 28;19(2):1.

14. Crochemore T, **de Toledo Piza FM**, Silva E, Corrêa TD. "Thromboelastometry-guided hemostatic therapy: an efficacious approach to manage bleeding risk in acute fatty liver of pregnancy: a case report." *Journal of Medical Case Reports*. 2015 Sep 23;9(1):1.

15. **Piza F**, Steinman M, Baldisserotto S, Morbeck RA, Silva E. "Is there a role for telemedicine in disaster medicine?" *Critical Care*. 2014 Nov 27;18(6):1.

16. Palomba H, **Piza F**, Jaures M, Capone A. "Hospital mortality predictive factors following Rapid Response Team activation." *Critical Care*. 2014 Mar 17;18(1):1.

17. **Piza F**, Carvalho F, Li H, Crochemore T, Rodrigues R. "Influenza A (H1N1): The first hit for transfusion-related acute lung injury?" *Critical Care*. 2014 Mar 17;18(1):1.

18. **de Toledo Piza FM**, Marra AR, Silva M, Camargo TZ, de Oliveira Figueiredo RA, Edmond MB. "Contact precautions in the intensive care unit setting: 12 years of surveillance." *American Journal of Infection Control*. 2013 Apr 30;41(4):371-2.

19. Ibrahim KY, Carvalho NB, Moura ML, **Piza FM**, Mimicos EV, Ho YL, França FO. "Infection and immune-mediated meningococcal-associated arthritis: Combination features in the same patient." *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*. 2012 Apr;54(2):109-12.

20. **Piza F**, Fink MC, Nogueira GS, Pannuti CS, Oliveira AC, Vidal JE. "JC virus-associated central nervous system diseases in HIV-infected patients in Brazil: Clinical presentations, associated factors with mortality and outcome." *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2012 Apr;16(2):153-6.

21. de Oliveira MI, Figueiredo CA, Afonso AM, **de Toledo Piza FM**, Theobaldo M, Suleiman JM, Curti SP. "Severe Hypersensitivity Syndrome Associated with Reactivation of Human HerpesVirus-6 Variant B." *Virus Reviews & Research*. 2009 Nov 7;14(2):5.

SERVIÇOS HUMANITÁRIOS VOLUNTÁRIOS

- Missões humanitárias na Amazônia e Angola, África - Julho 2001, 2002, 2003
Coordenador e time líder.

  - Responsável por liderar estudantes de medicina na Amazônia e Angola, África para ajudar e servir populações vulneráveis.

- Núcleo de emergência Hospital das Clínicas – HCFMUSP – julho 2009

  - Responsável por coordenar atendimento aos pacientes com gripe H1N1 enfermarias e UTI.

- Serviços prestados as vítimas do incêndio da boate Kiss em Santa Maria, RS – Janeiro 2013

  - Responsável por atendimento presencial e via telemedicina de pacientes vítimas do incêndio.

- Serviços prestados nas epidemias de Dengue em São Paulo –abril/maio 2015

  - Responsável por organizar tendas e atendimento à pacientes na vila Brasilândia, São Paulo.

- Serviços prestados ao incêndio do porto de Santos – junho 2015

- Responsável pelo atendimento aos bombeiros e moradores próximos à região do incêndio.

Contato

www.linkedin.com/in/mariana-fernandes-cavalcante-75527158 (LinkedIn)

Principais competências

Planejamento estratégico

Microsoft Word

Hotelaria

Languages

Inglês (Limited Working)

Mariana Fernandes Cavalcante

Coordenador Facilities na Hospital Órion

São Paulo, São Paulo, Brasil

Experiência

Hospital Israelita Albert Einstein

Coordenadora de Serviços

janeiro de 2016 - Present (7 anos 8 meses)

Facilities

Hospital Israelita Albert Einstein

Supervisor de Serviços Técnicos

agosto de 2014 - agosto de 2015 (1 ano 1 mês)

- Uniformes

Hospital Sepaco

Supervisora de Hotelaria

março de 2012 - julho de 2014 (2 anos 5 meses)

Área de atuação:

- higiene
- rouparia
- costura
- controle de pragas
- jardinagem

Hospital Salvalus

Coordenadora de Hotelaria Hospitalar

maio de 2009 - fevereiro de 2012 (2 anos 10 meses)

Área de atuação:

- lavanderia própria
- rouparia
- costura
- higiene
- ascensorista
- hospitalidade

Hospital São Luiz

Líder de Hotelaria

abril de 2007 - maio de 2009 (2 anos 2 meses)

Hospital Iguatemi- Amesp
Agente de Atendimento
agosto de 2006 - abril de 2007 (9 meses)

Hospital Albert Einstein
Concierge
janeiro de 2004 - dezembro de 2005 (2 anos)

Formação acadêmica

Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein
Técnico, Hotelaria Hospitalar · (2004 - 2005)

SENAC Águas de São Pedro
Tecnólogo em Hotelaria, Hotelaria · (2001 - 2003)

Hotec - São Paulo
Curso de Lavanderia Hospitalar, Lavanderia Hospitalar

Currículo Lattes

Milainy Barbosa Ribeiro Batista

Endereço para acessar este CV: **https://lattes.cnpq.br/4682234496367781**

Última atualização do currículo em 23/08/2023

Resumo informado pelo autor

Bacharel e licenciatura em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG).Mestre em enfermagem oncológica pelo Programa de Pós-Graduação da FEN/UFG. Gestão de Qualidade IPOG. Pós graduanda em Excelência Operacional pelo Albert Einstein/SP Green Belt (2020-2021). Especialização em Melhoria pelo Institute for Healthcare Improvement (2022-2023).Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES) da Universidade Federal de Goiás. Atuou como enfermeira supervisora da internação e pronto socorro, coordenadora de qualidade e gerência de qualidade do Hospital do Coração de Goiás (2015 - 2019).Professora na Faculdade Noroeste (2019-2020). Coordenadora de Qualidade, Segurança do Paciente e Serviço de Arquivo Médico do Hospital Israelita Albert Einstein (2019-Atual).

(Texto informado pelo autor)

Nome civil

Nome Milainy Barbosa Ribeiro Batista

Dados pessoais

Nome em citações bibliográficas RIBEIRO, M. B.;RIBEIRO, MILAINY BARBOSA

Sexo Feminino

Cor ou Raça Parda

Filiação Ailton Ribeiro Rosa e Ana Maria Barbosa Rosa

Nascimento 27/04/1991 - Petrolina de Goiás/GO - Brasil

Carteira de Identidade 5386614 sptc - GO - 29/09/2006

CPF 032.300.051-71

Endereço residencial Avenida T 11. Edifício Graúna
Setor Bueno - Goiânia
74223070, GO - Brasil
Telefone: 62 993074006
Celular 62 981878992

Endereço eletrônico E-mail para contato : milainy2006@hotmail.com

Formação acadêmica/titulação

2015 - 2017 Mestrado em Enfermagem.
Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiania, Brasil
Título: Correlação entre fadiga e fatores bioquímicos em mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama, Ano de obtenção: 2017
Orientador: Prof Dra Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

2022 Especialização em Modelo de Melhoria.
Institute for Healthcare Improvement, IHI, Estados Unidos
Título: Redução de eventos graves e catastróficos por identificação tardia de deterioração clínica nas unidades de internação clínica e cirúrgica.
Orientador: Antônio Capone Neto

2023 Especialização em Lean Sex Sigma/Black Belt.
Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, IIEPAE, Sao Paulo, Brasil
Título: Redução de Eventos adversos Graves e Catastróficos em Hospital Público do Estado de Goiás

2020 - 2021 Especialização em Excelência Operacional - Green Belt.
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, FICSAE, Sao Paulo, Brasil
Título: Impacto da redução de Infecções de Sítio Cirúrgico nos custos hospitalares e segurança do paciente.
Orientador: Bárbara Coutinho Fernandes

2010 - 2014 Graduação em Enfermagem.
Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiania, Brasil
Título: Qualidade de vida e prevalência de úlceras por pressão em portadores de lesão medular
Orientador: Dálete Delalibera Correa de Faria Mota
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

2017 Aperfeiçoamento em Gestão da Qualidade e Acreditação em Saúde..
Instituto de Pós-Graduação e Graduação, IPOG, Goiania, Brasil

2013 - 2014 Aperfeiçoamento em Pesquisa pelo Programa Institucional de Iniciação Científica/ UFG/CNPq.
Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiania, Brasil

Título: Projeto de validação de instrumentos para avaliação de fadiga perioperatória
Orientador: Dálete Delalibera Correa de Faria Mota
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

2012 - 2013 Aperfeiçoamento em Pesquisa pelo Programa Institucional de Iniciação Científica/ UFG/CNPq.
Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiania, Brasil
Título: Projeto envolvendo pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico
Orientador: Dálete Delalibera Correa de Faria Mota
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

2011 - 2012 Aperfeiçoamento em Pesquisa pelo Programa Institucional de Iniciação Científica/ UFG/CNPq.
Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiania, Brasil
Título: Projeto envolvendo pacientes portadoras de trauma medular e lesão por pressão
Orientador: Dálete Delalibera Correa de Faria Mota
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Atuação profissional

1. Hospital do Coração - HCGO

Vínculo institucional

2018 - 2019 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Gerente de Qualidade , Carga horária: 44, Regime: Integral

2016 - 2018 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Coordenadora de Qualidade , Carga horária: 44, Regime: Integral

2016 - 2016 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Enfermeira , Carga horária: 36, Regime: Parcial

2. Universidade Federal de Goiás - UFG

Vínculo institucional

2011 - Atual Vínculo: Pesquisadora , Enquadramento funcional: Membro Núcleo de Pesquisa , Carga horária: 5, Regime: Parcial
Outras informações:
É membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES), do início da graduação em 2011 até o momento atual.

3. FACULDADE NOROESTE DE GOIANIA - CEN_PPROV

Vínculo institucional

2019 - 2020 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Professora , Carga horária: 9, Regime: Parcial

4. Hospital Órion - HO

Vínculo institucional

2019 - Atual Vínculo: Colaborador , Enquadramento funcional: Coord. Qualidade Segurança do Paciente/SAME , Carga horária: 202, Regime: Integral
Outras informações:
No ano de 2021 a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein fez a aquisição do Hospital Órion com a migração dos colaboradores.

2019 - 2021 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Coordenadora de Qualidade , Carga horária: 44, Regime: Integral

5. Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE

Vínculo institucional

2019 - Atual Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Coord. Qualidade Segurança do Paciente/SAME , Carga horária: 220, Regime: Integral

Projetos

Projetos de pesquisa

2013 - 2014 Fadiga em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico convencional

Situação: Concluído Natureza: Projetos de pesquisa
Alunos envolvidos: Graduação (2);
Integrantes: Milainy Barbosa Ribeiro Batista (Responsável); ; Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota
Número de produções C,T & A: 1/

2011 - 2012 Úlceras por pressão em pacientes atendidos por equipes de reabilitação e de cuidados paliativos

Situação: Concluído Natureza: Projetos de pesquisa
Alunos envolvidos: Graduação (1); Mestrado acadêmico (1);
Integrantes: Milainy Barbosa Ribeiro Batista (Responsável); ; Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota; Maria Marcia Bachion

Áreas de atuação

1. Enfermagem

Idiomas

Inglês Compreende Pouco , Fala Pouco , Escreve Razoavelmente , Lê Razoavelmente

Português Compreende Bem , Fala Bem , Escreve Bem , Lê Bem

Prêmios e títulos

2021 1 º lugar - Categoria Green Belt com Projeto de Excelência Operacional para Redução de ISC em Cirurgias limpas, Hospital Albert Einstein

Producão

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. doi MOTA, DALETE; **RIBEIRO, MILAINY BARBOSA**
Qualidade de vida em portadores de lesão medular com úlceras por pressão. Enfermería Global. , v.15, p.13 - , 2016.
Referências adicionais: Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [doi:10.6018/eglobal.15.2.210971]

Apresentação de trabalho e palestra

1. DINIZ, L. S.; BATISTA, M. L. A. S.; COSTA, V. C. R. F.; FERREIRA, F. A. P. B.; **RIBEIRO, M. B.**
Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas e avaliação da adesão com foco na segurança do paciente e qualidade no atendimento, 2022. (Outra,Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: infecção, centro cirúrgico
Áreas do conhecimento: Enfermagem na Gestão e Gerenciamento
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: https://ihi.ensinoeinstein.com/; Local: Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein; Cidade: São Paulo; Evento: 7º Fórum Latino Americano de Qualidade e Segurança na Saúde; Inst.promotora/financiadora: Institute for Helthcare Improvement

2. **RIBEIRO, MILAINY BARBOSA**; MOTA, DALETE
Fatigue, psychoemotional factors and biochemicals factors in women submitted to mastectomy, 2018. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Anaheim Convention Center; Cidade: Whashington; Evento: Oncology Nursing Society's Annual Conference; Inst.promotora/financiadora: Sociedade de Enfermagem Oncológica

3. **RIBEIRO, MILAINY BARBOSA**
Palestrante sobre a atuação do enfermeiro no Núcleo de Segurança do Paciente e Acreditação Hospitalar., 2018. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro
Palestrante sobre a atuação do enfermeiro no Núcleo de Segurança do Paciente e Acreditação Hospitalar.; Local: Universidade Federal de Goiás; Cidade: Goiânia; Evento: Palestrante no II Congresso Interdisciplinar de cuidados baseados em evidência; Inst.promotora/financiadora: Universidade Federal de Goiás

4. **RIBEIRO, M. B.**
Apresentação do Sistema de Gestão da Qualidade, 2017. (Outra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro; Local: Hospital do Coração de Goiás; Cidade: Goiânia; Evento: 1ª Semana da Enfemagem do Hospital do Coração de Góias; Inst.promotora/financiadora: Hospital do Coração de Goiás

5. **RIBEIRO, M. B.**
Câncer de mama: Fatores de risco, medidas para prevenção e tratamento, 2017. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro; Local: Auditório - HCGO; Cidade: Goiânia; Evento: 2ª Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - HCGO; Inst.promotora/financiadora: Hospital do Coração de Goiás (HCGO)

6. **RIBEIRO, M. B.**
Educação continuada - Identificação correta do paciente, 2017. (Outra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português.
Aula ministrada como parte dos treinamentos de educação continuada promovidos pelo Hospital do Coração de Goiás, com foco na segurança do paciente.; Local: Auditório do Hospital do Coração de Goiás; Cidade: Goiânia - Goiás; Evento: Treinamento em Identificação do paciente; Inst.promotora/financiadora: Hospital do Coração de Goiás

7. **RIBEIRO, M. B.**
I workshop sobre parada cardiorrespiratória, 2014. (Outra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português.
Monitora no seminário de atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória.; Local: Faculdade e colégio Ana Neri; Cidade: Goiânia; Evento: I workshop de parada cardiorrespiratória; Inst.promotora/financiadora: Centro de Formação Humana - Faculdade e colégio Ana Neri

8. **RIBEIRO, MILAINY BARBOSA**; MOTA, D. D. C. F.; OLIVEIRA, G. F.
Sensibilidade dos instrumentos de avaliação de fadiga Identy-consequences fatigue scale e adptive capacity index em pacientes em perioperatório., 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Universidade Federal de Goiás; Cidade: Goiânia; Evento: XI CONPEEX; Inst.promotora/financiadora: Universidade federal de Goiás

9. **RIBEIRO, M. B.**; MOTA, D. D. C. F.
Caracterização da Fadiga de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço em Radioterapia, 2013. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Centro de eventos; Cidade: Goiânia; Evento: 10º Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão; Inst.promotora/financiadora: Universidade Federal de goiás

10. MELCHIOR, L. M. R.; PEREIRA, H. A. C.; **RIBEIRO, M. B.**; BRAGA, J. R.; BARRETO, R. A. S. S.; PALOS, M. A. P.
Dilemas éticos relacionados à segurança do paciente no perioperatório, 2013. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Local: Centro de eventos; Cidade: Goiânia; Evento: 10º Congresso de Pesquisa, Ensino, e Extensão; Inst.promotora/financiadora: Universidade Federal de Goiás

11. RIBEIRO, M. B.; DIAS, M. S. S.; BACHION, M. M.; MOTA,D.D.C.F
Prevalência de Úlceras por Pressão em Portadores de Lesão Medular, 2012. (Outra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro
O trabalho recebeu missão honrosa por ter sido classificado em 1° Lugar; Local: Centro de Reabilitação e Readaptação Dr.Henrique Santillo- CRER; Cidade: Goiânia; Evento: X Jornada Científica do CRER-

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr.Henrique Santillo; Inst.promotora/financiadora: Centro de Reabilitação e Readaptação Dr.Henrique Santillo- CRER

12. MOTA,D.D.C.F; **RIBEIRO, M. B.**
Qualidade de vida em portadores de lesão medular e úlcera por pressão, 2012. (Outra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro. Home page: http://www.isoqol.org/UserFiles/file/ANNALS6thIberoamericanMeetingBrasil2012.pdf; Cidade: Goiânia; Evento: ANAIS DA 6a REUNIÃO IBERO-AMERICANA DE QUALIDADE DE VIDA; Inst.promotora/financiadora: ISOQOL - International Society for Quality of Life Research

13. LIMA, J. R.; REIS, G. T.; MELCHIOR, L. M. R.; RIBEIRO, M. B.; MENEZES, N.; MARCIANO, S.; FREITAS, N. R.; ROCHA, B. S.; CARVALHO, E. V. F.; CHAVEIRO, L. G.
Promoção da Saúde do idoso: aprendizagens a partir da parceria ensino-serviço-comunidade, 2010. (Outra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro. Home page: http://www.odonto.ufg.br/uploads/files/132/ANAIS_IV_MOPESCO_2011.pdf; Local: Faculdade de Enfermagem da UFG; Cidade: Goiânia; Evento: IV MOPESCO-´´SUS:UM CAMINHO COM DIFERENTES OLHARES; Inst.promotora/financiadora: Pro-Reitoria de Extensão e Cultura da UFG

14. FREITAS, N. R.; SOUSA, C. M.; AMARAL, G. G.; BRAGA, J. R.; NASCIMENTO, L. C.; MELCHIOR, L. M. R.; **RIBEIRO, M. B.**
Promoção da Saúde na Escola: uso de mapa falante no levantamento de equipamentos sociais da comunidade, 2010. (Outra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro. Home page: http://www.odonto.ufg.br/uploads/files/132/ANAIS_IV_MOPESCO_2011.pdf; Local: Faculdade de Enfermagem da UFG; Cidade: Góiania; Evento: IV MOPESCO-´´SUS:UM CAMINHO COM DIFERENTES OLHARES; Inst.promotora/financiadora: Pro-Reitoria de Extensão e Cultura da UFG

Produção técnica

Demais produções técnicas

1. **RIBEIRO, MILAINY BARBOSA**
Fundamentos da Sistematização da Assistência de enfermagem e uso de taxonomias de Enfermagem no atendimento à pessoa com câncer, 2018. (Especialização, Curso de curta duração ministrado)
Referências adicionais: Brasil/Português. 10 horas. Meio de divulgação: Impresso
Docente do módulo de SAE ao portador de câncer.

2. BARRETO, R. A. S. S.; **RIBEIRO, M. B.**
Monitora da disciplina Saúde Coletiva, 2014. (Outra produção técnica)
Referências adicionais: Brasil/Português.

3. BARRETO, R. A. S. S.; **RIBEIRO, M. B.**
Monitora na disciplina Enfermagem Cirúrgica, 2014. (Outra produção técnica)
Referências adicionais: Brasil/Português.

4. MENDONCA, C. M. S.; **RIBEIRO, M. B.**
Monitoria no 5º Mutirão Nacional dos Lions Clubes na SAúde, 2014. (Outra produção técnica)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro

5. GOMES, J. K. S.; ROZA, A. F. R.; MAZZUCCO, A.; **RIBEIRO, M. B.**
Monitoria no II - Congresso Estadual de Socorristas do Estado de Goiás, 2013. (Outra produção técnica)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital

6. **RIBEIRO, M. B.**
Imunização da população - Campanha Nacional de Vacinação contra Infuenza- Proteger é cuidar, 2012. (Outra produção técnica)
Referências adicionais: Brasil/Português.

7. **RIBEIRO, M. B.**
Ações de prevenção e promoção de saúde - Ações comemorativas do Dia Mundial do Diabetes/obesidade, 2011. (Outra produção técnica)
Referências adicionais: Brasil/Português.

8. **RIBEIRO, M. B.**
Imunização da população - Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite -1° Etapa, 2011. (Outra produção técnica)
Referências adicionais: Brasil/Português.
Função de Vacinadora e Triadora Carga horária de 12 horas

9. **RIBEIRO, M. B.**
Atividade lúdica em escolas públicas - Projeto Lazer Saudável, 2010. (Outra produção técnica)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro
carga horária: 06 horas

10. **RIBEIRO, M. B.**
Imunização da população - Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, 2010. (Outra produção técnica)
Referências adicionais: Brasil/Português.
Função de Vacinadora e Triadora Carga horária: 12 horas

Educação e Popularização de C&T

Apresentação de trabalho e palestra

1. **RIBEIRO, M. B.**
Câncer de mama: Fatores de risco, medidas para prevenção e tratamento, 2017. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro; Local: Auditório - HCGO; Cidade: Goiânia; Evento: 2ª Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - HCGO; Inst.promotora/financiadora: Hospital do Coração de Goiás (HCGO)

Eventos

Eventos

Participação em eventos

1. **1º Workshop Experts para Acreditação em Saúde**, 2017. (Outra)
.

2. **II Jornada científica em segurança do paciente do estado de Goiás**, 2017. (Outra)
.

3. **Prevenção de acidentes de trabalho para os componentes da CIPA**, 2017. (Outra)
.

4. **Curso de Liderança para a Enfermagem (promovido por Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa)**, 2016. (Outra)
.

5. **Curso de gerenciamento de resíduos - Gestão voltada para a Qualidade nos Serviços de Saúde**, 2016. (Outra)
.

6. **XI Congresso de Pesquisa, Ensino e extensão**, 2014. (Congresso)
.

7. **I Workshop Multiprofissional: Cirurgia Vascular Segura**, 2013. (Outra)
.

8. **II CESGOIÁS - CONGRESSO ESTADUAL DE SOCORRISTAS DO ESTADO DE GOIÁS**, 2013. (Congresso)
.

9. **Treinamento em triagem neonatal**, 2013. (Oficina)
.

10. **VII Edição do Concurso de Paródias CANTAFEN**, 2013. (Outra)
Paródia Higienizar é o que eu preciso.

11. **VII Edição do Concurso de Paródias CANTAFEN**, 2013. (Outra)
Paródia Mãos Limpas Sempre Ter.

12. **Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza - Protejer é cuidar**, 2012. (Outra)
Vacinação da população contra Influenza.

13. **Capacitação de Procedimentos em Curativos**, 2012. (Outra)
.

14. **IX Conpeex - Minicurso - Segurança do paciente e trabalhador em cenários de atenção à saúde, aspectos relacionados à infecção: Acesso vascular e medidas preconizadas para a prevenção e controle**, 2012. (Congresso)
.

15. **Segurança do Paciente e Trabalhador em Cenários de Atenção à Saúde, Aspectos Relacionados à Infecção:Acesso Vascular e medidas preconizadas para a prevenção e controle**, 2012. (Outra)
.

16. **VI Jornada Goiana de Arteterapia:´´ Arterapia e toxicomanias: mitos e contos correlacionados``**, 2012. (Outra)
.

17. Apresentação Oral no(a) **XX Seminário de Iniciação Científica/IX Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão da Universidade Federal de Goiás**, 2012. (Congresso)
Prevalencia de Úlceras por Pressão em Portadores de Lesão Medular.

18. **Capacitação do uso do Currículo Lattes**, 2011. (Outra)
.

19. **Minicurso - A enfermagem e a cirurgia segura**, 2011. (Outra)
.

20. **VIII Mostra Científica e Cultural e III Colóquio da Parceria Ensino-Serviço**, 2011. (Outra)
.

21. **IV MOPESCO - "SUS: UM CAMINHO COM DIFERENTES OLHARES"**, 2010. (Outra)
.

22. Apresentação de Poster / Painel no(a) **IV MOPESCO-´´SUS:UM CAMINHO COM DIFERENTES OLHARES**, 2010. (Outra)
PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA:USO DE MAPA FALANTE NO LEVANTAMENTO DE EQUIPAMENTOS SOCIAIS DA COMUNIDADE.

23. **VII Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão -CONPEEX**, 2010. (Congresso)
.

Organização de evento

1. MENDONCA, E. F.; MOTA,D.D.C.F; **RIBEIRO, M. B.**
IV Simpósio de Enfermagem Oncológica: implementação de estratégias para segurança do paciente, 2014. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital

2. MATOS, M. A.; MIRANDA SOBRINHO, E. M.; **RIBEIRO, M. B.**
Simpósio Goiano sobre metodologias ativas no Ensino - Aprendizagem na enfermagem, 2013. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

Totais de produção

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódico	1
Apresentações de trabalhos (Conferência ou palestra)	2
Apresentações de trabalhos (Congresso)	4
Apresentações de trabalhos (Outra)	8

Produção técnica

Curso de curta duração ministrado (especialização)	1
Outra produção técnica	9

Eventos

Participações em eventos (congresso)	5
Participações em eventos (oficina)	1
Participações em eventos (outra)	17

Organização de evento (outro)	2

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 23/08/2023 às 20:16:03.

Contato

(62) 99671-0989 (Mobile)
rodolfoz_@hotmail.com

www.linkedin.com/in/rodolfo-zanelati-28406123 (LinkedIn)

Principais competências

Relatórios empresarias
Gestão de estoques
Gestão de equipes

Languages

Inglês (Full Professional)

Certifications

Negociação e Influência
Desenvolvimento de negócios, liderança e networking
Gestão de Operações

Publications

Estudante

Rodolfo Zanelati

Supply Chain Manager | Green Belt
Goiânia, Goiás, Brasil

Resumo

Bacharel em Química Industrial (2008), MBA em Gestão e Engenharia da Produção Industrial (2012), Green Belt Lean Six Sigma (2013) e Especialista em Gestão Estratégica em Logística (2018). Carreira desenvolvida na área industrial e hospitalar, atuando nas áreas de Produção, Qualidade, Processos, PCP, Almoxarifado, Compras e Logística. Experiência em gestão de processos e pessoas adquiridas ao longo das atividades desenvolvidas em empresas nacionais de grande porte. Vivência no desenvolvimento e melhoria contínua de processos, planejamento de demanda, controle de estoque, inventário, redução de custos, compras estratégicas e uso de ferramentas de qualidade. Atualmente Gerente de Planejamento e Logística do Hospital Albert Einstein Unidade Goiânia e HMAP. Black Belt Lean Six Sigma em formação pelo Instituto de Ensino Albert Einstein.

Experiência

Hospital Israelita Albert Einstein
4 anos 5 meses

Gerente Planejamento e Logística
junho de 2021 - Present (2 anos 3 meses)
Goiânia, Goiás, Brasil

Gerente de Suprimentos Hospital Órion
abril de 2019 - maio de 2021 (2 anos 2 meses)
Goiânia, Goiás, Brasil

- Gerência dos setores de Compras, Almoxarifado, OPME, Planejamento e Logística;
- Implantação de fluxos, processos, alçadas de aprovação e áreas sob gestão;
- Gestão e acompanhamento de Capex e Opex para a implantação do Hospital;
- Key user Tasy HTML5 no processo de implantação e funcionamento do Hospital;
- Implantação e acompanhamento mensal de indicadores de Suprimentos;

- Acompanhamento e controle de contratos;

Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG)
2 anos 10 meses

Gerente de Suprimentos e Infraestrutura
janeiro de 2019 - abril de 2019 (4 meses)
Goiânia e Região, Brasil

- Gerência dos setores de Compras, Almoxarifado, Farmácia, Manutenção, Obras e Engenharia Clínica, contemplando a gestão de 65 colaboradores;
- Estruturação do setor de Manutenção e Obras e revisão do quadro de colaboradores;
- Terceirização da manutenção de ar condicionados;
- Gestão visando celeridade nos processos de aprovação de serviços de manutenção e materiais de urgência;
- Acompanhamento do contrato de terceirização da Engenharia Clínica.

Gerente de Suprimentos
julho de 2016 - janeiro de 2019 (2 anos 7 meses)
Goiânia e Região, Brasil

- Gerência dos setores de Compras, Almoxarifado e Farmácia (Hospitalar, Cirúrgica, Diluição de Medicamentos e Diluição de Antineoplásicos), contemplando a gestão de 50 colaboradores;
- Atuação em diretrizes de suprimentos e compras estratégicas da instituição;
- Coordenador do Comitê de Gestão Estratégica, responsável pelo Planejamento Estratégico (2017);
- Membro da Comissão de Gerenciamento de Resíduos, implantando em 2016 o processo de logística reversa de pilhas e baterias junto aos fornecedores;
- Presidente da Comissão de Padronização de Material Médico Hospitalar do Hospital Araújo Jorge, com as seguintes realizações em 2017: 50 materiais testados e aprovados, 29 materiais testados e reprovados, 57 cadastros revisados e 136 pareceres realizados;
- Implantação de projetos de redução e otimização de estoque de material de expediente e medicamentos no Almoxarifado, resultando em uma economia de R$ 200.000,00 em 2017;
- Membro do Comitê de Integração do Sistema Tasy (acompanhamento das etapas de mapeamento, aderência, parametrização, cadastros, treinamentos e testes paralelos);
- Pregoeiro nomeado para as atividades referentes a processos licitatórios.

Grupo Cicopal

Coordenador de PPCP

setembro de 2013 - julho de 2016 (2 anos 11 meses)

Senador Canedo

- Coordenação do departamento de PPCP (Unidades: Goiás, Pará e Bahia) e Almoxarifado (Unidade: Goiás), contemplando a gestão de 25 colaboradores;
- Controle de portfólio de 165 Sku's divididos entre as marcas Micos, Crony, Slight, Refinata, Peticitos, Torresmicos e Twice;
- Interface entre as áreas de Suprimentos, Comercial e Industrial;
- Implantação do sistema de previsão de vendas e estoque de segurança;
- Coordenação do planejamento de compra de materiais diretos e indiretos;
- Coordenação da programação de produção industrial, recebimento e fluxo interno de materiais, controlando os armazéns do almoxarifado, intermediário e de produção;
- Manutenção do departamento de PPCP como área foco para certificação ISO 9001:2008;
- Acompanhamento e controle dos resultados industriais de produção, perdas e eficiências junto as metas para tomada de ações a pequeno, médio e longo prazo junto a Gerência Industrial;
- Redução dos resultados de inventário mensais para materiais diretos em 95% no Almoxarifado e em 81% na Produção no ano de 2015;
- Coordenação do projeto de redução de capital empregado na planta Cicopal, com resultado de redução de 23,71% nas matérias-primas e 32,75% nas embalagens, representando um saving de R$ 1.069.435,00 entre os meses de Maio e Setembro de 2015.

Hypermarcas S/A

4 anos 1 mês

Analista de PCP

abril de 2012 - setembro de 2013 (1 ano 6 meses)

Senador Canedo

- Planejamento e programação de linhas produtivas da área de Hair Care controlando um protfólio de 200 Sku’s divididos entre as marcas Monange, Bozzano, Aquamarine, Sty, Zene, Nylooks e Summer;
- Planejamento e programação de linhas produtivas da área de Skin Care, controlando um portfólio de 230 Sku's divididos entre as marcas Paixão, Monange, Cenoura & Bronze, Bozzano, Eve, Lucretin e Leite de Colônia;
- Participação nos projetos de start-up da unidade fabril, atuando na programação e controle de produções pilotos das áreas de produtos Hair Care, Skin Care e Oral Care;

- Treinamento de novos analistas de PCP na área de Cosméticos;
- Controle e acompanhamento da produção para cumprimento de metas e planos produtivos;
- Follow up de materiais necessários para o plano de produção mensal;
- Interface entre setores de P&D, Qualidade, Assuntos Regulatórios, Engenharia de Processos e Produção;
- Utilização de MRP para a programação mensal de materiais;
- Criação de relatórios de paradas e eficiência de linhas produtivas;
- Emissão de ordens, verificação do consumo de materiais e custos de produção e ajuste de perdas via sistema SAP;
- Atuante na área de PCP na transferência da planta de Cosméticos (marcas Monange, Bozzano e Nylooks) do site Taboão da Serra/SP para o site Senador Canedo/GO (Projeto Matrix).

Analista Trainee
novembro de 2010 - abril de 2012 (1 ano 6 meses)

- Supervisão de processos produtivos para o desenvolvimento de melhorias operacionais;
- Análises de layout e fluxo de linhas de produção para otimização da produção;
- Implementação de projetos na área produtiva visando a redução de perdas de processos;
- Levantamento, análise de capacidade de produção de equipamentos;
- Implantação de indicadores e metas produtivas;
- Levantamento e otimização de mão-de-obra por linha de produção;
- Elaboração e aplicação de treinamentos sobre processos produtivos para a formação de profissionais de alto desempenho em suas áreas produtivas;
- Membro da Equipe de Auditores de BPF (área produção) da Hypermarcas site Goiânia/GO;
- Responsável pelas áreas de processos e documentações na transferência da planta de Adoçantes (marcas Adocyl, Finn e Zero Cal) do site Barueri/SP para o site Goiânia/GO.

Assistente de Qualidade de Operações
setembro de 2009 - novembro de 2010 (1 ano 3 meses)

- Planejamento, implementação e controle de rastreabilidade de produto acabado;
- Elaboração, revisão e aperfeiçoamento de procedimentos operacionais visando a melhoria contínua de processos;
- Controle de processos e de qualidade na área de inseticidas, sopro de frascos PEAD, esponjas sintéticas, pano-não-tecido e saneantes;

- Elaboração de relatórios de não-conformidade;
- Análises físico-químicas de matéria-prima, materiais de embalagem e produto acabado.

3A Quimica e Farmacêutica Ltda
Químico
março de 2009 - agosto de 2009 (6 meses)

- Responsável pelo controle de qualidade de produto acabado e matérias-primas (análises físico-químicas);
- Supervisão do processo de fabricação e envase de todos os produtos;
- Supervisão do tratamento de água de fabricação e controle da ETA;
- Pesquisa e desenvolvimento de produtos;
- Alteração de formulações dos produtos;
- Orientação às Boas Práticas de Fabricação;
- Gestão de pessoas e liderança.

Formação acadêmica

Universidade Estadual de Goiás
Bacharel, Química Industrial · (2005 - 2008)

IPOG - Instituto de Pós-Graduação e Graduação
MBA, Gestão e Engenharia da Produção Industrial · (2009 - 2012)

Universidade Estadual de Goiás
Especialização, Gestão Estratégica em Logística · (2017 - 2018)

ROGER ALENCAR

FALE COMIGO

Roger Monteiro Alencar, 37 anos
Celular: (11)98401-0025
roger.alencar@einstein.br
rogermalencar@gmail.com

PERFIL PESSOAL

Médico nascido em Manaus/AM morando em Goiânia/GO, casado, um filho. Possui duas especialidades médicas e tem trilhado a carreira na área de gestão com foco em desenvolvimento de equipes de alta performance e busca de resultados através de direcionadores de accountability e desenvolvimento de liderança.

CURSOS E FORMAÇÕES APLICADAS

- Gestão de Corpo Clínico / IEP Albert Einstein
- Liderança em Tempos de Complexidade / IEP Albert Einstein
- Habilidades Gerencias em Saúde / IEP Albert Einstein
- Crew Resource Management / AMIB
- Crisis Resource Management / Columbia University
- Adaptive Leadership and Innovation / / IEP Albert Einstein
- Lean Six Sigma /Albert Einstein
- Mediação de Valor em Saúde – FGV

HABILIDADES

- Comunicação Difícil na Área da Saúde
- Negociação e Manejo de Conflitos
- Liderança de Equipes por Coaching
- Comunicação Não-Violenta

REFERÊNCIAS E PUBLICAÇÕES

- Publicações e demais atividades acadêmicas: http://lattes.cnpq.br/2449193455108588
- LinkedIn: https://www.linkedin.com/in/roger alencar-md-70a55b71

EXPERIÊNCIA

SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA ALBERT EINSTEIN
- **GERENTE MÉDICO – HOSPITAL MUNICIPAL IRIS REZENDE MACHADO / 2022 – ATUAL**

HOSPITAL MUNICIPAL DR MOYSES DEUSTCH – M'BOI MIRIM
- **COORDENADOR DO DEPARTAMENTO DE PACIENTES GRAVES / 2021 – 2022**
- **COORDENADOR MÉDICO DA UTI ADULTO / 2021**
- **COORDENADOR MÉDICO DO PRONTO-SOCORRO / 2020**
- **SUPERVISOR MÉDICO DA UTI ADULTO / 2019**
- **REFERÊNCIA TÉCNICA DA UTI ADULTO / 2018**
- **MÉDICO PLANTONISTA DA UTI ADULTO / 2016 – 2018**

HOSPITAL LEFORTE
- **MÉDICO PLANTONISTA DA UTI ADULTO / 2017 – 2020**

HOSPITAL AVICCENA
- **MÉDICO PLANTONISTA DA UTI ADULTO / 2012 – 2015**

CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA
- **MÉDICO PLANTONISTA DE UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO / 2012 – 2014**

EXÉRCITO BRASILEIRO
- **TENENTE MÉDICO OPERACIONAL / 2010 –2012**

FORMAÇÃO ACADÊMICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
- **GRADUAÇÃO EM MEDICINA,2010**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO
- **RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA,2016**

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN
- **RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTENSIVA,2018**

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
- **TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA/AMIB, 2018**

INSTITUTO PALIAR
- **PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA CLÍNICA COM FOCO EM MEDIAÇÃO DE CONFLITOS POR DELIBERAÇÃO MORAL, 2019**

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN
- **MBA EM LIDERANÇA E GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE, 2023**

Samira Scalso de Almeida Machado

Rua T-50, 900 apto 1701B
Setor Bueno - Goiânia
E-mail: samira.almeida@einstein.br
Fone: 99626-6058

Currículo acadêmico: http://lattes.cnpq.br/3137592115830985

RESUMO DE QUALIFICAÇÕES

- ✓ Forte atuação em liderança assistencial, gestão de recursos humanos e financeiros.
- ✓ Conhecimento de metodologias para o desenvolvimento pessoal e profissional (Coaching).
- ✓ Experiência em processos de acreditação hospitalar (ONA, Joint Commission) e Ferramentas da Qualidade.
- ✓ Experiência assistencial na área de Clínica Médica Cirúrgica e Transplantes, envolvendo processos de internação e ambulatorio como inscrição dos pacientes, viabilização de doadores e assistência de enfermagem pré e pós-operatória.
- ✓ Experiência em gestão de projetos (indicadores, processo de implantação, análise dos resultados e de melhoria).
- ✓ Experiência no desenvolvimento, manutenção e controle de Banco de Dados (Excel, Acess e Share Point).
- ✓ Interface com a rede pública (Sistema Nacional de Transplantes e Central de Transplantes).
- ✓ Facilidade no trabalho em equipe, bom relacionamento interpessoal, discrição e flexibilidade.

FORMAÇÃO ACADÊMICA

- ✓ *Master Business Administration* no Hospital Israelita Albert Einstein 2021-2023
- ✓ Mestre em Enfermagem pela Escola Paulista de Enfermagem e Universidade da Basiléia (Suíça) – EPE/UNIFESP/UNIVBASEL 2018
- ✓ Especialista em Gestão em Saúde pelo Serviço nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC em 2009
- ✓ Especialista em Doação, Captação e Transplante de Órgãos pela Escola Paulista de Enfermagem – EPE/UNIFESP
- ✓ Membro do Grupo de Pesquisa BRIGHT (*Building Research Initiative Group* – Gestão do Doente Crônico) da Universidade da Basiléia – Suíça.

HISTÓRICO PROFISSIONAL

GERENTE ASSISTENCIAL - HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN UNIDADE GOIÂNIA.

Área de atuação: Gerência Assistencial do time multiprofissional das Unidades de internação, Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Hemodinâmica, Central de Material e Esterilização, Medicina Diagnóstica, Pronto Atendimento, Oncologia e Hematologia e Recepções.
Período: Dezembro 2019 - atual

COORDENADORA ASSISTENCIAL – MEDICINA DIAGNÓSTICA, AMBULATÓRIOS E DIÁLISE – HOSPITAL MUNICIPAL VILA SANTA CATARINA.

Área de atuação: Coordenação assistencial das áreas de Medicina Diagnóstica (Ecocardiograma, Coleta Laboratorial, Intervenção, Medicina Fetal, Métodos Gráficos, Ressonância Magnética, Raio X, Tomografia e Ultrassom), Hemodiálise e Ambulatórios de Oncologia, Transplantes e Egresso.
Cargo: Coordenadora. Período: abril/2015 – Dezembro 2019

ENFERMEIRA SÊNIOR – PROGRAMA DE TRANSPLANTES – INSTITUTO ISRAELITA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

Área de atuação: Liderança da equipe de enfermagem. Gerenciamento de informações e dos pacientes do programa de transplante hepático.
Cargo: Enfermeira Sênior. Período: maio/2011 - mar/2015.

ENFERMEIRA – PROGRAMA DE TRANSPLANTES - INSTITUTO ISRAELITA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

Área de atuação: Programa de Transplantes, assistência ao paciente ambulatorial, coleta e análise de dados.
Cargo: Enfermeira Pleno. Período: jun/2010 – abr/2011

ENFERMEIRA ASSISTENCIAL E DA QUALIDADE – CLINICA MÉDICA CIRÚRGICA – HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

Área de atuação: Clinica Médica Cirúrgica. Atuação na qualidade realizando auditoria dos processos assistenciais, assim como análise e plano de ação dos resultados.
Cargo: Enfermeira Pleno. Período set/2005 – mai/2010

ENFERMEIRA ASSISTENCIAL – CLINICA MÉDICA CIRÚRGICA – HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

Área de atuação: Clinica Médica Cirúrgica.
Cargo: Enfermeira Junior. Período fev/2004 – ago/2005

CURSOS COMPLEMENTARES

Treinamento Six Sigma Green Belt. Hospital Israelita Albert Einstein (carga horária: 40 horas). 2018.

***Desiging Thinking*.** Hospital Israelita Albert Einstein e Faculdade de Arquitetura e Urbanismo Universidade de São Paulo**.** (Carga Horária 18 horas), 2017.

Terapeuta Floral Sistema Joel Aleixo. Escola de Alquimia Joel Aleixo. (Carga Horária 200 horas), 2017.

Programa de Desenvolvimento Lideranças Einstein. Hospital Israelita Albert Einstein (Carga horária 32 horas), 2017.

Professional & Self Coaching. Instituto Brasileiro de Coaching. (Carga Horária 140 horas), 2016.

Consultor em Análise Comportamental. Instituto Brasileiro de Coaching (Carga Horária 20 horas), 2016.

Formação de Multiplicadores 24h para acreditação de organizações de saúde. Fundação Vanzolini (Carga Horaria 16 Horas), 2016.

Reiki Nível I e II. Michelle Vedotti Godas (Carga Horária 16 Horas), 2014.

Treinamento Six Sigma Lean Belt. Seta desenvolvimento gerencial (carga horária: 40 horas). 2014.

Estratégias Comunicação Aplicadas a docência. Ney Pereira (carga horária: 8 horas).
2014.

Escrevendo seu artigo científico em uma semana. Publicase (Carga Horária 40 horas), 2014.

Workshop Train The Trainer. João Cordeiro (Carga Horária 8 horas), 2014.

Educador em Diabetes. Hospital Israelita Albert Einstein (Carga horária 32 horas), 2014.

Estágio Institute of Nursing Science Suíça. (Carga Horária: 180 horas). 2013.

Curso Excel avançado. Hospital Albert Einstein (carga horária: 20 horas). 2013.

Técnicas de Apresentação em Público. Hospital Israelita Albert Einstein (Carga horária 8 horas), 2012.

Taking Action in Stroke Nursing. Hospital Israelita Albert Einstein (Carga horária 8 horas), 2012.

PUBLICAÇÕES

Ohler, L; **ALMEIDA, Samira Scalso**; et al. Quality Assurance and Performance Improvement (QAPI) and Regulatory Issues in Transplantation: A New Focus in Transplantation in Core Curriculum for Transplant Nurses, 2017.

Weisshaar, M.; **ALMEIDA, Samira Scalso.** Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes hospitalizados candidatos ao transplante hepático. Revista Brasileira de Medicina, 2015.

Filho, S.P.; et **ALMEIDA, Samira Scalso**. Transplante Intestinal e Multivisceral. Revista Einstein, 2015.

ALMEIDA, Samira Scalso; Almeida; M.C.P. Transplante e adesão do paciente ao tratamento com imunossupressor. Revista Brasileira de Medicina, 2014.

Grupo de Estudos BRIGHT:

Cajita MI, Baumgartner E, Berben L, Denhaerynck K, Helmy R, Schönfeld S, Berger G, Vetter C, Dobbels F,Russell CL, Geest S, **on behalf of the BRIGHT study team.** Heart transplant centers with multidisciplinary team show a higher level of chronic illness management – Findings from the International BRIGHT Study. Heart Lung.2017.

De Geest, S; et al **on behalf of the BRIGHT study team.** Multi-level factors are associated with mmunosuppressant nonadherence in heart transplant recipients: the international bright study. Am J Transplant. 2017.

Duerinckx N, De Geest S, Berben L, Denhaerynck K, Russell R, Helmy H, Vanhaecke J, Dobbels F. **on behalf of the BRIGHT study team** Variability in depressive symptoms among heart transplant patients across different countries: a cross-sectional study. Journal of Heart and Lung Transplantation 2016; 35; S4: Abstract 379, S146.

Cajita M, Dobbels M, Denhaerynck K, Berben L, Russell C, De Geest S **on behalf of the BRIGHT Study team** Adequate Health Literacy is Associated with Sufficient Physical Activity: Findings from the BRIGHT Study. Journal of Heart and Lung Transplantation 2016; 35; S4: Abstract 222, S90.

PRÊMIOS

Destaque Liderança Einstein 2015 e 2016.

Prêmio Einstein Exposição da Qualidade na Categoria Lean Six Sigma, pelo Trabalho “Otimização do fluxo de Captação de Órgãos”, 2016.

TRABALHO APRESENTADOS EM CONGRESSOS (ORAL E PÔSTER)

Bortolotti. P.; Marques. F.; Yonezawa. E.; **Almeida. S.S**. Estratégias para melhora da adesão aos imunossupressores e coleta de exames pós alta hospitalar até o primeiro retorno ambulatorial no transplante hepático e renal. 2017 (Apresentação Oral ABTO – Foz do Iguaçu)

Almeida, Samira Scalso; Denhaerynck, K.; Berben, L.; Baumgartner, E.; Dobbels, F.; Russell, C.L.; De Geest, S.. Variability in health care workers´practice patterns and heart transplant

patients´medication adherence across 11 countries – The BRIGT study. 2016. (Apresentação Oral no Congresso ESPACOMP – Lisboa)

Almeida, Samira Scalso; Berben, L.; Dobbels, F.; Russell, C.L.; Denhaerynck.; De Geest, S.. Variability in health care workers´practice patterns and heart transplant patients´medication adherence across 11 countries – The BRIGT study. 2015. (Apresentação Oral no Congresso ESOT – Bruxelas).

S.Schönfeld; L.Berben.; F. Dobbels.; C. L. Russel.; **Almeida. S.S**., S. De Geest.; Cost-related Non-Adherence in Adult Heart Transplant Recipients in 11 countries – A Multicenter Cross-Sectional Study. 2015. (Apresentação oral/ congresso ITNS Florença)

Almeida, Samira Scalso; Berben, L.; Dobbels, F.; Russell, C.L.; Denhaerynck.; De Geest, S.. Variability in health care workers´practice patterns and heart transplant patients´medication adherence across 11 countries – The BRIGT study.2015. (Apresentação de Trabalho Congresso ISHLT – Nice)

Almeida, Samira Scalso; MOURA, L.C.; ROZA, B.A.; MARTINS, R.; SALVALAGGIO, P.; Testing adherence of the team to a new safety control protocol: Quality improvement of a Brazilian abdominal transplant program, 2013 (Apresentação oral/ congresso ITNS Florença)

MOURA, L.C. ; **ALMEIDA, Samira Scalso**. ; Lanzoni, J. M. ; Santos, J. G. ; Dionisio, G. A. ; Martins, L. R. ; Marcos, M. C. O. ; Santos, R. C. C. ; SILVA, V. S. ; Moreira, F. A. ; Carneiro, A. R. ; Calado, D. A. M. C. ; Oliveira, P. C. ; Leite, R. F. ; N Neto, J. M. ; Salvalaggio, P. R. O. ; Roza, B. A. ; Morgado, S. R. ; Rezende, M. B. ; Matos, A. C. C. . Órgãos de transplantes: uma análise do método de identificação e acondicionamento de acordo com os critérios determinados pela ANVISA. 2013. (Apresentação de Trabalho/Congresso ABTO).

Almeida, Samira Scalso; LANZONI, J.M.; ROCHA, R.A.; SILVA, F.A.; WEISSHAAR, M.; DIAS, F.F.M.; PEREIRA, A.F.; SALVALAGGIO, P.R.O.; REZENDE, M.B.; ALMEIDA, M.D.; Gerenciamento do programa de Transplante Hepático: uma ferramenta para tomada de decisão, 2013 (Apresentação oral/ congresso ABTO)

ALmeida, Samira Scalso; SILVA, F.A.; ROCHA, R.A.; LANZONI, J.M.; WEISSHAAR, M.;PEREIRA, A.F.; DIAS, F.F.M.; Gravidez pós transplante hepático: uma análise descritiva, 2013 (Apresentação oral/ congresso ABTO).

WEISSHAAR, M.; **Almeida, Samira Scalso;** Perfil Clínico e epidemiológico dos pacientes em avaliação e em lista para transplante hepático hospitalizados, 2013.(Apresentação de Trabalho/ congresso ABTO).

ROCHA R.; **Almeida, Samira Scalso;** MOURA, L.C.; Diagnóstico de Enfermagem: primeiro retorno ambulatorial pós transplante Hepático, 2013 (Apresentação de Trabalho/ congresso ABTO).

RIBEIRO, R.S.; **Almeida, Samira Scalso**; COSTA, M.LM.; RAMOS, R.A.C.; YAMAMOTO, M.T.; FERRAZ-NETO, B.H.; DURÃO JR, M.S.; Variabilidade glicêmica como fator preditor de hiperglicemia em pacientes internados em uma unidade de transplante de órgãos. 2010(Apresentação Congresso Paulista de Diabetes e Metabolismo)

PRINCIPAIS PALESTRAS MINISTRADAS

Adesão no Transplante de Órgãos Sólidos
Simpósio Astellas, 2016.

Gerenciamento no Transplante papel do enfermeiro
IX Congresso Brasileiro de Transplante, 2014.

Transplantation in Brazil.
Institute of Nursing Science. Suíça, 2013.

Análise Preliminar do Estudo BRIGHT
I Congresso Brasileiro do Sistema Nacional de Transplantes, 2013.

Adesão de candidatos e receptores ao tratamento e educação em saúde.
Curso Pré Congresso Educação em Saúde XIII Congresso Brasileiro de Transplantes, 2013.

Modelo Assistencial para receptores de transplante
XIII Congresso Brasileiro de Transplantes, 2013.

Adesão no Transplante de órgãos sólidos: o estado da arte
VII Congresso Brasileiro de transplante. Ribeirão Preto, 2012.

Realidade Brasileira no Transplante de Órgãos e Protocolos Assistências no Transplante
Congresso Meridional da qualidade em saúde, 2011.

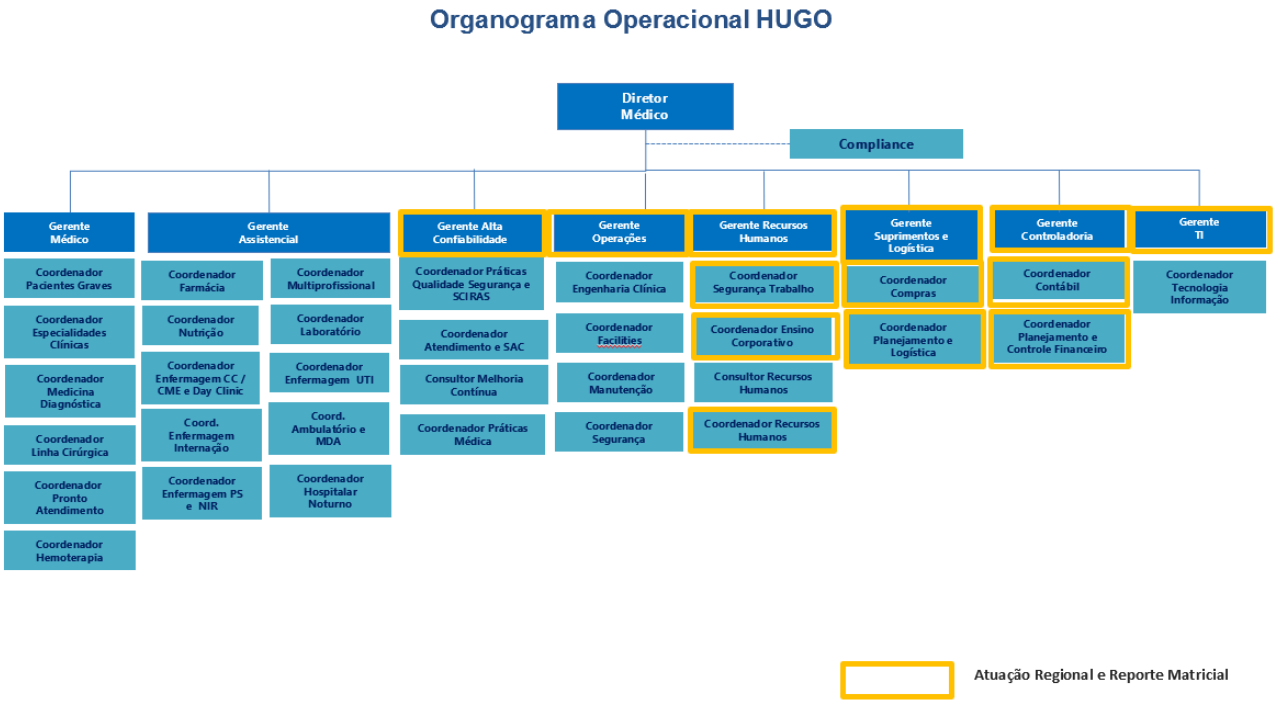
IDIOMAS

Inglês Avançado

Espanhol básico

ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL

O organograma proposto para a operação do HUGO é o seguinte:



Posições Chaves e Competências Chaves

Competências Alvo	
Competência	**Descrição**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

1

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente Médico

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

2

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente Assistencial

Competências Alvo	
Competência	**Descrição**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

3

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente Operações

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

4

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente de Alta Confiabilidade

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

5

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente de RH

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

6

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente Financeiro

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

7

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente TI

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

8

POSIÇÕES CHAVE E COMPETÊNCIAS CHAVE

Gerente Suprimentos e Logística

COMPETÊNCIAS ALVO	
COMPETÊNCIA	**DESCRIÇÃO**
Visão Estratégica e Orientação para o Futuro	Capacidade de enxergar os sistemas e sinergias entre eles, definir uma visão clara e estratégica para a organização, alinhada aos objetivos de longo prazo às necessidades dos clientes e do mercado. Articular sua visão estratégica, comunicando benefícios e impactos em linha as missões críticas do Einstein e/ou área de atuação.
Influência e Habilidade Política	Capacidade de construir uma rede de contatos tanto dentro como fora da organização, envolvendo a busca de alianças e cultivo de relacionamentos com outros líderes do setor, stakeholders-chave, parceiros de negócios, membros influentes da comunidade e pares.
Gestão de Pessoas	Capacidade de identificar e desenvolver talentos, formando equipes de alta performance alinhada às funções atuais e o na formação de sucessores. Ser capaz de alinhar objetivos individuais aos valores organizacionais. Liderar de maneira autêntica, empática e centrada nas pessoas, promovendo um ambiente de trabalho saudável, inclusivo e inspirador, considerando o bem-estar e o desenvolvimento dos colaboradores como aspectos fundamentais para o sucesso organizacional.
Pensamento Inovador	Habilidade de pensar de forma criativa e inovadora, buscando soluções disruptivas e identificando oportunidades para impulsionar a transformação e a competividade da organização.
Orientação para Resultados	Capacidade de definir metas e prioridades claras, acompanhar os resultados e tomar medidas corretivas quando necessário para garantir que a transformação avance de acordo com o planejado.
Inteligência Emocional	Capacidade de compreender e gerenciar as emoções próprias e dos outros, bem como a de escuta e leitura de sinais do ambiente, desenvolvendo relacionamentos eficazes e navegando por situações desafiadoras.
Adaptabilidade e Aprendizado Contínuo	Disposição para se adaptar rapidamente a mudanças e aprender constantemente, adquirindo novos conhecimentos e habilidades relevantes para enfrentar os desafios.
Conhecimento Tecnológico	Compreensão das tecnologias emergentes e seu impacto na organização, bem como a capacidade de adotar e integrar tecnologias de forma estratégica para impulsionar a transformação digital.
Pensamento Analítico e Tomada de Decisão baseada em dados	Capacidade de analisar informações complexas, tomar decisões com base em dados. Ser capaz de identificar tendências, padrões e insights, buscando entender as causas e efeitos subjacentes.

9

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL + ENSINO E PESQUISA + RESPONSABILIDADE SOCIAL

Goiânia, 04 de Setembro de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a). Danilo da Silva Lili, portador(a) da CTPS nº 3257973, série 3817, é nosso(a) funcionário(a) desde 03/07/2006. Exerceu as funções de: Especialista Financeiro de 01/02/2015 até 31/08/2018, Coordenador Tesouraria e Op Financeiras de 01/09/2018 a 31/08/2022, Gerente Consultoria Financeira de 01/09/2022 a 31/01/2023 e atualmente exerce o cargo de Gerente Controladoria Regional Goiania, com data de início em 01/02/2023, na Unidade Goiânia, na área Controladoria Goiânia.

Atenciosamente,

Andrea Cristina Matos Gomes
Recursos Humanos

Av. Albert Einstein, 627 # Morumbi
Tel: (011) 2151-0610 - Fax: (55-11) 2151-1389
Cep 05652-000 - São Paulo - Brasil
CNPJ: 60.765.823/0001-30

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL + ENSINO E PESQUISA + RESPONSABILIDADE SOCIAL

Goiânia, 04 de Setembro de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a). Elder Juren, portador(a) da CTPS nº 1485468, série 7878, é nosso(a) funcionário(a) desde 05/06/2000. Exerceu as funções de: Coordenador Tecnologia Informacao de 01/10/2008 até 31/10/2018, Coordenador TI Orion de 01/11/2018 a 30/06/2022 e atualmente exerce o cargo de Gerente TI Goiania, com data de início em 01/07/2022, na Unidade Goiânia, na área TI Goiânia.

Atenciosamente,

Andrea Cristina Matos Gomes
Recursos Humanos

Av. Albert Einstein, 627 # Morumbi
Tel: (011) 2151-0610 - Fax: (55-11) 2151-1389
Cep 05652-000 - São Paulo - Brasil
CNPJ: 60.765.823/0001-30

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL + ENSINO E PESQUISA + RESPONSABILIDADE SOCIAL

Goiânia, 04 de Setembro de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a). Felipe Maia de Toledo Piza, portador(a) da CTPS nº 2208897, série 4806, é nosso(a) funcionário(a) desde 19.03.2012. Exerceu as funções de: Coordenador Médico CTI de 01.10.2020 até 30.04.2021, Gerente Médico de 01.05.2021 a 30.04.2022 e atualmente exerce o cargo de Diretor Medico, com data de início em 01.05.2022, na Unidade Goiânia, na área Unidade Hospitalar Goiânia.

Atenciosamente,

Andrea Cristina Matos Gomes
Recursos Humanos

Av. Albert Einstein, 627 # Morumbi
Tel: (011) 2151-0610 - Fax: (55-11) 2151-1389
Cep 05652-000 - São Paulo - Brasil
CNPJ: 60.765.823/0001-30

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL + ENSINO E PESQUISA + RESPONSABILIDADE SOCIAL

Goiânia, 04 de Setembro de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a). Mariana Ferreira Julio Fernandes Cavalcante, portador(a) da CTPS nº 3162611, série 0832, é nosso(a) funcionário(a) desde 04.08.2014. Exerceu as funções de: Supervisor Serviços de 04.08.2014 até 31.01.2016, Coordenador Serviços de 01.02.2016 a 31.05.2019 a 30.04.2022 e atualmente exerce o cargo de Gerente Operaçoes Hospitais Municipais, com data de início em 01/05/2022, na Unidade Hospital Municipal Aparecida de Goiânia, na área Gerência Operações.

Atenciosamente,

Andrea Cristina Matos Gomes
Recursos Humanos

Av. Albert Einstein, 627 # Morumbi
Tel: (011) 2151-0610 - Fax: (55-11) 2151-1389
Cep 05652-000 - São Paulo - Brasil
CNPJ: 60.765.823/0001-30

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL + ENSINO E PESQUISA + RESPONSABILIDADE SOCIAL

Goiânia, 04 de Setembro de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a). Rodolfo Zanelati De Oliveira, portador(a) da CTPS nº 0227740, série 1145, é nosso(a) funcionário(a) desde 22.04.2019. Atualmente exerce o cargo de Gerente Planejamento e Logística, com data de início em 22.04.2019, na Unidade Goiânia, na área Planejamento e Logística.

Atenciosamente,

Andrea Cristina Matos Gomes
Recursos Humanos

Av. Albert Einstein, 627 # Morumbi
Tel: (011) 2151-0610 - Fax: (55-11) 2151-1389
Cep 05652-000 - São Paulo - Brasil
CNPJ: 60.765.823/0001-30

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL + ENSINO E PESQUISA + RESPONSABILIDADE SOCIAL

Goiânia, 04 de Setembro de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a). Roger Monteiro Alencar, portador(a) da CTPS nº 8597496, série 0297, é nosso(a) funcionário(a) desde 02.05.2022. Atualmente exerce o cargo de Gerente Médico, com data de início em 02.05.2022, na Unidade Hospital Municipal Aparecida de Goiânia, na área HMAP.

Atenciosamente,

Andrea Cristina Matos Gomes
Recursos Humanos

Av. Albert Einstein, 627 # Morumbi
Tel: (011) 2151-0610 - Fax: (55-11) 2151-1389
Cep 05652-000 - São Paulo - Brasil
CNPJ: 60.765.823/0001-30

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL + ENSINO E PESQUISA + RESPONSABILIDADE SOCIAL

Goiânia, 04 de Setembro de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a). Samira Scalso de Almeida Machado, portador(a) da CTPS nº 2233952, série 1890, é nosso(a) funcionário(a) desde 02/02/2004. Exerceu a função de Coordenador Assistencial de 01/04/2015 até 30/11/2018, e atualmente exerce o cargo de Gerente Assistencial, com data de início em 01/12/2018, na unidade Unidade Goiânia, na área Assistencial Goiânia.

Atenciosamente,

Andrea Cristina Matos Gomes
Recursos Humanos

Av. Albert Einstein, 627 # Morumbi
Tel: (011) 2151-0610 - Fax: (55-11) 2151-1389
Cep 05652-000 - São Paulo - Brasil
CNPJ: 60.765.823/0001-30

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL + ENSINO E PESQUISA + RESPONSABILIDADE SOCIAL

Goiânia, 04 de Setembro de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a). Artur Martins Codeco, portador(a) da CTPS nº 0120624, série 3112, é nosso(a) funcionário(a) desde 02.05.2016. Exerceu as funções de: Coordenador Médico Práticas, Epidemiologia, Pesquisa e Inovação de 01.01.2018 até 31.07.2020, e atualmente exerce o cargo de Gerente Médico, com data de início em 01.08.2020, na Unidade Goiânia, na área Gerência Médica.

Atenciosamente,

Andrea Cristina Matos Gomes
Recursos Humanos

Av. Albert Einstein, 627 # Morumbi
Tel: (011) 2151-0610 - Fax: (55-11) 2151-1389
Cep 05652-000 - São Paulo - Brasil
CNPJ: 60.765.823/0001-30

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL + ENSINO E PESQUISA + RESPONSABILIDADE SOCIAL

Goiânia, 04 de Setembro de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a). Camila de Carvalho Gambin, portador(a) da CTPS nº 3653983, série 2826, é nosso(a) funcionário(a) desde 14/02/2011. Exerceu a função de Coordenador Enfermagem de 01/02/2019 até 30/04/2022 e atualmente exerce o cargo de Gerente Assistencial, com data de início em 01/05/2022, na unidade Hospital Aparecida de Goiânia, na área Gerência Assistencial.

Atenciosamente,

Andrea Cristina Matos Gomes
Recursos Humanos

Av. Albert Einstein, 627 # Morumbi
Tel: (011) 2151-0610 - Fax: (55-11) 2151-1389
Cep 05652-000 - São Paulo - Brasil
CNPJ: 60.765.823/0001-30

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL + ENSINO E PESQUISA + RESPONSABILIDADE SOCIAL

Goiânia, 04 de Setembro de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a). Danielle de Paiva Santello, portador(a) da CTPS nº 3404111, série 1846, é nosso(a) funcionário(a) desde 04/06/2012. Atualmente exerce o cargo de Gerente RH, com data de início em 01/05/2022, na Unidade Goiânia, na área Gerência Recursos Humanos.

Atenciosamente,

Andrea Cristina Matos Gomes
Recursos Humanos

Av. Albert Einstein, 627 # Morumbi
Tel: (011) 2151-0610 - Fax: (55-11) 2151-1389
Cep 05652-000 - São Paulo - Brasil
CNPJ: 60.765.823/0001-30

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

HUGO	Cargo	Einstein	Estado de Contratação	Jornada Mês	Período	Quntidade	Horas/mês
HUGO	Medico Plantonista Clinico IIRS I	Medico Plantonista Clinico IIRS I	GO	90	Diurno	17	1530
HUGO	Medico Plantonista Clinico IIRS I	Medico Plantonista Clinico IIRS I	GO	90	Noturno	8	720
HUGO	Medico Neurocirurgião	Medico Neurocirurgião	GO	120	Diurno	17	2040
HUGO	Médico Neurocirurgião	Medico Neurocirurgião	GO	120	Noturno	9	1080
HUGO	Medico Plantonista Clinico IIRS II	Medico Plantonista Clinico IIRS II	GO	90	Diurno	17	1530
HUGO	Medico Plantonista Clinico IIRS II	Medico Plantonista Clinico IIRS II	GO	90	Noturno	9	810
HUGO	Medico Ecocardiografia I	Medico Ecocardiografia I	GO	90	Diurno	7	630
HUGO	Medico Radiologista Intervencionista I	Medico Radiologista Intervencionista I	GO	90	Diurno	10	900
HUGO	Medico Plantonista Clinico IIRS II	Medico Plantonista Clinico IIRS II	GO	90	Diurno	2	180
HUGO	Medico Endoscopia I	Medico Endoscopia I	GO	90	Diurno	8	720
HUGO	Medico Plantonista Clinico IIRS II	Medico Plantonista Clinico IIRS II	GO	90	Diurno	1	90
HUGO	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	GO	90	Diurno	7	630
HUGO	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS I	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS I	GO	90	Diurno	29	2610
HUGO	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS I	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS I	GO	90	Noturno	4	360
HUGO	Medico Plantonista Ortopedista IIRS II	Medico Plantonista Ortopedista IIRS II	GO	90	Diurno	25	2250
HUGO	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	GO	90	Diurno	11	990
HUGO	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	GO	90	Diurno	12	1080
HUGO	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	GO	90	Diurno	11	990
HUGO	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	GO	90	Diurno	7	630
HUGO	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	GO	90	Diurno	2	180
HUGO	Médico Radiologista	Médico Radiologista	GO	90	Diurno	10	900
HUGO	Medico Plantonista Clinico IIRS II	Medico Plantonista Clinico IIRS II	GO	90	Diurno	3	270
HUGO	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	GO	90	Diurno	6	540
HUGO	Medico Anestesista I	Medico Anestesista I	GO	90	Diurno	56	5040
HUGO	Medico Anestesista I	Medico Anestesista I	GO	90	Noturno	8	720
HUGO	Medico Psiquiatra II	Medico Psiquiatra II	GO	90	Diurno	2	180
HUGO	Medico Plantonista CTI I	Medico Plantonista CTI I	GO	90	Diurno	14	1260
HUGO	Medico Plantonista CTI I	Medico Plantonista CTI I	GO	90	Noturno	8	720
HUGO	Odontólogo Hospitalar	Odontólogo	GO	90	Diurno	8	720
HUGO	Odontologo Buco Maxilo	Buco maxilo-facial	GO	90	Noturno	9	810
HUGO	Medico Anatomia Patologica I	Medico Anatomia Patologica I	GO	90	Diurno	4	360
HUGO	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	GO	90	Diurno	1	90
HUGO	Medico Trabalho	Medico Trabalho	GO	220	Diurno	2	440
HUGO	Medico Controle de Infecçao Hospitalar	Medico Controle de Infecçao Hospitalar	GO	150	Diurno	4	600
HUGO	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	Medico Plantonista Cirurgiao IIRS II	GO	90	Diurno	2	180
HUGO	Coordenador Medico Hospital Municipal	Coordenador Medico Hospital Municipal	GO	220	Diurno	7	1540
HUGO	Medico Referencia Tecnica IIRS	Medico Referencia Tecnica IIRS	GO	180	Diurno	9	1620

AVALIAÇÃO DE RISCO MULTIPROFISSIONAL

1. OBJETIVO

Garantir que a informação de risco identificada seja notificada à equipe multiprofissional para implementação de ações preventivas.

2. DEFINIÇÃO

Conjunto de medidas que visam prever, identificar e reduzir a ocorrência de eventos sentinelas, decorrentes das atividades assistenciais, que podem causar danos físicos ou psicológicos aos pacientes.

A gestão de riscos é um componente integrante da Segurança do Paciente e facilita o equilíbrio entre os riscos avaliados e a mitigação viável dos mesmos.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Para todos os pacientes que apresentam risco em sua admissão, ou durante o período de internação.

(A - Lesão por pressão, B - Queda, C - Flebite, D - Necessidade de restrição, E – Nutricional, F - Fisioterápico, G – Fonoaudiológico, H-Social, I- Psiquiátrico e J - Psicológico).

Não há contraindicações para esse procedimento.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Sistema Tasy – Item Avaliacões

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

O enfermeiro deve comunicar ao paciente e para o médico assistente sobre a avaliação de risco e a proposta de avaliação da equipe multiprofissional

6. DESCRIÇÃO/RESPONSÁVEIS

Profissionais Envolvidos	Ação
Enfermeiro	1- Realizar a primeira avaliação para todos os pacientes nas primeiras 24 horas de admissão e após isso, reavaliar a cada 48 horas ou quando apresentar riscos durante o período da internação. 2- Identificar os riscos e considerar a existência assinalando com X para 1 ou mais itens; 3- Assinalar com X o campo de risco inexistente na admissão; 4- Comunicar o médico assistente sobre o risco identificado e de comum acordo acionar membro da Equipe Multiprofissional.

Equipe Multiprofissional	Após comunicar o profissional, anotar na área destinada para o risco encontrado, a data da notificação e horário que foi notificado. A equipe multiprofissional tem até 48hrs para avaliar o paciente, e registrar no Prontuário eletrônico sua avaliação. Quando não houver a necessidade de Avaliação/acompanhamento, o profissional da equipe multiprofissional relatará uma nota clínica na aba Evoluções, descrevendo o motivo (estabilidade clínica, baixa complexidade do paciente).

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Pacientes sem avaliação de riscos efetuada

Paciente/família/médica não concordar com o acompanhamento e medidas para minimizar riscos

8. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

9. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional.

10. REGISTROS DA QUALIDADE

Avaliações preenchidas no sistema Tasy.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Total de pacientes que foram avaliados quantos aos riscos/Total de pacientes internados

12. ANEXOS

Não se aplica.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Nãos se aplica.

15. HISTÓRICO DE REVISÕES

Documento revisado pela Coordenação de Qualidade e Coordenadora da Equipe Multiprofissional incluídos os temas referentes ao Sistema.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

AVALIAÇÃO MUSCULAR PERIFÉRICA COM ULTRASSOM

1) OBJETIVO

1. Realizar medida de espessura e qualidade do músculo reto femoral como método de avaliação quantitativa da massa muscular.
2. Detecção precoce de alterações musculares decorrentes da internação.
3. Avaliar forma de treinamento muscular com base no resultado da avaliação ultrassonográfica.
4. Auxilio no diagnostico cinesio funcional e direcionamento da terapêutica adequada.
5. Avaliar resultados do tratamento fisioterapêutico.
6. Avaliar o impacto do imobilismo e de demais fatores de risco para fraqueza sobre o músculo.

2) DEFINIÇÃO

Documentação para definição e diretriz do uso da Ultrassonografia muscular para avaliação de perda de massa muscular e fraqueza adquirida durante a internação hospitalar. Pacientes críticos comumente evoluem com perda de musculatura esquelética decorrente de inúmeros fatores, como quadro séptico, imobilização, falência orgânica, SIRS, uso de corticosteroides, entre outros, que podem alterar sua evolução clínica, com consequente prejuízo no status funcional.

A ultrassonografia para avaliação muscular é um método não invasivo, seguro e reprodutível, que pode ser utilizado na beira do leito por profissionais treinados, e tem como principal característica uma boa acurácia na medida do músculo.

3) INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação

Pacientes com um ou mais fator (es) de risco para desenvolver fraqueza muscular e/ou declínio funcional:

1. Sepses e Choque séptico;
2. Hemodiálise contínua;
3. Ventilação mecânica > 24horas;
4. Uso de bloqueador neuromuscular;
5. Politrauma;
6. Delirium;
7. Uso de dispositivos de assistência circulatória;

8. MRC <48;

Contraindicação

Pacientes com lesões no local da avaliação, que impeça a colocação do Transdutor do Ultrassom sobre a pele.

4) **ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL**

1. Fita métrica;
2. Caneta dermatológica
3. Transdutor retilíneo de alta frequência(6-12MHz
4. Aparelho de Ultrassonografia;
5. Gel a base de água;

5) **ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO**

Orientar paciente, familiares e equipe multiprofissional sobre a conduta a ser realizada. Deixar claro as indicações e objetivos de acordo com cada avaliação.

6) **DESCRIÇÃO**

1. Avaliar se o paciente possui risco para perda de força muscular periférica, de acordo com as indicações citadas;
2. Discutir com equipe multiprofissional possíveis barreiras para a avaliação;
3. Orientar paciente, familiares e acompanhantes sobre o procedimento e seus objetivos;
4. Posicionar paciente em decúbito dorsal, com o membro a ser avaliado estendido e relaxado;
5. Com o uso de uma fita métrica, realizar a medida da distância entre a crista ilíaca superior até a borda superior da patela **(Figura 1);**
6. Com o uso de caneta dermatológica (Retirar na farmácia na conta do paciente), marcar os pontos que correspondem à metade da medida entre a crista ilíaca e a patela, e ao ponto que corresponde ao último terço do comprimento total **(Figura 1);**
7. Utilizar transdutor retilíneo de alta frequência (6-12MHz);
8. No aparelho de UltraSonografia, selecionar "Pre-Set de Músculo", no modo B (Bidimensional)
9. Para o exame, utilizar gel a base de água para aquisição da imagem;
1. Posicionar o transdutor no plano transversal na face anterior da coxa e, nas marcações pré definidas, realizar medida com pressão e sem pressão para cada ponto estabelecido **(Figura1);**
10. Visualizar a imagem a ser avaliada. Com o recurso do aparelho, realizar a medida da espessura do músculo, que corresponde entre a linha inferior da fáscia muscular até a área

de maior convexidade do osso do femoral **(Figura2);**

11. Anotar os valores obtidos para fins de análise e comparação **(Figura4);**

12. Após o exame, retirar o gel da pele do paciente e certificar-se de manter as marcações para a próxima avaliação;

13. Avaliar parâmetros hemodinâmicos e respiratórios do paciente, certificando-se de sua estabilidade.

7) **RESPONSÁVEIS**

Equipe de Fisioterapeutas do Grupo de Suporte em Ultrassonografia.

8) **PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS**

1. Avaliar presença de cateteres ou curativos no local da mensuração; Avaliar lesão de pele no local da mensuração;

2. Recusa do paciente ao procedimento.

9) **PADRÃO DE PRÁTICA**

1. Avaliar no 1º, 3º e 7º dia de internação e/ou conforme necessidade e intervenção; Registrar Handgrip e Balanço Hídrico;

2. Avaliar ambos membros;

3. Atentar para medida com e sem pressão muscular.

10) **PERIODICIDADE DE TREINAMENTO**

Treinamento admissional e de acordo com a necessidade da equipe.

11) **REGISTROS DA QUALIDADE**

Evolução no prontuário do paciente.

12) **INDICADORES DE DESEMPENHO**

Não aplicável.

13) **ANEXOS**

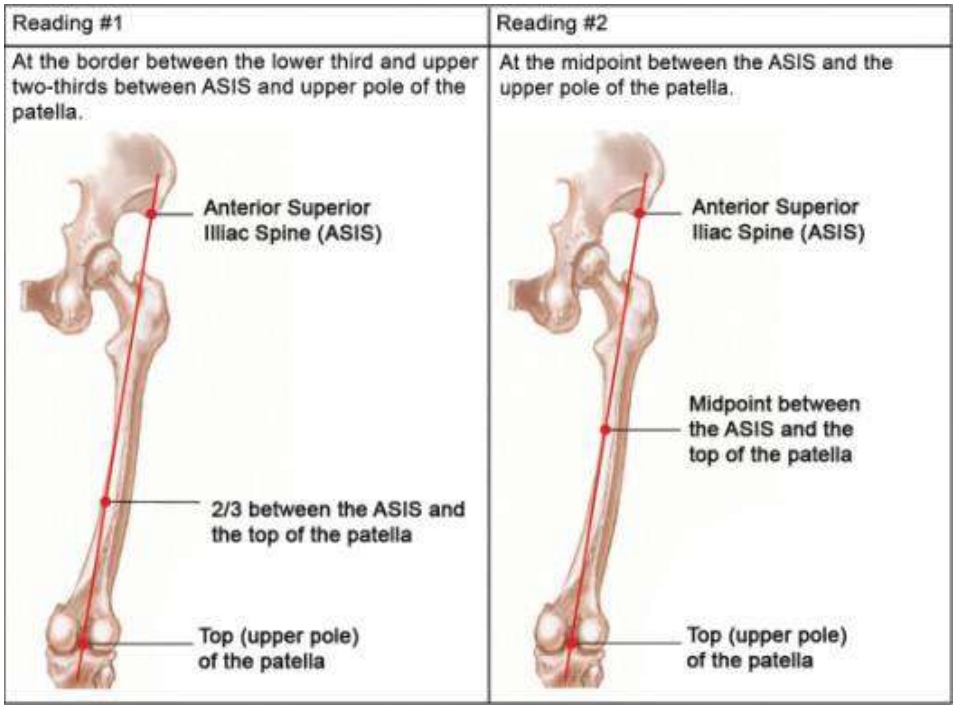


Figura 1 – Medida entre Crista Ilíaca Superior e Base superior da patela

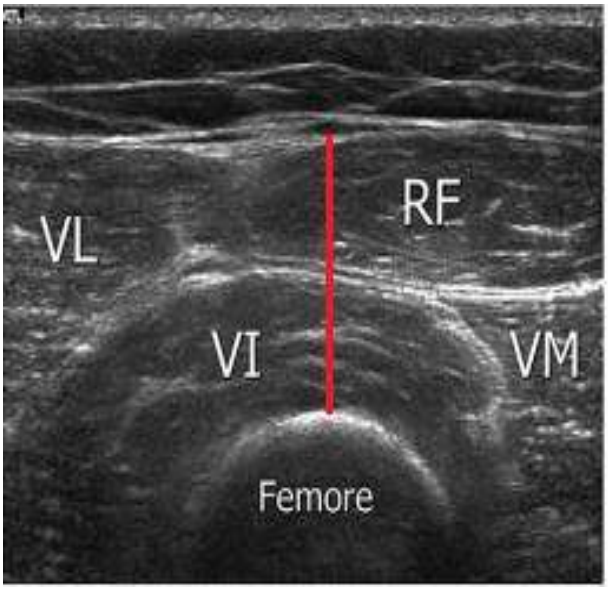


Figura 2– Medida (em vermelho) da espessura muscular – distância entre a linha inferior da fáscia muscular até a linha de maior convexidade do fêmur

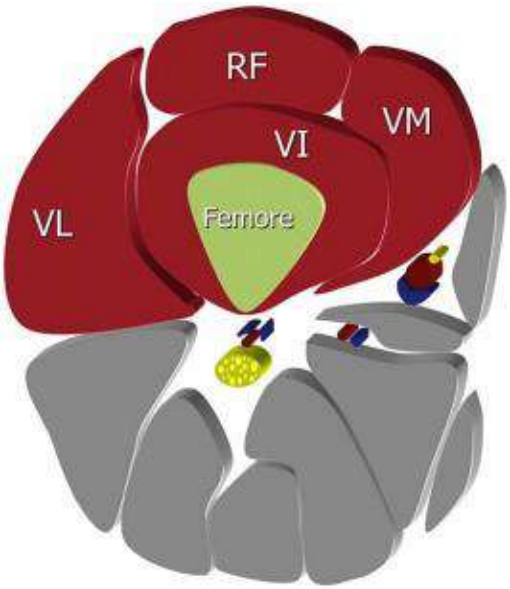


Figura 3– Anatomia Muscular (***RF***= *Reto Femural*,***VI***= *Vasto Intermédio*,***VM***= *Vasto Medial*,***VL***= *VastoLateral*, ***Femore***= *Osso Femural*)

FICHA DE AVALIAÇÃO ULTRA SOM MUSCULAR

DATA	MEMBRO INFERIOR DIREITO		MEMBRO INFERIOR ESQUERDO		
1º DI	MIDPOINT	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	MIDPOINT	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	Handgrip
	2/3 INFERIOR	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	2/3 INFERIOR	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	BH
3º DI	MIDPOINT	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	MIDPOINT	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	Handgrip
	2/3 INFERIOR	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	2/3 INFERIOR	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	BH
7º DI	MIDPOINT	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	MIDPOINT	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	Handgrip
	2/3 INFERIOR	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	2/3 INFERIOR	COMPRESSÃO / SEM PRESSÃO	BH

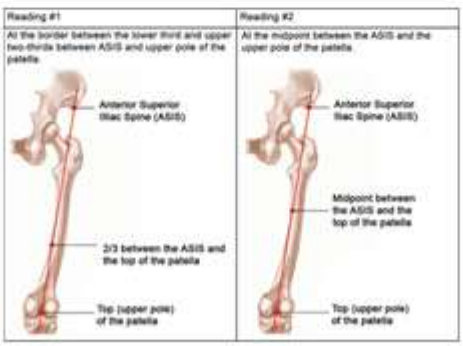


Figura 4– Ficha de Avaliação

MIDPOINT = metade da medida entre a crista ilíaca e borda superior da patela (Transdutor SOBRE a linha)
2/3 INFERIOR = último terço inferior da medida total (Transdutor SOBRE a linha)

14) **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Pasta et all., Sonography of the quadriceps muscle: examination technique, normal anatomy and traumatic lesions. Journal of Ultrasound 2010; 13:76-84

2. Tillquist et al., Bedside ultrasound is a practical and reliable measurement tool for assessing quadríceps muscle layer thickness. JPEN 2014;38:886-890

3. Connoly et al., Ultrasound for the assessmente of peripheral skeletal muscle architeture in critical Ilness: a sistematic review. Crit Care Med 2015; 43:897-905

4. Vanpel et al. Assessment of Limb Muscle in Critically Ill Patients: A Sistematic Review.Crit Care Med 2014; 42:701-711

5. Campbell et al., Muscle Wating and energy Balance n Critical Illness. Clin Nutr 1995; 62:533

6. Fan et al., Na Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: The diagnosis of Intensive Care Unit Acquired Weakness in Adults. Am J Resp Care 2014; 190: 1437-1446

7. Nogueira IC, Costa MFL, Cruz BMS, Magalaes CBA, Colaço MAXP. Ultrassonografia pulmonar e pletismografia em unidade de terapia intensiva. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratoria e Fisioterapia em Terapia Intensiva; Martins JA, Andrade FMD, Beraldo MA, organizadores. PROFISIO: Ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. P11-58 (Sistema de Educação Continuada a Distância,v.4)

8. Lichteinstein DA, Monitorização da Mecanica Respiratoria pela Ultrassonografia Pulmonar. In: Monitorização Respiratória em UTI; Terzi RGG, Beraldo MA, Calderon LGMB.2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu2015

9. Lima et al., Reliability of the rectus femoris muscle cross-sectional área measurement by ultrasonography. Clin Physiol Funct Imaging 2012; 32:221-226

10. Parry et al., Ultrasonography in he intensive care setting can be used to detect changes in the quality and quantity of muscle and is related to muscle strength function. Journal of Crit Care 2015;30:1151

15) **DOCUMENTOS RELACIONADOS**

Não aplicável.

16) **HISTÓRICO DE REVISÕES**

Não aplicável.

AVALIAÇÃO DE RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO EM PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA (VNI)

16. OBJETIVO

Identificar pacientes com risco de broncoaspiração, estabelecendo medidas e condutas que visam a segurança e melhor prática assistencial dos pacientes em uso de VNI.

17. DEFINIÇÃO

O uso da ventilação mecânica não invasiva (VNI) no ambiente da terapia intensiva aumentou significativamente nos últimos anos (5 % em 1998 vs. 14% em 2014), o que por sua vez impacta positivamente em resultados clínicos excepcionais como, diminuição do tempo de intubação orotraqueal, diminuição do tempo de desmame da ventilação mecânica (VM), diminuição de reintubação orotraqueal pós extubação. Contudo, a VNI não é um procedimento isento de complicações. Inúmeros estudos evidenciam possíveis eventos adversos e/ou complicações relacionados ao seu uso tais como; agitação psicomotora, claustrofobia, possibilidade de aerofagia, distensão gástrica e o risco de episódios de broncoaspiração.

A broncoaspiração é potencialmente a mais grave das complicações relacionadas ao uso da VNI pois pode levar a evento adverso grave ou até mesmo a evento adverso catastrófico.

18. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação

Todos os pacientes com indicação de uso de VNI em uso de interface facial ou facial total.

Contraindicação

Pacientes em uso de VNI que utilizem interface nasal ou pronga nasal.

As contraindicações do uso desta ferramenta não estão atreladas às contraindicações do uso da VNI.

19. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

5- Formulário Avaliação de Risco de Broncoaspiração em VNI (sistema);

6- Placa de Risco de Broncoaspiração no leito quando paciente apresentar risco (anexo1).

20. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Todo paciente com indicação de uso de VNI deve ser orientado, assim como os familiares e cuidadores a tais cuidados descritos abaixo durante o uso da VNI:

1. Manter cabeceira elevado ≥ 30º;
2. Evitar conversar;
3. Acionar imediatamente equipe em presença de náuseas e desconforto abdominal;
4. Serem treinados a retirada da máscara em casos emergenciais;
5. Instalação da VNI após 40 minutos da dieta via oral;

6. Vigilância do nível de consciência a cada 6 horas;
7. Manter a boca fechada;
8. Presença de náuseas/ desconforto abdominal;
9. Acionamento da equipe;
10. Retirada emergencial da máscara.
11. Registro no plano educacional - Risco de broncoaspiração VNI.

Caso o paciente apresente ao menos um fator de risco, deverá ser sinalizado com placa no leito e comunicar equipe multiprofissional.

21. DESCRIÇÃO

Todo o paciente com indicação de VNI que utiliza interface facial ou facial total deve ser submetido à avaliação de risco de broncoaspiração.

Se o paciente apresentar contraindicação de uso, podemos ter os seguintes desfechos:

1. Prescrição suspensa;
2. Escalonamento (anexo 3);
3. Uso de outro dispositivo

Caso o paciente avaliado apresente ao menos um fator de risco para broncoaspiração durante a avaliação, a comunicação do risco deverá acontecer a toda equipe assistencial, devendo o paciente ser orientado, sinalizado com placa no leito, e ter as medidas tomadas conforme seu grupo de risco e protocolo (anexo 2). Evoluir e sinalizar no Plano educacional - Risco de broncoaspiração VNI.

O paciente identificado com risco de broncoaspiração em VNI deve ser avaliado diariamente, e conforme mudanças em seu quadro clínico e surgimento de novos riscos, novas medidas devem ser tomadas.

Nos casos de contraindicação e/ou incidência de broncoaspiração, devemos realizar a notificação no sistema – perfil Qualidade – Notificações e documentos – Gestão da Qualidade.

Se o paciente for identificado como paliativo exclusivo, o fluxo de paliativo deverá ser seguido (anexo 3).

22. RESPONSÁVEIS

Fisioterapeutas: Realizar avaliação de risco de broncoaspiração em pacientes com indicação de VNI, sinalizando equipe médica e multiprofissional a respeito dos riscos identificados, assim como os pacientes e familiares.

Equipe Multiprofissional: Manter a vigilância diária do quadro clínico de acordo com o protocolo e cuidados aos pacientes em uso VNI.

23. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não abertura da avaliação de risco no momento da indicação de VNI ou não acompanhamento de novos fatores de risco.

Não orientar equipes e familiares sobre a identificação e vigilância dos riscos.

24. PADRÃO DE PRÁTICA

Alta hospitalar sem a incidência de broncoaspiração.

25. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Treinamento Admissional e Educação Continuada.

26. REGISTROS DA QUALIDADE

Evolução prontuário eletrônico. Sinalização plano educacional

27. INDICADORES DE DESEMPENHO

Zerar a incidência de broncoaspiração relacionada ao uso de VNI.

28. ANEXOS

Anexo 1 – PLACA RISCO DE BRONCOSASPIRAÇÃO

Anexo 2 – AVALIAÇÃO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO EM PACIENTES EM VNI

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

ETIQUETA

Diagnóstico Admissão Hospitalar

Cardíaco ( ) Respiratório ( ) Nefrológico ( ) Infeccioso ( )
Neurológico ( ) Oncológico ( ) Gástrico ( ) Ortopédico ( )
Cirúrgico ( ) Hepático ( ) Outros ( )

Data da instalação VNI em DPG/PA: ____/____/____ Hora: ____:____
Data da abertura Check list: ____/____/____ Hora: ____:____

CHECK LIST PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO EM PACIENTES EM VNI

Data:

CONTRAINDICAÇÕES					AÇÕES
1) Glasgow ≤ 10 (exceto DPOC com hipercapnia ou RNC por demência)					Prescrição suspensa: Sim ( ) Não ( )
2) Parada cardiorrespiratória					Escalonamento: Sim ( ) Não ( )
3) Vômitos sem controle ou até 6 horas do último episódio					Uso de outro dispositivo: Sim ( ) Não ( )
4) Hemorragia digestiva alta ou sangramento de via aérea superior					Outro Dispositivo: 1. CNAF ( ) 2. Não Aplicável ( )
5) Oclusão ou sub-oclusão intestinal					
6) Esofagite esofágica					
7) Fístula traqueoesofágica					
8) Dependência VNI > 48 horas					IOT: Sim ( ) Não ( ) Data: ___/___/___ Hora: ___:___
9) Cirurgia, trauma, queimadura ou lesão facial que impeça a adaptação da interface da VNI					Continua em VNI? Sim ( ) Não ( ) Se sim, motivo:_____
10) Arritmias cardíacas com repercussão HDN ou sinais no ECG de isquemia cardíaca					
11) Instabilidade hemodinâmica: aumento de lactato, vasopressor ou inotrópico					Possíveis complicações foram apresentadas para a equipe multi, paciente, familiares? Sim ( ) Não ( )
12) Pneumotórax não drenado					
13) Obstrução de VA					
14) Aumento progressivo de sedação					
15) Hipersecreção pulmonar com ausência de proteção de vias aéreas					

FATORES DE RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO					AÇÕES / ORIENTAÇÕES
1.1) Intoxicação exógena					ORIENTAÇÕES INDISPENSÁVEIS A TODOS EM USO DE VNI ( )
1.2) Uso de Opióides (morfina, fentanil, tramal, tylex)					Evitar conversar / Manter a boca fechada
1.3) Depressores SNC (dormonid,+vistril,diazepan,ativan,lorax,frontal,lexotan,precedex,propofol)					Cabeceiras ≥ 30° / Presença de náuseas/ desconforto abdominal
1.4) Doenças neuromusculares					Instalar VNI após 40min da dieta VO / Acionamento equipe
1.5) Tosse ineficaz / hipersecreção					Vigilância NC a cada 6 horas / Retirada emergencial da máscara
1.6) Dependência VNI < 48 horas					
1.7) Impossibilidade de alteração decúbito / ortosta-declive (trendelenburg)					CASO O PACIENTE APRESENTE AO MENOS UM FATOR DE RISCO
1.8) Obesidade (IMC > 35 - Peso/h²)					Placa no leito ( ) Sinalização para a equipe multi ( )
1.9) Procedimentos no abdomen superior					
1.10) Distensão abdominal sem sintomatologia					**MEDIDAS**
1.11) Aerofagia					
1.12) Gestação (náuseas e alteração da mecânica)					1 Investigação diagnóstica/encaminhamento/ acompanhamento dos fatores de risco ( )
1.13) Ausência evacuação (>72 horas)					3 Uso de protetor gástrico (pantoprazol, ranitidina) ( ) Uso de anti-heméticos (plasil, zofran, dramin, ansentron) ( ) Uso de procinéticos (bromoprida, domperidona) ( )
1.14) Diminuição dos reflexos laríngeos					2 Passagem / indicação SNG aberta ou Gastro aberta ( )
2.1) Distensão abdominal associada a desconforto abdominal					4 Acompanhamento fonoaudiológico ( )
2.2) SNE e/ou SNG					
2.3) Nutrição enteral gástrica (gastrostomia, jejunostomia)					VNI interrompida? Sim ( ) Não ( ) Data:___/___/___ Hora:___:___
3.1) DRGE					Outro Dispositivo: 1. CNAF ( ) 2. Máscara Nasal ( ) 3. IOT ( ) Data:___/___/___ Hora:___:___
3.2) Náuseas					Motivo:_____
3.3) Neuropatia diabética					
4.1 Suspeita de disfagia ou disfagia diagnosticada pela fono					

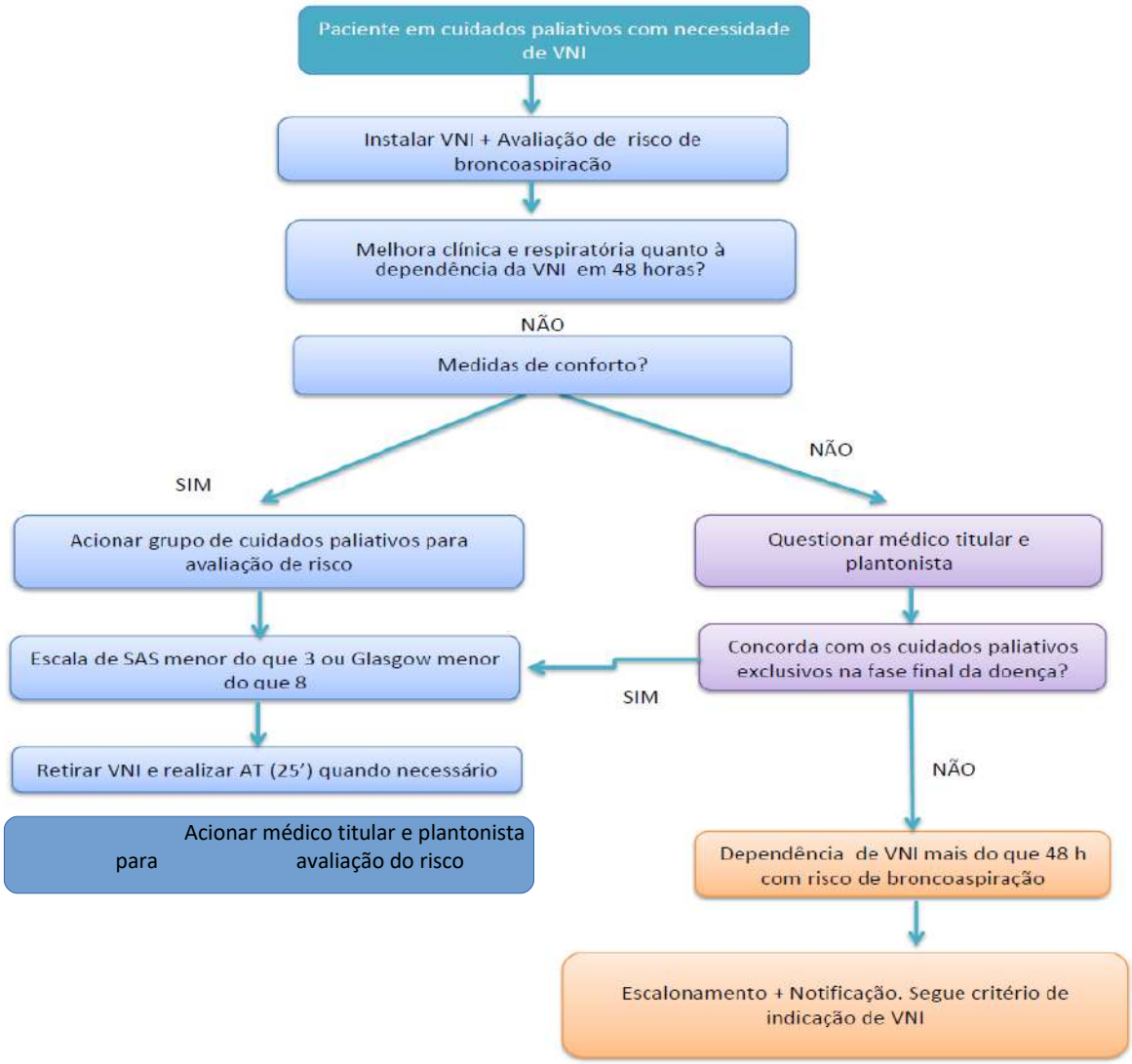
* Sempre que o paciente apresentar risco para broncoaspiração devemos EVOLUIR EM PRONTUÁRIO e PREENCHER O PLANO EDUCACIONAL *

Cuidados **Paliativos** ( ) ou Cuidados **Paliativos Exclusivos** (Terminalidade) ( ) Desfecho: **Broncoaspiração** ( ) Sim Não ( ) **Finalização** - Desmame VNI ( ) Sim Não ( ) Data:____/____/____

Anexo 3 – FLUXO ESCALONAMENTO

Referência/Plantonista → **Coordenação** → **Gerência**

Anexo 4 – FLUXO VNI CUIDADOS PALIATIVOS



29. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

SCHETTINO G, REIS MAS, GALAS F, ET AL. VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA COM PRESSÃO POSITIVA. III CONSENSO BRASILEIRO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA. REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA. VOL. 19 Nº 2, ABRIL-JUNHO, 2007.

BARBAS CS, ÍSOLA AM, FARIAS AM, CAVALCANTI AB, GAMA AM, DUARTE AC, ET AL. RECOMENDAÇÕES BRASILEIRAS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA 2013. PARTE I. J BRAS PNEUMOL. 2014;40(4):327-363.

KELLY CR, HIGGINS AR, CHANDRA S. NONINVASIVE POSITIVE PRESSURE VENTILATION N ENGL J MED 2015;372;23.

BELLO G, DE PASCALE G, ANTONELLI M. NONINVASIVE VENTILATION: PRACTICAL ADVICE. CURR OPIN CRIT CARE 2013, 19:1-8.

30. DOCUMENTOS RELACIONADOS

1. Ventilação não invasiva;
2. Cuidados paliativos.

31. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não se aplica.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

1. DEFINIÇÃO

O cateterismo vesical envolve a introdução de um cateter estéril de látex ou de silicone através da uretra até a bexiga, que se mantem fixo na bexiga através do balão insuflável com água destilada.

Está indicado para possibilitar a eliminação de urina, controlar volume urinário, prevenir obstrução na presença de hematúria, coágulo e sedimento, pós-operatório de cirurgia urológica, e administração de fármaco quando indicado.

2. OBJETIVOS

32. Padronizar o procedimento de cateterismo vesical por via uretral no paciente adulto, pediátrico e neonatal, prevenindo complicações.
33. Estabelecer a avaliação prévia do paciente e identificar os riscos associados à dificuldade em procedimento anterior, desvios anatômicos, cirurgia de próstata anterior, estenose uretral conhecida, pacientes em uso de anticoagulante com elevado risco para sangramento.

34. Estabelecer a avaliação diária sobre a real necessidade de manter o cateter e retirada precoce para prevenir infecção e outras complicações.

35. Reconhecer os fatores de risco na inserção do cateter em pacientes comatosos, sedados ou com anestesia peridural pela dificuldade de relato de dor e desconforto, pelo próprio paciente.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicações:

36. Drenagem de urina em pacientes com retenção urinária aguda ou crônica;

37. Drenagem de urina em pacientes durante e após cirurgias de longa duração, ginecológicas ou urológicas;

38. Irrigação vesical em pacientes com hematúria;

39. Controle rigoroso de débito urinário em pacientes com necessidade de apurado balanço hídrico;

40. Medida de conforto em pacientes sob cuidados paliativos;

41. Gerenciar incontinência urinária em pacientes com lesões de pele sacrais, inguinais ou perineais ondemétodos não invasivos são insatisfatórios;

42. Instilação de drogas citotóxicas diretamente na bexiga (exclusivamente por profissional médico);

43. Indicação durante trabalho de parto ou cirurgia quando utilizada anestesia epidural. Contra indicações para inserção do cateter vesical de demora por profissional Enfermeiro:

Absolutas:

44. Poli trauma com fratura de ossos da pelve;

45. Traumatismos de períneo;

46. Processos infecciosos graves na região;

47. Obstrução mecânica conhecida do canal uretra, prostatite aguda ou suspeita de trauma uretral;

48. POI de cirurgia urológica.

Relativas:

49. História de falso trajeto ou sangramento por cateterismo vesical prévio;

50. Uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetário.

RESPONSÁVEIS

Em seguimento à resolução do COFEN 0450/2013, a cateterismo vesical de demora é atividade privativa do enfermeiro não podendo este delegar o procedimento à técnicos de enfermagem. Portanto apenas enfermeiros e médicos habilitados e capacitados com a melhor técnica de cateterismo vesical, livre de riscos iatrogênicos e de infecção, podem realizar o procedimento.

REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

51. Ambiente iluminado ou foco de luz

52. Material completo e adequado ao procedimento

53. Paciente deitado em posição confortável, em decúbito dorsal.

54. 2º profissional para auxiliar na passagem em recém-nascidos, crianças e pacientes não colaborativos.

55. Privacidade, dignidade e individualidade do paciente adulto, pediátrico e neonatal.

MATERIAL

Material para degermação (crianças/neonatos) ou higiene íntima (adultos)

Se constatar a presença de fezes, secreção ou pomada, realizar a higiene íntima antes da degermação, conforme documento institucional "Higiene íntima" (PR.ASS.ENFE. 209.12).

7- Adulto:

56. comadre

57. Clorexidina degermante 2% ou água de sabonete neutro, se alergia

58. 1 sachê de álcool 70% para antissepsia do bico do frasco do Clorexidina

59. toalha

60. jarro protegido com saco plástico

61. água morna para enxágue

62. luvas para procedimentos

63. panos de limpeza descartáveis

64. óculos de segurança

65. máscara cirúrgica

66. saco plástico para lixo

8- Infantil:

67. cuba rim

68. 1 fralda ou uma comadre (depende da idade da criança)

69. toalha

70. jarro protegido com saco plástico

71. água morna para enxágue

72. Clorexidina degermante 2%
73. 1 sachê de álcool 70% para antissepsia do bico do frasco do Clorexedina
74. luvas de procedimento
75. óculos de segurança
76. máscara cirúrgica
77. panos de limpeza descartáveis, gazes não estéreis ou bolas de algodão.
78. saco plástico para lixo

9- Neonatos:

79. cuba rim
80. 1 fralda
81. água morna para enxágue
82. Clorexidina degermante 2%
83. sachê de álcool 70% para antissepsia do bico do frasco do Clorexidina
84. luvas de procedimento
85. óculos de segurança
86. máscara cirúrgica
87. gazes estéreis

88. saco plástico para lixo

10- Centro Cirúrgico e MDP:

89. esponja cirúrgica de Clorexidina degermante

90. 1 pacote de compressa

91. luvas de procedimento

92. óculos de segurança

93. máscara cirúrgica

94. saco plástico para lixo

Material para passagem do cateter vesical:

Os cateteres vesicais são medidos em French (Fr) e variam de 6 a 24 Fr podendo ser de duas ou três vias (usada em irrigação vesical). Idealmente deve-se utilizar o menor calibre possível que permita boa drenagem (14 a 16 Fr para adultos). Na necessidade de indicação de cateter mais calibroso, como presença de sangue, coágulos ou sedimentos que possam causar obstrução do cateter, o médico deve indicar o calibre. O balão deve ser preenchido sempre com água estéril. Quanto ao volume a ser utilizado no balão, deve ser observada a recomendação do fabricante gravada no próprio cateter (5-30 ml). Recomenda-se utilizar 10 ml em adultos para minimizar o risco de desconforto e irritação da bexiga.

O cateter 100% silicone deve ser indicado para pacientes alérgicos a látex, portador de meningomielocele, com indicação de permanência prolongada (mais , ou a critério médico. (vide anexo sobre cateteres de silicone)

95. Mesa auxiliar

96. Cateter vesical de demora (2 vias ou 3 vias conforme indicação), de calibre adequado, com balão;

97. 1 seringa de xylocaína gel - uso único.

98. 2 pares de luvas estéreis (neonatal/pediatria), ou 1 par de luvas (adulto/pediatria conforme avaliação).

99. 1 seringa de 20 ml (adulto) ou 1 seringa de 5 ml (neonatal e pediatria conforme avaliação). 1 seringa de 20ml extra para retirar o cateter anterior se necessário.

100. 1 agulha romba

101. 1 ampola de água destilada 10 ml (cateteres mais calibrosos podem exigir até 3 ampolas de 10 ml).

102. Swab alcóolico

103. Fixador adesivo (Flexi-trak®) ou fixador de velcro (Trak-fix®) ou micropore/medpore.

104. Placa de hidrocolóide extrafino para fixação neonatal.

105. Solução antisséptica (Clorexidina aquoso 1% uso Ginecológico).

106. Coletor de urina estéril (sistema fechado, com válvula antirrefluxo e local apropriado para coleta de urina).

107. Kit cateterismo vesical Kolplast® (contendo cuba rim, cúpula, 6 bolas de algodão, pinça Cheron, gazes e campo fenestrado) – Nota: No cateterismo em neonatos, as pinças do kit são desprezadas e o procedimento é realizado com luvas estéreis.
Na ausência do kit cateterismo vesical substituir por 1 campo estéril fenestrado
1 campo estéril grande Pinça para antissepsia Gaze estéril
Cúpula

108. Máscara cirúrgica

109. Óculos de segurança

110. Saco plástico para lixo

111. Frasco de álcool 70% e panos descartáveis para limpeza da mesa auxiliar

112. Caixa para descarte de perfuro-cortantes

Obs.: Para o paciente pediátrico, o enfermeiro irá avaliar a idade, tamanho, peso e colaboração da criança para adequar a técnica de cateterismo vesical utilizando pinças ou luvas durante a antissepsia, e a necessidade de auxílio de outro profissional durante o cateterismo.

Material complementar para lavagem do cateter caso não ocorra refluxo de urina• 1 seringa de 20 ml + 1 ampola de água destilada

Orientação Pré e PÓS-PROCEDIMENTOPré-procedimento

Orientar paciente/família conforme nível de compreensão, sobre o procedimento a ser realizado, informando ospassos a serem seguidos para maior conforto, segurança e colaboração do mesmo.

Pós-procedimento

Orientar paciente e acompanhante para manter o cateter fixado e evitar movimentos bruscos para que nãohaja tração do mesmo;

Orientar quanto à importância da realização e frequência da higiene íntima com sabonete neutro durante obanho e sempre que necessário;

Orientar sobre os riscos de infecção urinária.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O enfermeiro da pediatria ou do Einstein até Você irá avaliar a idade, tamanho, peso e colaboração da criança/RN para adequar a técnica de cateterismo vesical utilizando pinças ou luvas durante a antissepsia e a necessidade de auxílio de outro(s) profissional(is) durante o cateterismo. A enfermeira da neonatologia executará o procedimento sempre com luvas e auxílio de um segundo ou terceiro profissional.

PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

113. Infecção do trato urinário associado à falha na técnica asséptica e à manutenção do cateter, como elevação da bolsa e retorno de urina para bexiga.

114. Lesão de uretra associada ao tracionamento do cateter

115. Dificuldade de cateterismo nos desvios anatômicos: Hipospádia, Epispádia, prótese peniana, períneoplastia, correção cistocele, histerectomia via vaginal.

116. Lesão por pressão na uretra e glande, e decorrente da fixação do cateter na coxa do paciente.

117. Trauma psicológico

Complicações durante a passagem e resistência na introdução do cateter:

118. Falso trajeto

119. Estenose uretral

120. Sangramento

121. Perfuração uretral

122. Infecção urinária

123. Edema de prepúcio e glande ao retrair com força e/ou não reposicionar

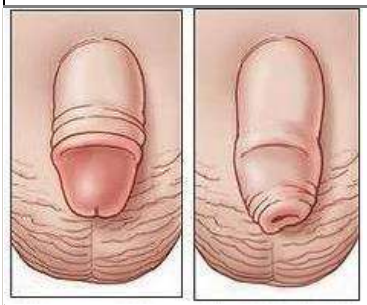
Recomendações Importantes	**Segurança**

Seguimento aos padrões rigorosos de antissepsia	Prevenir Infecções
Utilização de EPIs: óculos, máscara e luvas.	Prevenir acidente com fluídos em contato com olhos e boca do profissional durante o procedimento
Cateterização em pacientes anestesiados/RNs ou impossibilitados de relatar dor durante a introdução do cateter	Reconhecer os riscos ao introduzir o cateter na presença de resistência prevenindo lesão grave de uretra
O posicionamento do pênis para introdução do cateter deve ser em ângulo 90°	Falso trajeto e lesão uretral por posicionamento inadequado do pênis e resistência durante a inserção do cateter
O cateter deve ser totalmente introduzido e somente insuflar o balão quando observar saída de urina	Sangramento e lesão decorrente da insuflação do balão na uretra Trauma na uretra e sangramento por tracionamento do balão insuflado
A fixação deve ser feita imediatamente após a passagem do cateter a direita em dias pares e esquerda em dias ímpares. Pacientes confusos, com dificuldade no processo de tomada de decisão segura devem ser avaliados quanto ao uso de restrição mecânica.	Prevenir lesão por pressão causada por dispositivo médico

Tipo Documental ProcedimentoAssistencial	
Título Documento Cateterismo Vesical de Demora	
Seguir a recomendação de calibre (vide tabela em anexos)	Retenção urinária por obstrução e calibr inadequado do cateter

Testar o balão do cateter, antes da sua introdução, com água destilada, de acordo com a sua capacidade (fornecida pelo fabricante e anotado na extremidade do cateter), NUNCA ultrapassando o limite sugerido. **Obs.: Não utilizar o soro fisiológico devido a possível cristalização desta solução;**	Constatar a integridade do balão antes d introduzir o cateter para evitar saída acidental repassagem
Lubrificar adequadamente a uretra, antes da introdução do cateter.	Evitar trauma na uretra
Em caso de resistência durante a introdução do cateter não forçar a passagem.	Evitar falso trajeto e trauma com sangramento
Insuflar lentamente o balão com o volume indicado pelo fabricante (ver na extremidade do cateter) **SOMENTE** após constatar o refluxo de urina. **ATENÇÃO:** interrompa a insuflação caso o paciente sinta dor ou tenha resistência, pois o cateter pode não estar na bexiga.	Evitar a insuflação do balão se ele não estive locado dentro da bexiga
Em pacientes não postectomizados, ao final do procedimento recobrir a glande com o prepúcio.	

	Evitar o garroteamento da glande pelo prepúci retraído Evitar lesão/edema de uretra

Tipo Documental ProcedimentoAssistencial	
Título Documento Cateterismo Vesical de Demora	
	
Realizar o enxágue da região perineal com água ao final do procedimento Em pacientes com hipospádia o cateter vesical deve ser passado preferencialmente por um urologista.	Remover resíduos do degermante e do antisséptic evitando irritação de pele

Tipo Documental ProcedimentoAssistencial
Título Documento Cateterismo Vesical de Demora

Não existem evidências conclusivas sobre o benefício de pinçar o cateter vesical antes da sua retirada definitiva

Atentar para via correta de instalação da irrigaçãose o cateter for de três vias.

PADRÃO DE PRÁTICA

124. O enfermeiro deve garantir a avaliação do paciente e levantamento dos riscos previamente ao procedimento,prevenindo complicações
125. Não se recomenda o exercício vesical antes da retirada definitiva do cateter vesical
126. Garantir a inserção e a manutenção segura, eficiente e livre de iatrogenias
127. Promover a remoção precoce quando não mais indicada

Educação do paciente, familiar e/ou cuidador quanto aos cuidados de manutenção do Cateter Vesical.

PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional e bianual.

REGISTRO

Registrar no prontuário no campo dinâmico específico ou em anotações:

128. Hora e data

129. Procedimento realizado

130. Profissional que realizou o cateterismo (equipe médica ou de enfermagem)

131. Tipo e calibre do cateter utilizado

132. Volume de líquido no balão

133. Aspecto, cor e volume da urina drenada.

134. Intercorrências como dor, sangramento ou resistência durante a introdução do cateter.

INDICADORES DE QUALIDADE

135. Taxa de Infecção do trato urinário associada a cateter vesical
136. Ocorrência de falsos trajetos ou sangramento durante a passagem do cateter

ANEXOS

Recomendação do calibre do cateter em pacientes pediátricos:

Idade	Peso	Foley (Fr)
0-6 meses	3,5 - 7	6
1 ano	10	6-8
2 anos	12	8
3 anos	14	8-10
5 anos	18	10
6 anos	21	12
8 anos	27	12
12 anos	Varia	12-14

Fonte: http://med.brown.edu/pedisurg/Brown/Handbook/Stats/Foley.html

Recomendação do calibre do cateter em pacientes adultos:

Adultos: 12 – 16 Fr (o calibre 16 é o mais recomendado por urologistas)
Adultos com hematúria: cateter acima de 16 Fr, a inserção deve ser realizada por profissional médico.

Fonte: http://www.cdhb.govt.nz/Hospitals-Services/Health-Professionals/CDHB-Policies/Nursing-Policies- Procedures/Documents/Catheter%20Care%20Guidelines.pdf

Diferenças entre cateteres de látex e de silicone:

	Cateter Foley Látex	Cateter Foley Silicone
Tendência para incrustação	Maior tendência	Menor tendência
Biocompatibilidade	Mais indutor de toxicidade local	Menos indutor de toxicidade local
Elasticidade	Mais maleável	Menos maleável
Bio durabilidade	Até 45 dias	Até 90 dias
Tendência para aderência de bactérias	Maior tendência a biofilme	Menor tendência a biofilme
Estrutura	Paredes finas e orifícios de	Paredes mais grossas e orifícios

	drenagem maiores	de drenagem menores
Resistência do balão de retenção	Não desinfla facilmente	Pode desinflar progressivamente devida a permeabilidade do silicone
Custo	Menor custo	Mais elevado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

2. Talento B. Jean Watson. In: George JB. Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.254-67. Capítulo 18.

3. Gordon M. Nursing nomenclature and classification system development. On line J Issues Nurs. [Internet]. 1998 [cited 2016 Aug 22];3(2). Available from: http://zip.net/bptsLb

4. McCloskey, JC & Belechek, GM. Defining and classifying nursing interventions. National Institute for Nursing Research (atualmente National Institute). Conference "Patient Outcomes Research: Examining the Effectiveness of Nursing Practice" 1991.

5. Manthey M. The practice of primary nursing. 2th ed. Minneapolis: Creative Health Care; 1980.

6. Manthey M. Delivery systems and practice models: a dynamic balance. Nurs Manage.1991 Jan; 22(1):28-30.

7. Smith JE. Patrícia Benner: from novice to expert: excellence in clinical nursing practice. In: Art and science ofhumanistic nursing, capítulo 16.

8. Mackey TA, Cole F, Veeser PI. Nursing practitioner referral patterns in primary care/ occupational health care settings. Internet Journal of Advanced Nursing Practice [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 20];12(2):1-7. Availablefrom: http://print.ispub.com/api/0/ispub-article/12765

9. Nursing Practice Model. 2001 Março

10. Sherwood G, Brown M, Fay V, Wardell D. Defining nurse practitioner scope of practice: expanding primary care services. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice [Internet]. 1997 [cited 2016 Aug 20];1(2):1-8. Available from: http://print.ispub.com/api/0/ispub-

article/10768

11. Busen NH, Engebretson J. Mentoring in advanced practice nursing: the use of metaphor in concept exploration. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 21];2(2):1-9. Available from: http://zip.net/bstslS

12. American Nurse Association. Connecticut Nurse Practice Act p. 378 Nursing. 1999. Available from: http://www.ctnurses.org/Main-Menu-Category/Nursing-Practice/Nurse-Practice-Act

13. Lenburg CB. The framework, concepts and methods of the competency outcomes and performance assessment (Copa) model. On line J Issues Nurs [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 21];4(2). Available from: http://zip.net/bwtrCT

14. Mahan, P. A day in the life of a nurse- Part II: Hopi nursing. 2000 January

15. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 1986 Jun [citado 2016 Ago 21]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

HMAP
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA
IRIS REZENDE MACHADO

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Coleta de Urina em paciente com cateter vesical.
- Coleta de Urina por cateter vesical de alívio.
- Controle de diurese.
- Fixação do cateter vesical de demora nas cirurgias urológicas.
- Irrigação vesical continua.
- Lavagem vesical.
- Mensuração da pressão intra-abdominal.

- Retirada de cateter vesical de demora.
- Cateterismo vesical intermitente limpo feminino/masculino.
- Técnica de coleta para urocultura e ou urina tipo I (feminina).
- Técnica de coleta para urocultura e ou urina tipo I (masculino).
- Higiene íntima.

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

- Adriana da Silva Pereira (19/11/2015 04:00:26 PM) - revisão do documento
- Setembro/16 – Revisão do documento em associação com SVA, especificações da técnica ao público infantile neonatal; atenção para uso de EPIs, correção ortográfica.

Novembro de 2020 Dejanira Aparecida Regagnin – Revisão do documento, inserção da utilização do ultrassom caso não drene urina após inserção do cateter, indicação do cavilom limpador sem enxague para higiene íntima, indicação de outros locais para fixação do cateter vesical.

Daisy Mitiko Suzuki Okada (29/09/2016 01:40:46 PM) - Revisão do documento devido a informaçõesdesatualizadas. Adequação ao público pediátrico e neonatal. Correções ortográficas

Maria Fernanda Santos Marques da Fonseca (05/06/2017 04:21:26 PM) - Atualizado campo "responsáveis" em cumprimento a legislação do Cofen, que determina a passagem de cateter vesicalao enfermeiro, não sendo possível tal função ser delegada ao técnico de enfermagem.
Isabelle Maria Bortotti Bergamo (27/11/2020 03:54:42 PM) - Realizado revisão do documento pela especialista Dejanira - registros em prontuário e atualizações planejadas
Dejanira Aparecida Regagnin (15/02/2021 11:48 AM) – Realizada revisão do documento e alterados apenas os termos sonda por cateter e sondagem por cateterismo.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CÓDIGO AMARELO - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO – POPULAÇÃO ALVO

Orientar o atendimento do código amarelo e alinhar os motivos de acionamento para todos os colaboradores ddo Hospital.

O Código Amarelo visa adotar as melhores práticas propostas na literatura e recomendadas pela Campanha Internacional Cem mil vidas (100K lives) com os seguintes objetivos:

1. Diminuição da mortalidade intra-hospitalar,
2. Redução do nº de PCR e maior sobrevida desses pacientes,
3. Favorecer a Segurança do Paciente, do Médico e da Instituição

2. APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de inclusão

Pacientes adultos (acima de 16 anos) em situações de emergência/urgência, conforme critérios de acionamento previamente definidos.

Critérios de exclusão

Crianças menores de 16 anos

Urgências e emergências em Transeuntes conforme critérios estabelecidos em documentação específica são atendidos pelo Código Laranja.

Na ocorrência de Parada Cardiorrespiratória (PCR) em pacientes adultos, na Unidade Einstein Goiânia, deverá ser seguida o " *Protocolo de Atendimento a Parada Cardiorrespiratória*" pelo *Código Azul.*

3. INTRODUÇÃO

Assegurar que qualquer paciente admitido e ou utilizando as dependências físicas da Unidade Einstein Goiânia, seja devidamente identificado e tratado na vigência de emergências, urgências, intercorrências e necessidade de avaliações médicas, mesmo na ausência de seu médico titular, sem a anuência prévia do mesmo.

A Unidade Einstein Goiânia dispõe de médicos intensivistas e equipe de enfermagem, 24 horas por dia, autorizados a prestar assistência a pacientes em situações de emergência/ urgência, internados ou ambulatoriais em suas dependências físicas.

O ***Código Amarelo*** consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais no paciente adulto, previamente estabelecidos, que permitirá ao enfermeiro, acionar o médico intensivista, agilizando o atendimento.

Na ocorrência de Parada Cardiorrespiratória (PCR) em pacientes adultos, na Unidade Einstein Goiânia essa política não é aplicável, devendo ser seguida a "Protocolo de Atendimento a Parada *Cardiorrespiratória*" pelo *Código Azul.*

4. RECOMENDAÇÕES

Comprometimento respiratório:

1. Diminuição aguda da Saturação de O2 para < 90%
2. Mudança da Frequência Respiratória para < 8 rpm ou > 28 rpm

Comprometimento circulatório:

1. Diminuição da pressão arterial sistólica para <- 90 mmHg
2. Aumento da pressão arterial sistólica para > 180 mmHg associado a sintomas
3. Mudança da Frequência cardíaca para < 40 bpm ou > 130 bpm

Comprometimento neurológico:

1. Rebaixamento do nível de consciência
2. Convulsão
3. Sinais Focais súbitos
4. Hipótese diagnóstica de AVC com menos de 12 horas de evolução
5. Suspeita de AVC

Seriamente preocupado com o estado geral do paciente:

1. Paciente refere "não estar bem" ou sentir "algo errado"
2. Mudança de cor, umidade e diminuição da temperatura nas extremidades do paciente (extremidades pálidas, acinzentadas, úmidas ou cianóticas)
3. Situação que envolva distúrbio de pensamento, sentimentos ou ações que acarrete risco significativo para o paciente ou para outros, necessitando de intervenção imediata, caracterizando emergência psiquiátrica.
4. Quedas com ou não (potencial) de dano moderado ou grave. (são exemplos de queda com dano moderado ou grave: queda com TCE, perda da consciência, incapacidade de mobilidade ou mobilidade prejudicada após a queda, ou seja, situações cuja consequência da queda coloque em risco a segurança do paciente. Nesse momento, a avaliação do enfermeiro é fundamental).

No documento "Protocolo de prevenção de queda adulto, redução dos danos decorrentes da queda e manejo dos eventos de queda".

Critérios de Acionamento do Código Amarelo na Medicina Diagnóstica não desconsiderando a possibilidade de acionamento se pacientes atenderem critérios citados acima:

Achados diagnósticos relevantes em imagem:

1. CABEÇA: Lesões focais ou difusas extensas com efeito de massa importante; Desvio importante das estruturas da linha mediana (> 1,0 cm) com risco de herniação encefálica; Apagamento difuso dos espaços liquóricos intracranianos com risco de herniações encefálicas; Hidrocefalia volumosa com riscos de herniações encefálicas; Hemorragia no tronco cerebral ou cerebelo com efeito de massa ou compressão do IV ventrículo; Hemorragia subaracnoide extensa sem causa conhecida (suspeita de provável aneurisma roto).
2. PESCOÇO: Massa ou hematoma com risco iminente de obstrução completa de vias aéreas superiores; Lesões vasculares com hematoma volumoso ou com sangramento ativo
3. TÓRAX: Pneumotórax volumoso/hipertensivo; Hemotórax volumoso (com risco de instabilidade hemodinâmica) com ou sem sangramento ativo; Tromboembolismo pulmonar maciço (com risco de instabilização hemodinâmica) # Formação expansiva com risco iminente de obstrução completa de vias aéreas; Consolidação pulmonar extensa comprometendo praticamente todo parênquima pulmonar;
4. ABDOME: Hemorragia parenquimatosa maciça ou hemoperitônio/hemorretroperitônio volumoso (risco iminente de instabilidade hemodinâmica) com ou sem sangramento ativo; Necrose mesentérica grave com pneumoportia; Trombose mesentérica extensa;
5. AORTA: Dissecção aguda; Ruptura;

Achados diagnósticos relevantes em cardiologia:

1. IAM ou SCA em progressão;
2. Arritmia potencialmente fatal (TVS, FV, Torsades de pointes, BAVT com baixo débito;
3. Dissecção aórtica tipo A complicada (derrame pericárdico ou refluxo aórtico significante, obstrução coronariana);
4. Tamponamento cardíaco;
5. Insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatório (ETE/sedação);
6. Hipotensão persistente após reposição volêmica;
7. Efeito excessivo de sedativo (sedação > moderada) não revertido com antídoto;

8. FA ou outras taquiarritmias sem risco iminente durante exame (sobretudo eco de estresse) e não revertida;
9. Dissecção aórtica tipo A ou B não complicada e não diagnosticada previamente;
10. Endocardite infecciosa complicada ou endocardite não diagnosticada previamente;
11. Situação que o examinador julgue como de internação em cliente externo

Este tipo de atendimento é tempo-dependente e deve ocorrer em até 5 minutos a partir do acionamento pelo enfermeiro.

Critérios de Acionamento do *Código Amarelo na RPA*

Pacientes que atenderem aos critérios acima citados devem ser avaliados pelo anestesista responsável, na ausência do mesmo a enfermagem local deve acionar o Código Amarelo direto, sem avaliação prévia do médico.

5. FLUXOS

O Desempenho Esperado é que todos os pacientes admitidos ou atendidos nas dependências do Hospital em situação de emergência, urgência e intercorrência sejam identificados, atendidos e tratados em tempo compatível com sua necessidade iminente; que as ações da equipe multiprofissional sejam devidamente documentadas em prontuário; que o resultado esteja conforme o esperado para o quadro clínico do paciente; que as intercorrências e ocorrências adversas sejam notificadas sistematicamente para que as ações de melhoria contínua sejam propostas.

Profissionais Envolvidos	Ação
Equipe Assistencial da Unidade	Detecta uma ou mais das mudanças agudas no estado geral do paciente e solicita avaliação do Enfermeiro. Obs: em determinadas unidades, em virtude da indisponibilidade imediata do enfermeiro, outros profissionais poderão acionar o código amarelo, mediante treinamento prévio. Exemplo: Medicina Diagnóstica.

Enfermeiro da Unidade	Aciona o código amarelo, através do ramal móvel **5431**: entrando em contato com o médico responsável pelo atendimento do código no dia. Deve ser informado o local do código (bloco/ala/apartamento). Marca os horários de mudança de parâmetros, horário de acionamento do código e horário de chegada do médico Preenche a ficha de Código Amarelo – Acionamento no sistema Obs: os números dos ramais estarão disponíveis em todas as unidades.
Equipe Assistencial da Unidade	Orienta paciente e família sobre o procedimento, Providencia o carro de emergência no quarto do paciente; Verifica os sinais vitais e prepara o glicosímetro; Instala o oxímetro de pulso; Monitoriza o paciente com ECG no desfibrilador se acionamento por motivo cardiovascular Instala cateter de O2 nasal 2l/min se saturação < 90% Tranquiliza a família Inicia preenchimento da folha de Registro *Código Amarelo Adulto.* Solicita auxílio da fisioterapia se necessário suporte ventilatório; durante o atendimento e/ou transporte (VNI, ventilação mecânica, auxílio em IOT ou se solicitação médica);
Médico *Código Amarelo*	Médico Dirige-se à área de atendimento respeitando o prazo definido no protocolo (5min.); Avalia o paciente, faz o diagnóstico da situação, prescreve drogas e inicia procedimentos, se necessário; Solicita transferência do paciente para o setor de pacientes graves: UTI, se necessário; Repassa os dados para o enfermeiro preencher a ficha de ***Código Amarelo – Avaliação médica*** no sistema. Notifica o médico do paciente sobre o acionamento, avaliação e conduta.

Registros: Em evolução de enfermagem. Em evolução e prescrição médica. E ficha de Código amarelo presente em Avaliações. O Registro do Código Amarelo se faz, através do prontuário eletrônico, o preenchimento deverá ser realizado pelo enfermeiro do código azul, relatando sobre todos os profissionais envolvidos.

6. NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Não aplicável

7. GERENCIADO

Serão levantados todos os episódios de Código Amarelo da instituição por meio de busca ativa diária.

Após levantamento de casos, será gerenciado os dados por meio de auditoria das fichas denominadas Código azul – acionamento e Código azul – Avaliação médica (equipe do código) que forem preenchidas dentro do prontuário eletrônico do paciente, no sistema Tasy.

A partir dos dados preenchidos em prontuário em fichas próprias, os indicadores institucionais serão compilados por meio de planilhas. Os dados serão gerados a partir de informações mensais, podendo comparação entre meses quando necessário.

A partir dos indicadores visualizados, serão realizados planos de ação necessários de acordo com os possíveis problemas levantados.

8. INDICADOR INSTITUCIONAL

1. Taxa de inicio de atendimento em até 5 minutos;
2. Taxa de transferência de pacientes para o UTI;
3. Taxa de acionamentos para pacientes em cuidados paliativos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS]

1. Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.

2. Manual de Padrões de Acreditação da ONA (organização nacional de acreditação)

10. RESUMO

Não aplicável.

11. ANEXOS

Não aplicável.

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não aplicável.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CÓDIGO AZUL - ATENDIMENTO DE PARADA CARDIORESPIRATÓRIA

1. OBJETIVO – POPULAÇÃO ALVO

Orientar o atendimento do código azul e alinhar o acionamento para todos os colaboradores do Hospital.

O protocolo tem como objetivos:

1. Sistematizar o atendimento de pacientes em parada cardiorrespiratória;
2. Aumentar a taxa de sobrevida em pacientes com parada cardiorrespiratória;
3. Estudar a incidência e o atendimento das paradas cardiorrespiratórias na Unidade Hospitalar, através de um sistema de coleta de dados baseada no algoritmo;

2. APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de inclusão

Pacientes adultos (acima de 16 anos) em PCR nas dependências da Unidade.

Critérios de exclusão

Crianças menores de 16 anos

Urgências e emergências em Transeuntes (acompanhantes) e colaboradores, conforme critérios estabelecidos em documentação específica são atendidos pelo Código Laranja.

Na ocorrência de Urgências, Emergências e Intercorrências em pacientes adultos, na Unidade Einstein Goiânia, deverá ser seguida a "*Protocolo de Atendimento a Urgências, Emergências e Intercorrências* " pelo *Código Amarelo.*

3. INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência inesperada em diversos momentos, constituindo grave ameaça à vida das pessoas. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o número de óbitos causados por parada cardiorrespiratória chega a 200 mil mortes por ano no Brasil. O *debriefing* é uma reflexão estruturada pós-experiência de urgência e emergência que contribui para a melhoria da qualidade hospitalar e segurança dos doentes.

A Unidade Einstein Goiânia dispõe de médicos 24 horas por dia, na Unidade de terapia intensiva e/ou unidade de pronto atendimento, autorizados a prestar atendimentos a pacientes

em situações de emergência/urgência, internados ou ambulatoriais nas dependências físicas do Hospital. Na ocorrência de parada cardiorrespiratória (PCR), a equipe de enfermagem tem autonomia para acionar o código azul sem necessidade de anuência médica prévia.

4. RECOMENDAÇÕES

Responsabilidades

Equipe da unidade: 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem

Equipe do código azul: 1 médico, 1 enfermeiro e 1 fisioterapeuta da unidade de terapia intensiva e/ou pronto atendimento.

É de responsabilidade da equipe do **Código Azul** quando chegar ao local do evento, assumir o comando do atendimento e o caso do paciente até reversão do atendimento do quadro**. O tempo máximo previsto para a chegada do médico no local do evento é de até 3 minutos, a contar do instante do acionamento.**

O Código Azul será acionado através da comunicação por ramais, que estarão em posse da equipe responsável pelo atendimento, sendo essa da unidade de terapia intensiva e/ou pronto atendimento (os números de ramais estarão disponíveis para consulta em todas as unidades) avisando que se trata de um Código Azul, e informando localização (andar e bloco).

A equipe e acionar o Código Azul devera:

1. Ligar para o médico responsável do código através do ramal **XXX**
2. Ligar para o enfermeiro do código através do ramal **XXX**

É de responsabilidade do enfermeiro do código pedir para que a equipe remanescente:

3. Ligar para o fisioterapeuta do código através do ramal **XXX**

Após acionamento da equipe do código, o solicitante dispara a contagem do tempo, mensurando momento de acionamento até o momento da chegada da equipe ao local solicitante. Também é contabilizado o horário de início e fim da PCR. Todo atendimento de código azul será analisado por um profissional gerenciador.

5. FLUXOS

Atribuições de acordo com as funções

Enfermeiro da unidade

1. Avalia responsividade/consciência e expansão torácica
2. Solicita carro de emergência e pede ajuda
3. Checa o pulso e se constatado PCR inicia compressões torácicas e aciona

4. Código Azul, ligando para equipe do código através dos ramais já definidos e descritos no protocolo (número dos ramais disponíveis no posto de enfermagem), informando a localização (andar e ala).

5. Providencia ventilação com reanimador manual (ambu), com maior oferta de oxigênio (Relação de 30 compressões torácicas e 2 ventilações de 1 segundo cada.)

Assim que for acionado o Código Azul pela área, o solicitante começara a cronometrar o tempo para atendimento do código (tempo de chegada da equipe até o local acionado). E continuará contabilizando o tempo total de parada.

Técnico da Unidade

1. Providencia o carro de emergência.
2. Auxilia a enfermeira da unidade nas manobras de RCP até a chegada da equipe do código.
3. Instala monitorização cardíaca.
4. Obtém acesso venoso, de preferência em região antecubital (em casos onde o paciente não estiver puncionado previamente)

Médico do Código

1. Reavalia rapidamente o C-A-B
2. Monitoriza com as pás, se o paciente não estiver monitorizado, e realiza choque, se indicado.
3. Intuba o paciente.
4. Checa a intubação.
5. Dá continuidade as compressões torácicas, mantendo no mínimo 100 a 120 compressões/min. e 10 ventilações/min, sem necessidade de sincronismo, caso o paciente esteja intubado.
6. Realiza punção intraóssea, se necessário.
7. Repassa os dados de todo o procedimento para o enfermeiro do código estar realizando o preenchimento
8. Realiza no sistema o preenchimento da ficha de código azul em conjunto com a equipe do código (enfermeiro e fisioterapeuta)

Fisioterapeuta do Código

1. Auxilia o médico do código na intubação, ventilação e transferência do paciente.

2. Atenção: O ventilador de transporte utilizado estará alocado na UTI (atendendo a própria unidade e sendo suporte também para a unidade de internação) e PA (atendendo a própria unidade e a unidade de medicina diagnóstica.)em áreas referências para atender as demandas do código.

Enfermeiro do Código

1. Orienta os técnicos de enfermagem
2. Instala solução fisiológica 0,9% (com volume determinado pelo médico do código);
3. Administra as medicações solicitadas.
4. Administra 20 ml de solução fisiológica 0,9% e eleva o membro superior, após cada medicação.
5. Obtém um segundo acesso venoso, se solicitado

Enfermeiro da Unidade

1. Instala o oxímetro de pulso, se disponível, se houver pulso;
2. Solicita os serviços de apoio;
3. Obtém dados da família;
4. Registra os dados do atendimento em prontuário;
5. Providencia vaga na UTI e recursos para transferência.

Técnico da Unidade

1. Posiciona-se junto à farmácia.
2. Solicita equipamentos e medicamentos, através da prescrição de emergência;
3. Entrega os equipamentos e medicamentos, conforme indicado.
4. Registra os dados do atendimento em prontuário.

Gerenciador do Código

1. Organização e tabulação dos dados;
2. Coordenação da reunião do comitê de códigos de urgência e emergência;
3. Realização do "debriefing" após os atendimentos de código azul e também após PCR em setores fechados;
4. Auxiliar e/ou realizar os planos de ações das áreas.

Após o atendimento, se transferência imediata para UTI a passagem de plantão deve ser realizada pela equipe que atendeu o código azul, beira leito, após posicionamento do paciente no leito da UTI. A equipe local (acionamento) acompanha a transferência do paciente e passa o plantão dos antecedentes após.

Registros:

Em evolução de enfermagem. Em evolução e prescrição médica. E ficha de Código azul presente em Avaliações.

O Registro do Código Azul se faz, através do prontuário eletrônico, o preenchimento deverá ser realizado pelo enfermeiro do código azul, relatando sobre todos os profissionais envolvidos. É importante que a pessoa que acionou o código esteja presente durante o preenchimento da ficha, para que reporte as informações necessárias sobre o acionamento.

Treinamentos:

1. Orientação específica sobre equipamentos e materiais de emergência de cada unidade;
2. Treinamento de acesso às áreas de cobertura: escadas, elevadores, corredores, etc.
3. Exercícios no raciocínio crítico e condutas nas emergências: treinamento de acordo com a área de atuação: BLS, ACLS, PALS, ATLS, Heartsaver®, rotinas de sistema.

6. NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Não aplicável

7. GERENCIADO

Protocolo gerenciado.

Todo atendimento de código azul será analisado pelo profissional gerenciador, que faz a tabulação, análise, *"debriefing"* e definição das medidas de correção se necessário, em conjunto e comum acordo, com os membros do comitê de códigos de urgência e emergência. As reuniões ocorrem mensalmente, os casos são discutidos e definidos os planos de ações, responsáveis e prazo.

O *"debriefing"* ocorre preferencialmente em até 96h após o ocorrido, com entrevista estruturada sobre o processo e pontos sugestivos de melhoria com os profissionais envolvidos no atendimento, os pontos são discutidos na reunião do comitê.

8. INDICADOR INSTITUCIONAL

1. Taxa de início de atendimento em até 3 minutos
2. Taxa de realização do debriefing após o atendimento do código azul
3. Início das compressões torácica antes da chegada da equipe do código
4. Início da hipotermia em até 6 horas após retorno da circulação espontânea nos pacientes que evoluíram para coma.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.*

2. *Sociedade Brasileira de Cardiologia. Fatores de risco para doenças cardiovasculares. Disponível em: http://www.cardiol.br/cuide/fatrisc.htm*

3. *Birão RC, Souza EM, Castro RA, Rabelo ER. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória. Rev. latinoam. Enferm.2009*

10. RESUMO

Não aplicável

11. ANEXOS

Não aplicável

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não aplicável.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CÓDIGO LARANJA - ATENDIMENTO A TRANSEUNTES

1. INTRODUÇÃO

O Hospital dispõe de médicos plantonistas e equipe de enfermagem, 24 horas por dia, autorizados a prestar assistência a transeuntes em situações de emergência / urgência nas dependências da Unidade Hospitalar.

O Código Laranja atende pacientes de todas as faixas etárias.

O mesmo estabelece condutas a serem tomadas para o atendimento de pacientes em trânsito sem programação de atendimento, acompanhantes/visitantes e colaboradores, no Hospital Órion pela equipe médico-assistencial.

Os atendimentos de urgência / emergência de pacientes internados ou com programação ou após o atendimento, nos consultórios ou Setor de Imagem são realizados pelos Códigos Azul e Amarelo.

Será considerado Código Laranja quando a equipe for acionada para atender a vítima no local da ocorrência quando esta estiver no Hospital.

2. OBJETIVO

Assegurar que qualquer transeunte utilizando as dependências físicas do Hospital receba atendimento adequado.

O Código Laranja visa adotar as melhores práticas propostas na literatura e recomendadas pela Campanha Internacional Cem Mil Vidas (100K lives) com os seguintes objetivos:

1. Diminuição da mortalidade intra-hospitalar e locais adjacentes;
2. Redução do nº de PCR e maior sobrevida dos transeuntes;
3. Favorecer a Segurança do Paciente, do Médico, da Equipe de Enfermagem e da Instituição;
4. Capacitar pessoas para atendimento de emergências / urgências.

3. APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de inclusão

- Transeuntes: pessoas, de qualquer faixa etária, que estão circulando dentro da instituição, estacionamento na entrada principal e pátio interno sejam acompanhantes, visitantes, colaboradores ou pacientes em trânsito sem programação de atendimento.

Critérios de exclusão

- Pacientes pré ou pós atendimento assistencial no Hospital, deverão ser acionados os códigos amarelo ou azul.

4. RECOMENDAÇÕES

Atendimentos em situações de emergência/urgência no Hospital, conforme critérios de acionamento previamente definidos abaixo:

Profissionais Envolvidos	**Ação**
Profissional da unidade	1. Avalia a necessidade de acionamento. E aguardar no local a chegada da equipe. 2. Aciona código laranja discando Ramal **xxx**, neste momento, comunica o local de atendimento e o caso situacional.
Enfermeiro	Pelo ramal **xxx** o enfermeiro recebe localização da vítima (andar e bloco) 1. Dirige-se até o local onde prestará atendimento. 2. Enfermeiro realiza a triagem e se necessário aciona os demais membros envolvidos no processo, tais como bombeiro, médico e fisioterapia. E após o processo realiza abertura da ficha de atendimento e seu preenchimento. ✓ O **médico** que será acionado é médico do pronto atendimento pelo ramal **xxx** ✓ Se necessário apoio da equipe do **bombeiro** acionar pelo ramal **xxx** Se necessário apoio da equipe de **fisioterapia** acionar pelo ramal **xxx** Caso seja necessário para o atendimento: prancha rígida e colar cervical: o bombeiro deverá ser acionado.
Médico	1. Realiza o atendimento e o preenchimento da ficha de atendimento. 2. Direciona o atendimento conforme fluxograma abaixo (figura 1)

5. GERENCIADO

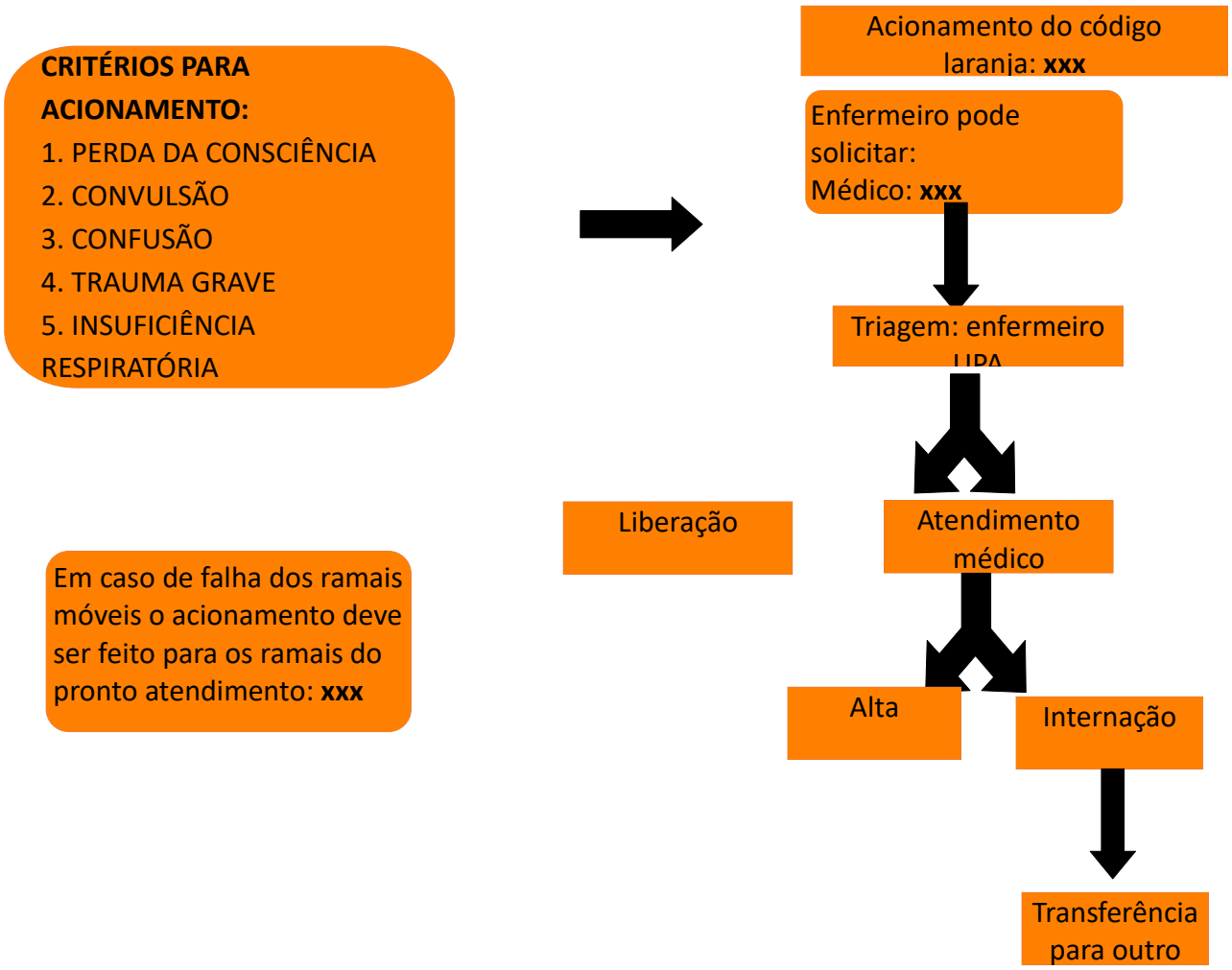
Serão levantados todos os episódios de Código Laranja da instituição por meio de busca ativa mensal. Após levantamento de casos, será gerenciado os dados por meio de auditoria das

fichas denominadas Código Laranja que forem preenchidas através de impressos. A partir dos dados preenchidos em prontuário em fichas próprias, os indicadores institucionais serão compilados por meio de planilhas. Os dados serão gerados a partir de informações mensais, podendo comparação entre meses quando necessário. A partir dos indicadores visualizados, serão realizados planos de ação necessários de acordo com os possíveis problemas levantados.

6. INDICADORES DE DESEMPENHO

1. Taxa de início de atendimento em até 5 minutos;
2. Número de acionamentos/atendimentos de código laranja por mês;
3. Taxa de pacientes que necessitaram de internação/observação após o atendimento do código laranja.

7. ANEXOS – FLUXO



8. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Código amarelo – atendimento de emergências, urgências, intercorrências e avaliações médicas

Código azul – atendimento parada cardiorrespiratória adulto

9. HISTÓRICO DE REVISÕES

13/10/2021 – Mudança do ramal de acionamento do código laranja

Mudança do ramal de acionamento do médico do pronto atendimento

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CÓDIGO VIA AÉREA DIFÍCIL- ACIONAMENTO DO ESPECIALISTA PARA SUPORTE NO MANEJO DA VIA AÉREA

1. OBJETIVO – POPULAÇÃO ALVO

Assegurar que qualquer paciente utilizando as dependências físicas do Hospital receba atendimento adequado.

Assegurar suporte imediato durante a intubação e/ou ventilação difícil.

2. APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de inclusão

Essa politica aplica-se a todos os pacientes adultos e pediátricos em situações de emergência/urgência durante a intubação orotraqueal no Hospital, conforme critérios de acionamento previamente definidos:

1. Diagnóstico prévio de via aérea difícil (para intubação orotraqueal realizada por não anestesistas)
2. Saturação periférica de oxigênio <90% no processo de intubação
3. Insucesso na intubação orotraqueal após 2 tentativa (mesmo que saturação periférica de oxigênio >90%)

Critérios de exclusão

Pacientes que não se encaixem nos critérios citados.

3. INTRODUÇÃO

O Hospital dispõe de médicos anestesistas plantonistas, 24 horas do dia, todos os dias, que são habilitados a prestar assistência a pacientes adultos em situações de emergência/urgência nas dependências físicas, durante a intubação orotraqueal.

O **Código de via aérea difícil** atenderá situações de dificuldade de ventilação e intubação durante atendimento de emergência/urgência com necessidade de resposta imediata do médico especialista visando evitar a hipóxia do paciente.

4. RECOMENDAÇÕES

Atendimentos em situações de emergência/urgência no Hospital Órion, conforme critérios de acionamento previamente definidos abaixo:

Profissionais Envolvidos	**Ação**
Profissional da unidade	1. Detecta critério de acionamento durante intubação orotraqueal e aguardar no local a chegada da equipe. 2. Aciona o **ramal XXX** (anestesista), informando: **Código VAD,** o nome e a localização do paciente (localização, andar). 3. Orienta paciente e família sobre o procedimento; 4. Providencia maleta de via aérea difícil ou Carro de via aérea difícil; 5. Monta e oferece material de intubação orotraqueal conforme solicitação médica; 6. Inicia o preenchimento do impresso de Registro de Atendimento – Código Via Aérea Difícil 7. Solicita auxílio da fisioterapia 8. Em casos onde seja visto a necessidade de **broncoscopia**, o profissional que atende o código de VAD, irá sinalizar para equipe realizar acionamento da retaguarda.
Médico	1. Dirige-se à área de atendimento respeitando o prazo definido no protocolo **até 5 minutos**; 2. Avalia o paciente e realiza a intubação, sinaliza necessidade de buscar o carro de VAD nas áreas que só possuem maleta 3. Preenche o impresso de Registro de Atendimento – Código Via Aérea 4. Notifica o médico do paciente sobre o acionamento, avaliação e conduta.

5. FLUXOS

Não aplicável.

6. NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Não aplicável

7. GERENCIADO

Serão levantados todos os episódios de acionamento do Código de Via Aérea Difícil da instituição por meio de busca ativa diária. Após levantamento de casos, será gerenciado os dados por meio de auditoria das fichas denominadas Código Via Aérea que forem preenchidas através de fichas no prontuário eletrônico no sistema. A partir dos dados preenchidos em prontuário em fichas próprias, os indicadores institucionais serão compilados por meio de planilhas. Os dados serão gerados a partir de informações mensais, podendo comparação entre meses quando necessário. A partir dos indicadores visualizados, serão realizados planos de ação necessários de acordo com os possíveis problemas levantados.

8. INDICADOR INSTITUCIONAL

1. Intervalo entre o acionamento e a chegada do código à unidade;
2. Índice de pacientes não-intubados pelo médico do código;
3. Índice de hipóxia grave ou p.c.r durante atendimento laranja

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.

2. Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais – 5ª Edição:

10. RESUMO

Não aplicável

11. ANEXOS

Distribuição de Maletas de Via Aérea Difícil	**Área de abrangência**
• Farmácia PS – 1 unidade modelo adulto e 1 unidade modelo pediátrico	Pronto atendimento/ Medicina Diagnóstica/ambulatório
• Farmácia UTI - 1 unidade modelo adulto	UTIs 3
• Farmácia Internação – 1 unidade modelo adulto	Internação

Distribuição de Carro de Via Aérea Difícil	Área de abrangência
• Centro cirúrgico	• Centro cirúrgico,

Materiais Padronizados/Modelo adulto	Quantidade
MASCARA LARINGEA AIRQ NR 3,5 + HASTE REMOVÍVEL	1
MASCARA LARINGEA AIRQ NR 4,5 + HASTE REMOVÍVEL	1
TUBO ENDO.TAPERGUARD 7,5 C/CUFF	1
TUBO ENDO.TAPERGUARD 8,0 C/CUFF	1
MASCARA LARINGEA LMA SUPREME 3	1
MASCARA LARINGEA LMA SUPREME 4	1
MASCARA LARINGEA LMA SUPREME 5	1
LARINGOSCO AIRTRAQ TUBO 6 A 7.5 AD MD	1
LARINGOSCO AIRTRAQ TUBO 7 A 8.5 AD GD	1
TUBO LARINGEO DESC C/ ASPIRAÇÃO Nº3 + SERINGA 90ML	1
TUBO LARINGEO DESC C/ ASPIRAÇÃO Nº4 + BITEBLOCK	1
TUBO LARINGEO DESC C/ ASPIRAÇÃO Nº5	1
QUICKTRACH II REF.30109041	1
SACHE LUBRIGEL A BASE DE ÁGUA 5G	2
INTRODUTOR BOUGIE ADULTO – Não dobrar - Manter fora da maleta	1

Materiais Padronizados/Modelo pediátrico
Mascara Laringea Air Q NR 2,5 + HASTE REMOVÍVEL
Mascara Laríngea Air Q NR 2,0 + HASTE REMOVÍVEL
Mascara Laríngea Air Q NR 1,5 + HASTE REMOVÍVEL
Mascara Laringea Air Q NR 1,0 + HASTE REMOVÍVEL
MÁSCARA LARÍNGEA I-GEL Nº 1
MÁSCARA LARÍNGEA I-GEL Nº 1.5
MÁSCARA LARÍNGEA I-GEL Nº 2
MÁSCARA LARÍNGEA I-GEL Nº 2.5
Quicktrach I Pediátrico Ref 30040021
Quicktrach I Neonatal Ref 30040151
LARINGOSCO AIRTRAQ TUBO 2.5 A 3.5 NEO
LARINGOSCO AIRTRAQ TUBO 4 A 5.5 PED
Tubo Laringeo Desc. C/Aspiração 0 + SERINGA 20ML
Tubo Laringeo Desc. C/Aspiração 1
Tubo Laringeo Desc. C/Aspiração 2 + SERINGA 60ML
Tubo Laringeo Desc. C/Aspiração 2.5
Sache Lubrigel a base de água 5g
Introdutor Bougie Pediatrico /Não dobrar - Manter fora da maleta

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não aplicável

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CONTAGEM E CONFERENCIA DE COMPRESSAS, GAZES E AGULHAS DE SUTURA

1. OBJETIVO

Documentar o processo de contagem de compressas, gazes e agulhas de sutura no trans-operatório;

Utilizar instrumento que facilite a conferencia e registro da contagem de compressa, gaze e agulha de sutura durante os procedimentos cirúrgicos;

Padronizar o processo de contagem de compressa, gaze e agulha de sutura para minimizar o risco de retenção destes materiais após procedimentos cirúrgicos.

2. DEFINIÇÃO

A descrição de corpos estranhos retidos na cavidade abdominal após um procedimento cirúrgico é escassa na literatura médica. Em média, a cada 500 a 1500 operações intra-abdominais ocorre um caso, ou seja, uma incidência em torno de 0,15% a 0,2%.

Para minimizar o risco de retenção de compressa, gaze e agulhas de sutura é recomendado a contagem das mesmas em todos os procedimentos cirúrgicos.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação

1.1 Indicado contagem de compressa, gaze e agulha de sutura em todos os procedimentos cirúrgicos, principalmente na abertura de cavidade torácica ou abdominal.

Contra indicação:

1.2 Postectomia

1.3 Uro endoscópica;

1.4 Histeroscopia;

1.5 CTG;

1.6 Passagem de cateter/Mielograma/Biópsia;

1.7 Traqueostomia;

1.8 Passagem de cateter de PIC;

1.9 Artroscopia/cirurgias ortopédicas endoscópicas;

1.10 Oftalmo;

1.11 Lipo e blefaroplastia.

1.12 Varizes

1.13 Exerese de lesões cutâneas

1.14 Ortopedias de mão e pé.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Prontuário eletronico;

Embalagem do pacote das compressas, gazes e agulhas de sutura;

Campo padronizado para cobertura do hamper, onde serão desprezadas as compressas e gazes e caixa imantada própria para acondicionamento das agulhas de sutura.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

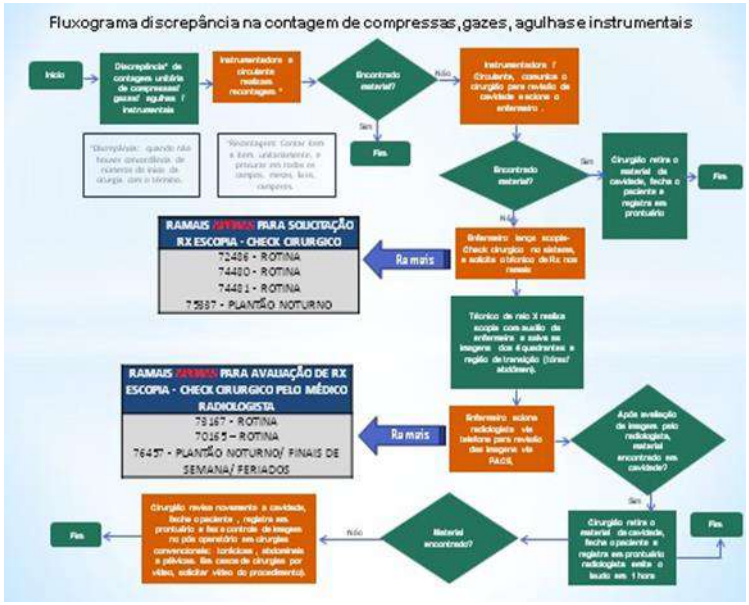
Informar quais orientações devem ser transmitidas aos envolvidos no procedimento

6. DESCRIÇÃO

Técnico de Enfermagem - Circulante	**Segurança**	**Proteção**
Na montagem da sala realizar conferência para certificar-se de que não há compressas/gazes abertas em sala de cirurgia e quantas compressas foram fornecidas no carrinho montado pela Central de material/Farmácia; Identificar hamper destinado para descarte das compressas/gazes com cobertura estéril de coloração azul; Formalizar a guarda do invólucro do pacote de compressa, gaze e agulha de sutura com anotação de finalidade de uso (ex:cavidade, cateter central, back table); Solicitar a equipe médica a conferência do número de compressas, gazes e agulhas de sutura de cada pacote aberto realizando contagem uma a uma em voz alta; Abrir pacote de compressa/gaze solicitado pela equipe médica; Abrir pacote de fios de sutura solicitado pela equipe médica; Abrir caixa imantada para acondicionamento das agulhas dos fios de sutura; Agrupar as compressas descartadas no decorrer do procedimento em número de 05 unidades e de gaze no número de 20 unidades; Solicitar a equipe médica para avisar no momento do início do fechamento para realizar a conferência das compressas, gazes e agulhas de sutura; Conferir com equipe médica as compressas, gazes de mesa cirúrgica e campo operatório e agulhas de sutura	Todas as fases da descrição do procedimento visam minimizar o risco de retenção de compressas e gazes nos pacientes cirúrgicos.	Paciente

acondicionadas na caixa imantada; No momento da contagem compressa, gaze e agulha de sutura, o circulante de sala, questionará o instrumentador sobre a quantidade de compressas, gazes em campo, fios de suturas abertos para posteriormente realizar a soma com as		

compressas, gazes que estão no hamper e agulhas dos fios de sutura que estão na caixa imantada. Informar a equipe médica o resultado; Anotar em local próprio no prontuário eletrônico (doc institucional – check out – contagem de gaze/compressa) a quantidade e tamanho das compressas, gazes e agulhas de sutura abertas; Realizar registro no prontuário (check-out); Durante a passagem de plantão entre circulantes de sala, sempre que possível, deve ser solicitado à equipe que realize a contagem e conferência das compressas, gazes e agulhas de suturas, caso a cirurgia esteja em andamento. Caso ocorra discrepância na contagem de compressas, gazes e agulhas de sutura: **DEVE-SE** Notificar a equipe médica e o Enfermeiro responsável pela sala de cirurgia; Deverá ser feito a recontagem (uma a uma) e posteriormente a busca da(s) compressa(s), gaze(s) e agulha(s) de sutura faltante(s); Após a recontagem, caso seja mantida a inconsistência no número de compressa, gaze, e/ou agulha de sutura, solicitar scopia conforme fluxograma.		

Equipe médica avalia os resultados; Equipe de enfermagem anota no prontuário eletrônico (contagem de gaze/compressa) e notas de enfermagem e anexar a imagem da radioscopia ao prontuário.  		

7. RESPONSÁVEIS

Equipe da Enfermagem e Equipe médica

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Colaboração da equipe médica com a contagem de compressa, gaze e agulha de sutura dentro do padrão estabelecido;

Discrepância na contagem de compressas, gazes e agulhas de sutura; Processo de recontagem de compressa, gaze e agulha de sutura;

Realização de scopia mediante discrepância na recontagem de compressa, gaze, agulha de sutura;

Esquecimento de compressas, gaze e/ou agulha de sutura em cavidade.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

No treinamento admissional setorial e especifico da unidade (bianual).

11. REGISTROS DA QUALIDADE

No prontuário eletrônico, registrar em Doc Institucional – Check-out na sala de cirurgia – contagem de gaze/compressa.

No caso de contingência, utilizar o impresso que se encontra na pasta de contingência.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica

13. ANEXOS

Não se aplica

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Corpos estranhos provenientes de acessos cirúrgicos à cavidade abdominal: aspectos fisiopatológicos e implicações médico legais Rev. Col. Bras. Cir. vol.33 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2006

erenciar fontes consultadas que sustentam e fazem prova do que é transmitido no procedimento.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS

1. DEFINIÇÃO

Descreve as ações a serem realizadas para doação de múltiplos órgãos, após o diagnóstico de morte encefálica (Óbito) dos pacientes atendidos no Hospital.

2. OBJETIVOS

Realizar o processo de doação efetiva de múltiplos órgãos e tecidos após a notificação de pacientes com diagnóstico de morte encefálica (ME) no Hospital.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação:

Todos os pacientes com diagnóstico de morte encefálica no Hospital, definidos pela Resolução CFM Nº 1.480/97

Obs.: Os critérios para alocação dos enxertos são de responsabilidade da CNCDO/GO (Central Estadual de

Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos de Goiás), conforme determinação legal

Contraindicações Absolutas para Doação:

a) Soropositividade para HIV

b) Soropositividade para HTLV I e II

c) Tuberculose em atividade

d) Neoplasias (exceto tumores primários do SNC e carcinoma in situ de útero e pele)

e) Sepse refratária

f) Infecções virais ou fúngicas graves, ou potencialmente graves na presença de imunossupressão, exceto as hepatites B e C

(Portaria 2.600, de 21 de Outubro de 2009)

4. RESPONSÁVEIS

Membros da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) do Hospital e da Organização de Procura de Órgãos (OPO), conforme legislação.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Não se aplica

6. MATERIAL

Não se aplica

6. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

PRÉ PROCEDIMENTO

Os familiares devem ser comunicados antes de iniciar os exames protocolares de diagnóstico de morte encefálica

Acionar o Serviço de Psicologia sempre que necessário

Este documento será revisado e atualizado para o HMAP, conforme resultado do Chamamento

O médico deverá informar aos familiares cada resultado dos exames para diagnóstico de ME (1º e 2º exames clínicos e exame complementar)

Caso os familiares queiram acompanhar o exame, deve-se sugerir apenas o acompanhamento do exame complementar

A família pode indicar um médico de sua confiança para acompanhar a realização dos testes clínicos

Garantir que os familiares estejam presentes ao término do Protocolo de ME para entrevista familiar e desfecho do caso

PÓS PROCEDIMENTO

A equipe médica deverá orientar a família sobre o diagnóstico de ME e em relação à obrigatoriedade de notificação à CNCDO/GO

A equipe da CIHDOTT/OPO deverá orientar a família sobre o processo de doação de órgãos e tecidos em todos os casos viáveis

Durante todo o processo, oferecer suporte necessário à família juntamente com os Serviços de Hospitalidade e

Psicologia

Caso a doação seja efetivada, é de responsabilidade da CIHDOTT, garantir a entrega do corpo dignamente recomposto aos familiares

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• O diagnóstico de ME deve ser concluído em todos os casos suspeitos e sua notificação à CNCDO/GO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos) é OBRIGATÓRIA independente da possibilidade ou não de doação de órgãos, conforme Lei N° 9.434/97

• A Declaração de Óbito deverá ser preenchida logo após a confirmação do diagnóstico de ME e com o horário do último exame realizado (clínico ou complementar) para determinação da ME, conforme Resolução CFM Nº 1.826/07

• O horário de finalização dos exames clínicos realizados, tanto no primeiro quanto no segundo teste, deve coincidir com o horário do resultado da gasometria arterial coletada após a finalização do teste de apneia (2ª coleta), de acordo com a Resolução CRM N° 1.480/97

• Durante os exames ou após a confirmação do diagnóstico de ME, a unidade (enfermeiro ou administrativo) deverá comunicar a CIHDOTT HMAP e está notificar o CNCDO/GO ou órgão de referência local

• Deverá aguardar de 4 a 5 vezes a meia vida da droga depressora do SNC que o paciente utilizou ou está utilizando, para poder iniciar os testes do Protocolo de ME (Tabela de meia vidas das drogas depressoras do SNC em anexo)

ENFERMEIRO DA CIHDOTT E/OU ÓRGÃO DE REFERÊNCIA DEVERÁ:

1) Conferir a história e exames do potencial doador e discutir caso com médico titular e/ou plantonista da
UTI

2) Checar ou solicitar o correto preenchimento do Termo de Declaração de Morte Encefálica

3) Notificar o órgão de referência e/ou CNCDO/SP

4) Avaliar a viabilidade de doação de múltiplos órgãos e tecidos e, se não possuir contraindicações, preencher impressos próprios e encaminhar informações do potencial doador ao órgão de referência e/ou CNCDO/SP

5) Se viável, entrevistar a família do doador e esclarecer sobre o processo de doação de órgãos e tecidos.
É imprescindível esclarecer todas as etapas do processo

6) Providenciar cópia dos documentos para família e órgão de referência. Arquivar originais no prontuário.

7) Em caso de consentimento à doação, solicitar a assinatura do Termo de Autorização de Doação de Órgãos e tecidos. Caso contrário, orientar familiares e equipe, em conjunto com equipe médica, sobre a suspensão do suporte terapêutico, de acordo com a Resolução CFM Nº 1.826/07, e entrega do corpo aos familiares.

8) Comunicar o setor de Hospitalidade sobre a ocorrência do processo de doação de órgãos para auxílio à família

9) O Enfermeiro do órgão de referência levará amostras de sangue para realização de exames sorológicos e provas de Histocompatibilidade (HLA) em instituições indicadas/credenciadas pela CNCDO/GO

10) Realizar/Orientar quanto à manutenção hemodinâmica do potencial doador, de acordo com as
Diretrizes AMIB
11) Agendar o horário de retirada dos órgãos, junto a órgão de referência e comunicar o enfermeiro da unidade. Caso os familiares queiram saber, comunicá-los.
12) Agendar Centro Cirúrgico
13) Comunicar o médico anestesista para realização da manutenção hemodinâmica durante a cirurgia de extração de múltiplos órgãos
14) Comunicar o nome do responsável de cada Equipe de Transplante e os órgãos a serem retirados ao centro cirúrgico
15) Receber as Equipes de Transplante/Enfermeiro do órgão de referência e acompanhar todo o procedimento
16) Verificar o correto acondicionamento dos órgãos e identificação das caixas térmicas
17) Garantir a entrega do corpo dignamente recomposto aos familiares e realizar as orientações finais
APÓS AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO DA CIHDOTT / órgão de referência , O ENFERMEIRO DA UNIDADE
DEVERÁ:
1) Providenciar os seguintes exames: hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, TGO, TGP, amilase, gama GT, fosfatase alcalina, bilirrubina total e frações, glicemia, CK, CKMB, TP, TTPA, gasometria arterial (FiO2 100%), Raio X de tórax e ECG (se indicado, providenciar Ecocardiograma e Broncoscopia)
2) Manter contato com a CIHDOTT e/ou órgão de referência e informar qualquer alteração no quadro do potencial doador
O AGENTE ADMINISTRATIVO DEVERÁ, APÓS AVISO DO ENFERMEIRO DA CIHDOTT: EM CASOS DE
DOAÇÃO:
1) Solicitar ao setor de Internação a Declaração de Óbito a ser preenchida após término do Protocolo de ME e entrevista familiar
2) Encerrar prontuário do paciente e solicitar à Internação a abertura de novo prontuário e nova passagem
"paciente internado como doador de órgãos" e, a partir deste momento, todo lançamento deverá ser feito nesta nova passagem (Prontuário Doador)
3) Imprimir e trocar as etiquetas do paciente
4) Informar este novo prontuário aos setores envolvidos

5) Checar com a Internação a realização do Boletim de Ocorrência quando a morte for relacionada a causa externa

EM CASOS DE RECUSA:

1) Aguardar desfecho do caso para solicitar a Declaração de Óbito e encerrar o prontuário do paciente

Obs.: A data e hora registradas na Declaração de Óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica, conforme Resolução CFM Nº 1.826/07

APÓS AVISO DO AGENTE ADMINISTRATIVO DA UNIDADE, A INTERNAÇÃO DEVERÁ:

1) Abrir novo prontuário e nova passagem "paciente internado para a doação de órgãos" vinculados ao prontuário do paciente (Prontuário Doador)

2) Informar o número do novo prontuário e passagem ao agente administrativo e Enfermeiro da CIHDOTT

3) Criar aviso em tela DOADOR DE ÓRGÃOS no SGH

APÓS OS PROCEDIMENTOS ACIMA DESCRITOS, O ENFERMEIRO DO CENTRO CIRÚRGICO DEVERÁ:

1) Providenciar a montagem da sala operatória de acordo com os órgãos a serem retirados

2) Avisar o controlador de acessos sobre a chegada das Equipes de Transplante

3) Assessorar o Enfermeiro do órgão de referência durante o procedimento de retirada de órgãos. Cada equipe deverá fazer o relatório de cirurgia em duas vias, sendo uma para o receptor, junto com uma cópia da documentação do doador e a outra cópia arquivada junto ao prontuário do doador (em casos de encaminhamento do doador ao IML, preencher terceira via do relatório de cirurgia). Na tampa de cada geladeira térmica, deverá existir a identificação do órgão acondicionado, data de captação, horário de clampeamento da aorta, características do órgão e enxerto de acordo com RDC 66/2009. Cada Instituição deverá trazer sua geladeira.

4) Receber o doador e checar identificação correta e documentação (Termo de Declaração de Morte Encefálica, exame comprobatório de ME, Termo de Autorização de Doação de Órgãos e Tecidos, sorologias e tipagem sanguínea)

5) Encaminhar o corpo para o Morgue (que providenciará a transferência para SVO e/ou IML) ao final do procedimento, com o impresso Aviso de Óbito e arquivar os relatórios cirúrgicos das equipes que retiraram os órgãos no prontuário

6) Encaminhar prontuário completo e protocolado para a unidade de origem, que posteriormente será arquivado no SAME

7) Após o término do procedimento solicitar a internação que encerre o prontuário atual do paciente

1. IMPORTANTE:

• O sigilo das informações está garantido pela equipe assistencial e de apoio, que está orientada a entregar o prontuário para o receptor e/ou sua família quando solicitados, sem os documentos citados acima.

Procedimento

Diagnóstico de Morte Encefálica

Realizar a entrevista familiar

Reconstituição condigna do corpo Segurança

O diagnóstico de morte encefálica deve ser realizado conforme a resolução do CFM. É direito da família e dever do da equipe médica

Todo familiar deve ter direito ao conhecimento da possibilidade de doação de órgãos de seu ente querido. A entrevista deve ser realizada respeitando a cultura e religião dos familiares

A doação de órgãos não impede a realização de cerimonias fúnebres. Assim, o corpo deve ser devolvido aos familiares, recomposto. Cabe a equipe de captação cuidar dessa reconstituição.

Proteção

Família e Equipe

Família

Família e Equipe

9. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Critérios clínicos de morte encefálica incompletos ou insuficientes.

Coleta de exames como sorologias ou retirada de gânglios antes da autorização de doação da família do potencial doador.

Recomposição inadequada do doador falecido.

Informações Insuficientes para a Família.

10. PADRÃO DE PRÁTICA

Todas as mortes encefálicas (óbitos) notificadas

Família do potencial doador adequadamente orientada sobre o processo de doação de órgãos

Qualidade da assistência prestada, com relação à satisfação da família frente ao processo de doação de órgãos e tecidos

Segurança no processo de doação por meio do seguimento correto da rotina Alocação segura dos órgãos e/ou tecidos doados pela família

11. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica

12. REGISTRO

Descrever os procedimentos na folha de anotação de enfermagem e evolução Documentação de autorização de doação de órgãos e tecidos para transplante

13. INDICADORES DE QUALIDADE

- Nº DE NOTIFICAÇÕES/Nº DE POTENCIAIS DOADORES (DIAGNOSTICO ME)
- Nº DE DOADORES EFETIVOS/ Nº POTENCIAIS DOADORES (DIAGNOSTICO ME)

14. ANEXOS

Protocolo_Manutenção_ME.pdf
Prontuário_Doador_versão_2021.pdf
Fluxo_ME.pdf
Medicamentos_Meia_Vida.pdf
Termo_de_Declaração_de_ME.pdf

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Leis, etc. Lei nº. 9.434, de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do
corpo humano para fins de transplante, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 fev. 1997.
Seção 1, p. 2191-3.
BRASIL. Leis, etc. Decreto nº. 2.268 de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei n º 9.434, de 4 de fevereiro de
1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e
tratamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1 jul. 1997. Seção 1, p. 13739
http://www.abto.org.br/profissionais/profissionais.asp#
Brasil. Portaria GM/MS nº. 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema
Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União 2009. Cap.VI,p. 26.
CLARCK, P.A. To be or not to be a donor: a person's right of informed consent. Current Opinion in Organ
Transplantation, 2003, 8:334-340.

Este documento será revisado e atualizado para o HMAP, conforme resultado

do Chamamento

PÜSCHET, V.A.A; RODRIGUES, A.S.; MORAES, M. W. A atuação da enfermeira na captação de órgãos para

transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética. O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 26 v.1,

jan./mar., 2002, p. 167.

Resolução Nº 1480. Crit

HIGIENE ÍNTIMA

1. OBJETIVO

Sistematizar a higiene da região genital dos pacientes.

2. DEFINIÇÃO

É a higienização da região genital do (a) paciente, removendo sujidades; objetivando proporcionar conforto, prepará-lo para exames ou tratamentos.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

INDICAÇÕES:

· Paciente em risco de contrair infecções genitais (ex.: incontinência, cateter, incisão cirúrgica);

· Em pacientes que sejam dependentes;

· Solicitem o cuidado;

· Pacientes com sonda vesical;

· Submetidos a cirurgias retais ou genitais.

CONTRA-INDICAÇÕES:

· Não aplicável.

OBSERVAÇÃO: Caso o paciente seja consciente e orientado e não apresente restrições motoras que impeçam seu autocuidado, perguntar sempre se ele (ela) deseja realizar sua própria higiene íntima, sendo oferecido pela enfermagem o auxílio necessário.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

· Jarro (protegido com saco plástico);

· Água morna;

· Comadre ou bacia de inox (envolvida em saco plástico);

· Sabão líquido ou anti-séptico degermante (somente se prescrito pelo médico);

· Luvas de procedimento;

· Mesa auxiliar;

· Fralda (se necessário);

· Toalhas;

· Luvas de banho;

· Saco plástico (um para usar como forro e outro como lixo);

· Hamper.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Orientar familiar/paciente do procedimento a ser realizado informando-o dos passos a serem seguidos para maior colaboração e conforto do mesmo. Salientar a importância da higiene íntima, de acordo com o estado clínico do paciente.

6. DESCRIÇÃO

A. Sexo Feminino:

1. Higienizar as mãos, reunir o material e levar para junto do paciente;
2. Orientar sobre o procedimento, observar o nível de compreensão;
3. Preparar o ambiente solicitando a saída dos familiares, certificar-se que a privacidade do paciente será preservada;
4. Dispor todo o material sobre a mesa auxiliar;
5. Colocar as luvas de procedimento;
6. Retirar a roupa íntima do paciente, e colocá-la em posição ginecológica, protegendo-a com a roupa de cama.
7. Colocar o saco plástico com a toalha e a comadre/bacia de inox (envolvida em saco plástico) sob as nádegas

Nota: Retirar o material fecal se necessário, com papel higiênico e trocar a luva de procedimento após;

8. Verificar a temperatura da água adequada;
9. Irrigar a vulva com água morna;
10. Molhar a luva de banho, ensaboar e lavar a região vulvar por fora, de cima para baixo (direção do períneo para o reto) e em movimento único e unidirecional;

Nota: desprezar a luva após o término do procedimento;

11. Proceder do mesmo modo para lavar internamente;
12. enxaguar a região vulvar;
13. Secar a região genital com a toalha de banho;
14. Limpar a região anal, limpando da vagina em direção ao ânus, em movimento único e unidirecional;
15. Retirar a comadre e o saco plástico com a toalha;
16. Avaliar as condições da região genital;
17. Colocar a roupa íntima do paciente (quando houver) ou colocar a fralda;
18. Verificar as roupas de cama, substituindo-as caso apresente umidade;
19. Retirar as luvas;
20. Arrumar o leito do paciente;
21. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;

22. Registrar o procedimento e anotar as condições da região genital, comunicar qualquer alteração.

Observação: caso use a bacia de inox, realizar a sua limpeza de acordo com o procedimento descrito.

B. Sexo Masculino:

1. Higienizar as mãos, reunir o material e levar para junto do paciente;
2. Orientar sobre o procedimento, observar o nível de compreensão;
3. Preparar o ambiente solicitando a saída dos familiares, certificar-se que a privacidade do paciente será preservada;
4. Dispor todo o material sobre a mesa auxiliar;
5. Colocar as luvas de procedimento;
6. Retirar a roupa íntima do paciente, e colocá-la em decúbito dorsal, protegendo-o com a roupa de cama.
7. Colocar o saco plástico com a toalha e a comadre/bacia de inox (envolvida em saco plástico) sob as nádegas.

Nota: Retirar o material fecal se necessário, com papel higiênico e trocar a luva de procedimento após);

8. Verificar a temperatura da água adequada;
9. Levantar o pênis com a mão esquerda e faça uma pequena irrigação;
10. Molhar a luva de banho, ensaboar e lavar a região;
11. Expor a glande para lavar;
12. Lavar o corpo do pênis e o escroto;
13. Lavar toda a região perineal e anal;
14. Enxaguar com água morna;
15. Secar a região genital com a toalha de banho;
16. Passar hidratante (se necessário);
17. Retirar a comadre e o saco plástico com a toalha;
18. Avaliar as condições da região genital;
19. Colocar a roupa íntima do paciente (quando houver) ou colocar a fralda;
20. Verificar as roupas de cama, substituindo-as, caso apresentem umidade;
21. Arrumar o leito do paciente;
22. Retirar as luvas;
23. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
24. Registrar o procedimento e anotar as condições da região genital, comunicar qualquer alteração.

Observação: caso use a bacia de inox, realizar a sua limpeza de acordo com o procedimento descrito.

7. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

· A falta de observância dos itens relatados acarretará na demora do procedimento, no desconforto do paciente e lesão da região tratada;

· Se o paciente executar os cuidados pessoais, vários problemas tais como secreção vaginal e uretral, irritação da pele e odores desagradáveis podem não ser observados. A enfermagem deve ser atenta às queixas do paciente, tais como disúria ou dor no períneo.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

· Incentivar o autocuidado;

· Perguntar ao paciente se ele (ou ela) deseja realizar sua própria higiene íntima;

· Realização do procedimento por profissional capacitado, seguindo a descrição do procedimento e as recomendações;

· Zelar pelo conforto e bem estar do paciente.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

· Treinamento admissional.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Anotação de Enfermagem: registrar a realização da higiene íntima, se o paciente optou pela realização de sua própria higiene íntima quando aplicável (ou seja, quando o paciente é consciente, orientado e sem restrições motoras), a hora que foi realizada, intercorrências e conduta e alterações identificadas.

Evolução de Enfermagem: quando aplicável (alterações ou achados clínicos significativos).

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brunner LS, Suddarth DS – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.

Potter Patricia A, Perry Anne G. Grande Tratado de enfermagem Prática: Clínica e Prática Hospitalar. 3ºed. São Paulo: Editora Santos; 1998. P.634-37.

Castelli Lacerda & Carvalho, Enfermagem no CTIP, Roca, 1ºed., SP, 1998.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não se aplica.

Higiene Íntima – Unidades dos Programas Governamentais

1. DEFINIÇÃO

Higiene Íntima Feminina: É o cuidado de enfermagem relacionado a higiene da região vulvar, perineal epubiana da mulher, na impossibilidade da paciente em realizá-la por si.

Higiene Íntima Masculina: É o cuidado de enfermagem relacionado à higiene da região intima masculina, dospacientes que estão impossibilitados em realizá-lo por si só.

2. OBJETIVOS

Sistematizar a higiene da região genital das pacientes femininas.

Manter a integridade da pele, prevenir infecções, controlar infecções quando já instalado e conforto dopaciente.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicações:

Cópia Controlada

- Pacientescom risco de contrair infecções genitais;

- Em pacientes dependentes de assistência;
- Pacientes com sonda vesical;
- Pacientes submetidos a cirurgias retais e genitais.

Contraindicações:

Pacientes hemodinamicamente instáveis e cirurgias urológicas

Observação: pacientes conscientes e orientados que não apresentem restrições motoras que impeçam o autocuidado, pergunte se o mesmo deseja realizar a higiene intima, oferecendo auxilio pela enfermagem.

4. RESPONSÁVEIS

Equipe de enfermagem.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

- Orientar paciente quanto à necessidade da realização do procedimento.

6. MATERIAL

- Bandeja
- Máscara
- Avental descartável
- Óculos
- Carrinho de banho
- Biombo
- Lençol
- Forro
- Toalha
- Comadre
- Luvas de procedimentos
- Sabonete neutro ou antisséptico degermante
- Fralda, sem necessário
- Saco plástico
- Pacote de compressa
- Hamper

7. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

Orientar paciente e familiar quanto à importância da realização da higienização de forma e sequencia correta, prevenindo infecções e mantendo integridade e conforto do paciente.

Orientar sobre os cuidados com o curativo e manutenção do cateter, quando indicado.

8. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Separação de todos os materiais antes de se encaminhar ao leito do paciente, evitando exposição demorada.
- A não visualização de secreção e lesão vaginal e da uretra, irritação da pele e odores desagradáveis podem não ser observados caso a higiene seja realizada pela própria paciente.
- Atentar-se a queixas de disúria e dor perianal.
- Dermatite associada á incontinência urinária

9. PADRÃO DE PRÁTICA

- Redução de infecção.
- Fornecimento de orientações corretas e adequadas ao paciente e familiar.

11. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional, treinamento mediante necessidade ou solicitação da unidade.

12. REGISTRO

Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados

13. INDICADORES DE QUALIDADE

N/A

14. ANEXOS

N/A

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARE, B. G; SUDDARTH, D. S. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.12 Ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011.

BRASIL. Manual de procedimentos de enfermagem. Disponível em: http://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos-leitura. Acessado em: 04 out. 2016

16. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Banho no leito

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

HIPODERMÓCLISE

1. DEFINIÇÃO

Hipodermóclise consiste na administração lenta de soluções no espaço subcutâneo, de forma contínua ou intermitente, sendo o fluido transferido para a circulação sanguínea por ação combinada entre difusão de fluidos e perfusão tecidual.

2. OBJETIVOS

• Promover acesso alternativo à via intravenosa para administração de alguns fármacos indicados na prática clínica.
• Reduzir múltiplas punções venosas e exposição à dor.
• Sistematizar a prática para administração de soluções e fármacos por infusão subcutânea contínua e intermitente garantindo a segurança do processo.

3. INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

Indicação

• Pacientes adultos e pediátricos que estejam elegíveis para este tipo de acesso;
• Prevenção e tratamento da desidratação moderada;
• Pacientes com intolerância ou dificuldade para ingestão de líquidos por via oral por náuseas e vômito constantes e persistentes, diarreia, obstrução do trato gastrointestinal por neoplasia e intolerância gástrica;
• Reposição de eletrólitos, com descompensação moderada;
• Pacientes com difícil acesso venoso, impossibilidade ou limitação para administração de medicamentos que podem ser infundidos por via subcutânea.

Contra Indicação

• Anasarca, hipoalbuminemia;
• Desequilíbrio hidroeletrolítico severo e desidratação severa incluem Na > 150mEq/L, osmolaridade sérica > 300mOsm/Kg;
• Situações de emergência – administração rápida, ICC grave, SVCS (Síndrome da Veia Cava Superior), instabilidade hemodinâmica, vasoconstrição periférica acentuada;
• Punção em local próximo à cirurgia, pelo comprometimento da circulação linfática;
• Punção em áreas irradiadas;
• Punção na região mastectomizada e pós esvaziamento ganglionar pelo comprometimento na circulação linfática e absorção;

• Punção abdominal na presença de ascite, distensão e estomas;
• Distúrbios da coagulação, como trombocitopenia grave;
• Punção em local com sinais de infecção, inflamação ou próximas a lesões de pele, articulações e proeminências ósseas.

4. RESPONSÁVEIS

Médico: Prescrição médica da terapia por hipodermóclise e infusão subcutânea de medicamentos/soluções.

Enfermeiro: Análise do tipo de terapia prescrita pelo médico, análise e seleção do local da punção e punção subcutânea, (requer validação para técnica de punção), conhecimento dos riscos, educação continuada permanente da equipe, administração de medicamentos, resgate de analgésico opióde, avaliação e manejo das complicações.

Técnico de enfermagem: Administração de medicamentos e manutenção. Conhecimento dos riscos X benefícios e educação continuada permanente.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Profissional habilitado para avaliar as condições do tecido subcutâneo e na técnica da punção;

Bomba de infusão nos casos de prescrição de opióides diluídos em volumes até 100 ml em 24h.

6. MATERIAL

• Bandeja inox;
• Álcool 70% ou detergente desinfetante;
• Panos de limpeza;
• Swabs com álcool 70%;
• 01 Cateter Periférico Nexiva® ou Intima® (Calibre 22 e Calibre 24 Avaliar o paciente anteriormente à punção);
• 01 película semi-permeável transparente estéril (10 x12cm);
• 01 Seringa previamente preenchida com solução fisiológica 0.9%;
• 02 Conectores Valvulados (MicroClave®);
• 01 par de luvas de procedimento;
• Óculos de segurança;
• Bomba de infusão contínua ou equipo dosador ml/h (Dial a Flow®);
• 01 pacote de gaze estéril de 5 unidades para compressão local, caso o dispositivo seja retirado;

• Caixa para descarte de material pérfurocortante;
• Saco plástico;
• Fita adesiva.

7. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Pré-Procedimento:

• Indicação do procedimento;
• Posicionamento do paciente e local da punção;
• Orientação ao paciente e familiar sobre o aparecimento do edema local decorrente do depósito de soro e medicação que será absorvido pelo organismo lentamente.

Pós-Procedimento:

• Observar queixa de dor, hiperemia e edema local que devem desaparecer em no máximo 4 h, caso contrário realizar troca de sítio. Comunicar se queixas de dor;
• Orientação sobre a possibilidade de sinais de inflamação no local da inserção do cateter: hiperemia, dor, edema e hematoma;
• Tempo de permanência e troca do dispositivo;
• Proteger o local da punção antes do banho.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Avaliação da prescrição médica. Seguir recomendações sobre o processo de administração de medicamentos, solicitar informação ao farmacêutico clínico quanto a compatibilidades das drogas com a via subcutânea.
2. Higienizar as mãos.Diminuir risco de contaminação.
3. Reunir os materiais sobre a bandeja de inox previamente higienizada
4. Higienizar as mãos Diminuir risco de contaminação
5. Explicar ao paciente/ família sobre o procedimento
6. Conferir a pulseira de identificação com a prescrição médica;
7. Posicionar o paciente e expor apenas a área de punção
8. Avaliar o local onde será realizada a punção
9. Higienizar as mãos
10. Colocar os óculos de segurança
11. Higienizar as mãos
12. Abrir o material com técnica asséptica
13. Higienizar as mãos
14. Calçar luvas de procedimento

15. Preencher o dispositivo com a seringa previamente preenchida com SF a 0,9%
16. Realizar antissepsia da pele por 2 vezes com saches de Álcool a 70% (Swab) em sentido único e firme
17. Fazer uma prega cutânea com a mão não dominante, sem tocar no local da inserção da agulha, puncionar em um ângulo de 30 a 45°
18. Observar se houve retorno de sangue através da aspiração, para assegurar que um vaso não foi atingido. Se houver refluxo de sangue, remover o dispositivo, fazer compressão no local com a gaze estéril e realizar nova punção
19. Fazer flush com 1 ml de SF0.9%, observar facilidade na infusão, ausência de resistência e tolerância do paciente à dor
20. Aplicar filme semipermeável transparente – estéril e identificar como via subcutânea e data
21. Descartar o mandril na caixa de pérfuro-cortante e o restante dos materiais em saco plástico
22. Retirar as luvas
23. Higienizar as mãos
24. Retirar os óculos de segurança
25. Desprezar o saco plástico com resíduos no expurgo e higienizar a bandeja inox
26. Higienizar as mãos
27. Registrar no prontuário, a descrição do procedimento, tamanho do dispositivo, local da punção, intercorrências e outros

Local indicado para punção:

O melhor local para punção é aquele com uma maior quantidade/densidade de tecido subcutâneo. A tolerância de cada região para a infusão varia conforme as condições gerais de cada paciente e o volume a ser infundido.

O cateter deve ser inserido em ângulo de 30° a 45° em relação à pele, e é dependente da espessura do tecido subcutâneo.

Pacientes emagrecidos/caquéticos devem ser puncionados num ângulo menor, entre 30° e 35 ° graus, devendo-se evitar área de punção em região torácica por risco acidental no ângulo da punção e risco de pneumotórax.

Região abdominal (mesogástrica) - área de maior absorção;

Região torácica subclavicular (também considerada área de maior absorção) - evitar o tecido mamário;

Região anterolateral da coxa;

Região Escapular - região indicada em pacientes agitados e em estado de Delirium com tendência a retirar o dispositivo;

Região Deltoidea – indicada para administração apenas em bolus, não está indicada para infusão contínua com grande volume.

Tempo de Permanência

O dispositivo deve ser trocado preferencialmente em 96h, ou ser removido ao primeiro sinal flogístico, endurecimento local e dor relatada pelo paciente e dificuldade de infusão. Em alguns casos, a troca da punção pode variar de acordo com as condições do paciente e avaliação do enfermeiro, não devendo exceder um período de até 6 dias.

A formação de edema local é comum e transitória. Se não houver sinal de absorção além do tempo previsto (4 horas) ou se aumentar, deve-se descontinuar a administração e reiniciar em outro local.

A avaliação do local após o início da infusão, deve ser de 1 hora em 1 hora nas primeiras 4 horas. E após, a cada 6 horas ou conforme avaliação do enfermeiro.

OBS.: EM BOLUS - Volume máximo 2 ml

9. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

• Posicionamento incorreto da agulha;
• Não considerar a direção centrípeta para a punção;
• Punção acidental de estruturas importantes em pacientes emagrecidos, desnutridos e caquéticos;
• Ausência de permeabilização do acesso;
• Obstrução do acesso por incompatibilidade de drogas;
• Infecção.

10. PADRÃO DE PRÁTICA

• Realizar a punção subcutânea (Hipodermoclise) a fim de reduzir os riscos de complicações e assegurar a manutenção do dispositivo até o termino da terapia;
• Avaliar indicação e características das drogas a ser infundida para prevenir complicações da hipodermoclise, minimizando os eventos relacionados a terapia de infusão.

11. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

• Requer validação prática de 2 punções;
• Treinamento anual em unidades de baixa demanda;
• Treinamento bianual em unidades de alta demanda;
• Admissional setorial.

12. REGISTRO

Prontuário Eletrônico

13. INDICADORES DE QUALIDADE

Não se aplica

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANCP ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

2. CREMESP http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf

3. INCA- manual de cuidados paliativos

4. CORENSP 2009 - Hipodermóclise

5. NHS- Lananarkshire-Linda Jonstone, Macmillan Area Lead Pharmacist-Palliative Care

6. Lopez Jh, Reyes- Ortiz Ca. Subcutaneous Hydration By Hypodermoclysis. Ver Clin Gerontol..2010:20(2):105-13

7. Infusion Nurses Society- Hypodermoclysis In The Home And Long Term Care Setting- Edward H. Lybarger ,Ba,Rn,Crni®

8. Jornal Of Infusion Nursing January/February 2011-Infussion Nursing Standards Of Pratice

9. http://www.teses.usp.br/teses/disponíveis/22/22132/tde-19012012-104714/publico/elietefariasazevedo.pdf

10. Justad M. Continuous subcutaneous infusion: an efficacious cost effective analgesia alternative at the end of life. home health nurse .2009; 27(3):140-147

11. Lybarger eh.hypodermoclysis in the home and long term care settings.j.infus nurs.2009:32(1);40-44

ACTA Paulista de Enfermagem.VOL 25 (5). São Paulo 2012 - Administração de Antibióticos por Via Subcutânea: Uma Revisão Integrativa da literatura

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

MANUAL OPERACIONAL UTI ADULTO

1. INTRODUÇÃO

O HUGO conta com 57 leitos de UTI receberá

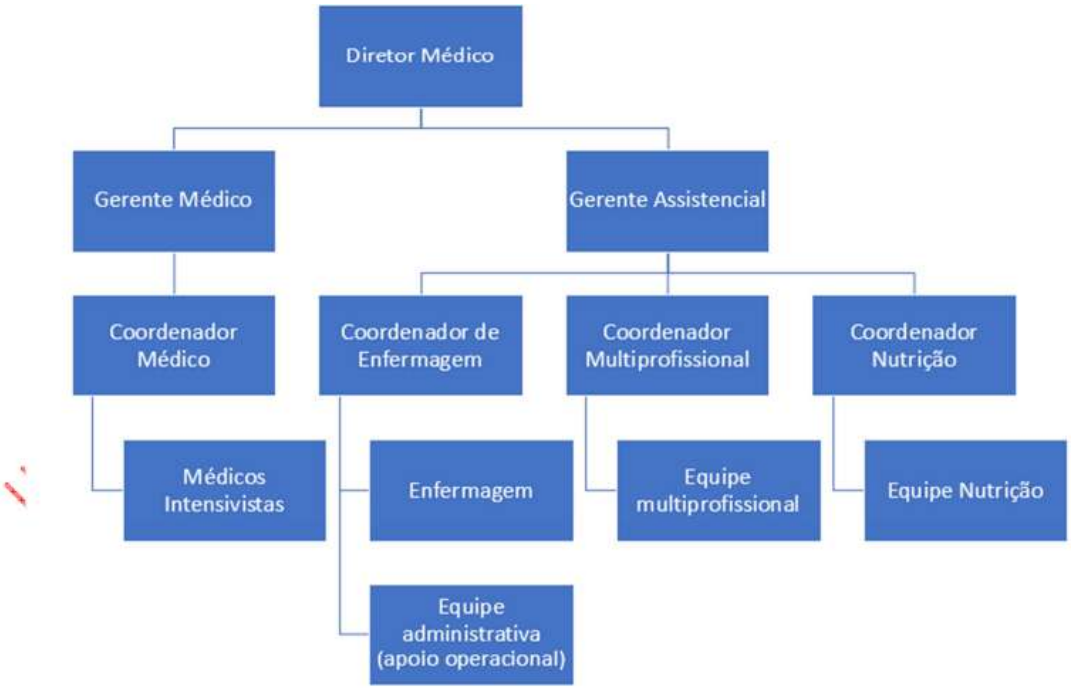
pacientes, preferencialmente, provenientes do PS, internação ou após cirurgias ou procedimentos.

Os pacientes admitidos na UTI Adulto serão aqueles que apresentam quadros clínicos instáveis e/ou com potencial de deterioração aguda, e que necessitam de monitorização contínua e cuidados intensivos. Como princípio, estes quadros clínicos deverão ser potencialmente reversíveis.

2. CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

- RDC/ANVISA nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002
- RDC ANVISA nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, atualizada versão 2017.
- RESOLUÇÃO COFEN 543/2017

2. ORGANOGRAMA



4. DIMENSIONAMENTO DO SETOR

- ***RECURSOS HUMANOS:***

Cargo / Categoria Profissional
COORDENADOR ENFERMAGEM
COORDENADOR MÉDICO
COORDERNADOR FISIOTERAPIA
ENFERMEIRO SENIOR
ENFERMEIRO PLENO
ENFERMEIRO JUNIOR
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
MÉDICO DIARISTA
MÉDICO PLANTONISTA
FISIOTERAPEUTA SENIOR
FISIOTERAPEUTA PLENO
FISIOTERAPEUTA JUNIOR
NUTRICIONISTA

O dimensionamento de enfermagem segue a RDC 07, considerando 01 enfermeiro para cada 08 pacientes, 01 TE para cada 02 pacientes + 01 para apoio assistencial + 01 para diálise.

O dimensionamento da fisioterapia segue a a RDC 07, considerando um profissional para cada 10 pacientes.

O dimensionamento médico intensivista conta com 1 médico para cada 10 leitos e 1 diarista para cada 10 leitos, além do coordenador médico.

Há 1 nefrologista diariamente disponível para hemodiálise e condutas nefrológicas.

Especialidades cirúrgicas disponíveis para seguimento conjunto e interconsulta de pacientes.

• ***ESTRUTURA FÍSICA:***

A UTI Adulto constituída por:

1) Recepção

2) 4 UTIs sendo (12, 20,17 e 8 leitos)

3) Posto de Enfermagem

4) Sanitários

5) Expurgo

6) DML

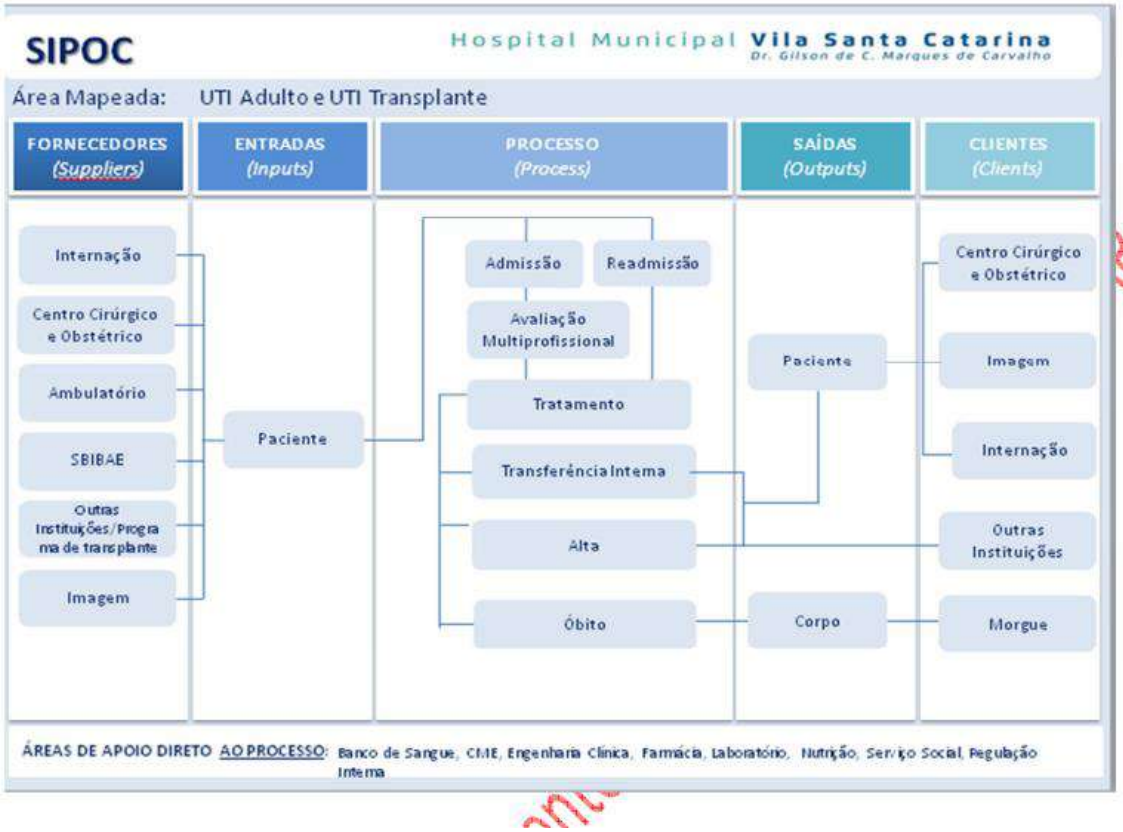
7) Conforto médico

8) Sala de equipamentos

Equipamentos:

Marca-passo, monitor hemodinâmico, monitor multiparamétrico, ventilador mecânico, BIS (Monitor de Índice Bispectral), monitor e ventilador de transporte, ventiladores não invasivos, bombas de infusão, compressor pneumático, maquinário de hemodiálise (osmose e hemodialisadores) e balão intraórtico.

5. SIPOC DO SETOR: (modelo de sipoc – será adaptado posteriormente)



6. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Os indicadores do hospital estão alocados na nuvem e representam parte dos resultados das áreas. Todos os indicadores possuem Fichas Técnicas e análise periódica dos resultados.

• TAXA DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADO À SONDA VESICAL DE DEMORA
• TAXA DE INFECÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA (ICS) ASSOCIADO A CATETER VENOSO CENTRAL
• TAXA DE INFECÇÃO PNEUMONIA (PAV) ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA
• TAXA DE LESÃO POR PRESSÃO ADQUIRIDA NO HOSPITAL
• QUANTIDADE DE DIAS SEM EVENTO ADVERSO CATASTRÓFICO
• TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO (CONSEQUÊNCIA D EM DIANTE)
• TAXA DE QUEDA COM DANO GRAVE OU MODERADO

TAXA DE OCUPAÇÃO NA UTI ADULTO
• TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA UTI ADULTO EM 24 - 48 HORAS
• TAXA DE REINTERNAÇÃO EM UTI E

• GIRO DE LEITO NA UTI ADULTO TAXA MORTALIDADE EM SEPSE / CHOQUE SÉPTICO

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

MUDANÇAS DE DECÚBITO

1. OBJETIVO

1. Otimizar as mudanças de decúbito do paciente, evitando contato e manobras incorretas;
2. Estabelecer passos para possibilitar que o paciente seja mudado de decúbito, da maneira correta, sem desgastes ao paciente e o próprio terapeuta, visando, em caso de prognóstico favorável, que essa mudança seja realizada de forma independente.

2. DEFINIÇÃO

Manobras utilizadas na mudança de decúbito do paciente impossibilitado de realizá-la.

3. INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

Indicação

A todos os pacientes que tenham a necessidade de transferência de decúbito e não possam realizá-la

Contraindicação

A paciente com PIC, fraturas e/ou outras complicações que não permitam movimentos de rotação ou flexão da articulação.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não aplicável.

1. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

1. Explicar ao paciente o porquê que irá mudá-lo de posição;
2. Explicar ao paciente a importância de seguir as informações;
3. Explicar ao paciente que qualquer desconforto, deve ser avisado ao fisioterapeuta;
4. Posicioná-lo adequadamente e orientá-lo da necessidade de manter a posição corretamente;
5. Fornecer um "Feed-Back", quando possível ao paciente de seu esforço realizado.

5. DESCRIÇÃO

Decúbito dorsal para o lateral;

1-Alinhar o paciente no leito;

Figura 1

Flexionar os membros inferiores solicitando, se possível, o auxílio do paciente para que se desloque para uma das laterais, manter os membros inferiores fletidos e posicionar o membro superior do lado contrário da rotação sobre o tronco.

Figura 2

Manter os membros inferiores fletidos e com uma mão apoiada na escápula, solicitar que o paciente role para o lado desejado, caso não ocorra a colaboração do doente, realizar o movimento passivamente, sempre iniciando ou com membros inferiores ou com membros superiores, nunca os dois juntos.

Figura 3 Figura 4

Posicionar a escápula inferior anteriorizada, evitando que o paciente deite sobre seu ombro.

Figura 5

Posicionar o paciente segundo descrição de posicionamento.

Decúbito lateral para sentado

Manter membros inferiores fletidos, manter escapula inferior anteriorizada e membro superior homolateral em rotação externa, apoiar.

Figura 6

O terapeuta com um dos membros superiores, deverá sustentar cintura escapular e cabeça do paciente, cuidado para não tracionar a coluna cervical e cabeça, causando desconforto e/ou dor.

Figura 7

Colocar os membros inferiores do paciente para fora do leito, o terapeuta deverá apoiar sua outra mão no quadril do paciente.

Figura 8

Solicitar que o paciente auxilie no movimento de sentar.

Sentar

Figura 9 Figura 10

Sentado para ortostatismo, apoiar os membros inferiores do paciente ao solo, sustentar região escapular do paciente, a sustentação também pode ser realizada em região sacral e escapular. Estabilizar região de joelho do paciente.

Figura 11

Solicitar ou realizar a semi-flexão do tronco do paciente.

Figura 12

Solicitar que assuma o ortostatismo ou realizar o movimento para o paciente, devendo o terapeuta estabilizar o joelho do paciente com a perna, assumir o ortostatismo.

6. RESPONSÁVEIS

Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Risco de queda.

8. PADRÃO DE PRÁTICA

Não aplicável.

9. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional.

10. REGISTROS DA QUALIDADE

Evolução em prontuário eletrônico dentro do sistema Tasy.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não aplicável.

12. ANEXOS

Não aplicável.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sullivan O. Susan B, eds. Fisioterapia Avaliação e Tratamento. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1993.

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não aplicável.

15. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não aplicável.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POLÍTICA DE HIGIENE ORAL

1. DEFINIÇÃO

CONSISTE NA POLITICA DE REALIZAÇÃO DE HIGIENE ORAL NOS PACIENTES VENTILADOS E NÃO VENTILADOS ADMITIDOS EM UTI

2. OBJETIVOS

- Apresentação do protocolo de higiene oral

3. INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

a. Indicação a redução de carga microbiana intra oral, compõem o bundle de prevenção de PAV, integra o rol de procedimentos de cuidados ao paciente e viabiliza o controle da disbiose intrabucal. A remoção mecânica do biofilme bucal é respaldada pela literatura, como principal ação no controle de disbiose, sem riscos inerentes ao paciente. O controle químico é utilizado somente nos casos diagnosticados com doenças infecciosas bucais e prescrito pela equipe de Odontologia

b.Contra indicação: Não existem contra indicações para realização de higiene oral

c.Suspensão da escova dental: a escova dental é indicada para todos os pacientes, porém os edentados e com plaquetopenia menor ou igual a 50 mil deverão receber higiene oral com haste flexível e swab (Dentips)

d.Uso da clorexidina: a clorexidina gel, será prescrita pela equipe de Odontologia nos casos de doenças infecciosas orais , indicado a administração de 5 g 3 vezes ao dia.

4. RESPONSÁVEIS

- Equipe de Odontologia: elaboração , treinamento e avaliação diária da qualidade
- Enfermagem: realização
- SCIH: oferecer suporte quanto às medidas de prevenção e controle.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

- Treinamento a cerca do protocolo
- Materiais para a execução
- EPI

6. MATERIAL

- Escova dental com aspiração
- Escova dental sem aspiração

- Água filtrada
- kit de aspiração
- Swab (Dentips)
- Clorexidina gel
- Creme dental
- Gaze
- copo descartável
- EPI (capote, luvas e óculos)
- Preparação alcoólica para higiene de mãos.

7. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

a) Separar todo o material de acordo com o tipo de ventilação do paciente

b) Checar restrições ao uso da escova dental

c) Higienizar as mãos

d) Higienizar a mesa

e) Montar o sistema de aspiração

f) Comunicar ao paciente e ou acompanhante o procedimento a ser realizado

g) Posicionar o paciente

h) Higienizar as mãos e substituir as luvas

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Processo	**Higiene oral do paciente em IOT**
Equipe responsável pelo processo	Enfermeiro, técnico de enfermagem ou dentista
Ferramentas e materiais:	Luvas de procedimento, escova sugadora, água mineral, sonda de aspiração 12F, clorexidine aquoso a 0,12% ou em gel (quando indicado), 1 pacote de gaze estéril, swab (dentips), cuba para armazenamento da escova
Tempo do processo:	10 minutos
Início do processo:	Posicionamento do Paciente

Fim do processo:	Higiene e armazenamento da escova sugadora ou descarte .		
Observação	Avaliar a integridade da escova e swab (dentips)antes do início do procedimento e substituí-la se necessário ou conforme rotina institucional. É proibido o uso da escova se a esponja não estiver completamente fixada na estrutura.		
Frequência:	A cada 8hs		
	Etapas importantes	**Pontos chaves**	**Razões**
	1. Assegurar decúbito elevado	Garantir decúbito 30 a 45 graus	Evitar microaspiração
	2. Aspirar sialorreia	1. Organizar a mesa de apoio, kit de aspiração 2.Imediatamente antes do procedimento higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento 3. Utilizar sonda de aspiração orotraqueal com foco nos sulcos	1. Não levar microrganismos do ambiente assistencial para o paciente2 . Garantir que paciente não microaspire durante a escovação
	3.Realizar a Limpeza Mecânica	1. Utilizar apenas escova umedecida ou swab (dentips) com água mineral 2. Escovar no mínimo 10 vezes cada grupo de 2 dentes (10x	1. Evitar formação de placas por falha no enxague 2.3.4 Evitar formação de biofilme. 5. Evitar a recontaminação

		superfícies voltadas para a bochecha, 10x superfícies da mastigação, 10x superfícies voltadas para a língua, 10x palato) - em sentido póstero-anterior 3. No mínimo 3x no dorso de língua, em sentido póstero-anterior; 4. Realizar limpeza da mucosa da bochecha utilizando o dorso da escova (esponja); 4. Se TOT, realizar a escovação da cânula no mínimo 3x em sentido póstero-anterior 5. Realizar a limpeza da escova sugadora com gaze	dos dentes e mucosa e garante a limpeza efetiva das superfícies.
	4.Aplicar Clorexidine conforme indicação odontologica	1. Avaliar prescrição da odontologia, 2. Se indicação utilizar 15ml de Clorexidine aquosa 0,12% ou quantidade equivalente a ervilha de Clorexidine em	1. Uso exclusivo por indicação clínica da odontologia 2. Clorexidine é indicada para tratamento de algumas patologias odontologicas

		gel 3. Distribuir em toda a boca com a escova sugadora sem aspirar - Colocar a clorexidina no copo plástico, embeber a escova com a solução e aplicar a clorexidina aquosa 0,12% para higiene oral química, com escova sugadora, em toda extensão de cavidade oral, em sentido póstero-anterior (não é necessário colocar todo o conteúdo do copo na cavidade oral). Abranger todas as superfícies: dentes, epitélio gengival, palato, tubo endotraqueal, língua, bochecha) 4. Aspirar a saliva residual	3. Garantir a aplicação em todas as superfícies e evitar o risco de broncoaspiração da solução antisséptica
	5. Limpar e armazenar a escova	1. Realizar a limpeza das cerdas da escova com água mineral; 2. Secar a escova utilizando gaze	1. Evitar contaminação das cerdas durante o armazenamento 2. Evitar contaminação e

			garantir troca conforme período estabelecido
	6. Organizar o ambiente e Higienizar as Mãos	1. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos 2. Recolher todo o material utilizado; 3. Armazenar a escova em local protegido e garantir troca diária	1. Evitar a contaminação do ambiente, materiais, profissional de saúde e outros pacientes

*** Deixar os lábios hidratados ao final da Higiene Oral, entraria como uma boa prática na FIP?**

Processo:	Higiene oral do paciente em IOT em posição prona
Equipe responsável pelo processo	Enfermeiro, técnico de enfermagem ou dentista
Ferramentas e materiais:	Luvas de procedimento, escova sugadora, água mineral, sonda de aspiração 12F, clorexidine aquoso a 0,12% ou em gel, 1 pacote de gaze estéril, swab (dentips)
Tempo do processo:	10 minutos
Início do processo:	Posicionamento do Paciente

Fim do processo:	Higiene e armazenamento da escova sugadora após o uso ou descarte após 24hs		
Frequência:	A cada 8hs		
Higiene oral do paciente em IOT em posição prona	**Etapas importantes**	**Pontos chaves**	**Razões**
	1. Realizar a higiene oral completa seguindo o protocolo da instituição em momento pré-prona	1. Posicionar paciente em 30 a 45 graus 2. Utilizar apenas escova umedecida ou dentips com água mineral 3. Escovar no mínimo 10 vezes cada grupo de 2 dentes (10x superfícies voltadas para a bochecha, 10x superfícies da mastigação, 10x superfícies voltadas para a língua, 10x palato) - em sentido póstero-anterior 4. No mínimo 3x no dorso de língua, em sentido póstero-anterior; 5. Realizar limpeza da mucosa da bochecha utilizando o dorso da escova (esponja); 6. Se TOT, realizar a escovação da cânula no mínimo 3x, em sentido póstero-	1.Evitar microaspiração durante procedimento 2.Retirar sialorreia para facilitar o procedimento 3. A escova sugadora garante que o excesso de líquido utilizado não seja microaspirado, e a água mineral é a utilizada para evitar possíveis contaminações 4.O sentido póstero-anterior é aplicado para evitar que a sujidade seja reinduzida à orofaringe. O movimento repetido 3x em cada superfície garante que o biofilme seja retirado 5. Evitar a

		anterior 7. Realizar a limpaze da escova sugadora com gaze	recontaminação dos dentes e mucosa e garante a limpeza efetiva das superfícies.
	2. Realizar a higiene oral química na 4ª mudança de posicionamento de cabeça (com 08 horas de PRONA)	1. Aspirar cavidade oral utilizando sonda de aspiração 12FR imediatamente antes da mudança de lateralidade; 2. Aplicar água mineral no swab (dentips) e retirar o excesso d'agua apertando a esponja do swab. 3. Realizar a higiene na área da hemiarcada correspondente à lateralidade da cabeça (lado superior), em sentido póstero-anterior. Abranger todas as superfícies: dentes, epitélio gengival, palato, tubo endotraqueal, língua, bochecha. 4. Aspirar cavidade oral utilizando sonda de aspiração 12FR 5. Realizar a troca do posicionamento de cabeça do paciente 6. Aspirar cavidade	1. Retirar sialoestase da cavidade oral 2. O swab (dentips) é indicado por apresentar flexibilidade e alcança todas as superfícies da hemiarcada correspondente 3. A higiene oral previne a formação do biofilme, , durante o período de prona prolongado 4. Retira o excesso de líquido na cavidade, uma vez que o swab não aspira concomitante. 5. Evitar lesão por decúbito na hemiface do paciente. 6. Retira a sialorreia da cavidade oral.

		oral utilizando sonda de aspiração 12FR 7. Utilizar um novo swab (dentips) umedecido em água mineral, para lado de hemiarcada oposta, retirando o excesso do produto e repetindo o procedimento de higiene anterior em todas as superfícies 8. Aspirar cavidade oral utilizando sonda de aspiração 12FR 9. Trocar swab (dentips) sempre que necessário	7 . Repetir o procedimento em área de hemiarcada oposta, após mudança de lateralidade de cabeça, garante que o produto seja aplicado em toda cavidade oral 8. Retira o excesso de líquido na cavidade, uma vez que o swab não aspira concomitante. 9. A troca do swab garante que a aplicação do produto químico seja efetiva para seu efeito
	3. Efetuar a aspiração de secreção da cavidade oral durante mudanças de lateralidade da cabeça em casos de sialoestase	1. Utilizar luvas de procedimentos e sonda de aspiração estéril 12FR 2. Aspirar imediatamente antes, após o procedimento e sempre que indicado, durante as mudanças de decúbito com frequência de 2 horas	1.Garantir técnica asséptica durante procedimento 2.Evitar microaspiração durante lateralização de cabeça e minimizar risco de contaminação de dispositivos proximais a cavidade por saliva

	4. Realizar aspiração traqueal e de cavidade oral imediatamente antes e após posição supina	1. Aspirar toda cavidade oral utilizando luvas de procedimento e sonda de aspiração estéril.	1.Prevenir acúmulo de secreções no supra cuff e/ou microaspiração de secreções
	5. Realizar a higiene oral completa, seguindo protocolo da instituição, imediatamente após supina (16 horas)	1. Posicionar paciente em 30 a 45 graus 2. Utilizar apenas escova umedecida ou dentips com água mineral 3. Escovar no mínimo 10 vezes cada grupo de 2 dentes (10x superfícies voltadas para a bochecha, 10x superfícies da mastigação, 10x superfícies voltadas para a língua, 10x palato) - em sentido póstero-anterior 4. No mínimo 3x no dorso de língua, em sentido póstero-anterior; 5. Realizar limpeza da mucosa da bochecha utilizando o dorso da escova (esponja); 6. Se TOT, realizar a escovação da cânula no mínimo 3x, em sentido póstero-anterior	1. Evitar microaspiração durante procedimento 2. Aspirar secreção de cavidade a fim de reduzir biofilme 3. A escova sugadora garante que o excesso de líquido utilizado não seja microaspirado, e a água mineral é a utilizada para evitar possíveis contaminações 4 O sentido póstero-anterior é aplicado para evitar que a sujidade seja induzida à orofaringe. O movimento repetido 3x em cada superfície garante que o biofilme seja tratado 5. Evitar a recontaminação

		7. Realizar a limpaze da escova sugadora com gaze	dos dentes e mucosa e garante a limpeza efetiva das superfícies.

9. PONTOS CRÍTICO/ RISCOS

- Falta de comunicação entre profissionais de saúde Odontologia, Enfermagem e Fisioterapia no período noturno

- Falta de hidratante intra oral para auxiliar na remoção de biofilme aderido
- Resistência a realização de higiene oral
- Desconhecimento da politica proposta por algum membro da equipe

10. PADRÃO DE PRÁTICA

- Reduzir os índices de pneumonias nosocomiais

11. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

- Semestral.

12. REGISTRO

- Checagem do procedimento realizado

13. INDICADORES DE QUALIDADE

- Avaliação diária da qualidade de higiene oral pela equipe de Odontologia
- Avaliação dos itens do bundle de PAV pela equipe de fIsioterapia

14. ANEXOS

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm. 1. ed. Washington: National Academies Press; 2001. 360p.

Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico.

2 - World Health Organization. Global report on infection prevention and control [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. [citado 23 de fevereiro de 2023]. Disponível em: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240051164.

3 - Heo SM, Haase EM, Lesse AJ, Gill SR, Scannapieco FA. Genetic relationships between respiratory pathogens isolated from dental plaque and bronchoalveolar lavage fluid from patients in the intensive care unit undergoing mechanical ventilation. Clin Infect Dis. 2008; 47(12): 1562-70.

4 - Sands KM, Wilson MJ, Lewis MAO, Wise MP, Palmer N, Hayes AJ, et al. Respiratory pathogen colonization of dental plaque, the lower airways, and endotracheal tube biofilms during mechanical ventilation. J Crit Care. 2017; 37:30-37.

5 - Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. Ann Periodontol. 2003; 8(1):54-69.

6 - Bellissimo-Rodrigues WT, Menegueti MG, Gaspar GG, Nicolini EA, Auxiliadora-Martins M, Basile-Filho A, Martinez R, Bellissimo-Rodrigues F. Effectiveness of a dental care intervention in the prevention of lower respiratory tract nosocomial infections among intensive care patients: a randomized clinical trial. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014; 35(11): 1342-8.

7 - Bellissimo-Rodrigues WT, Menegueti MG, Gaspar GG, Souza HCC, Auxiliadora-Martins M, Basile-Filho A, et al. Is it necessary to have a dentist within an intensive care unit team? Report of a randomised clinical trial. Int Dent J. 2018; 68(6): 420-427.

8 - Bellissimo-Rodrigues WT, Menegueti MG, Macedo LD, Basile-Filho A, Martinez R, Bellissimo-Rodrigues F. Oral mucositis as a pathway for fatal outcome among critically ill patients exposed to chlorhexidine: post hoc analysis of a randomized clinical trial. Crit Care. 2019; 23(1):382.

9 - Ribeiro ILA, Bellissimo-Rodrigues WT, Mussolin MG, Innocentini LMAR, Marangoni ATD, Macedo LD, et al. Impact of a dental care intervention on the hospital mortality of critically ill

patients admitted to intensive care units: A quasi-experimental study. Am J Infect Control. 2022; 50(10): 1156-1161.

10 - Ribeiro ILA, Bellissimo-Rodrigues WT, Mussolin MG, Innocentini LMAR, Marangoni ATD, Macedo LD, et al. Impact of a dental care intervention on the hospital mortality of critically ill patients admitted to intensive care units: A quasi-experimental study. Am J Infect Control. 2022; 50(10): 1156-1161.

11 - Deschepper M, Waegeman W, Eeckloo K, Vogelaers D, Blot S. Effects of chlorhexidine gluconate oral care on hospital mortality: a hospital-wide, observational cohort study. Intensive Care Med. 2018; 44(7): 1017-1026.

12 - Klompas M, Speck K, Howell MD, Greene LR, Berenholtz SM. Reappraisal of routine oral care with chlorhexidine gluconate for patients receiving mechanical ventilation: systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2014; 174(5): 751-61.

13 - Klompas M, Branson R, Cawcutt K, Crist M, Eichenwald EC, Greene LR, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2022; 43(6): 687-713.

14 - Gomes-Filho IS, Cruz SSD, Trindade SC, Passos-Soares JS, Carvalho-Filho PC, Figueiredo ACMG, et al. Periodontitis and respiratory diseases: a systematic review with meta-analysis. Oral Dis. 2020; 26(2): 439-446.

15 - Horliana AC, Chambrone L, Foz AM, Artese HP, Rabelo MS, Pannuti CM, et al. Dissemination of periodontal pathogens in the bloodstream after periodontal procedures: a systematic review. PLoS One. 2014; 9(5): e98271.

16 - Hua F, Xie H, Worthington HV, Furness S, Zhang Q, Li C. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 10(10): CD008367.

17 - Jerônimo LS, Abreu LG, Cunha FA, Esteves Lima RP. Association between periodontitis and nosocomial pneumonia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Oral Health Prev Dent. 2020; 18(1): 11-17.

18 - Sanz M, Marco Del Castillo A, Jepsen S, Gonzalez-Juanatey JR, D'Aiuto F, Bouchard P, et al. Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. J Clin Periodontol. 2020; 47(3): 268-288.

19 - Torres A, Niederman MS, Chastre J, Ewig S, Fernandez-Vandellos P, Hanberger H, et al. International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia (HAP)/ventilator-associated pneumonia (VAP) of the European Respiratory Society (ERS), European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and Asociación Latino americana del Tórax (ALAT). Eur Respir J. 2017; 50(3): 1700582.

16. DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PRECAUÇÃO PADRÃO

1. OBJETIVO

Impedir a transmissão de microrganismos veiculados pelo sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, pele não íntegra e mucosa dos pacientes para os profissionais, dos profissionais para os pacientes e ambiente, e entre pacientes.

2. DEFINIÇÃO

São medidas que devem ser aplicadas por todos os profissionais, no atendimento a todos os pacientes (independente da suspeita ou não de infecção) sempre que houver risco de exposição à matéria orgânica (sangue, fluídos corporais, secreções, excreções, pele não íntegra e mucosas); assim como na manipulação de equipamentos/artigos contaminados com os mesmos.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Estas medidas deverão ser empregadas para todos os pacientes, sempre que houver risco de exposição ao sangue, fluído corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa.

3.1 Higiene das mãos:

É uma das medidas fundamentais para prevenir as infecções relacionadas à assistência à saúde. Dê preferência à fricção das mãos com produto alcoólico, pois é mais eficaz e mais rápido como agente antimicrobiano que lavar as mãos com água e sabonete (mesmo com antisséptico).

Os cinco os momentos essenciais para higiene das mãos são:

1. Antes do contato com o paciente (ao entrar no quarto ou ambiente do paciente – para protegê-lo dos microrganismos carreados em suas mãos);
2. Imediatamente antes da realização de procedimento (limpo ou asséptico - para protegê-lo dos microrganismos carreados em suas mãos);
3. Após risco de exposição a sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa (imediatamente após a retirada das luvas – para proteger o profissional e o ambiente da contaminação);
4. Após o contato com o paciente (ao deixar o quarto ou ambiente do paciente - para proteger o profissional e o ambiente da contaminação);
5. Após contato com as áreas próximas ao paciente, mesmo que não tenha tocado o paciente (para proteger o profissional e o ambiente da contaminação).

Figura 1. Cinco Momentos de Higiene das Mãos - Organização Mundial da Saúde

3.2 Seleção de EPIs

Uso adequado de luvas:

§ Utilizar luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa;

§ Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ou contato com outro paciente, descartando-as no lixo;

§ Higienizar sempre as mãos imediatamente após a retirada das luvas;

§ Trocar as luvas entre pacientes e entre um procedimento e outro no mesmo paciente;

§ Preferir luvas sem talco para possibilitar a higiene das mãos com produto alcoólico;

Importante: o uso de luvas não substitui a higiene das mãos.

Para profissionais com alergia ao látex, disponibilizar luvas de outro material que promova barreira efetiva (exemplo: luvas nitrílicas).

Uso do avental:

§ Usar avental impermeável sempre que houver risco de contato com grandes volumes de sangue ou líquidos corporais;

§ Retirar e descartar o avental ao término do procedimento ou se rasgado ou sujo (sangue ou líquidos corporais) e em seguida higienizar as mãos;

Uso dos óculos de proteção:

§ Colocar óculos de proteção, para cobrir os olhos, durante os procedimentos com possibilidade de respingo de material biológico;

§ Utilizar por cima dos óculos de grau (se houver);

§ Manter sempre consigo – de fácil acesso. Uso individual e constante – não devem ser guardados no armário;

§ Retirar ao término do procedimento higienizar as mãos;

§ Retirar os óculos ao término do procedimento e realizar a limpeza com água e sabão.

Uso da máscara cirúrgica:

§ Usar máscara cirúrgica sempre que houver risco de sangue, fluido corporal, secreção, excreção, atingirem a boca e nariz;

§ Cobrir sempre o nariz e a boca;

§ Ajustar bem a máscara ao nariz para que ela fique bem posicionada;

§ Ao retirar a máscara, soltar as fitas, desprezar e higienizar as mãos;

NUNCA puxar a máscara pela parte em contato com a boca/nariz, guardá-la ou deixar no "pescoço".

Lembre-se de que ela é descartável. Se há risco de respingos de material biológico atingir os olhos, certamente também há risco em atingirem a boca. Utilize óculos de proteção e máscara descartável sempre! Na dúvida se há risco ou não, utilize os EPIs.

3.3 Higiene respiratória e Tosse com Etiqueta:

§ Para todos que apresentam sintomas respiratórios, do tipo, coriza, tosse, congestão nasal;

§ Educação dos profissionais de saúde, pacientes e visitantes;

§ Disponibilizar lenço de papel, lixeira, produto alcoólico para higiene das mãos e fornecer máscara cirúrgica;

§ Manter a distância de 1 metro, nas áreas comuns.

Figura 2. Tosse com Etiqueta (material disponível nos anexos)

Higiene ambiental

· Cuidados com o piso e mobiliários:

· Remover a matéria orgânica utilizando luvas de procedimento e pano descartável;

· Realizar a limpeza/desinfecção com produto padronizado na instituição.

· Limpar/desinfetar frequentemente as superfícies próximas ao paciente (p.ex: grade da cama) e superfícies frequentemente tocadas (p.ex: monitores, etc) pelos profissionais durante o atendimento.

3.4 Cuidados com materiais, equipamentos, materiais, artigos, roupas, utensílios alimentares.

Cuidados com os materiais e equipamentos:

· Remover a matéria orgânica utilizando luvas de procedimento e pano descartável;

· Limpar/desinfetar com os produtos padronizados, aprovados pela instituição;

· Seguir rotina de limpeza e desinfecção de acordo com a documentação institucional "Limpeza e Desinfecção de superfícies/equipamentos"

Cuidados com materiais e artigos médicos hospitalares:

· Submetê-los a limpeza;

· Submetê-los a desinfecção ou esterilização (conforme criticidade do artigo - ver anexo) antes de utilizá-los em outro paciente ou, quando necessário, entre usos no mesmo paciente.

Cuidados com as roupas:

· Manipular as roupas do paciente e roupas de cama com mínima movimentação;

· Após o uso, colocá-las no saco de hamper impermeável (padronizado).

Cuidados com utensílios alimentares:

· Submetê-los a limpeza/desinfecção entre os usos.

3.5 Prevenção de acidentes com PC e material biológico

Cuidados com materiais perfurocortantes (PC)

· Tomar cuidado quando manusear materiais PC;

· Não entortar, quebrar ou reencapar agulhas;

· Não utilizar agulhas para fixar papéis;

· Não descartar materiais PC em sacos plásticos de lixo ou hampers para roupa;

· Acondicionar os materiais PC em recipientes apropriados (resistentes), que devem estar localizados o mais próximo possível do local de execução dos procedimentos/próximos do local da geração deste material;
· Colocar os recipientes para materiais PC em local seguro e fora do alcance de crianças.
· Respeitar a capacidade do recipiente. Utilizar apenas 80% da sua capacidade (observar a marca da caixa para materiais PC previamente estipulada pelo fabricante). Quando o volume de ocupação da caixa atingir 80% e fechar a caixa. Realizar a imediata substituição;
· Nunca colocar suas mãos dentro do recipiente para material PC;
· Não sacudir o recipiente para PC com o intuito de assentar o conteúdo (aumentando sua capacidade) para o descarte de material;
· Estar atento para não deixar materiais PC espalhado no quarto do paciente ou outras áreas (banheiros, bancadas, parapeito das janelas, etc.);
· Não utilizar lâminas de bisturi para outros fins (ex.: apontar lápis);
· Evitar durante o recolhimento dos resíduos a proximidade dos sacos coletores com o próprio corpo;
· Observar antes do procedimento de limpeza se há na superfície materiais PC;
· Manipular os vidros quebrados com o auxílio de uma pinça;
· Descartar os vidros em recipiente rígido padronizado para este fim;
· Usar sapatos fechados (não de tecido) para proteção dos pés onde haja risco de acidente percutâneo.
Aplicação de injetáveis:
· Utilizar seringa estéril, descartável, de uso único e com dispositivo de segurança;
· Utilizar técnica asséptica ao preparar e administrar medicações;
· Realizar a desinfecção da tampa da medicação com álcool 70% antes de inserir a agulha dentro do frasco;
· Não há indicação para uso de máscara no preparo de medicações endovenosas e também não há indicação do uso de luvas de procedimento para aplicação de injeções intramuscular e subcutânea;
· Na administração de medicações intradermicas utilizar óculos e máscara;
· Nunca administrar medicações com a mesma seringa para vários pacientes;
· Os frascos de multidose, se possível, devem ser dedicados ao uso no mesmo paciente;
É fundamental assegurar que todos os profissionais compreendem e adiram a estas práticas, por meio de treinamento, política institucional e monitorização desta adesão.
Cuidados com material biológico:

· Práticas de trabalho seguro, além do uso de EPIs devem ser utilizadas para proteger as membranas mucosas e pele não integra do contato com material potencialmente contaminado.
· Colocar os EPIs assim que detectar um potencial risco de exposição de mucosas, evitar ajustes de EPI durante o procedimento e possível contaminação da face e membrana mucosa.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

· Equipes assistenciais e de apoio treinadas;
· Materiais e equipamentos disponíveis para equipe assistencial e de apoio: EPIs, produtos para higiene das mãos, produtos para limpeza e desinfecção, caixa de perfurocortante.

MATERIAL

· Avental descartável;
· Máscara cirúrgica;
· Luvas de procedimento;
· Óculos de proteção;
· Produto para limpeza/desinfecção de superfícies - padronizado na instituição;
· Panos descartáveis de limpeza

Obs: Seguir a sequência de colocação de EPI's conforme a Figura 3 e a Sequência para retirada dos EPI's conforme a figura 4.

Figura 3. Sequência de Colocação dos EPIs

Figura 4. Sequência de Retirada dos EPIs

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Orientar o paciente quanto:

· A utilização dos EPIs pelos profissionais de saúde;
· Higiene adequada das mãos nos 5 momentos.

6. DESCRIÇÃO

Não se aplica.

7. RESPONSÁVEIS

Todos os profissionais da instituição que entram em contato com o paciente e/ou materiais e equipamentos contaminados.

Profissionais da Área da Saúde: médicos, enfermagem, laboratório, banco de sangue, higiene, copa, transporte de paciente, etc.

Outros profissionais incluem manobristas, motoristas, recepcionistas e todos aqueles que no cuidado indireto estiverem sob risco de exposição à matéria orgânica.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

· Não adesão às precauções padrão quando indicado;
· Uso inadequado de luvas de procedimento, não as retirando ao final de cada procedimento;

· Não higienização das mãos quando indicado;
· Descarte inadequado dos materiais perfurocortantes;
· Descarte inadequado de resíduos.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Ação Segurança Proteção

Adesão dos profissionais a Precaução Padrão; Garantir as melhores práticas para prevenir a transmissão dos microrganismos dos pacientes para os profissionais, dos profissionais para os pacientes e ambientes, e entre pacientes. Profissionais e pacientes

Uso correto de EPIs pelos profissionais; Evitar a transmissão dos microrganismos do paciente para o profissional de saúde. Profissionais

Troca de luvas entre procedimentos e higiene de mãos; Evitar a transmissão de microrganismos entre sítios anatômicos em um mesmo paciente e ambiente. Profissionais e pacientes

Descarte dos aventais após cada uso; Evitar a exposição futura do profissional ao avental contaminado. Profissionais e pacientes

Garantir a limpeza/desinfecção de materiais entre os usos e entre pacientes; Evitar a transmissão de microrganismos de um paciente para outro paciente/profissional por contato indireto com material contaminado. Profissionais e pacientes

Garantir a limpeza/desinfecção do ambiente, principalmente das superfícies mais tocadas. Reduzir a carga de microrganismos no ambiente. Profissionais e pacientes

Descarte adequado dos materiais perfurocortantes e resíduos. Evitar a transmissão dos microrganismos do paciente para o profissional de saúde/paciente. Profissionais e pacientes

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anual

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica

13. ANEXOS

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referenciar fontes consultadas que sustentam e fazem prova do que é transmitido no procedimento.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Política Higiene de Mãos;

Procedimento Assistencial Higienização das Mãos;

Cuidados com Materiais Perfurocorantes;

Limpeza e Desinfecção de superfícies/equipamentos

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não se aplica

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROTOCOLO PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Objetivo - População Alvo O protocolo de Tromboembolismo Venoso (TEV) está indicado a todos os pacientes clínicos, cirúrgicos, cirúrgicos ortopédicos e obstétricos (gestantes e puérperas) ≥ 18 anos internados no Hospital.

Aplicabilidade: critérios de inclusão e critérios de exclusão

O protocolo deverá ser aplicado a todos os pacientes clínicos, cirúrgicos, cirúrgicos ortopédicos e obstétricos (gestantes e puérperas) ≥ 18 anos.

Pacientes Clínicos*: pacientes ≥ 18 anos que internarem no Hospital para tratamento clínico (permanecerão clínicos até o momento da alta hospitalar). A primeira avaliação deverá ser realizada pela equipe médica nas primeiras 24h da internação e as reavaliações deverão ser realizadas pelo enfermeiro a cada 48 horas, alterações do quadro clínico e transferência entre alas. O enfermeiro deverá comunicar a equipe médica quando ocorrer alteração da classificação de risco do paciente, para que a equipe médica valide a reavaliação.

Pacientes Cirúrgicos: pacientes ≥ 18 anos que internarem no Hospital para realizar qualquer procedimento cirúrgico (permanecerão cirúrgicos até o momento da alta hospitalar). Estes deverão ser avaliados pela equipe cirúrgica (cirurgião e/ou anestesiologista) após o término do procedimento cirúrgico e as reavaliações deverão ser realizadas pelo enfermeiro a cada 48 horas, alterações do quadro clínico e transferência entre alas. O enfermeiro deverá comunicar a equipe médica quando ocorrer alteração da classificação de risco do paciente, para que a equipe médica valide a reavaliação. A prescrição da profilaxia deverá ser realizada na prescrição médica do pós-operatório imediato.

Pacientes ortopédicos cirúrgicos: pacientes ≥ 18 anos que internarem no Hospital para realizar qualquer procedimento cirúrgico ortopédico (permanecerão cirúrgicos ortopédicos até o momento da alta hospitalar). Estes deverão ser avaliados pela equipe cirúrgica (cirurgião e/ou anestesiologista) após o término do procedimento cirúrgico e as reavaliações deverão ser realizadas pelo enfermeiro a cada 48 horas, alterações do quadro clínico e transferência entre alas. O enfermeiro deverá comunicar a equipe médica quando ocorrer alteração da classificação de risco do paciente, para que a equipe médica valide a reavaliação. A prescrição da profilaxia deverá ser realizada na prescrição médica do pós-operatório imediato.

Pacientes obstétricos:** pacientes ≥ 18 anos que internarem no Hospital para tratamento clínico (relacionados à gestação). Estes deverão ser avaliados pela equipe médica em até 24 horas da internação para as pacientes gestantes e após o término do parto para as pacientes puérperas. As reavaliações deverão ser realizadas pelo enfermeiro a cada 72 horas, alterações do quadro clínico e transferência entre alas. O enfermeiro deverá comunicar a equipe médica quando ocorrer alteração da classificação de risco do paciente, para que a equipe médica valide a reavaliação. A prescrição da profilaxia deverá ser realizada na prescrição médica.

O protocolo de Tromboembolismo Venoso (TEV) não é aplicável a pacientes externos e pacientes internados no hospital com idade < 18 anos.

***Caso um paciente ≥ 18 anos interne no Hospital para tratamento clínico e durante a internação haja a necessidade de intervenção cirúrgica, este passará a ser cirúrgico no dia da cirurgia e permanecerá cirúrgico até o momento da alta hospitalar.**

***Pacientes clínicos submetidos exclusivamente à cirurgia de implante de cateter venoso central deverão permanecer clínicos.**

****Pacientes gestantes que realizarem procedimentos cirúrgicos independentes da gestação, deverá ser utilizado o TEV para pacientes cirúrgicos.**

****Pacientes gestantes que realizarem curetagem, com tempo gestacional < 20 semanas deverá ser utilizado o TEV para pacientes cirúrgicos.**

***Pacientes gestantes que evoluírem para óbito fetal, com tempo gestacional ≥ 20 semanas deverá ser utilizado o TEV obstétrico.**

1. INTRODUÇÃO

2. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO TROMBÓTICO E HEMORRÁGICO

O **tromboembolismo venoso (TEV)** é comum em pacientes internados, sendo que sua complicação mais frequente, a embolia pulmonar, apresenta elevadas taxas de morbimortalidade.

A prevenção farmacológica e não farmacológica do TEV pode ser facilmente aplicada desde que observados os critérios de sua indicação, que são baseados no **risco trombótico estimado** do paciente (ver recomendações específicas **(fluxograma na figura 1)**).

Todos os pacientes internados devem ser submetidos a essa avaliação de risco (**Tabelas 1 e 2**), com exceção dos ortopédicos cirúrgicos e obstétricos que tem acesso direto a conduta **(Tabelas 3 e 4)** sem necessidade de aplicação dos escores de risco.

O **risco hemorrágico** é inerente à profilaxia farmacológica do TEV. A avaliação do risco hemorrágico deve ser individualizada para cada paciente, conjuntamente com a equipe

assistencial. As **tabelas 5 e 6** exibem critérios de auxílio à decisão. Em pacientes com alto risco hemorrágico, as medidas não farmacológicas devem ser enfatizadas.

3. PROFILAXIA FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA

A **profilaxia farmacológica** se baseia em uma das seguintes opções: **Enoxaparina, Heparina não fracionada (Nível de evidência 1B)**, em virtude da facilidade posológica e ampla experiência, a **Enoxaparina** é a medicação preferencial na instituição. O **Fondaparinux** é uma opção de segunda linha para pacientes clínicos e ortopédicos e apresenta menor risco de plaquetopenia. A **Rivaroxabana** é uma opção de segunda linha para pacientes ortopédicos, com a vantagem de ter administração oral. Todos os fármacos, doses e precauções encontram-se na **tabela 7**.

A **profilaxia não farmacológica** deve ser amplamente utilizada nos pacientes de moderado a alto risco de trombose. Nos pacientes de baixo risco deve ser individualizada conforme a avaliação da equipe assistencial. Ela deve ser feita com meias elásticas, deambulação precoce ou exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia. A **compressão pneumática intermitente** deve ser individualizada e aplicável tanto ao intraoperatório (Ver suas indicações na **tabela 8**; nível de evidência 2C).

ALERTAS:

Pacientes em uso vigente de **Warfarina** com TP/INR > 1,8 ou anticoagulante moderno (Rivaroxabana, Apixabana, Dabigatrana) não devem receber profilaxia farmacológica inicialmente. Iniciar profilaxia medicamentosa para TEV se os anticoagulantes forem interrompidos e o TP/INR estiver < 1,8.

Pacientes em uso de AAS devem receber as mesmas medidas preventivas em relação a todos os pacientes.

4. RECOMENDAÇÕES NOS GRUPOS ESPECÍFICOS

IIIa. PACIENTES CLÍNICOS

Baixo risco de TEV: não recomendado o uso de profilaxia farmacológica. O uso de profilaxia não farmacológica (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na **tabela 8**) é recomendada para todos os pacientes, e pode ser utilizada de acordo com a avaliação equipe assistencial.

Alto risco de TEV: recomendado tromboprofilaxia com **Enoxaparina, Heparina não fracionada ou Fondaparinux** (escolher apenas uma medicação), associados à profilaxia não

farmacológica (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na **tabela 8).**

Para pacientes clínicos hospitalizados com indicação para tromboprofilaxia, não sugerimos a prorrogação da duração de tromboprofilaxia para além do período de imobilização do paciente ou da internação.

IIIb. PACIENTES CIRÚRGICOS

No **pós-operatório imediato,** o momento de iniciar a profilaxia medicamentosa deve ser determinado em conjunto com a equipe cirúrgica, pois depende do tipo de cirurgia e do cenário de hemostasia intraoperatório. A profilaxia não farmacológica deve ser iniciada no pós-operatório imediato para todos os pacientes (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na **tabela 8**).

Muito Baixo ou Baixo risco de TEV (<1,5%, escore de Caprini 1 - 2 pontos): utilizar apenas profilaxia não farmacológica (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na **tabela 8**).

Moderado Risco de TEV (3.0%, escore de Caprini 3-4 pontos) e que não apresentam alto risco de sangramento: a conduta nesse grupo deve ser individualizada a critério da equipe cirúrgica, pois este grupo tem risco/benefício heterogêneo (considerar fatores como tempo acamado, imobilidade, local da cirurgia, hemostasia). Se optado por utilizar fármacos, iniciar **Enoxaparina** ou **Heparina não fracionada** assim que liberado pela equipe cirúrgica de acordo com a hemostasia (Nível de evidência 2B). Se optado por utilizar somente profilaxia não farmacológica, é necessário que a equipe cirúrgica descreva a sua escolha de profilaxia no campo inferior do impresso.

Alto Risco de TEV (6.0%, escore de Caprini ≥ 5 pontos) e que não apresentam alto risco de sangramento, utilizar profilaxia farmacológica assim que liberado pela equipe cirúrgica (ver hemostasia) associado à profilaxia não farmacológica incluindo compressão pneumática intermitente (Nível de evidência 2C). Alto risco de TEV (6.0%, escore de Caprini ≥ 5 pontos) submetidos a cirurgias de ressecção de neoplasia maligna e que não apresentam alto risco de sangramento, prolongar a profilaxia com **Enoxaparina** por quatro semanas após a cirurgia (Nível de evidência 1B).

Cirurgias Cardíacas: Para pacientes submetidos a cirurgias cardíacas sem complicações pós-operatórias, utilizar preferencialmente profilaxia não farmacológica (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão

pneumática intermitente - ver suas indicações na **tabela 8**) na fase aguda. Após a fase aguda, considerar terapêutica farmacológica se ainda presente alto risco trombótico.

Craniotomia e Cirurgias de Coluna/Medula: Utilizar profilaxia não farmacológica (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na **tabela 8**). Para pacientes com alto risco de TEV, considerar profilaxia farmacológica junto à equipe assistencial, assim que seja garantida a hemostasia adequada.

IIIc. PACIENTES CIRÚRGICOS ORTOPÉDICOS

Após **cirurgia ortopédica de grande porte** (≥ 60 min) **em membros inferiores** (artroplastia de quadril, joelho, trauma, etc.) **ou em cirurgia de pequeno porte < 60 minutos ou em membros superiores, porém com imobilidade importante devido à própria cirurgia, comorbidades, antecedentes de trombofilia ou TEV prévio**, é recomendado iniciar um anticoagulante entre 4-12 horas do final do ato cirúrgico (Nível de evidência 1B) em associação às medidas não farmacológicas (meias elásticas, deambulação precoce, exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente - ver suas indicações na **tabela 8**).

Escolher uma das seguintes profilaxias farmacológicas: **Enoxaparina**, **Heparina não fracionada** e **Fondaparinux**. **Rivaroxabana** oral é uma opção como segunda linha, que deve ser usada a critério da equipe assistencial, considerando que não foi adequadamente testada em cirurgias de quadril, só podendo ser utilizada em cirurgias não traumáticas e não apresenta disponível um antídoto específico (Nível de evidência 1B).

Após artroplastia de membros inferiores eletiva, o anticoagulante deve ser mantido por um **período mínimo de 10-14 dias para todos os pacientes, com aconselhável extensão até 35 dias** em pacientes com risco maior de trombose (prótese de quadril, imobilidade mantida após 15 dias, trombofilia ou antecedente de trombose; Nível de evidência 2B).

Em **procedimentos ortopédicos com menor risco de TEV** como artroscopias, fraturas abaixo do joelho, ruptura de tendão e lesões de cartilagem do joelho e tornozelo, membros superiores, e em **cirurgia ≥ 60 minutos, porém com baixo impacto na mobilidade do paciente** não há benefício estabelecido na literatura de profilaxia farmacológica (Nível de evidência 2B). Considerar sua utilização a critério da equipe assistencial, com base no status motor/ mobilidade no pós-operatório.

IIId. PACIENTES OBSTÉTRICOS (GESTANTES E PUÉRPERAS)

Para este público, a indicação da profilaxia farmacológica está vinculada a fatores de risco pré-existentes para TEV. Ao identificar um fator de risco, o avaliador deverá verificar se a profilaxia farmacológica está ou não recomendada, na dependência da condição clínica da paciente (gestante ou puérpera). Estando recomendada a profilaxia farmacológica, pode-se optar pela Enoxaparina ou Heparina não fracionada.

A profilaxia não farmacológica está indicada a todas as pacientes, podendo ser: meias elásticas, deambulação precoce (caso indicado), exercícios ativos e passivos no leito com fisioterapia ou compressão pneumática intermitente (ver suas indicações na **tabela 8)**.

5. Nivel de evidência

Sugere-se utilizar a seguinte metodologia:

Padronização dos critérios para classificação da evidência, usando-se números de (1 a 7) para determinar o nível de evidência e letras (A, B e C) para o grau de recomendação (adaptados de Atallah 2003 e Phillips 2005). Nível de evidência referindo-se então a qualidade da informação e grau de recomendação às conclusões da pesquisa.

Quadro 1: Níveis de Evidência

1)	Revisão Sistemática
2)	Ensaio Clínico Randomizado
3)	Coorte
4)	Caso-controle
5)	Serie de casos
6)	Opinião de especialistas
7)	Estudos pré-clínicos (animais/in-vitro)

Quadro 2: Graus de recomendação

A)	Resultado recomenda a intervenção
B)	Resultado não é conclusivo – não é suficiente para confirmar a hipótese
C)	Resultado contraindica a intervenção

Quadro 1: Níveis de Evidência

8)	Revisão Sistemática
9)	Ensaio Clínico Randomizado
10)	Coorte
11)	Caso-controle

12)	Serie de casos
13)	Opinião de especialistas
14)	Estudos pré-clínicos (animais/in-vitro)

Quadro 2: Graus de recomendação

D)	Resultado recomenda a intervenção
E)	Resultado não é conclusivo – não é suficiente para confirmar a hipótese
F)	Resultado contraindica a intervenção

6. FLUXOS

Em anexo.

7. GERENCIADO

Este protocolo é gerenciado trimestralmente através de auditorias utilizando a metodologia ***Endorse***, (corte transversal durante um dia de internação onde são avaliados 100% dos pacientes internados ≥ 18 anos com tempo de internação superior a 24 horas, para verificar se os pacientes estão ou não recebendo a profilaxia conforme preconizado no protocolo).

8. INDICADOR INSTITUCIONAL

9. Taxa de Adesão à Profilaxia de Tromboembolismo Venoso (TEV) = total de pacientes com profilaxia adequada (segundo critérios do protocolo) x 100 / total de pacientes elegíveis ao risco de TEV (segundo os critérios de inclusão do protocolo).

Total de pacientes com profilaxia adequada (segundo critérios do protocolo) x100

Total de pacientes elegíveis ao risco de TEV (segundo os critérios de inclusão do protocolo).

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1: Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Gutterman DD, Schuünemann HJ; American College of Chest Physicians Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis Panel. Executive summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):7S-47S.

2: Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, Prandoni P, Bounameaux H, Goldhaber SZ, Nelson ME, Wells PS, Gould MK, Dentali F, Crowther M, Kahn SR; American College of Chest Physicians. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):e419S-94S.

3: Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, Mayr M, Jaffer AK, Eckman MH, Dunn AS, Kunz R; American College of Chest Physicians. Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of

Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):e326S-50S.

4: Falck-Ytter Y, Francis CW, Johanson NA, Curley C, Dahl OE, Schulman S, Ortel TL, Pauker SG, Colwell CW Jr; American College of Chest Physicians. Prevention of VTE in orthopedic surgery patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):e278S-325S.

5: Gould MK, Garcia DA, Wren SM, Karanicolas PJ, Arcelus JI, Heit JA, Samama CM; American College of Chest Physicians. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest.2012 Feb;141(2 Suppl):e227S-77S. doi: 10.1378/chest.11-2297. Erratum in: Chest. 2012 May;141(5):1369.

6. Barbar S, Noventa F, Rossetto V, Ferrari A, Brandolin B, Perlati M, De Bon E, Tormene D, Pagnan A, Prandoni P. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: The padua prediction score. Journal of thrombosis and haemostasis : JTH. 2010;8:2450-2457

7. Caprini JA. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care. Disease-a-month : DM. 2005;51:70-78

8. Rodger M. Pregnancy and venous thromboembolism: 'TIPPS' for risk stratification. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2014 Dec 5;2014(1):387-92. doi: 10.1182/asheducation-2014.1.387. Epub 2014 Nov 18.

11. RESUMO

Em revisão.

12. ANEXOS

Figura 1. Fluxograma de Estratificação do Risco de TEV Clínico

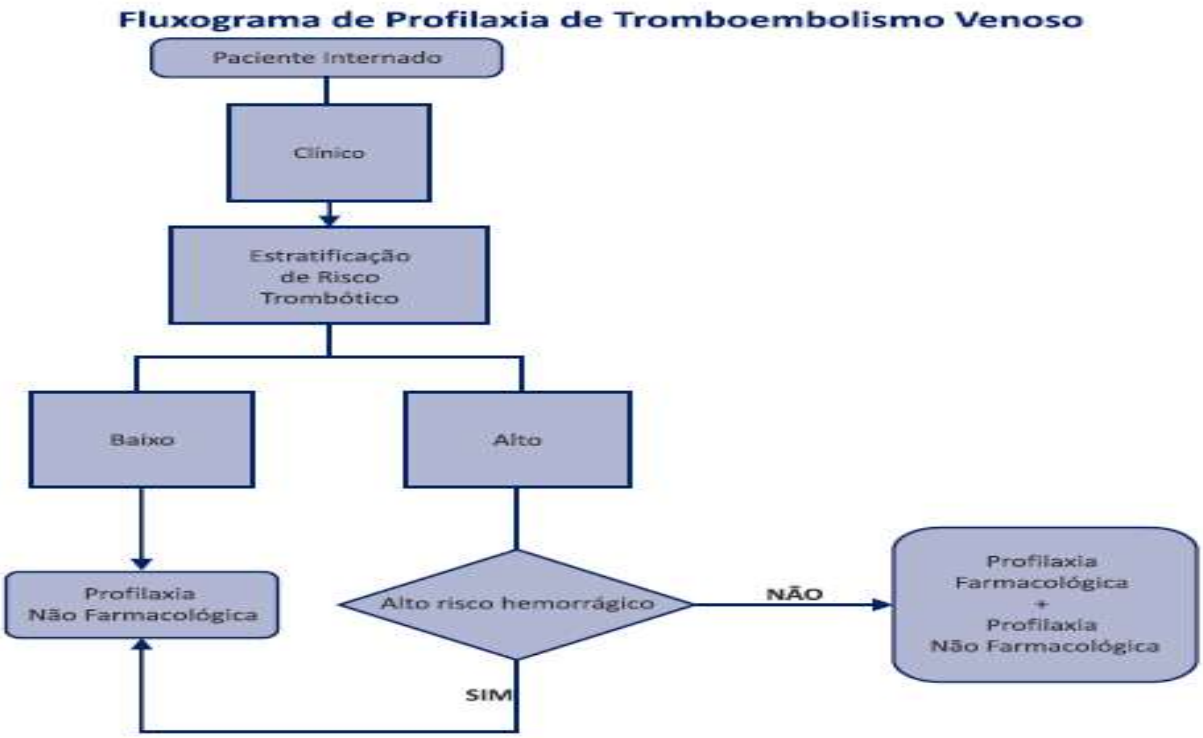


Figura 2. Fluxograma de Estratificação do Risco de TEV Cirúrgico

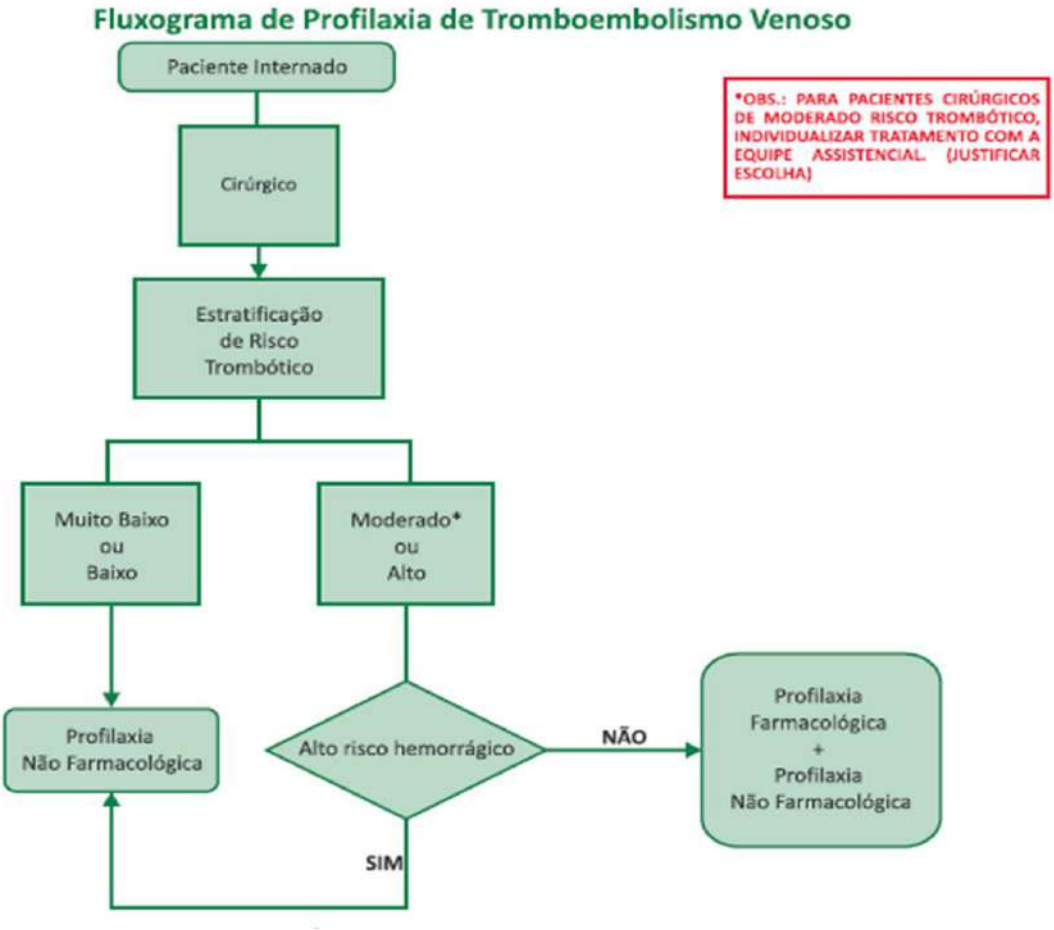


Figura 3. Fluxograma de Estratificação do Risco de TEV Cirúrgico Ortopédico

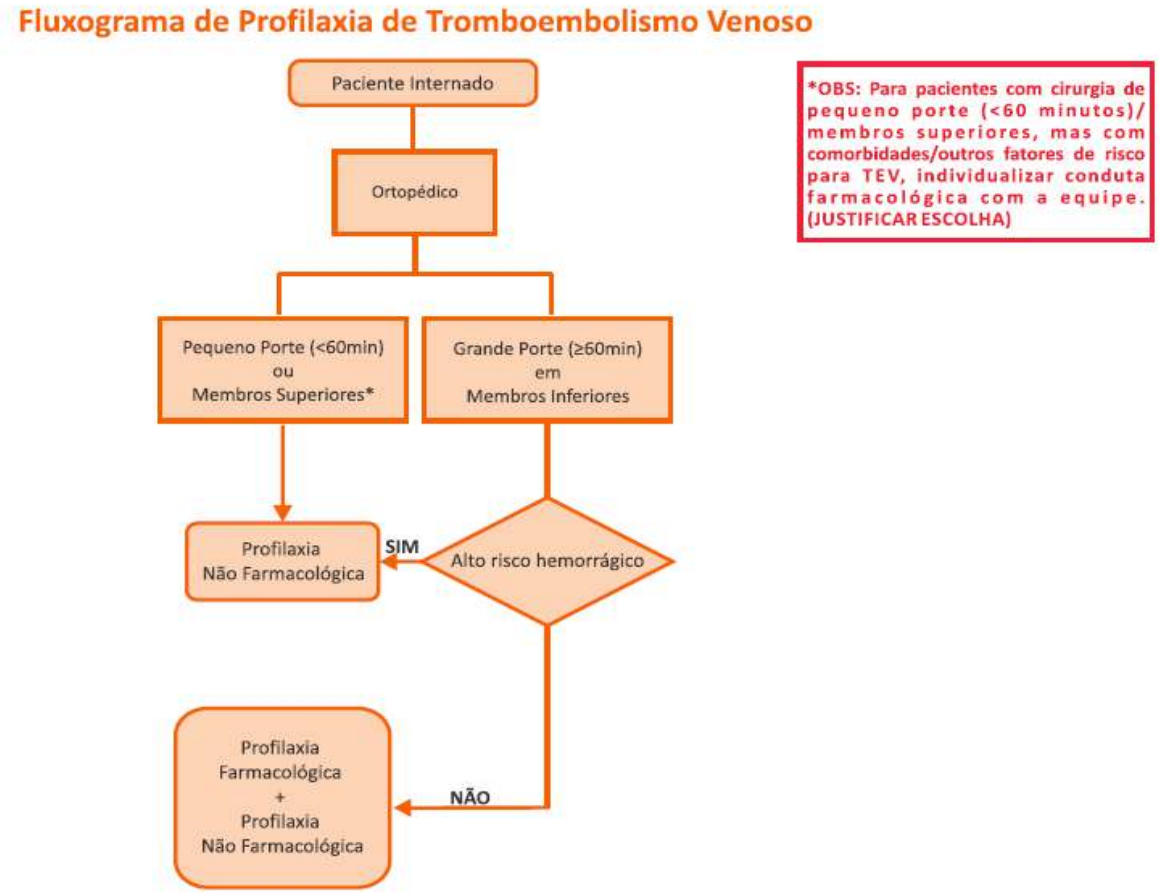


Figura 4. Fluxograma de Estratificação do Risco de TEV Obstétrico

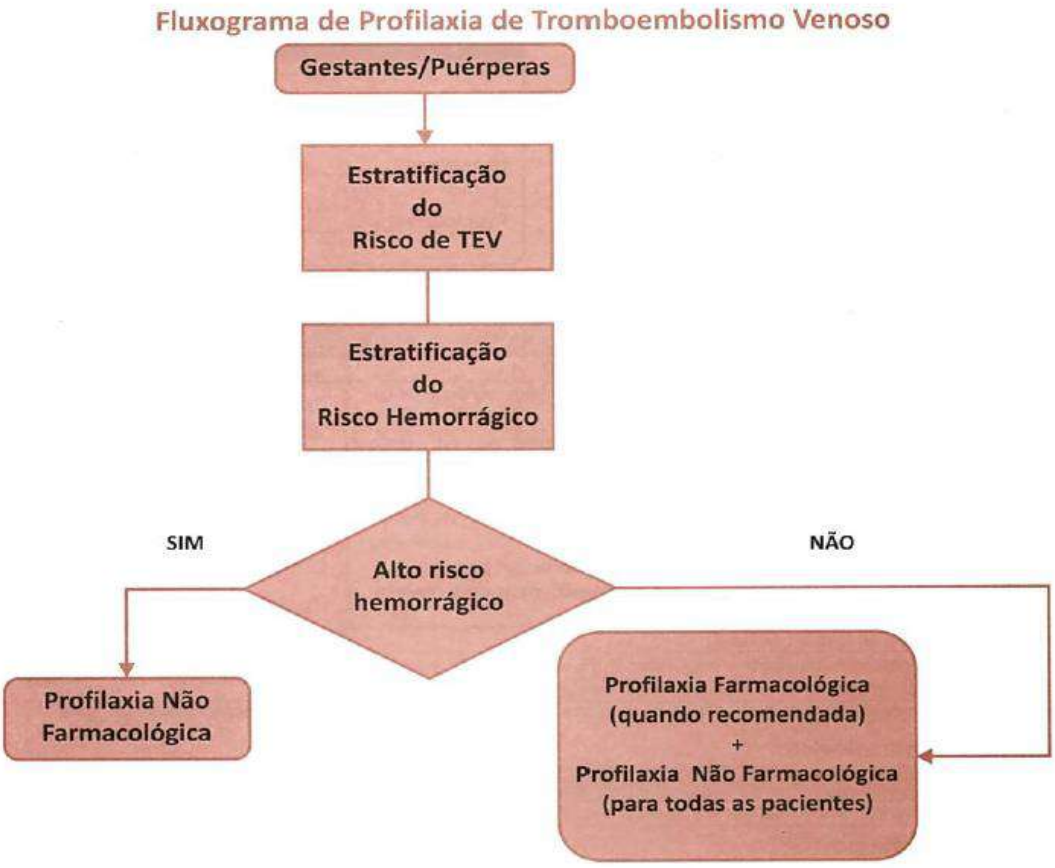


Tabela 1. Estratificação de Risco Trombótico para Pacientes Clínicos (Modelo de avaliação de risco de Padua, Kucher adaptado)

Fatores de Risco	Pontos
Câncer Ativo	3
História pessoal de TEV (com exclusão de trombose de veias superficiais)	3
Redução de mobilidade ≥ 24 h (não deambula ou deambula pouco, maior parte do dia acamado)	3
Condições de trombofilia (hipercoagulabilidade)	3
História recente de cirurgia ou trauma há menos de um mês	2
Idade ≥ 70 anos	1
Insuficiência pulmonar ou cardíaca	1
IAM ou AVC recente (menos de um mês)	1
Infecção aguda e/ou doença reumatológica	1
Obesidade (IMC ≥ 30)	1
Uso de contraceptivo, terapia de reposição ou terapia hormonal	1

TOTAL DE PONTOS		
Classificação do Risco para TEV:	0-3 pontos - Baixo Risco (0,3%)	≥ 4 pontos - Alto Risco (11%)

Tabela 2. Estratificação de Risco Trombótico para Pacientes Cirúrgicos (Modelo Caprini).

1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	5 PONTOS
☐ Idade 41-60 anos	☐ Idade 61-74 anos	☐ Idade ≥75 anos	☐ AVC (menos de um mês)
☐ Pequena cirurgia (<45 minutos)	☐ Cirurgia aberta/laparoscópica (≥ 45 minutos)	☐ História pessoal de TEV	******
☐ Edema de MMII ou veias varicosas	☐ Neoplasia maligna	☐ Trombocitopenia induzida por heparina	******
☐ Gravidez ou puerpério	☐ Paciente acamado ≥72 horas	☐ Trombofilia congênita ou adquirida	******
☐ História de abortamento inexplicada	☐ Cateter venoso central / PICC	******	******
☐ Uso de contraceptivo ou terapia hormonal	******	******	******
☐ Sepse, pneumonia, IAM ou ICC a menos de um mês	******	******	******
☐ Doença pulmonar grave ou função pulmonar alterada	******	******	******
☐ História de doença inflamatória intestinal	******	******	******

TOTAL DE PONTOS				
Classificação de Risco de TEV:	1 ponto: Muito Baixo Risco (<0.5%)	2 pontos: Baixo Risco (1.5%)	3-4 pontos: Moderado Risco (<3.0%)	≥5 pontos: Alto Risco (6.0%)

Tabela 3 – Estratificação de Risco Trombótico para Pacientes Cirúrgicos Ortopédicos (Modelo de avaliação de risco trombótico baseada no Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines).

☐ BAIXO RISCO	☐ ALTO RISCO
☐ Cirurgia de pequeno porte < 60 minutos (artroscopia, fraturas abaixo do joelho e tornozelo) ou membros superiores	☐ Cirurgia de grande porte ≥ 60 minutos nos membros inferiores (artroplastia de quadril, joelho, trauma, etc.)
☐ Cirurgia ≥ 60 minutos, porém com baixo impacto na mobilidade do paciente	☐ Cirurgia de pequeno porte < 60 minutos ou membros superiores, porém com imobilidade importante devido à própria cirurgia, comorbidades, antecedentes de trombofilia ou TEV prévio

ncy Soc Hematol Educ Program).

Subgrupo de pacientes	Profilaxia farmacológica Gestantes	Profilaxia farmacológica Puérperas
Mulheres gestantes/puérperas sem fatores de risco	☐ Não recomendada	☐ Não recomendada
Trombofilia de baixo risco (mutação heterozigótica para Fator V de Leiden ou do gene da protrombina), sem histórico pessoal de TEV	☐ Não recomendada	☐ Não recomendada
TEV anterior provocado (cirurgia, trauma, imobilização), sem gatilho de estrogênio ou trombofilia	☐ Não recomendada	☐ Recomendada
TEV anterior não provocado ou TEV associado a estrogênio	☐ Recomendada	☐ Recomendada
Presença de dois ou mais fatores de risco: história familiar de TEV, história de flebite superficial, trombofilia de baixo risco, trombofilia de moderado risco - anticorpo antifosfolípide assintomático, deficiência da proteína C, deficiência da proteína S -, tabagismo, restrição de crescimento intrauterino, pré-eclâmpsia, natimorto, doença inflamatória intestinal e idade ≥ 35 anos	☐ Não recomendada	☐ Individualizar conduta
Imobilização (repouso absoluto no leito ≥ 1 semana)	☐ Recomendada	☐ Recomendada
Trombofilia de alto risco (mutação homozigótica para Fator V de Leiden ou do gene da protrombina/deficiência da antitrombina ou presença de duas mutações heterozigóticas)	☐ Recomendada	☐ Recomendada

Caso a paciente apresente mais de um fator de risco, o fator de risco que irá prevalecer será sempre o maior e mais importante deles.

Tabela 5 – Risco Hemorrágico (Algoritmo Clínico, Cirúrgico e Cirúrgico Ortopédico).

13

Tabela 6

MODERADO RISCO Profilaxia medicamentosa recomendável COM ATENÇÃO	ALTO RISCO Profilaxia medicamentosa NÃO RECOMENDÁVEL
Sangramento maior prévio três meses antes da internação	Sangramento ativo/recente significativo que ofereça risco
Insuficiência hepática (INR ≥ 1.5)	Trombocitopenia grave ≤ 50.000 plaquetas
Trombocitopenia moderada ≤ 100.000 plaquetas	Pós-operatório inicial de cirurgia cardíaca e/ou craniotomia / medula
Idade ≥ 80 anos	Discrasia sanguínea grave
Punção lombar, anestesia peridural/ epidural: anticoagulantes não devem ser usados dentro de 12 horas antes de uma punção lombar e nem com menos de 4 horas após a punção	Pacientes em uso de Warfarina com INR > 1,8 e/ou pacientes em uso vigente de anticoagulante via oral (Rivaroxabana, Apixabana, Dabigatrana)
Insuficiência Renal grave (Clearance	

MODERADO RISCO Profilaxia medicamentosa recomendável COM ATENÇÃO	ALTO RISCO Profilaxia medicamentosa NÃO RECOMENDÁVEL
Sangramento maior prévio três meses antes da internação	Sangramento ativo/recente significativo que ofereça risco
Insuficiência hepática (INR ≥ 1.5)	Trombocitopenia grave ≤ 50.000 plaquetas
Trombocitopenia moderada ≤ 100.000 plaquetas	Discrasia sanguínea grave
Insuficiência renal grave (Clearance de Creatinina ≤ 30ml/min)	Em dose plena de anticoagulante
Punção lombar, anestesia peridural/epidural/raqui: anticoagulantes não devem ser usados dentro de 12 horas antes de punção lombar e nem com menos de 4 horas após punção	Condição clínico-obstétrica com risco iminente de sangramen volumoso. **Descrever no campo inferior do impresso**

Tabela 7 – Fármacos.

Fármaco	Dose	Contra Indicações	Observações
Enoxaparina	40 mg subcutâneo 1 vez/dia	Sangramento ativo, Trombocitopenia induzida por heparina, doença hepática severa;	– Ajuste Renal: Clearance de Creatinina ≤ 30 ml/min, 20 mg subcutâneo 1 vez/dia. – Obesos: Pacientes com IMC ≥ 35, considerar ajuste de dose para 60mg. – **Antídoto:** geralmente desnecessário para esquema profilático. – Para hemorragias graves considerar: ● Se Enoxaparina aplicada há menos de 8 horas: utilizar 1mg (100UI) de Protamina para cada 1mg de Enoxaparina; ● Se Enoxaparina aplicada entre 8 e 12 horas: utilizar 0,5mg (50UI) de Protamina para cada 1mg de Enoxaparina; ● Se Enoxaparina aplicada há mais de 12 horas: Protamina é desnecessária.
Heparina não Fracionada	5000 UI subcutâneo de 8/8 horas ou 12/12 horas	Sangramento ativo, Trombocitpenia induzida por heparina, doença hepática severa;	* Idoso: não é necessário ajuste de doses; * Monitorizar risco de plaquetopenia. * **Antídoto:** geralmente desnecessário, pois tem meia vida curta e rápida depuração. * Para hemorragias graves: considerar 1 mg de Protamina para cada 100 UI de Heparina. Dose máxima: 50 mg de Protramina. * Sempre monitorizar a paciente e administrar lentamente a Protamina, para evitar efeito cardiovascular (Hipotensão Severa).
Fondaparinux	2,5 mg subcutâneo 1 vez/dia	Sangramento ativo, Clearance de Creatinina ≤ 30 ml/min, doença hepática severa;	* Ajuste Renal: Clearance de Creatitina entre 20 e 50 ml/min: 1,5 mg subcutâneo 1 vez/dia; Clearance de Creatinina ≤ 20 ml/min: Não usar; * Obesos ou idosos: não há ajuste de dose; * Não há antídoto específico;
Rivaroxabana	10 mg via oral 1 vez/dia	Sangramento ativo, Clearance de Creatinina ≤ 30 ml/min, doença hepática severa;	* Ajuste Renal: Clearance de Creatitina entre 15 e 30 ml/min: usar com cautela. Clearance de Creatinina ≤ 15 ml/min: Não recomendado. Não há ajuste de dose obeso ou idoso; * Não há antídoto específico. Para hemorragia muito grave não controlada, considerar concentrado de Complexo de Protrombina (CCP) ou Fator VIIa Recombinante (rF VIIa); * Não estudado após Fraturas.

Tabela 8 – Indicações da Compressão Pneumática Intermitente.

Indicação de Compressão Pneumática Intermitente
Pacientes cirúrgicos com alto risco de TEV - Intra e Pós-Operatório
Pacientes cirúrgicos com moderado risco de TEV (opcional*) - Intra e Pós-Operatório
Pacientes cirúgicos com muito baixo ou baixo risco de TEV (opcional*) - Intra e Pós-Operatório
Pacientes ortopédicos de grande porte (≥ 60 minutos) - Intra e Pós-Operatório
Pacientes ortopédicos de pequeno porte (< 60 minutos) (opcional*) - Intra e Pós-Operatório
Pacientes clínicos de alto risco de TEV e contra-indicação para profilaxia farmacológica
Pacientes clínicos de alto risco de TEV em uso de profilaxia farmacológica (opcional*)
Pacientes clínicos com baixo risco de TEV (opcional*)
* Opcional: considerar mobilidade reduzida no leito

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROTOCOLO PUNÇÃO VENOSA

1. OBJETIVO

- Auxiliar na escolha do melhor sítio para introdução do cateter;
- Auxiliar na escolha do tamanho e tipo de cateter – com ou sem plataforma de estabilização;
- Sistematizar a técnica de punção venosa periférica garantindo segurança para o paciente e para o profissional que a executa;
- Reconhecer e utilizar o melhor dispositivo para infusões
- Prevenir complicações decorrentes da punção venosa;
- Reduzir os riscos de insucesso da punção venosa periférica.

2. DEFINIÇÃO

É a introdução de um dispositivo em um vaso periférico com a finalidade de coleta de amostra de sangue para exames ou para garantir a infusão de soluções parenterais tais como: hemocomponentes ou soluções não irritantes ao endotélio do vaso.

O dispositivo pode ser agulhado quando a finalidade é coleta de amostra de sangue ou sob agulha quando a necessidade do paciente é a manutenção de um acesso venoso para garantir a continuidade do tratamento.

Após a remoção da agulha, permanece somente o cateter (silicone, poliuretano), propiciando maior mobilidade e conforto ao paciente durante o tempo de utilização.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação:

- Paciente com prescrição de terapia intravenosa não irritante e que necessite de acesso periférico;
- Paciente com prescrição de terapia intravenosa irritante/vesicante, única dose, até 60 minutos;
- Paciente com prescrição de exames que necessitam de contraste endovenoso para diagnóstico;
- Paciente que necessita de uma segunda via para infusão de soluções parenterais não irritantes incompatíveis;

Contra-indicação:

- Punção em membro correspondente à mastectomia, com esvaziamento ganglionar,
- Pacientes com terapia maior que 6 dias e com prescrição de drogas irritantes/vesicantes/quimioterapia;
- Histórico de trombose previa no membro a ser puncionado;

- Infusão contínua de droga vesicante por período maior que 1 hora;
- Punção de fístula arteriovenosa (FAV) por enfermeiros não capacitados;
- Punção de MMII exceto em pacientes neonatais e pediátricos.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Material

- Luva de procedimento
- Swabs de álcool a 70%
- Cateter periférico (de acordo com o plano terapêutico e a avaliação das condições clínicas do paciente)
- Conector tipo Micro Clave Clear®
- Película adesiva estéril
- Garrote
- Seringa (previamente preenchida com SF 0,9%)
- Bandeja de inox
- Álcool 70% e panos de limpeza descartáveis
- Óculos de segurança (uso obrigatório) e máscara cirúrgica* (mediante avaliação de risco)
- Caixa para descarte de perfurocortante

O dispositivo para punção e seu calibre deverão ser escolhidos em função:

- Terapia intravenosa prescrita, características da droga e sua duração;
- Características clínicas do paciente, diagnostico, comorbidades e condições da rede venosa;

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

No momento das orientações, deve-se atentar para as condições ideais do paciente e do ambiente. Lembre-se de usar o Teach Back.

Antes da passagem do cateter:

Orientar paciente e família nos seguintes itens:

- Iniciar as orientações de alta;
- Necessidade da punção para a continuidade do tratamento;
- Objetivos da terapia intravenosa, explicando sua finalidade, indicação, vantagens, desvantagens e alternativas para a realização do procedimento;
- Planejamento e duração da terapia;
- Procedimento da inserção;
- Cuidados e manutenção necessários;

- Importância de relatar à equipe de enfermagem dor ou desconforto no local de punção;
- Procedimento de retirada do cateter que será realizada ao final do protocolo e/ou tratamento;

Durante a permanência com o cateter:

- Orientar e auxiliar o paciente nas atividades de cuidado pessoal e deambulação;
- Orientar que a mobilização do membro puncionado, não pode ser excessiva para evitar a saída acidental do cateter;
- Solicitar relato e observação de hiperemia, edema e dor no local de inserção do cateter;
- Orientar para relatar à equipe de enfermagem qualquer sintoma de desconforto local ou sistêmico (febre, calafrios, mal estar, náuseas, vômitos);
- Orientar quanto às medidas preventivas de infecção e complicações;
- Orientar sobre os cuidados a serem realizados: curativo, manutenção e retirada do cateter.
- Iniciar orientações para alta do tratamento;
- Orientar quanto as medidas preventivas de infecção, como a higienização das mãos nos 5 momentos com a técnica e no tempo recomendado;
- Orientar quanto à desinfecção dos conectores com swab alcoólico por 10 segundos e com fricção vigorosa;
- Orientar quanto a importância de manter o sistema de infusão fechado. Não devemos desconectá-lo, pois isso reduz o número de manipulações e, consequentemente, o risco de infecções;
- Orientar quanto a necessidade de realizar flush com SF 0,9% com turbilhonamento e pressão positiva;
- Necessidade de solicitar a equipe para proteger o acesso antes de ir para o banho com filme transparente;
- Orientar quanto a necessidade de comunicar a equipe de enfermagem caso haja qualquer alteração no sítio de inserção e/ou membro puncionado;

Pós-retirada do cateter:

- Orientar sobre os cuidados com o local de inserção do cateter;
- Orientar para relatar qualquer sinal de desconforto local ou sistêmico;
- Orientar o paciente para retornar ao hospital ou notificar o médico caso

apresente: febre, náusea, vômito ou tontura;

- Reforçar orientação de alta hospitalar (devem estar contidas no manual do paciente);
- Fornecer o telefone do hospital para paciente/ familiar.

6. DESCRIÇÃO

Antes de proceder à punção venosa periférica, é recomendável lembrar:

- Verificar se o paciente já possui algum dispositivo venoso que suporte a necessidade terapêutica;
- Pacientes com sinalização de alerta no prontuário eletrônico com Acesso Venoso Difícil, solicitar a equipe de Terapia Infusional para auxílio na punção;
- Iniciar a escolha do vaso a partir do dorso da mão;
- No MDA a escolha inicia-se a partir do antebraço;
- Evitar a punção em região de articulação;
- No Hospital Órion não **é permitida** a punção da veia jugular por profissionais da Enfermagem devido ao risco de punção da artéria carótida e formação de fibrina (exceto enfermeiros da **UNIDADE MÓVEL** na ausência do médico);
- Na necessidade da punção venosa de veia jugular, é sugerido o uso de USG;
- Para infusão de soluções contínuas manter o sistema fechado (não desconectar equipos), reduzindo a manipulação e consequentemente, o risco de infecção. Na vigência de medicações intermitentes, os equipos devem ser trocados a cada 24 horas e o acesso venoso, permeabilizado com solução fisiológica 0,9% após cada uso;
- Não é permitido realizar *"tapinhas"* sobre a veia (são dolorosos e podem lesar o vaso);
- Após a antissepsia, não palpar o local de punção;
- Após punção e introdução do cateter, se não houver retorno venoso, não retroceder e não reintroduzir o mesmo cateter;
- Promover rodízio dos locais de punção;
- Se insucesso e nova tentativa de punção: trocar de braço (se possível);
- Troca da Punção em 96 horas, **(exceto após avaliação clínica do Enfermeiro para os pacientes: Neonatais, Pediátricos e Geriátricos);**
- O número de punções está relacionado ao algoritmo correspondente da sua área.

Procedimento	Segurança	Proteção	
1. Avaliar e/ou conferir a indicação de acesso venoso periférico;	Evitar o desconforto provocado pela pressão do garrote	Paciente	
2. Realizar a desinfecção da bandeja inox, carro de apoio, e bancada com álcool 70% ou detergente desinfetante padronizado e panos de limpeza descartáveis; A bandeja não deve ser forrada após a desinfecção	Diminuir risco de contaminação	Paciente	
3. Higienizar as mãos com gel alcoólico. Em caso de sujidade aparente, higienizar com água e sabonete;	Diminuir risco de contaminação	Paciente e Colaborador	
4. Separar material necessário sobre a bandeja;	Otimizar o processo da punção venosa	Paciente	
5. Levar os materiais para o quarto/ambiente do paciente;	Otimizar o processo da punção venosa	Paciente	
6. Higienizar as mãos;	Diminuir risco de contaminação	Paciente e Colaborador	
7. Conferir a pulseira do paciente com o número do prontuário;	Garantir o procedimento correto	Paciente	
8. Orientar o paciente/familiar sobre o procedimento;	Promover a educação do paciente e familiar	Paciente/Familiar	
11. Proteger a pele do paciente, colocar o garrote e realizar a inspeção das veias, respeitando a sequência distal/proximal;	Garantir a prática segura para realização do procedimento	Paciente	

12. Localizar a veia a ser puncionada e soltar o garrote; **OBS 1:** Em pacientes pediátricos ou agitados, é necessário avaliar a necessidade de contenção de membros e/ou a presença de um segundo profissional; **OBS 2:** Proibido utilizar garrote de tecido.	Garantir a prática segura para realização do procedimento	Paciente	
13. Higienizar as mãos e colocar os óculos de segurança e a máscara (quando indicado);	Diminuir risco de contaminação	Paciente e Colaborador	
14. Higienizar as mãos e abrir as embalagens dos materiais estéreis e colocar na ordem de uso;	Otimizar o processo da punção venosa	Paciente	
15. Higienizar as mãos e montar sistema;	Diminuir risco de contaminação	Paciente e Colaborador	
16. Se utilizar cateter tipo Nexiva®, coloque o conector tipo Micro Clave® em uma das extremidades, antes da punção;	Garantir a prática segura para realização do procedimento	Paciente	
19.Proteger a pele do paciente e recolocar o garrote acima do local a ser puncionado, mantendo uma distância segura para enchimento capilar;	Garantir a prática segura para realização do procedimento	Paciente	
20. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento.	Garantir a prática segura para realização do procedimento	Paciente	
21. Realizar a antissepsia da pele com swab de álcool 70%, em sentido unidirecional. Repetir o processo quantas vezes necessário para garantir que a pele esteja livre de sujidade (utilizar no mínimo 2 swabs, individualmente).	Reduzir o risco de infecção	Paciente	

22. Com o bisel da agulha voltado para cima, proceder à punção venosa no sentido do fluxo venoso, até observar refluxo sanguíneo. Introduzir o cateter cuidadosamente para não transfixar o vaso, procedendo a diminuição do ângulo, de forma que o cateter seja totalmente posicionado no interior do mesmo. Retirar o mandril;	Garantir a prática segura para realização do procedimento	Paciente	
23. Remover o garrote assim que observar refluxo sanguíneo;	Garantir a prática segura para realização do procedimento	Paciente	
24. Avaliar refluxo venoso antes de injetar soro fisiológico 0,9% lentamente;	Garantir a prática segura para realização do procedimento	Paciente	
25. Fixar o cateter com a película adesiva estéril transparente em pacientes internados. Os pacientes do MDA e UPA a fixação recomendada é o adesivo estéril (IV Fix®). É de responsabilidade do enfermeiro, avaliar e recomendar o tipo de fixação;	Garantir a prática segura para realização do procedimento	Paciente	
26. Conectar o sistema fechado (caso seja cateter Nexiva®)	Garantir a prática segura para realização do procedimento	Paciente	
27. Retirar as luvas de procedimento;	Diminuir risco de contaminação	Paciente	
28. Higienizar as mãos;	Diminuir risco de contaminação	Paciente e Colaborador	
29. Descartar o material utilizado em locais apropriados (perfurocortantes e expurgo). Utilizar novas luvas mediante a avaliação de	Prevenir incidentes biológicos e reduzir geração de resíduos	Meio Ambiente	

risco.	infectantes.		
30. Higienizar as mãos, retirar a máscara (quando utilizada) e os óculos de segurança. Lembre-se de higienizar seus óculos.	Diminuir risco de contaminação	Paciente e Colaborador	
31. Registrar em prontuário: Tentativas e sucesso na punção periférica Data e hora da inserção Cateter e calibre utilizado Local e Veia puncionada Fixação utilizada Profissional que realizou o procedimento, Nome e Registro Profissional.	Garantir padrão de prática exemplar	Paciente	

6.1 Fatores de risco segundo o tipo de complicação

FLEBITE	INFILTRAÇÃO/ EXTRAVASAMENTO
Droga Irritante e/ou Vesicante (droga com pH < 5 ou > 9)	Droga Irritante e/ou Vesicante (droga com pH < 5 a > 9)
Infusão com tempo ≥ 90 ml/h (ADULTO)	Uso de dispositivos que permitam várias conexões
Tempo prolongado de terapia intravenosa (acima de 7 dias)	Localização do sítio de inserção e/ou posicionamento que comprima ou tracione o cateter intravascular
Risco de infecção	Presença de alterações ou doenças da rede venosa e/ou de pele
Uso de dispositivos que permitam várias conexões	Calibre do cateter não compatível com o vaso puncionado
Localização do sítio de inserção e/ou posicionamento que comprima ou tracione o cateter intravascular	Infusão com tempo ≥ 90 ml/h (ADULTO)
Presença de alterações ou doenças da rede venosa e/ou de pele	Tempo prolongado de terapia intravenosa (acima de 7 dias)
Acesso intravascular puncionado > 72 horas, anteriormente no mesmo local e/ou múltiplas	

punções, manipulação excessiva	
Calibre do cateter não compatível com o vaso puncionado.	

Em razão das características dos processos assistenciais, os pacientes externos (Cetro Cirúrgico, consultórios, Ambulatório Multiprofissional, Ambulatório de Quimioterapia e MDA) não são avaliados quanto aos fatores de risco para complicação do acesso intravascular.

6.2 Escala de classificação da flebite

Classificação quanto ao tipo de flebite:

- **Mecânica:** associação à fixação inadequada, calibre e local de punção;
- **Química:** associada às infusões rápidas, diluições e reconstituições inadequadas;
- **Bacteriana:** associada à não aderência de boas práticas, como: higiene das mãos, desinfecção dos conectores e antissepsia da pele;
- **Pós-Infusional:** associada às complicações mecânicas, químicas e bacterianas evidenciadas de 48 à 96 horas após a retirada do cateter; término da terapia intravenosa e/ou alta.

Classificação quanto aos sinais clínicos:

- **Grau 0: sem sinais clínicos;**
- **Grau 1:** presença de eritema, com ou sem dor local;
- **Grau 2:** presença de dor, com eritema e/ou edema;
- **Grau 3:** presença de dor, com eritema e/ou edema; com endurecimento e cordão fibroso palpável;
- **Grau 4:** presença de dor, com eritema e/ou edema; com endurecimento e cordão fibroso palpável maior que 2,5cm de comprimento; drenagem purulenta.

6.3 Intervenção da enfermagem na flebite

SINAIS CLÍNICOS	PERIODICIDADE	GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 4
Retirada do cateter.	Ao verificar sinais de flebite na intervenção do cateter.	X	X	X	X
Elevar o membro por 24 a 48 horas.	MTN	X	X	X	X
Aplicar escala de classificação de flebite a cada 6 horas no mínimo ou conforme protocolo de terapia intravenosa.	-	X	X	X	X
Aplicar compressas frias, por no máximo 45 minutos, após identificar a flebite.	Momento em que a flebite for identificada.	X	X	X	X
Aplicar compressas mornas 3x ao dia, por 15 minutos.	MTN	X	X	X	X
Cultura de ponta de cateter (flebite bacteriana).					X
Repuncionar o acesso venoso em membro oposto, caso seja necessário a obtenção de novo acesso venoso.	-	X	X	X	X
Manter membro com dano sem punção por 72 horas.	-	X	X	X	X
Comunicar médico titular e discutir a conduta.	-	X	X	X	X
Administrar analgésicos e antiinflamatórios, conforme prescrição médica.	CPM		X	X	X

Veias mais utilizadas para a punção venosa periférica(2, 3, 5, 12, 16)

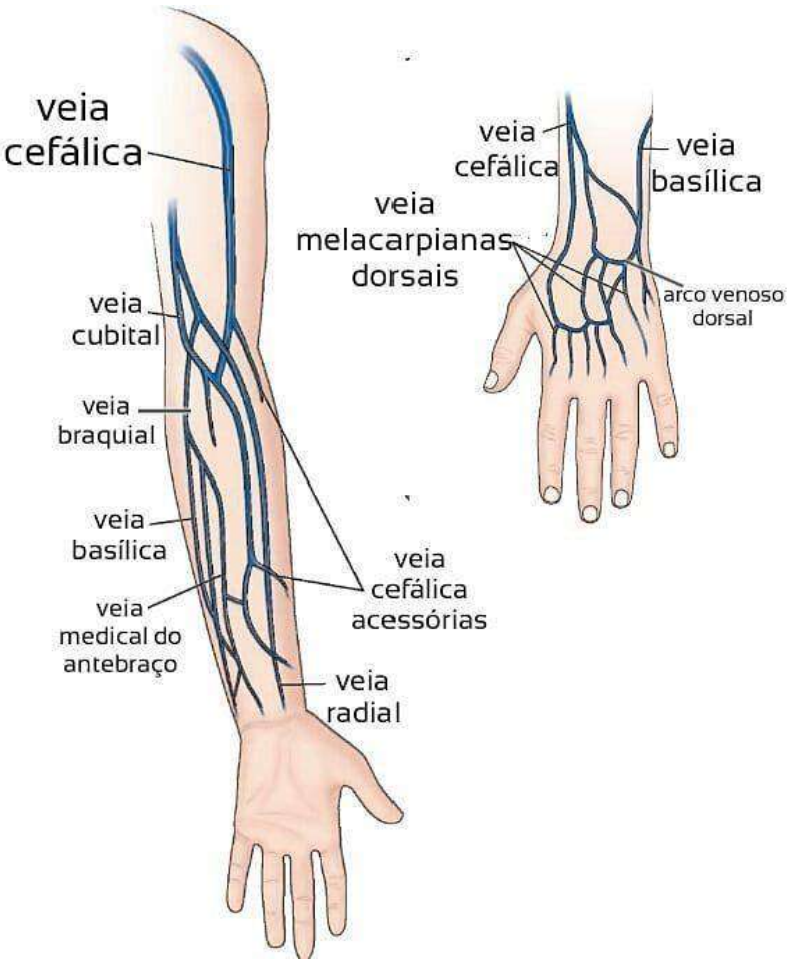
Veias	Dispositivo de inserção	Considerações	Vantagens	Desvantagens
Rede venosa de Dorsal de Mão (Digital e Metacarpais)	• Cateter de pequeno calibre; • 20 a 22G(cateter); • 21 a 25G(scalp).	• **Digital:**Usar apenas soluções que são isotônicas sem aditivos pelo risco de infiltração; • **Metacarpal:**Bom local para inicio da terapia intravenosa, evitar infusão de	- Local mais distante, facilmente visível e palpável, de fácil acesso.	- Menores que as veias do antebraço, turgor cutâneo diminuído e perda do tecido subcutâneo em pacientes geriátricos, excesso de gordura em subcutâneo de

		antibióticos, Cloreto de Potássio ou agentes quimioterapicos.		crianças, capacidade limitada para uso da mão enquanto puncionada.
Veia Cefálica: Margem lateral do antebraço, anterior à fossa cubital, lateralmente ao músculo bíceps braquial e sulco deltopeitoral.	• 18 a 22G(cateter); • 16 a 20G (cateter em Cefálica Superior – acimadocotovelo).	• Útil para administraçãode medicamentos quimicamente irritantes e transfusões de sangue; • Inicialmente utilizar a porção distal e trabalhar para cima com a terapia intravenosa de longoprazo; • Inserção dePICC.	• Grande veia, fácil de fixar, pode ser palpável acima da fossaanticubital; • Indicação para pacientesconfusos.	• Pode estar atrás de tendõesque controlam o polegar, a punção venosa direto no punho e na fossa anticubital pode aumentar as complicações decorrente da movimentação articular, danos ao nervo radial; • Difícil visualização acima do cotovelo.
Veia Cefálica Acessória: Ramificação da veia cefálica ao longo do osso radial.	- 18 a 22G (cateter).		- Veia média a larga, fácil de fixar, pode ser facilmente palpável.	• Válvulas na junção da cefálica podem dificultar o avanço do cateter, o comprimento da veia pode ser curto para o cateter, pode não ser localizado em crianças; • Pode ser difícil a palpação em pessoas com grande quantidade de tecidoadiposo.

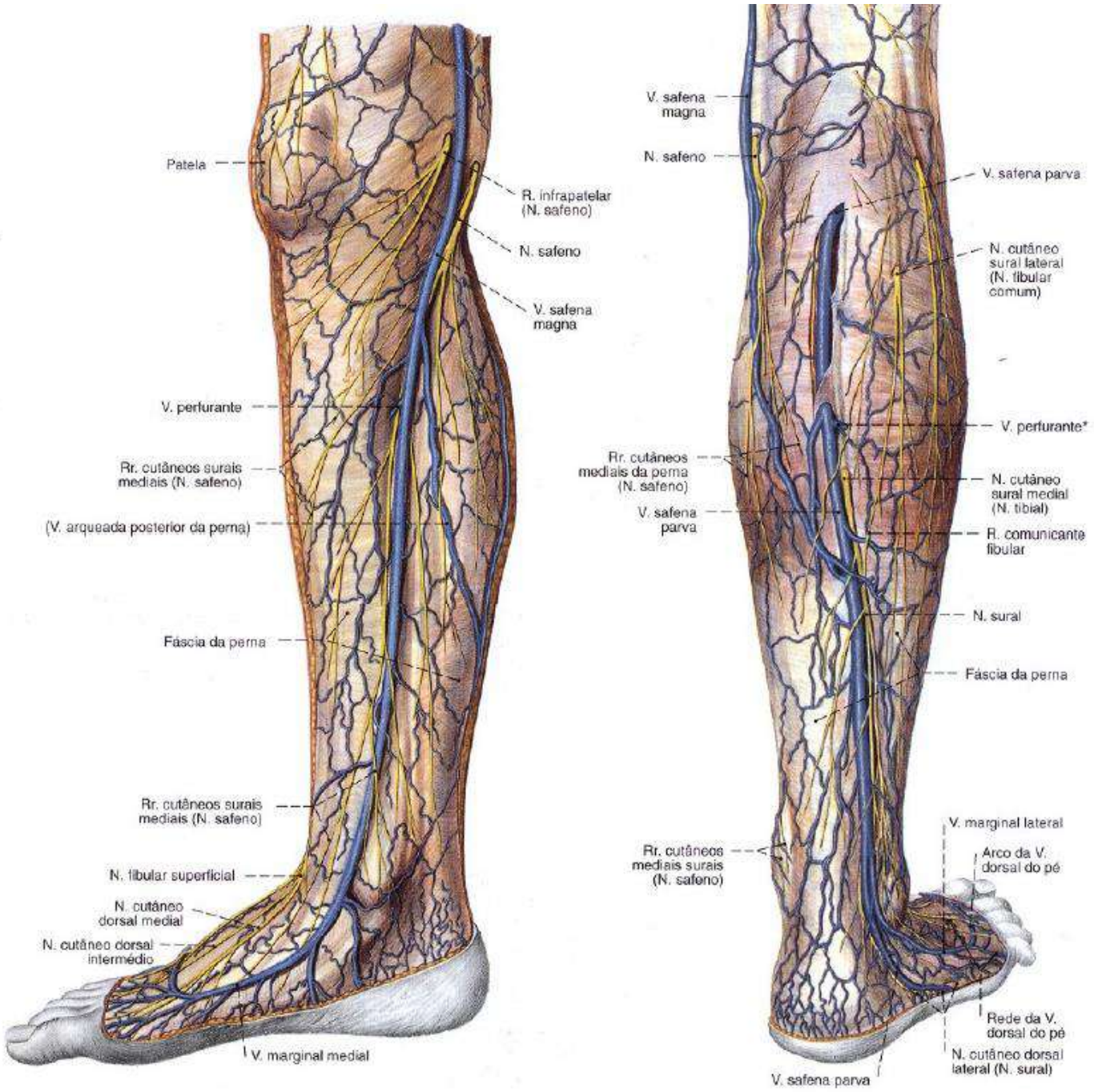
Veia Mediana			Veia média, fácil de fixar.	A punção no punho pode ser excessivamente dolorido, devido à proximidade do nervo; pode ser mais difícil de palpar e visualizar.
Veia Basílica: Trajeto póstero-medial no antebraço, anteriormente à fossa cubital e medialmente ao músculo bíceps braquial.	- 18 a 22G (cateter).	- Inserção de PICC.	- Veia larga, facilmente palpável, deve estar disponível após outros locais serem esgotados.	- Mais difícil de puncionar devido à localização, mais difícil de avaliar o paciente e observar a localização, punção diretamente na fossa anticubital pode resultar em aumento das complicações relacionado à movimentação articular, não pode ser palpada acima da fossa anticubital.
Veia Cubital: Dobra do cotovelo.	- Todos os calibres sãoindicados; - **Indicaçãoespecial:** ✓ 16 a 18G; ✓ PICC; ✓ Coletade Sangue.	• Deveria ser reservada pala coleta de exames laboratoriais; • Emergências; • Inserção dePICC.		- Local desconfortável, devido ao braço estender-se de forma não natural;

Veia Temporal Superficial/ Frontal/ Occipital/ Auricular Posterior/ Supra orbital: Cabeça	- Dispositivos menores;	**- Indicação: Crianças até 18 meses.**	• Fácil acessoemonitoramento; • Prontamentedilatada; • Mantém mãos e péslivres; • Ausência deválvulas.	• Cabelo deve ser aparado ou cortado; • Fácil infiltração; • Aumento da ansiedadefamiliar; • Difícil fixação; • Microabrasões ne pele, aumento no risco de potencial de entrada de microrganismos no sistema vascular; • Questõesculturais.
Rede venosa de Dorsal de Pé		**CRIANÇAS:** **-**Mantém mãos livres; • Fácil restrição/fixação. **ADULTO:** **• Na vigência da prescrição Médica da punção em MMII.**	- Fácil acesso.	- Pode não ser fácil apalpação em decorrência da idade ou alterações relacionadas às doenças; - Alta incidência de complicações relacionadas à circulação prejudicada; - Difícil de estabilizar a articulação, limitação na capacidade de deambular e mobilidade; - Aumento no risco de Flebite.

Veias marginais do Pé - Medial e Lateral		**CRIANÇAS:** **-**Mantém mãos livres; - Fácil restrição/fixação. **ADULTO:** - **Na vigência da prescrição Médica da punção em MMII.**	- Pode ser larga, usualmente fácil de palpar e visualizar.	- Alta incidência de complicações relacionadas à circulação prejudicada; - Difícil de estabilizar articulações, limitação na capacidade de deambular e mobilidade; - Alta incidência de complicações relacionadas à circulação prejudicada; - Aumento no risco de Flebite.



Anatomia venosa dos membros superiores



7. RESPONSÁVEIS

Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Não adesão às boas práticas relacionadas ao procedimento;
- Não utilizar técnica asséptica durante o procedimento;
- Profissional não habilitado;
- Insucesso na punção;
- Orientação inadequada ao paciente;
- Número excessivo de punções;

- Não seguir os critérios de indicação e contra indicação.
- **9. PADRÃO DE PRÁTICA**
- Realizar o acesso venoso periférico seguindo os algoritmos de punção venosa a fim de reduzir os riscos de complicações e assegurar a manutenção do dispositivo até o término da terapia;
- Restringir casos de insucesso e as complicações do acesso venoso periférico, minimizando os eventos relacionados a terapia de infusão.
- **ATENÇÃO:** Padrão de Prática de Segurança do Colaborador – o uso de materiais perfurocortantes para a realização de procedimentos em pacientes adultos que apresentam quadros de distúrbios cognitivos como confusão, agitação, agressividade, sonolência e/ou movimentos involuntários, deve ser considerado como um importante fator de risco para a ocorrência de incidentes com o profissional. Avalie a necessidade de auxílio.
- **Em setores de diagnóstico, com injeção de alto fluxo de contraste, o local de escolha para punção, inicia-se a partir do antebraço. Deve-se evitar punção venosa em região dorsal da mão (risco de extravasamento do contraste e síndrome compartimental)**

10. **Periodicidade de Treinamento**

Admissional e sempre que necessário.

11. Registros DA QUALIDADE

Prontuário eletrônico – Tasy

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

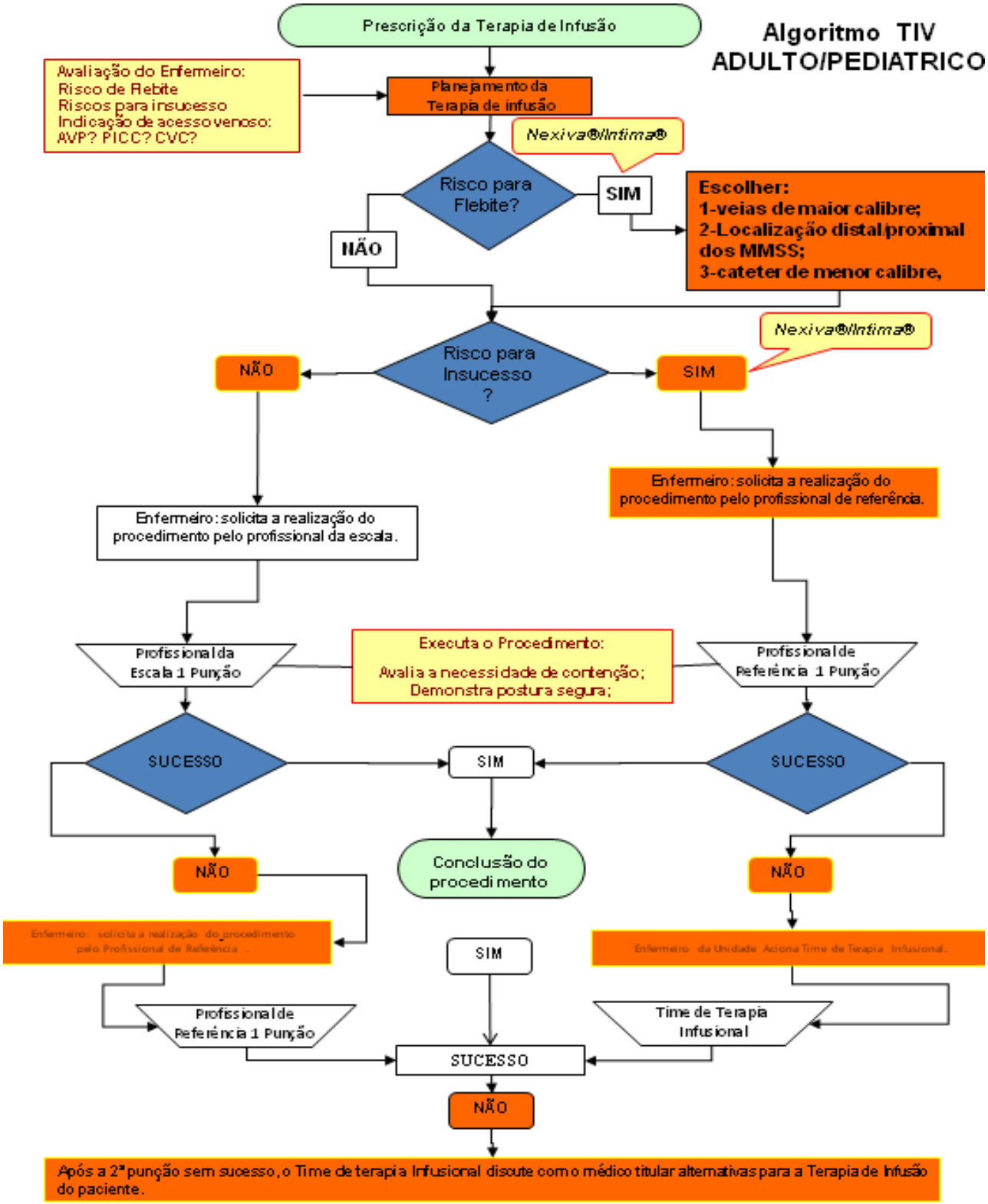
Não se aplica.

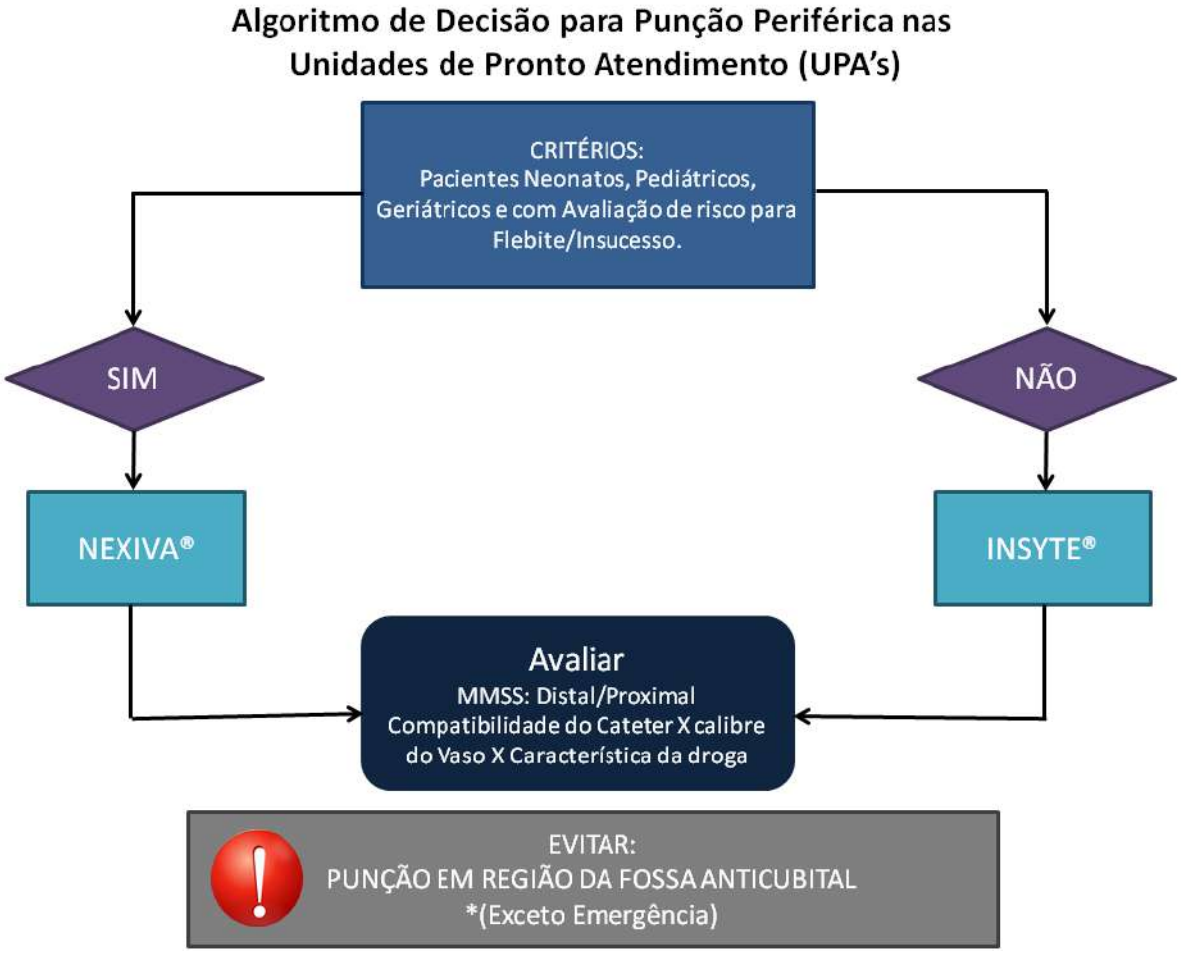
- **13. ANEXOS**

ALGORITMO - ADULTO E PEDIÁTRICO:

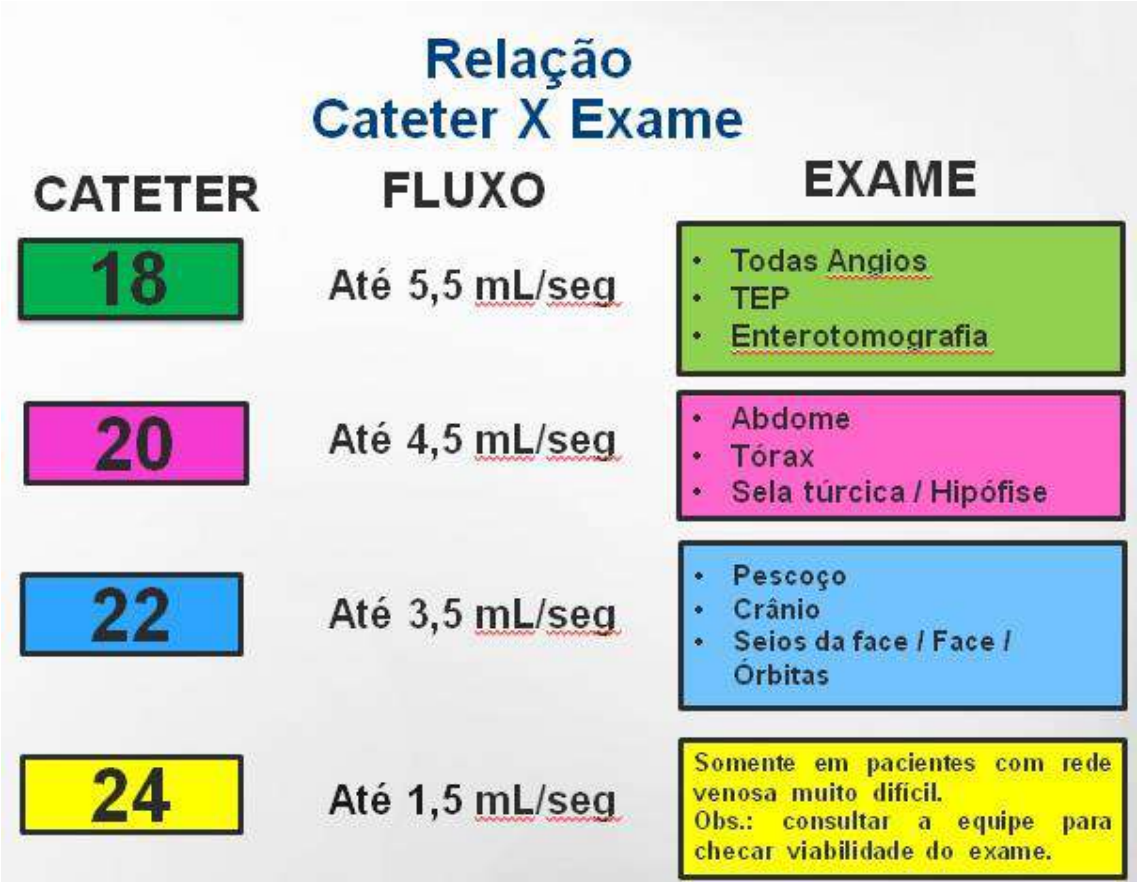
ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Algoritmo TIV ADULTO/PEDIATRICO





Escolha do cateter periférico para exames de Tomografia



- **14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Silva GA; Priebe S; Dias FN - Benefits of Estabilishing an Intravenous Team and the Standardization of Peripheral Intravenous Catheters - Journal of Infusion Nursing, May/June 2010, Vol. 33, Nº 3, p. 156 - 160.

2. Infusion Nurses Society - Infusion Nursing: An evidence-based approach - Saunders Elsevier, 3ª Ed, Missouri, 2010.

3. Phillips LD. - Manual of I.V. Therapeutics: Evidence-Based Practice for Infusion Therapy - 5ª Ed; F.A. Davis Company, Philadelphia, 2010.

4. Ingramp Lavery I - Peripheral intravenous therapy: key risks and implications for practice - Nursing Standard. 19, 46, 55-64. 2005

5. INS Brasil - Diretrizes Práticas para Terapia Intravenosa - Brasil, Ed 2008.

6. Ung L; Cook S; Edwards B; Hocking L; Buttergieg H - Peripheral Intravenous Cannulation in Nursing - Journal of Infusion Nursing. 2002 May/June; 25(3):189-195.

7. Frey A - Success rates for peripheral IV insertion in a children's hospital - Journal of Intravenous Nursing.1998 May/June; 21(3):160-165.

8. Gillies D; O'Riordan L; Carr D; Frost J; Gunning R; O'Brien I - Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters (Cochrane Review) - In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.

9. James SR; Ashwill JW; Droske SC - Principles and Procedures for Nursing Care of Children - In: James SR, Ashwill JW, Droske SC. Nursing Care of Children - Principles & Practice. Sauders. 2ª ed. Philadelphia, Pennsylvania: 2002. p. 403.

10. Moncaio ACS; Figueiredo RM - Conhecimentos e práticas no uso do cateter periférico intermitente pela equipe de enfermagem - Revista eletrônica de enfermagem. 2009;11(3):620-7. em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a20.htm

11. Pereira RCC; Zanetti ML; Ribeiro KP - Motivos de interrupção da terapia endovenosa relacionada ao tempo de permanência do dispositivo venoso periférico in situ - R. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v.23, nº1, p.70-83, Jan, 2002.

12. Martin LGR; Segre CAM - Manual Básico de Acessos Vasculares - Ed. Atheneu, São Paulo, 2010.

13. ARREGUY-SENA C; CARVALHO EC - RISCO PARA TRAUMA VASCULAR: PROPOSTA DO DIAGNÓSTICO E VALIDAÇÃO POR PERITOS - REV BRAS ENFERM, BRASÍLIA 2009, JAN-FEV; 62(1): 71-8.

. Netter FH - Atlas de Anatomia Humana - Saunders Elsevier, 4ª Ed, São Paulo, 2008.

15. Arreguy-Sena C; Carvalho EC; Santos CB - Visualização e caracterização da rede venosa periférica: Contribuição do garroteamento - Esc. Anna Nery, Rev. Enferm, 2008, Jun; 12(2): 299 - 303.

16. Cheung E; Baerlocher MO; Myers A - Venous access: A practical review for 2009 - Canadian Family Physician, vol.55: May 2009.

17. Soifer NE; Borzak S; Edlin BR; Weinstein RA - Prevention of peripheral venous catheter complications with an intravenous therapy team - Arch Intern Maed, vol 158, Mar 9, 1998.

18. Leahy S; et al. - On the front lines: Lessons Learned in Implementing Multidisciplinary Peripheral Venous Access Pain - Management Programs in Pediatric Hospital - Pediatrics, Volume 122, Supplement 3, Nov. 2008.

19. Nassaji-Zavareh M; Ghorbani R - Pheripheral intravenous catheter-related phlebitis and related risk factors - Singapore Med J, 2007: 48(8): 733.

20. JBI - Management of peripheral intravascular devices - Best Practice, 12(5), 2008.

21. Lee, WL; et al. - Risk factors for peripheral intravenous cathether infection in hospitalized patients: A prospective study of 3165 patients - American Journal of Infection Control, 2009.

22. Brunelle D - Impact of a Dedicated Infusion Therapy Team on the Reduction of Catheter-related Nosocomial Infections - Journal of Infusion Nursing, Vol. 26, nº 6, Nov/ Dec 2003.

23. Martins TSS; Silvino ZR; Dias LS - Perfil da terapia intravenosa pediátrica em um hospital universitário e associação com a ocorrência de falhas infusionais: estudo quantitativo - Online Brazilian Journal of Nursing, Vol.9, Nº2, 2010.

24. Amoore J - Infusion devices: characteristics, limitations and risk management. - Nursing Standard, Vol.17, Nº28, March 2003.

25. Pereira RC; Zanetti ML - Complicações decorrentes da terapia intravenosa em pacientes cirúrgicos. - Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, Vol. 8, Nº 5, Out 2000.

26. Macklin D - Phlebitis: A painful complication of peripheral IV cathetherization that may be prevented. AJN, February 2003, Vol.103, Nº 2.

27. Doellman D; Hadaway L; Bowe-Geddes LA - Infiltration and Extravasation - Journal of Infusion Nursing, vol. 32, nº 4, Jul-Ago/2009.

28. Chanes DC; Dias CG; Gutiérrez MGR - Extravasamento de Drogas Antineoplásicas em Pediatria: Algoritmos para Prevenção, Tratamento e Seguimento - Revista Brasileira de Cancerologia, 2008; 54(3):263-273.

29. Dougherty L - IV therapy: recogmizing the differences between infiltration and extravasation - British Journal of Nursing, 2008, Vol 17, Nº 14.

30. Reis PED; et al. - Efeitos adversos identificados em local de infusão intravenosa periférica por drogas quimioterápicas - Ciencia y EnfermerIa XIV (2): 55-64, 2008.

31. Ferreira LR; Pedreira MLG; Diccini S - Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos - Acta Paul Enferm 2007; 20 (1): 30-6

32. Reis PED; et al. - Pharmacological Intervenctions to Treat Phlebitis: Sistematic Review - Journal of Infusion Nursing, Vol. 32, Nº 2, March/ April 2009.

33. Polovich M, Whitford JM, Olsen M - Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommendations for practice. - Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society, 2009.

34. Garcez RM - Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011 - Nanda Internacional. 1ªed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.

35. Conselho Regional de Enfermagem (COREN)/ SP - Tala de fixação de acesso venoso em crianças - CAT N° 012/2010, São Paulo: 2010.

36. Conselho Regional de Enfermagem (COREN)/ SP - Realização de ultrassonografia vascular por enfermeiros - CAT N° 003/2009, São Paulo: 2009.

37. Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pettengill MAM - Ultra-sonografia na punção intravenosa periférica: inovando a prática de enfermagem para promover a segurança do paciente - Acta Paul Enferm 2008; 21 (4): 667-9.

38. HESS HA - A BIOMEDICAL DEVICE TO IMPROVE PEDIATRIC VASCULAR ACCESS SUCCESS - PEDIATRIC NURSING, VOL. 36, N° 5, SEPTEMBER - OCTOBER 2010.

- **15. DOCUMENTOS RELACIONADOS**

- TIV

- Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e dispositivos complementares na assistência

- **16. HISTÓRICO DE REVISÕES**

Registrar itens alterados no processo de revisão do documento.

SEGURANÇA EM CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS - IDENTIFICAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (LATERALIDADE), CHECK - IN, TIME OUT E CHECK - OUT

1.INTRODUÇÃO

Esta política estabelece os processos de segurança de verificação pré-operatória e pré-procedimento invasivo no Hospital.

O processo de verificação tem início com a marcação da lateralidade (quando aplicável), seguido de Checkin, Time Out e Check Out, baseado nas práticas internacionais de segurança.

2.OBJETIVO

- Atender às recomendações do protocolo da Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Atender às metas internacionais de segurança do paciente.

3.PRINCIPIOS NORTEADORES

NA

4.DEFINIÇÕES

14. DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

Procedimentos realizados dentro de uma unidade designada como centro cirúrgico, que envolvem incisão, sutura, debridamento de tecidos, drenagem de substâncias orgânicas, ou ainda biópsia de tecidos, vísceras ou órgãos, em regime de internação hospitalar ou ainda em regime ambulatorial.

Incluem procedimentos endovasculares, aqueles realizados através de acesso percutâneo utilizando uma via endovascular, com ou sem inserção de próteses e, procedimentos endoscópicos que também participam do rol de procedimentos cirúrgicos correspondendo àqueles que utilizam a via endoscópica, invadindo cavidades orgânicas ou vísceras através de sua mucosa.

Esta política é aplicável a todos os pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos e invasivos no Hospital.

15. 5.CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA/DESCRIÇÃO

Identificação do local de intervenção

A identificação do local de intervenção ou marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) é uma atividade de inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou do procedimento invasivo. O médico executor do procedimento só poderá delegar o ato da marcação do sítio cirúrgico para outro profissional médico de sua confiança e ciente de que não existe a transferência de responsabilidade sobre este ato.

Todo paciente submetido a procedimento cirúrgico e invasivo que implique em lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ter o local de intervenção demarcado pelo

cirurgião, médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado. Nos procedimentos realizados na região da coluna vertebral, a marcação deverá ocorrer por região (cervical, torácica, lombar e sacral).

Todo paciente submetido a cirurgias em face (olhos, orelha, boca, bochecha, entre outras) deverão ter a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) sinalizada através da colocação de uma pulseira de identificação de cor **VERDE LIMÃO** no membro superior no lado a ser operado, contendo a informação da lateralidade (exemplo: olho direito, orelha esquerda, entre outros).

Todo paciente submetido a procedimentos de imobilização de membros com aplicação de aparelho gessado, fixadores, atadura, tala imobilizadora, entre outros deverão ter marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) realizado.

A identificação da marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) deverá ser feita antes do encaminhamento do paciente para o local do procedimento com marcador padronizado na instituição, utilizando a caneta dermatológica e com a sinalização recomendada.

Nos casos de preparo de pele (exemplo: tricotomia, degermação) estes devem ser realizados após a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade).

A marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) recomendada é um **círculo** ou **dois círculos circunscritos simulando um alvo**. Outros tipos de marcação são aceitáveis desde que toda a equipe entenda claramente o local de intervenção. Para cirurgias que requerem marcação especial (cirurgia plástica, varizes, entre outras), estas serão válidas como marcação da lateralidade.

Na admissão do paciente no local do procedimento, o enfermeiro ou técnico de enfermagem que recebe o paciente deverá conferir a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) juntamente com o consentimento cirúrgico.

Nos casos de **emergência**, onde a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) **não é obrigatória**, o médico responsável deverá registrar o local de intervenção no prontuário eletrônico.

O paciente **não** deverá será encaminhado para a sala de cirurgia, sala de intervenção, sala de

hemodinâmica, ou sala de exame para realizar o procedimento sem a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade), exceto em casos de emergência.

Exceções:
Casos onde a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) não é necessária incluem:

15) Cirurgias e procedimentos em órgãos únicos.
16) Cirurgias e procedimentos de emergência.
17) Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido, incluindo: cateterização cardíaca, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, laparotomia exploradora.
18) Procedimentos endovasculares com ou sem local de intervenção conhecido
19) Suturas e cuidados com ferimentos na UPA ou centro cirúrgico.
20) Agulhamento mamário.
21) Crianças prematuras - indicar órgão e lateralidade no consentimento cirúrgico.
22) Recusa do paciente - registrar em prontuário a recusa do paciente e certificar-se que o lado correto consta no consentimento cirúrgico e demais documentos necessários para cirúrgia ou procedimento invasivo.

Etapas do Checklist Cirúrgico – Time Out

Verificação pré-operatória (documentação certa)

Abaixo estão descritas as etapas de realização do checklist cirúrgico – Time Out no Hospital

Na Unidade de Internação

Equipe de Enfermagem

G) Avalia o paciente e preenche a documentação necessária para o encaminhamento do paciente para realização do procedimento, esses documentos incluem: Avaliação Inicial de Enfermagem, Encaminhamento ao Bloco Cirúrgico, preencher item disponivel na aba avaliações do prontuario eletronico. A enfermagem deverá preencher o checklist de encaminhamento do paciente.
H) Encaminha juntamente com o paciente os exames relevantes para a realização do procedimento cirúrgico.
I) Após todos os itens listados anteriormente estarem em conformidade, a equipe de enfermagem encaminha o paciente ao local da realização do procedimento.
J) Encaminhar documentação em envelope pardo

Equipe Médica

- Avalia o paciente e preenche: Anamnese e Exame Físico, Consentimentos Cirúrgicos e Anestésicos, Avaliação Pré-Anestésica e realiza a demarcação do sítio cirúrgico / lateralidade (quando aplicável).

Na Chegada ao Centro Cirúrgico

Equipe de Enfermagem

- A equipe de enfermagem que recebe o paciente na entrada do Centro Cirúrgico realiza as seguintes etapas:
- Check in - conferindo os seguintes itens:
- Checagem dois identificadores do paciente (nome completo e nº de prontuário)
- Avaliação inicial de enfermagem.
- Anamnese/ exame físico.
- Avaliação pré anestésica.
- Consentimento anestésico.
- Consentimento cirúrgico com lateralidade/sítio (quando aplicável).
- Sítio demarcado (quando aplicável).
- Conferência do paciente / agendamento.
- Ate 1 hora antes a enfermagem deverá confirmar com o andar para validar os itens antes do encaminhamento ao centro cirúrgico.
- Caso o item não seja contemplado a enfermagem do andar não poderá encaminhar paciente ao centro cirurgico.

Na Sala de Cirurgia

Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem irá conduzir o checklist cirúrgico – Time Out em 03 momentos distintos:

1. **Time Out antes da Indução Anestésica**

Obs: Nos locais que não sejam centro cirúrgico deverá ser usado um TIMEOUT adaptado em avaliações .

A equipe de enfermagem preenche todos os itens da lousa/ televisor da sala de cirurgia.

O checklist cirúrgico – Time Out antes da indução anestésica ocorre na presença dos seguintes profissionais: equipe de enfermagem (condutor do time out), cirurgião principal e/ou assistente e anestesiologista e deverá ser conduzido em voz alta, checando juntamente com o cirurgião principal e/ou assistente e anestesiologista todos os itens relativos à segurança anestésica.

Os itens checados no checklist cirúrgico – Time Out antes da Indução Anestésica são:

- Nome completo do paciente e número do prontuário na pulseira de identificação.

- Procedimento que será realizado e assinatura dos consentimentos anestésicos e cirúrgicos.
- Sítio cirúrgico e Lateralidade demarcada (quando aplicável).
- Necessidade de exames em sala (quando aplicável).
- Alergias conhecidas.
- Profilaxia para TEV (aplicável para pacientes ≥ 18 anos).
- Farmacológica
- Meias elásticas de compressão gradual
- Compressor pneumático (Sequel)
- Deambulação precoce
- Monitores conectados e oximetro no paciente funcionando.
- Ventilador / KT5 / Laringoscópio / Aspirador / Ficha anestésica associada (tasy)
- Via aérea difícil.
- Antibioticoterapia.
- Materiais e equipamentos essenciais disponíveis em sala.
- Esperado perda sanguínea que necessite reserva de hemocomponentes.
- Hemocomponente reservado.

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

2. Time Out antes da Incisão Cirúrgica

O checklist cirúrgico – Time Out antes da incisão cirúrgica ocorre na presença do cirurgião principal e/ou assistente antes que ocorra a incisão da pele do paciente e deverá ser conduzido em voz alta checando juntamente com o cirurgião principal e/ou assistente todos os itens relativos à segurança cirúrgica.

Os itens checados no checklist cirúrgico – Time Out antes da Incisão Cirúrgico são:

- Confirmação com o cirurgião do nome completo do paciente, procedimento, lateralidade e sítio cirúrgico.
- Identificação dos profissionais em sala.
- Previsão de tempos cirúrgicos e momentos críticos.
- Materiais e equipamentos essenciais disponíveis em sala.
- Antibiótico realizado.
- Reserva de sangue disponível.
- Peças ou materiais para estudo.

- Conferência de integradores / Esterilização.

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

3. Check Out – Antes do Término do Procedimento

Antes do término do procedimento, a equipe de enfermagem juntamente com toda a equipe em sala, realiza o check out antes da saída do paciente da sala de cirurgia.

Os itens checados antes do término do procedimento são:

- Procedimentos realizados.
- Contagem de instrumentais.
- Contagem de agulhas.
- Contagem de compressas.
- Contagem de gazes.
- Etiquetagem dos espécimes, quando peças são extraídas e enviadas para análise: realização de leitura das etiquetas em voz alta, incluindo o nome do paciente.
- Confirmação se houve falta ou falha de materiais e equipamentos por meio de impresso disponível em sala.
- Confirmação se há algum cuidado ou necessidade especial para o paciente no pós-operatório.

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

Situações especiais:

Para as áreas de Medicina Diagnóstica Preventiva (MDP) o check list cirúrgico – Time Out é aplicável para os seguintes procedimentos:

Cardiologia / Neurofisiologia Clínica

- Ecocardiograma Transesofágico
- Ecocardiograma Transesofágico com anestesia.
- Ecocardiograma de estresse farmacológico
- Cintilografia do miocárdio
- Ecocardiograma infantil com anestesia
- Ecocardiograma Transesofágico infantil com anestesia
- Potencial evocado
- Eletroencefalograma
- Vídeo EEG

Endoscopia

- Endoscopia Digestiva alta
- Colonoscopia
- Sigmoidoscopia
- Gastrostomia
- Enteroscopia
- Broncoscopia
- Laringoscopia

Imagem

- Tomografia: exames com anestesia, artrotomografia, estereotaxia, cisternotomografia, mielotomografia
- Ressonância Magnética: exames com anestesia, artroressonância, mamotomia por RM
- Ultrassonografia: exames com anestesia, procedimentos de mama guiados por US,
- Raios X: exames com anestesia, artro, histerossalpingografia, uretrocistografia, dacriocistografia, fistulografia, pielografia, mielografia, colangiografia, sialografia
- Procedimentos de Mama

Centro Médico Ambulatorial

- Pequenas Cirurgias
- Pequenos Procedimentos

Laboratório

- Coleta de liquor
- Mielograma

Banco de Sangue

- Aférese terapêutica
- Coleta de células progenitoras de sangue periférico

UTI

Todos os procedimentos invasivos eletivos (que não realizados na urgência):

- Intubação orotraqueal
- Passagem de cateteres (CVC, PICC, PAI, BIA)
- Toracocentese

- Paracentese
- Passagem de PIC (monitor de pressão intra-craniana beira-leito)
- Traqueostomia percutânea ou Cricostomia
- Cistostomia
- Cardioversão elétrica

Exames invasivos beira-leito que requerem sedação (Endoscopia, Broncoscopia, Colonoscopia)

- Eletrochoque

Medicina Intervencionista

- Todos os procedimentos

Clinica Médica Cirúrgica

- LCR
- CVC
- PICC
- Mielograma
- Paracentese

As **áreas** do Hospital onde a realização do checklist cirúrgico – Time Out **NÃO É OBRIGATÓRIA** antes de procedimentos invasivos incluem:

- Procedimentos invasivos de enfermagem, com exceção da passagem de PICC (cateter venoso de inserção periférica).
- Transfusão de sangue e hemocomponentes.
- Procedimentos realizados na Imagem com uso de contraste oral e endovenoso.
- Procedimentos e cirurgias de emergência, incluindo suturas e cuidados com ferimentos no PS..

O checklist cirúrgico – Time Out, assim como a ausência do mesmo, deverá ser registrado em prontuário, pelo enfermeiro ou qualquer profissional que participe do processo de checagem (médico executor e/ou anestesista).

Registros em Prontuário:

A informação referente ao sítio cirúrgico (lateralidade) deverá estar registrada nos seguintes formulários do prontuário eletrônico: anamnese/ exame físico, relatório de cirurgia, consentimentos cirúrgico e ficha de avaliação pré-anestésica. Enfermagem incluir em avaliações

5.RESPONSABILIDADES

Centro Cirúrgico, ambulatório e em locais descritos no protocolo com procedimentos invasivos.

6.CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

NA

7.REGISTROS DE QUALIDADE

Documentos registrados no sistema

8.INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Adesão ao Time Out "Perfeito"

Adesão ao Time Out Antes da Indução Anestésica

Adesão ao Time Out Antes da Incisão Cirúrgica

Adesão ao Check out "Perfeito"

9.Anexos

NA

10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NA

11.DOCUMENTOS RELACIONADOS

12.HISTÓRICO DE REVISÕES

NA

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

SEGURANÇA EM CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS - IDENTIFICAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (LATERALIDADE), CHECK - IN, TIME OUT E CHECK – OUT

1.INTRODUÇÃO

Esta política estabelece os processos de segurança de verificação pré-operatória e pré-procedimento invasivo no Hospital.

O processo de verificação tem início com a marcação da lateralidade (quando aplicável), seguido de Checkin, Time Out e Check Out, baseado nas práticas internacionais de segurança.

2.OBJETIVO

- Atender às recomendações do protocolo da Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Atender às metas internacionais de segurança do paciente.

3.PRINCIPIOS NORTEADORES

NA

4.DEFINIÇÕES

1. DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

Procedimentos realizados dentro de uma unidade designada como centro cirúrgico, que envolvem incisão, sutura, debridamento de tecidos, drenagem de substâncias orgânicas, ou ainda biópsia de tecidos, vísceras ou órgãos, em regime de internação hospitalar ou ainda em regime ambulatorial.

Incluem procedimentos endovasculares, aqueles realizados através de acesso percutâneo utilizando uma via endovascular, com ou sem inserção de próteses e, procedimentos endoscópicos que também participam do rol de procedimentos cirúrgicos correspondendo àqueles que utilizam a via endoscópica, invadindo cavidades orgânicas ou vísceras através de sua mucosa.

Esta política é aplicável a todos os pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos e invasivos no Hospital.

2. 5.CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA/DESCRIÇÃO

Identificação do local de intervenção

A identificação do local de intervenção ou marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) é uma atividade de inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou do procedimento invasivo. O médico executor do procedimento só poderá delegar o ato da marcação do sítio cirúrgico para outro profissional médico de sua confiança e ciente de que não existe a transferência de responsabilidade sobre este ato.

Todo paciente submetido a procedimento cirúrgico e invasivo que implique em lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ter o local de intervenção demarcado pelo cirurgião, médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado. Nos procedimentos realizados na região da coluna vertebral, a marcação deverá ocorrer por região (cervical, torácica, lombar e sacral).

Todo paciente submetido a cirurgias em face (olhos, orelha, boca, bochecha, entre outras) deverão ter a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) sinalizada através da colocação de uma pulseira de identificação de cor **VERDE LIMÃO** no membro superior no lado a ser operado, contendo a informação da lateralidade (exemplo: olho direito, orelha esquerda, entre outros).

Todo paciente submetido a procedimentos de imobilização de membros com aplicação de aparelho gessado, fixadores, atadura, tala imobilizadora, entre outros deverão ter marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) realizado.

A identificação da marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) deverá ser feita antes do encaminhamento do paciente para o local do procedimento com marcador padronizado na instituição, utilizando a caneta dermatológica e com a sinalização recomendada.

Nos casos de preparo de pele (exemplo: tricotomia, degermação) estes devem ser realizados após a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade).

A marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) recomendada é um **círculo** ou **dois círculos circunscritos simulando um alvo**. Outros tipos de marcação são aceitáveis desde que toda a equipe entenda claramente o local de intervenção. Para cirurgias que requerem marcação especial (cirurgia plástica, varizes, entre outras), estas serão válidas como marcação da lateralidade.

Na admissão do paciente no local do procedimento, o enfermeiro ou técnico de enfermagem que recebe o paciente deverá conferir a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) juntamente com o consentimento cirúrgico.

Nos casos de **emergência**, onde a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) **não é obrigatória**, o médico responsável deverá registrar o local de intervenção no prontuário eletrônico.

O paciente **não** deverá será encaminhado para a sala de cirurgia, sala de intervenção, sala de hemodinâmica, ou sala de exame para realizar o procedimento sem a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade), exceto em casos de emergência.

Exceções:
Casos onde a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) não é necessária incluem:

- Cirurgias e procedimentos em órgãos únicos.
- Cirurgias e procedimentos de emergência.
- Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido, incluindo: cateterização cardíaca, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, laparotomia exploradora.
- Procedimentos endovasculares com ou sem local de intervenção conhecido
- Suturas e cuidados com ferimentos na UPA ou centro cirúrgico.
- Agulhamento mamário.
- Crianças prematuras - indicar órgão e lateralidade no consentimento cirúrgico.
- Recusa do paciente - registrar em prontuário a recusa do paciente e certificar-se que o lado correto consta no consentimento cirúrgico e demais documentos necessários para cirúrgia ou procedimento invasivo.

Etapas do Checklist Cirúrgico – Time Out
Verificação pré-operatória (documentação certa)
Abaixo estão descritas as etapas de realização do checklist cirúrgico – Time Out no Hospital
Na Unidade de Internação
Equipe de Enfermagem

- Avalia o paciente e preenche a documentação necessária para o encaminhamento do paciente para realização do procedimento, esses documentos incluem: Avaliação Inicial de Enfermagem, Encaminhamento ao Bloco Cirúrgico, preencher item disponivel na aba avaliações do prontuario eletronico. A enfermagem deverá preencher o checklist de encaminhamento do paciente.
- Encaminha juntamente com o paciente os exames relevantes para a realização do procedimento cirúrgico.
- Após todos os itens listados anteriormente estarem em conformidade, a equipe de enfermagem encaminha o paciente ao local da realização do procedimento.

- Encaminhar documentação em envelope pardo

Equipe Médica

- Avalia o paciente e preenche: Anamnese e Exame Físico, Consentimentos Cirúrgicos e Anestésicos, Avaliação Pré-Anestésica e realiza a demarcação do sítio cirúrgico / lateralidade (quando aplicável).

Na Chegada ao Centro Cirúrgico

Equipe de Enfermagem

- A equipe de enfermagem que recebe o paciente na entrada do Centro Cirúrgico realiza as seguintes etapas:
- Check in - conferindo os seguintes itens:
- Checagem dois identificadores do paciente (nome completo e nº de prontuário)
- Avaliação inicial de enfermagem.
- Anamnese/ exame físico.
- Avaliação pré anestésica.
- Consentimento anestésico.
- Consentimento cirúrgico com lateralidade/sítio (quando aplicável).
- Sítio demarcado (quando aplicável).
- Conferência do paciente / agendamento.
- Ate 1 hora antes a enfermagem deverá confirmar com o andar para validar os itens antes do encaminhamento ao centro cirúrgico.
- Caso o item não seja contemplado a enfermagem do andar não poderá encaminhar paciente ao centro cirurgico.

Na Sala de Cirurgia

Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem irá conduzir o checklist cirúrgico – Time Out em 03 momentos distintos:

1. **Time Out antes da Indução Anestésica**

Obs: Nos locais que não sejam centro cirúrgico deverá ser usado um TIMEOUT adaptado em avaliações .

A equipe de enfermagem preenche todos os itens da lousa/ televisor da sala de cirurgia.

O checklist cirúrgico – Time Out antes da indução anestésica ocorre na presença dos seguintes profissionais: equipe de enfermagem (condutor do time out), cirurgião principal e/ou assistente

e anestesiologista e deverá ser conduzido em voz alta, checando juntamente com o cirurgião principal e/ou assistente e anestesiologista todos os itens relativos à segurança anestésica.
Os itens checados no checklist cirúrgico – Time Out antes da Indução Anestésica são:

- Nome completo do paciente e número do prontuário na pulseira de identificação.
- Procedimento que será realizado e assinatura dos consentimentos anestésicos e cirúrgicos.
- Sítio cirúrgico e Lateralidade demarcada (quando aplicável).
- Necessidade de exames em sala (quando aplicável).
- Alergias conhecidas.
- Profilaxia para TEV (aplicável para pacientes ≥ 18 anos).
- Farmacológica
- Meias elásticas de compressão gradual
- Compressor pneumático (Sequel)
- Deambulação precoce
- Monitores conectados e oximetro no paciente funcionando.
- Ventilador / KT5 / Laringoscópio / Aspirador / Ficha anestésica associada (tasy)
- Via aérea difícil.
- Antibioticoterapia.
- Materiais e equipamentos essenciais disponíveis em sala.
- Esperado perda sanguínea que necessite reserva de hemocomponentes.
- Hemocomponente reservado.

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

2. Time Out antes da Incisão Cirúrgica

O checklist cirúrgico – Time Out antes da incisão cirúrgica ocorre na presença do cirurgião principal e/ou assistente antes que ocorra a incisão da pele do paciente e deverá ser conduzido em voz alta checando juntamente com o cirurgião principal e/ou assistente todos os itens relativos à segurança cirúrgica.
Os itens checados no checklist cirúrgico – Time Out antes da Incisão Cirúrgico são:

- Confirmação com o cirurgião do nome completo do paciente, procedimento, lateralidade e sítio cirúrgico.
- Identificação dos profissionais em sala.
- Previsão de tempos cirúrgicos e momentos críticos.

- Materiais e equipamentos essenciais disponíveis em sala.
- Antibiótico realizado.
- Reserva de sangue disponível.
- Peças ou materiais para estudo.
- Conferência de integradores / Esterilização.

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

3. Check Out – Antes do Término do Procedimento

Antes do término do procedimento, a equipe de enfermagem juntamente com toda a equipe em sala, realiza o check out antes da saída do paciente da sala de cirurgia.

Os itens checados antes do término do procedimento são:

- Procedimentos realizados.
- Contagem de instrumentais.
- Contagem de agulhas.
- Contagem de compressas.
- Contagem de gazes.
- Etiquetagem dos espécimes, quando peças são extraídas e enviadas para análise: realização de leitura das etiquetas em voz alta, incluindo o nome do paciente.
- Confirmação se houve falta ou falha de materiais e equipamentos por meio de impresso disponível em sala.
- Confirmação se há algum cuidado ou necessidade especial para o paciente no pós-operatório.

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

Situações especiais:

Para as áreas de Medicina Diagnóstica Preventiva (MDP) o check list cirúrgico – Time Out é aplicável para os seguintes procedimentos:

Cardiologia / Neurofisiologia Clínica

- Ecocardiograma Transesofágico
- Ecocardiograma Transesofágico com anestesia.
- Ecocardiograma de estresse farmacológico
- Cintilografia do miocárdio
- Ecocardiograma infantil com anestesia

- Ecocardiograma Transesofágico infantil com anestesia
- Potencial evocado
- Eletroencefalograma
- Vídeo EEG

Endoscopia

- Endoscopia Digestiva alta
- Colonoscopia
- Sigmoidoscopia
- Gastrostomia
- Enteroscopia
- Broncoscopia
- Laringoscopia

Imagem

- Tomografia: exames com anestesia, artrotomografia, estereotaxia, cisternotomografia, mielotomografia
- Ressonância Magnética: exames com anestesia, artroressonância, mamotomia por RM
- Ultrassonografia: exames com anestesia, procedimentos de mama guiados por US,
- Raios X: exames com anestesia, artro, histerossalpingografia, uretrocistografia, dacriocistografia, fistulografia, pielografia, mielografia, colangiografia, sialografia
- Procedimentos de Mama

Centro Médico Ambulatorial

- Pequenas Cirurgias
- Pequenos Procedimentos

Laboratório

- Coleta de liquor
- Mielograma

Banco de Sangue

- Aférese terapêutica
- Coleta de células progenitoras de sangue periférico

UTI

Todos os procedimentos invasivos eletivos (que não realizados na urgência):

- Intubação orotraqueal
- Passagem de cateteres (CVC, PICC, PAI, BIA)
- Toracocentese
- Paracentese
- Passagem de PIC (monitor de pressão intra-craniana beira-leito)
- Traqueostomia percutânea ou Cricostomia
- Cistostomia
- Cardioversão elétrica

Exames invasivos beira-leito que requerem sedação (Endoscopia, Broncoscopia, Colonoscopia)

- Eletrochoque

Medicina Intervencionista

- Todos os procedimentos

Clinica Médica Cirúrgica

- LCR
- CVC
- PICC
- Mielograma
- Paracentese

As **áreas** do Hospital onde a realização do checklist cirúrgico – Time Out **NÃO É OBRIGATÓRIA** antes de procedimentos invasivos incluem:

- Procedimentos invasivos de enfermagem, com exceção da passagem de PICC (cateter venoso de inserção periférica).
- Transfusão de sangue e hemocomponentes.
- Procedimentos realizados na Imagem com uso de contraste oral e endovenoso.
- Procedimentos e cirurgias de emergência, incluindo suturas e cuidados com ferimentos no PS..

O checklist cirúrgico – Time Out, assim como a ausência do mesmo, deverá ser registrado em prontuário, pelo enfermeiro ou qualquer profissional que participe do processo de checagem (médico executor e/ou anestesista).

Registros em Prontuário:

A informação referente ao sítio cirúrgico (lateralidade) deverá estar registrada nos seguintes formulários do prontuário eletrônico: anamnese/ exame físico, relatório de cirurgia, consentimentos cirúrgico e ficha de avaliação pré-anestésica. Enfermagem incluir em avaliações

5.RESPONSABILIDADES

Centro Cirúrgico, ambulatório e em locais descritos no protocolo com procedimentos invasivos.

6.CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

NA

7.REGISTROS DE QUALIDADE

Documentos registrados no sistema

8.INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Adesão ao Time Out "Perfeito"

Adesão ao Time Out Antes da Indução Anestésica

Adesão ao Time Out Antes da Incisão Cirúrgica

Adesão ao Check out "Perfeito"

9.Anexos

NA

10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NA

11.DOCUMENTOS RELACIONADOS

12.HISTÓRICO DE REVISÕES

NA

TRANSPORTE INTERNO DE PACIENTES E TRANSFERÊNCIAS DE PACIENTES ENTRE ÁREAS

1.OBJETIVO

- Padronizar o preparo para o transporte de pacientes.
- Garantir que o deslocamento do paciente seja realizado com segurança.
- Utilizar recursos humanos e materiais pertinentes.

2. DEFINIÇÃO

Transporte é o deslocamento interno do paciente para procedimentos, exames, cirurgias, transferência entre áreas e alta. Esse transporte deverá acontecer em condições controladas que lhe assegurem a manutenção das suas funções vitais com segurança ao paciente e colaborador. Quanto melhor e mais eficiente for o transporte do paciente, menores serão as taxas de morbidade e mortalidade.

3.INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: Pacientes que necessitem de deslocamento.

Contra Indicação: Pacientes sem anuência médica. Instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória e/ou neurológica definida pelo médico responsável.

4.ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Maca, cama, cadeira de rodas convencional ou para obesos,
- Transfer;
- Suporte de soro, se necessário;
- Bomba infusão, se necessário;
- Reanimador manual (ambú) e máscara, se necessário,
- Monitor de transporte, se necessário;
- Maleta de transporte, se necessário;
- Equipamento de suporte respiratório, se necessário.

Ventilação mecânica

- Respirador
- 01 Cilindro de oxigênio com pressão igual ou acima de 100 Kgf/cm2 (Oxylog 3000)
- 01 fluxômetro de oxigênio
- 01 reanimador manual (ambu), com reservatório e extensão para oxigênio.

Observação: Os materiais acima citados só serão obrigatórios mediante avaliação técnica da equipe assistencial.

5.ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Pré procedimento

- Orientar a condição de transporte para o paciente/acompanhante ou responsável;
- O condutor deverá sempre conduzir paciente acompanhado de envelope pardo;
- Orientar os riscos do processo para o paciente/acompanhante ou responsável;
- Preparo se necessário;
- Sedação, se necessário;
- Termos de consentimentos quando necessário para o procedimento.
- Identificação do funcionário perante o paciente/ acompanhante ou responsável;
- Confirmação dos dados de identificação do paciente;
- Informação ao paciente do local a que está sendo transportado;

Pós procedimento

- Orientar paciente/acompanhante sobre intercorrências que tenham ocorrido;
- Orientar cuidados específicos após cada procedimento, quando pertinente.
- Posicionar e adequar o paciente ao leito.

6.DESCRIÇÃO

Em caso de acionamento de código:

Código amarelo: O médico que realizar o atendimento deverá acompanhar o paciente até seu destino final junto com a equipe de enfermagem local.

Código azul: o transporte deverá ser realizado pela equipe responsável no atendimento do código e enfermeiro do local de acionamento.

Centro cirúrgico

O transporte pós procedimento centro cirúrgico será realizado com apoio da equipe médica de anestesia e enfermagem.

Unidade de clínica médica/cirúrgica

O transporte será realizado pela equipe de enfermagem/Condutor. Exceto pacientes com piora do quadro clínico, acionamento de código amarelo ou azul.

Pronto Socorro/Unidade de Terapia Intensiva.

Pacientes em atendimento no pronto atendimento e necessitarem de transporte para a medicina diagnóstica podem ser encaminhados em cadeiras de rodas ou maca de acordo com sua capacidade funcional.

Quando houver necessidade de internação e para pacientes já internados:

O enfermeiro deve utilizar o Score Flex II – Avaliação para transporte intra-hospitalar (no prontuário eletrônico do paciente, no sistema), para definir o risco de acordo com a gravidade do paciente, direcionar os recursos humanos e materiais necessários. Este formulário deve ser validado pelo médico plantonista/diarista.

De acordo com a seleção dos itens do score flex o paciente é classificado em risco verde, amarelo ou vermelho (sendo que dentro do risco vermelho teremos situações onde poderão ter a presença do fisioterapeuta)

Verde: Paciente estável com baixo risco de complicações deve ser transportado pelo técnico de enfermagem/condutor, sem monitorização.

Amarelo: Paciente estável com moderado risco de complicações, deve ser transportado acompanhado do técnico de enfermagem, médico ou enfermeiro. O paciente deve estar monitorizado e quando houver a presença do médico, levar a maleta de transporte.

Vermelho: Paciente grave com risco elevado de complicações deve ser transportado acompanhado do técnico de enfermagem, enfermeiro e médico. Utilizar monitor de transporte e maleta.

Caso seja preenchido algum campo da fisioterapia o mesmo deve acompanhar o transporte. A presença do fisioterapeuta será recomendada quando houver: queda saturação de oxigênio < 92%, uso de oxigênio >6l/min e/ou Fração inspirada de oxigênio >40%, uso de ventilação mecânica não invasiva ou invasiva. Ou sempre que a equipe avaliar como necessário.

Fluxo de acionamento de técnico de enfermagem do transporte:

- O solicitante deverá ligar no ramal móvel XXX;
- Caso o ramal apresente problemas, usar o número de contingência: XXX;
- O solicitante deve informar ao técnico de transporte (identificação do solicitante, nome do paciente, prontuário, quadro clínico / SCORE FLEX 2, motivo, horário e local de saída e destino do paciente e se será necessário levar maca e/ou cadeira de rodas;
- O técnico de transporte deverá chegar a área no horário combinado com a área solicitante;
- O profissional solicitante/responsável pelo paciente deverá informar os sinais vitais, quadro clínico e dispositivos do paciente para o técnico de transporte e entregar o prontuário do paciente.

Em ventilação mecânica (Responsáveis – Enfermagem e Fisioterapia)

Antes do transporte:

- Verificar as pressões dos cilindros do equipamento de transporte;
- Levar ventilador de transporte para unidade que solicitou o transporte;
- Realizar o teste do ventilador Oxylog 3000 com o equipamento ligado a rede elétrica;
- Após realizar o teste do equipamento, verificar o nível da bateria;
- Regular os parâmetros ventilatórios, conforme necessidade do paciente;
- Reservar um reanimador manual (ambu) montado e testado, para ser levado junto ao paciente durante o transporte;
- Checar a fixação da cânula;
- Aspiração naso-oro-traqueal, caso haja indicação.
- Avaliar padrão respiratório, ausculta pulmonar, saturação periférica de oxigênio, frequência respiratória e cardíaca.
- Após a chegada de todos os integrantes da equipe do transporte, abrir o gás do cilindro, ligar o respirador, retirar da rede elétrica e conectar ao paciente;
- Havendo manutenção da estabilidade respiratória e hemodinâmica, encaminha-se o paciente ao destino.

Chegada no destino:

- Ligar aparelho na rede elétrica;
- Transferir gases com engate rápido para a rede de gases no local do destino;
- Checar parâmetros ventilatórios;
- Fechar cilindro de oxigênio;

Ao término do procedimento:

- Abrir válvulas dos cilindros de gases;
- Transferir gases engate rápido para os cilindros do respirador de transporte;
- Desligar da rede elétrica

Consumo de gases

O consumo dos gases dependerá do volume minuto do paciente, fluxo de ar no caso dos respiradores de fluxo contínuo, tempo total do transporte, FiO2 utilizada, escapes, vazamentos

e do tipo do respirador. Muitos respiradores para funcionar adequadamente, precisam de uma pressão mínima dos gases de pelo menos 4 Kgf/cm2. Para maior segurança levar sempre o dobro da quantidade necessária.

Capacidade dos cilindros de oxigênio e de ar comprimido

Aplicação da Lei de Boyle de expansão dos gases a uma temperatura constante:

P1 x V1 = P2 x V2 onde :

P1 = Pressão atmosférica ou externa

V1 = Capacidade do cilindro

P2 = Pressão no manômetro do cilindro

V2 = Volume interno do cilindro Preparar equipamento :

Onde

Gasto do cilindro de O2 = (FiO2 - 0,21) / 0,79

Gasto do cilindro de ar comprimido = 1 - Gasto do cilindro de O2

Capacidade do cilindro de alumínio de 4 litros usados nos respiradores a 150 kgf/cm2 ao nível do mar é de 600 litros

Orientações gerais:

Na maleta de transporte contém os acessórios e medicações padronizados para o atendimento de possíveis intercorrências durante o deslocamento do paciente. A maleta deverá ser solicitada pela enfermagem/Fisioterapia na farmácia satélite do setor em questão.

Na chegada ao setor de destino, os equipamentos deverão ser imediatamente conectados na energia elétrica (bombas de infusão, ventilador e monitores) para manutenção da carga das baterias. Os gases dos ventiladores deverão ser conectados nos "engates rápidos" da rede, para evitar o consumo dos torpedos de transporte.

Paciente com doenças infecto contagiosas:

- A informação sobre a patologia e precauções deve ser fornecida pela Enfermagem da unidade.
- O paciente deve estar com paramentação adequada ao risco existente e definido pela SCIH.
- A equipe que realizou o transporte deverá realizar a desinfecção da maca ou cadeira de rodas, após término do transporte.
- Todo o transporte deve ocorrer de acordo com as recomendações da SCIH, conforme rotina definida nos Protocolos de precaução.
- Os pacientes em precaução deverão ter seus envelopes (prontuários) sinalizados com etiqueta de precaução na capa deste. Caso o paciente seja removido da precaução e volte para

precaução padrão deverá ser fixada etiqueta de precaução padrão sobre a etiqueta da precaução que estava vigente.

Indicações de transporte

- Pacientes com mobilidade ativa e/ou risco verde devem ser transportados em cadeira de rodas;
- Pacientes com mobilidade reduzida dever ser transportados na maca;
- Pacientes de risco amarelo ou vermelho devem ser transportados na cama;
- Pacientes provenientes da UTI serão transportados em cama;
- Pacientes com risco alto para quedas devem ser transportados em maca;

Meio de transporte

- Cadeira de rodas
- Cama
- Maca

Cadeira de rodas

- O enfermeiro deve avaliar o grau de dependência do paciente.
- Adequar a altura da cama para a condição de mobilidade do paciente;
- Colocar o paciente sentado na beira da cama: com um dos braços sob os ombros do paciente e o outro sob as pernas e fazer um movimento de rotação de tal modo que as pernas fiquem para fora da cama;
- Realizar a transferência observando sinais de tontura, fadiga e mal estar. Se ocorrer um destes sinais, esperar que o paciente melhore, e solicitar a avaliação do enfermeiro para decidir sobre a continuidade do procedimento.
- Apoiar os pés do paciente sobre o descanso da cadeira, cobrir com lençol envolvendo pernas e pés.
- Proceder ao encaminhamento do paciente;

Transporte em maca

- O enfermeiro deve avaliar o grau de dependência do paciente.
- Posicionar o paciente, aproximando a maca paralela ao leito e travar as rodas;
- Mudar o paciente da cama para a maca com movimentos firmes e suaves. Este procedimento deve ser realizado por dois profissionais;
- Cobrir o paciente e elevar a cabeceira da maca e colocar travesseiro quando não houver contra indicação.

Transporte em cama

- Deve acontecer para pacientes classificados com risco vermelho ou pacientes graves que são transferidos entre áreas assistências após acionamento de código (amarelo/azul), Centro Cirúrgico e com indicações médicas.
- Retirar excesso de materiais e roupa de cama.
- Organizar suporte de cama, bomba de infusão e materiais necessários para o transporte.
- Cobrir o paciente e proceder com o deslocamento.

Transporte externo

As solicitações de transferências para outro serviço e/ou realização de exames/ avaliações, devem seguir fluxo estabelecido pelo setor de Internação, conforme documentos institucionais relacionados.

Responsabilidades equipe assistencial:

- Todos os documentos administrativos devem ser checados e devem ser enviadas cópias de prontuário.
- Preparar o paciente conforme procedimento a ser realizado e suas necessidades clínicas.
- O serviço de remoção deverá comparecer na unidade solicitada e a equipe de enfermagem deve passar informações.
- Transferir o paciente para a maca de transporte.
- Todas as infusões de medicamentos contínuos devem ser passadas ao equipamento do serviço de transporte.
- Todos os dispositivos devem ser checados.
- O paciente deve ser encaminhado à ambulância pela equipe de remoção.

Transporte em situações de óbito

- Rotina administrativa e preparo do corpo conforme rotina do Hospital;
- A equipe de enfermagem/ condutor realiza a transferência do corpo em maca ao morgue
- No morgue o corpo deve ser transferido para a maca de acondicionamento da câmara fria.
- A equipe de enfermagem/ condutor realiza limpeza e desinfecção da maca após a transferência.

- Durante todo o processo a equipe multiprofissional deve prestar apoio a familiares e acompanhantes, auxiliando nas questões burocráticas.

1 RESPONSÁVEIS

Enfermagem

- Sempre acompanhar o condutor na mobilização e auxiliar no posicionamento;
- Garante que o exame foi solicitado corretamente;
- Garantir que o meio de transporte esteja disponível na área antes de acionamento do condutor;
- Verifica se o paciente seguiu adequadamente ao preparo do exame;
- Realiza avaliação com o Score Flex II – Avaliação para transporte intra-hospitalar (no prontuário eletrônico do paciente, no sistema Tasy)
- Define o meio de transporte adequado;
- Prepara o paciente para ser encaminhado;
- Verifica se o cilindro de oxigênio está cheio (>100Kgf) s/n
- Acesso venoso pérvio e posicionamento de sondas/cateteres checados.
- Infusão de medicamentos e volume, adequado ao tempo previsto de transporte e retorno a unidade.
- Termos checados e impressos próprios preenchidos;
- Colocar os soros e placas de suporte do transdutor (caso possua monitorização invasiva), no suporte de soro do leito e retire todos os soros dispensáveis durante o transporte;
- Colocar o monitor no suporte para transporte se necessário;
- Deverá ocorrer sempre a passagem do plantão entre áreas envolvidas no transporte por meio IPASS presente no item avaliações;
- Usar formulário próprio para encaminhar para centro cirúrgico no sistema Tasy;
- Receber o paciente após o término do procedimento e a passagem de plantão.

Fisioterapeuta

- Checar com o enfermeiro a necessidade de acompanhamento de acordo com avaliação de risco no transporte, nos setores pertinentes.
- Em casos de código azul, acompanhar o paciente para leito de destino, após o atendimento. Em casos de código amarelo, o acompanhamento será necessário mediante avaliação.

- Definir e equipamento adequado para o transporte de pacientes que necessitam de suporte ventilatório;
- Preparar e testar o ventilador de transporte quando indicado;
- Auxiliar na troca de equipamento quando não houver necessidade de acompanhamento;
- Desligar o ventilador do paciente e proteger a extremidade do circuito com gaze estéril evitando contaminação, quando pertinente.
- Receber os pacientes após o procedimento, se necessário.
- Sempre acompanhar o transporte de paciente com risco vermelho e risco amarelo quando necessário, nos setores pertinentes.
- Garantir a fixação adequada da cânula orotraqueal ou traqueostomia antes de iniciar o transporte.

Médicos

- Avaliar as condições clínicas do paciente para transporte e realização de procedimentos. Checar com a enfermeira a classificação de risco do Score flex, nas áreas pertinentes.
- O médico intensivista deve passar o plantão e informações do paciente para equipe de anestesia, quando indicado.
- Sempre acompanhar o transporte de paciente com risco vermelho e risco amarelo quando necessário.

Observação: Na ausência do fisioterapeuta, o médico anestesista assumirá a realização de suas funções (já descritas acima).

Técnico de enfermagem/ Técnico de transporte

- Auxiliar na transferência do paciente para maca quando o mesmo não possui dispositivos ou risco de queda;
- Auxiliar a enfermagem no Transfer;
- Conduzir o paciente em meio de transporte.

PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Demora na realização do transporte, gerando ansiedade no paciente/família/equipe;
- Falta de material, equipamento e pessoal adequado;

- Alteração clínica, com piora do estado atual.
- Transporte do paciente sem acompanhamento da enfermagem

PADRÃO DE PRÁTICA

- Paciente com identificação correta;
- Posicionamento adequado;
- Materiais indicados e organizados previamente;
- Profissionais capacitados para realizar o deslocamento.

PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional e periodicidade anual

REGISTROS DA QUALIDADE NO SISTEMA

- Realizar uma avaliação através do Score Flex II – Avaliação para transporte intra-hospitalar (no prontuário eletrônico do paciente, no sistema).
- Preenchimento do IPASS pelo setor que encaminhou o paciente
- Realizar anotação de transporte em notas clínicas e Sinais Vitais
- Exame ou cirurgia realizado;
- Condições do paciente e sinais vitais;
- Intercorrências no transporte

INDICADORES DE DESEMPENHO

NÃO APLICÁVEL.

ANEXOS

NÃO APLICÁVEL.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não aplicável

DOCUMENTOS RELACIONADO

Não aplicável

TROCA DE SISTEMAS DE INFUSÃO E SOLUÇÕES ENDOVENOSAS

1. OBJETIVO

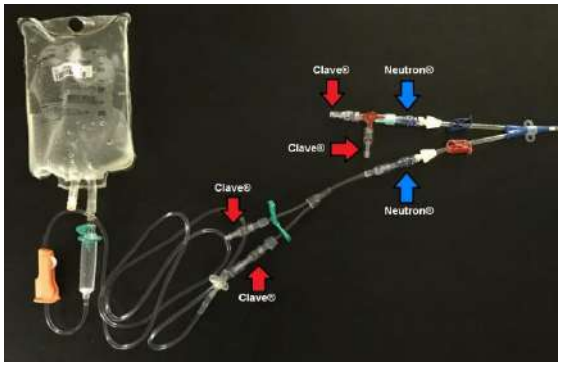
Sistematizar a periodicidade de troca de sistemas de infusão e soluções endovenosas.

2. DEFINIÇÃO

Descrição das ações a serem realizadas, em intervalos pré-determinados, para Troca de Sistemas de Infusão e Soluções Endovenosas por acessos vasculares.

Observação: consultar documentação específica para outros tipos de infusão como: epidural e subcutâneo.

Sistema de infusão: todo o conjunto utilizado para a administração de qualquer tipo de solução endovenosa sendo composto por equipos, buretas, extensores, dânulas (torneirinhas), conectores, (ex. Clave®/ Tego®/ Neutron®) e reguladores de gotejamento (Dial Flow);



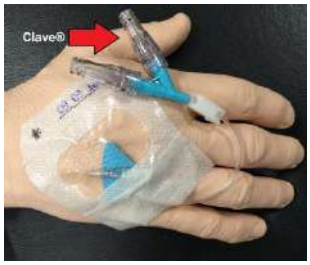
Soluções endovenosas: toda solução administrada por via endovenosa por meio de cateter vascular;

Sistema de infusão contínuo: o sistema de infusão permanece ininterruptamente conectado ao cateter vascular até o momento da troca;

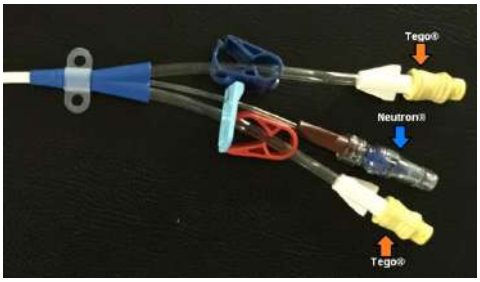
Sistema fechado: sistema de administração de solução endovenosa que, durante todo o preparo e administração, não permite o contato da solução com o meio ambiente;

Conector Neutron®: conector valvulado para acessos vasculares anti-refluxo. Deve ser utilizado apenas na saída de todos os cateteres centrais, conforme foto acima;

Conector Clave®:conector valvulado para acessos venosos de pressão neutra. Deve ser utilizado em todos os cateteres periféricos e nas extensões e dânulas (torneirinhas), conforme foto abaixo:



Conector Tego®: conector valvulado de alto fluxo para hemodiálise e outros procedimentos específicos. Deve ser utilizado na saída de todos os cateteres centrais para terapias em setores específicos (ex. hemodiálise e banco de sangue), conforme foto abaixo:



3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: Todos os pacientes com terapia endovenosa em regime de internação ou ambulatorial;

Contraindicação: Não se aplica.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Equipe treinada;
- Cuidados com ambiente: local apropriado, bem iluminado, desinfecção da bandeja e bancada imediatamente antes do procedimento (álcool 70%; panos descartáveis);
- Equipamentos e materiais específicos disponíveis e próximos;
- Prescrição da troca da solução e sistema de infusão;
- Saches de álcool para desinfecção de conectores (**Clave®/Tego®/Neutron®)**;
- Materiais a serem trocados: conectores, buretas, equipos, dânulas, etc.;
- Seringa preenchida com soro fisiológico 0,9%;
- Luvas de procedimento (Precaução Padrão);
- Óculos de proteção/máscara (Precaução Padrão).

Para troca do conector **Tego® ou Neutron®** acrescentar:

- Pacote de gaze estéril;

- Almotolia de solução de clorexidine 0,5%;
- Seringa de 10ml e heparina (100ui) ou citrato (4%), caso indicado heparinização.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Antes do procedimento: Orientar o paciente e família, sobre o procedimento a ser realizado e finalidade da troca de sistemas de infusão e soluções endovenosas. Reforçar ao paciente a necessidade de não falar durante o procedimento e manter a cabeça virada para o lado oposto ao que está sendo feito a troca. Certificar-se de sua compreensão e esclarecer dúvidas;

Após procedimento: Orientar o paciente e família a relatar à equipe de enfermagem: dor, desconforto, vermelhidão, edema, secreção, sangramento, febre, calafrios, mal estar, náuseas e vômitos. Qualquer desconexão do sistema ou refluxo de sangue deve ser comunicado imediatamente a equipe de enfermagem.

6. DESCRIÇÃO

Procedimento	Segurança	Proteção
Conferir a prescrição médica, certificando-se da instalação/ manutenção da terapia intravenosa.	Garantir instalação da solução/dose/tempo certo no paciente certo.	Paciente
Programar a troca do sistema de infusão e soluções parenterais conforme tabela 1 e 2.	Garantir boa prática, prevenindo infecção.	Paciente
Realizar a troca do sistema de infusão com técnica asséptica, incluindo higiene das mãos.	Garantir boa prática, prevenindo infecção.	Paciente
Utilizar EPIs de acordo com as Precauções Padrão (óculos, máscara e luvas de procedimento).	Garantir a proteção do profissional frente a exposição a sangue.	Profissional

Orientar pacientes e familiares sobre dispositivo implantado reforçando os seis momentos com as boas práticas de prevenção de infecção.	Garantir boa prática no manejo do acesso vascular, prevenindo infecção.	Paciente e profissional

Troca de conector de CVC (Neutron® e Tego®)

Obedecer a periodicidade da troca conforme tabela 1.

1. Higienizar as mãos;
2. Conferir a pulseira de identificação do paciente e explicar o procedimento;
3. Higienizar as mãos;
4. Realizar a desinfecção da bandeja;
5. Higienizar as mãos;
6. Reunir o material;
7. Colocar máscara e óculos de proteção;
8. Higienizar as mãos;
9. Realizar a abertura do pacote de gaze, conector e seringa preenchida com SF 0,9%;
10. Realizar o preenchimento do conector com soro fisiológico 0,9%;
11. Preparar seringa com heparina (100ui) ou citrato (4%) (caso indicado);
12. Embeber a gaze com clorexidina alcoólico a 0,5%;
13. Higienizar as mãos;
14. Orientar o paciente a não conversar durante o procedimento;
15. Posicionar o paciente e expor o cateter;
16. Higienizar as mãos e colocar luvas de procedimento;
17. Realizar a desinfecção do conector em uso por dez segundos;
18. Aspirar heparina ou citrato, conforme documentação institucional e prescrição médica;
19. Realizar a desinfecção do conector em uso por dez segundos
20. Realizar flush com soro fisiológico 0,9%;

Atenção: reavaliar etapas 17 e 19 em situações específicas, tais como uso de droga vasoativa ou outras drogas que possam causar alterações hemodinâmicas;

21. Pinçar o cateter antes da remoção do conector em uso **(exceto cateter valvulado);**
22. Utilizar três gazes juntas, embebidas em clorexidina alcoólico para realizar a **desinfecção do Neutron®** ou **Tego®**, por dez segundos, desrosquear o conector e retirá-lo;

23. Utilizar três gazes juntas, embebidas em clorexidine alcoólico para realizar a **desinfecção do *Hub* do cateter** vigorosamente, por dez segundos;
24. Conectar o **Neutron**® ou **Tego®;**
25. Realizar a desinfecção do conector por dez segundos;
26. Realizar flush com soro fisiológico 0,9%;
27. Heparinizar o cateter conforme documentação institucional e prescrição médica, quando indicado;
28. Realizar a desinfecção do conector por dez segundos;
29. Desprezar o material, retirar as luvas de procedimento;
30. Higienizar as mãos;
31. Reorientar pacientes e familiares sobre dispositivo implantado reforçando os seis momentos com as boas práticas de prevenção de infecção;
32. Registrar em prontuário.

Troca de conector de acesso periférico (Clave®)

Estes conectores são trocados no momento da troca do acesso venoso periférico

Tabela 1: Periodicidade de troca sistema de infusão parenteral (*)

	Soluções Endovenosas	NPT ou Soluções lipídicas	Hemocomponentes
Sistema de infusão conectado a CVC	Trocar duas vezes por semana não excedendo 96 horas e identificar com etiqueta de troca de equipo	A cada 24 horas e identificar com etiqueta de troca de equipo	Ao final da terapia (uma ou mais bolsas)
	Observação: • Quando a bureta for utilizada de forma intermitente trocá-la a cada 24h; • Para conector Tego® em CVC exclusivos da Hemodiálise, trocar a cada 7 dias.		

*Sistema de infusão: todo o conjunto utilizado para a administração de qualquer tipo de solução endovenosa sendo composto por equipos, buretas, extensores, dânulas (torneirinhas), conectores, (ex. Tego® / Neutron®) e reguladores de gotejamento (Dial Flow). Para os

medicamentos IV administrados em BAG, os equipos macrogotas utilizados devem ser de uso único.

Tabela 2. Periodicidade de troca de bolsas de Solução Endovenosa

Soluções endovenosas	NPP ou Soluções lipídicas	Hemoderivados	Soluções PCA Não padronizada	PCA Padronizadas 1:2:3 e 4	Soluções com heparina	Soluções Parenterais para Monitorização invasiva
Conforme prescrição, não excedendo 24horas	24 horas	Infusão máxima em 4 horas	24 horas	Até 96 horas	24 horas	96 horas

7. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem capacitados e habilitados.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Quebra da técnica asséptica;

- Adaptação incorreta das conexões ocasionando quebra da integridade do sistema fechado;

- Ausência de registros que evidenciem a programação e a troca do sistema de infusão.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Troca dos sistemas de infusão com técnica asséptica, na periodicidade estabelecida de forma sistematizada e segura para o paciente e equipe de enfermagem;

Registro das trocas programadas e efetuadas durante a internação do paciente.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional e quando necessário.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Prescrição de enfermagem com a data da próxima troca, checagem da troca na prescrição de enfermagem;

Registrar eventuais intercorrências durante a troca, no impresso de controles e anotações de enfermagem, checagem da instalação/troca de soluções endovenosas, na prescrição médica, sempre que aplicável.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

ICS- Infecção da corrente sanguínea associada à CVC Número de infecções X 1000 Cateter dia

13. ANEXOS

Não se aplica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- O'Grady NP; Alexander M;Burns LA; Dellinger EP; Garland J; Heard OS;Lipsett PA; Masur H; Mermel LA; Pearson ML; Raad II; Randolph A; Rupp ER; Saint S. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections, CDC 2011.
- Orientações para Prevenção da Infecção Primária da corrente sanguínea, ANVISA 2010
- Alexander M et al Infusion Nursing na evidence-based approach.3ªed, 2010
- Kusek L; Soule BM; Kupka N; Scott W;Koss R; Loeb J; Preventing Central Line – Associated Bloodstream Infections – A Global Challenge, a global perspective – Joint Comission International 2012.
- ANVISA. RESOLUÇÃO RDC N.º 45, DE 12 DE MARÇO DE 2003.Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde.
- COREN. Parecer CAT 015/ 2010. Intervalo para troca de equipos e validade de medicamentos após a reconstituição.
- Resolução RDC nº 45, de 12 de março de 2003 – ANVISA.
- Resolução RDC nº 29, de 17 de abril de 2007 – ANVISA.
- Rosenthal VD, Maki DG, Salomão R, Moreno Ca, Mehta Y, Higuera F, Cuellar LE, Arikan OA, Abouqal R, Leblebicioglu H. Device associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. Ann Intern Med 2006; 145 (8): 582-591.
- Salomão R, Silva MAM, Vilins M, Silva EH, Blecher S, Rosenthal VD. Prospective study of impact of switching from an open IV infusion system to a closed system on rates of central venous catheter – associated bloodstream infection in a brazilian hospital. ICAAC meeting, Washington DC, USA, December 21th to 24th – 2005.
- AECIHERJ – Benefícios e dificuldades na implantação do sistema fechado de infusão – Consenso de especialistas, 31 de outubro de 2006.

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

15. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não se aplica.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO (SDRA)

1. OBJETIVO

Estabelecer diretriz para uso adequado da ventilação mecânica em pacientes com SDRA.

2. DEFINIÇÃO

Os critérios atuais para definição da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) são:

Parâmetros	**Definição**
Tempo	Início do quadro clínico dentro de 1 semana após insulto conhecido ou nova piora dos sintomas respiratórios
Imagem Pulmonar	Opacidade bilateral – não por congestão, colapso pulmonar/lobar, ou nódulos.
Origem do edema	Insuficiência respiratória não totalmente explicada por insuficiência cardíaca ou sobrecarga de volume.
Oxigenação	Leve: 200mmHg < PaO_2/FiO_2 ≤ 300mmHg com PEEP ≥ 5 Moderada: 100mmHg < PaO_2/FiO_2 ≤ 200mmHg com PEEP ≥ 5 Grave: PaO_2/FiO_2 ≤ 100mmHg com PEEP ≥ 5

Fatores predisponentes

Lesão direta

1. Aspiração de conteúdo gástrico
2. Infecção
3. Afogamento
4. Inalação de gases tóxicos
5. Contusão pulmonar

Lesão indireta

1. Sepse
2. Politrauma
3. Politransfusão
4. Pancreatite
5. Embolia gordurosa
6. Circulação Extra-Corpórea

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação

SDRA na fase aguda (geralmente nos primeiros 3 dias).

Contraindicação

Não aplicável.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não aplicável.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não aplicável.

6. DESCRIÇÃO

Pacientes com SDRA leve que apresentem estabilidade clínica e tolerância a ventilação não-invasiva (VNI), podem receber essa estratégia inicial de tratamento até melhora clínica. Caso haja sinais de deterioração clínica, intolerância/contraindicação à VNI ou piora da oxigenação, a estratégia de tratamento deve ser reavaliada e considerada o uso de ventilação mecânica invasiva.

Pacientes com suspeita clínica de SDRA em uso de ventilação mecânica invasiva, devem receber ventilação mecânica protetora (modo VCV ou PCV; Vt 4-6ml/kg de peso corporal predito; pressão de platô ≤ 30 cmH_2O; delta de pressão ≤ 15 cmH_2O) e PEEP 10 cmH_2O.

Após 3 horas em ventilação protetora se a relação PaO_2/FiO_2 ≤ 200, manter ventilação protetora e ajustar a PEEP conforme tabela $PEEP/FiO_2$ em anexo.

Após 12-24h de ventilação protetora com PEEP ajustado pela tabela, se a relação PaO_2/FiO_2 for ≤ 150, sugere-se iniciar a posição prona, com sessões de pelo menos 16 horas seguidas (conforme descrição no documento "Posição Prona"). Realizar posição prona diariamente até alcançar PaO_2/FiO_2 ≥ 150 com FiO_2 ≤ 0,6. Antes de realizar a posição prona considerar uso de bloqueador neuromuscular, monitorização com pressão arterial invasiva e tomografia de impedância elétrica. Durante as sessões de prona, manter estratégia protetora de ventilação descrita acima.

Se não houver boa resposta clínica a posição prona ou houver contraindicação ao seu uso, considerar a realização de manobra de recrutamento alveolar, através da monitorização da tomografia de impedância elétrica conforme descrito abaixo.

Manobra de recrutamento alveolar (fluxograma em anexo)

1. Indicação do recrutamento alveolar: SDRA com P/F < 150 na fase aguda (geralmente nos primeiros 3 dias) sem resposta ou com contraindicação a posição prona.
2. Contraindicações relativas do recrutamento alveolar: fístula aérea, hipertensão pulmonar, hipertensão intracraniana monitorizada, pneumonia, DPOC, asma (nestas situações

recomenda-se titulação do recrutamento guiada por TC de tórax), TEP, hipertensão intracraniana NÃO monitorizada, atelectasia total unilateral (solicitar broncoscopia).

3. Técnica a beira do leito de recrutamento alveolar:

1. Manter FiO_2 em 100%;
2. FR entre 10-20 ciclos/min;
3. Manter relação I/E 1:1;
4. Se o paciente estiver em uso de TGI, desligar antes de iniciar o recrutamento;
5. Limitar alarme de Pico de Pressão: 55 cm H_2O;
6. Elevar as pressões do sistema respiratório progressivamente, sempre observando o estado hemodinâmico do paciente.

4. Valores de PEEP e Pressão Controlada para recrutamento alveolar

1. 25 cm H_2O;
2. 30 cm H_2O;
3. 35 cm H_2O;
4. Cada um dos passos acima terá a duração de 2 min com a FR entre 10-20 rpm;
5. Sempre manter a pressão controlada em 15 cm H_2O.

5. Titulação da PEEP após a manobra de recrutamento alveolar

1. Realizar a titulação da PEEP através da ferramenta de titulação da tomografia de impedância elétrica;
2. Antes de iniciar a ferramenta de titulação reduzir a PEEP para 25 cmH_2O, posteriormente reduzir a PEEP de 2-2cmH_2O conforme solicitado o momento pela tomografia de impedância elétrica. Durante a titulação, observar a % de colapso, ao atingir > 5%, reduzir pelo menos mais 2 passos de PEEP e depois interromper a titulação e avaliar a % de colapso em cada passo de PEEP;
3. PEEP ideal: de 1 a 2 passos acima do primeiro valor de PEEP que atingir > 5% de colapso. Ajustar esse valor de PEEP após nova manobra de recrutamento alveolar;
4. Caso não tenha a tomografia de impedância elétrica disponível, realizar a titulação PEEP decremental realizando o cálculo de complacência estática: Mudar para modo VCV com 5ml/kg predito, iniciar com PEEP 25 cmH_2O, reduzir a PEEP de 2-2 cmH_2O a cada 4 minutos e avaliar a complacência estática. Ajustar a PEEP 2-4 cmH_2O acima da PEEP com melhor valor de complacência estática após novo recrutamento alveolar.

6. Ventilação protetora após a titulação de PEEP:

1. Modo VCV ou PCV;
2. FiO_2 para SpO_2 alvo (90-95%);
3. Vt 4-6 ml/kg de peso predito;

4. Pressão de platô ≤ 30 cmH_2O e delta de pressão ≤ 15 cmH_2O;
5. PEEP ideal.
7. Redução da PEEP

1. Iniciar após 24 horas da estabilização da oxigenação após aumento da PEEP (tabela PEEP/FiO2 ou recrutamento alveolar);
2. Reduzir 2 cmH_2O de PEEP em intervalos de 8 horas.

Terapia de resgate

1. Caso paciente permaneça com relação PaO_2/FiO_2 < 80 - 100, pode-se indicar primeiramente uso de óxido nítrico inalatório (NOi).
2. Relação PaO_2/FiO_2 < 80 com FiO_2 > 0,8 por 3-6 horas, considerar indicação de ECMO.

Manobras para hipoxemia refratária

1. Bloqueador neuromuscular;
2. Posição prona;
3. Manobra de recrutamento alveolar;
4. Óxido Nítrico Inalatório;

Desmame da ventilação mecânica

1. Quando PEEP for < 15 - 18 cmH_2O, alternar para modo assistido assim que possível (PSV);
2. Tentar ajustar PSV para manter Vt 4-6 ml/kg;
3. Quando atingir PEEP 10 cmH_2O, considerar extubação e instalar VNI (conforme protocolo de desmame institucional).

7. RESPONSÁVEIS

Médicos e fisioterapeutas.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Risco de barotrauma, aumento de fístulas pleurais, instabilidade hemodinâmica, identificar precocemente a não resposta a cada estratégia e reconhecer o momento de iniciar as manobras de resgaste de hipoxemia.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Melhores práticas assistenciais associadas a redução de mortalidade.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Evoluir em prontuário eletrônico.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não aplicável.

13. ANEXOS

FLUXOGRAMA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA

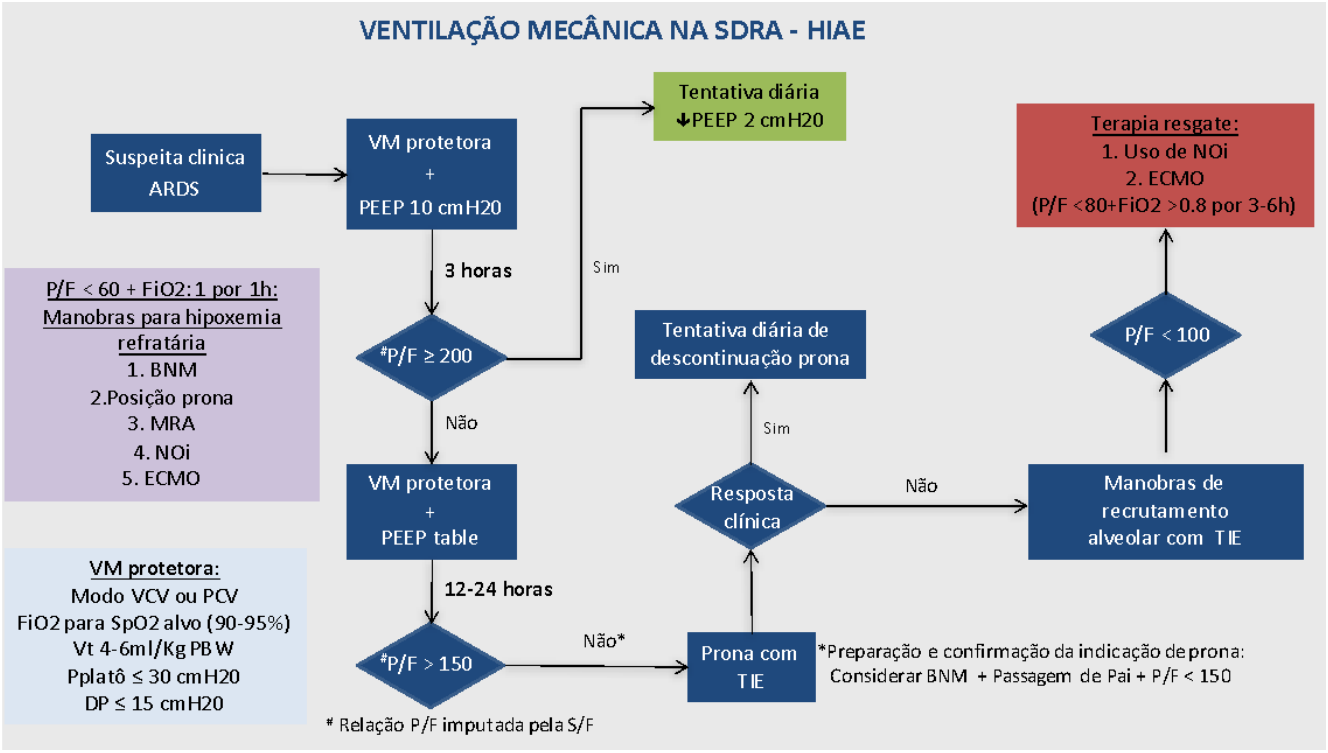


TABELA PEEP/FIO_2

Padronização da utilização da PEEP table

Indicação: ARDS com P/F < 200 após 3 horas de estabilização em VM protetora

FiO_2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5-0.8	0.8	0.9	1.0
PEEP	5	8	10	12	14	14	16	16	18	20	22	22	22-24

Aumentar steps para FiO_2 alvo

VM protetora:
Modo VCV ou PCV
FiO2 para SpO2 alvo (90-95%)
Vt 4-6ml/Kg PBW
Pplatô ≤ 30 cmH20
DP ≤ 15 cmH20
PEEP table

Critérios de interrupção:
Hipotensão arterial
Hipoxemia
DP > 15 cmH20
Pplatô > 30 cmH20

→ Retornar para nível anterior + considerar resgate (prona ou MR)

FLUXOGRAMA DA MANOBRA DE POSIÇÃO PRONA

Padronização da posição PRONA

Indicação: ARDS com P/F < 150 com FiO_2 ≥ 0,6 após 12-24h de estabilização em VM protetora

Monitorização necessária: ***PAI, CVC, Capnografia e TIE***

**** Uso de BNM continuo nas primeiras 48h***

VM protetora:
Modo VCV ou PCV
FiO2 para SpO2 alvo (90-95%)
Vt 4-6ml/Kg PBW
Pplatô ≤ 30 cmH20
DP ≤ 15 cmH20
PEEP table

Coletas de gaso:
- Antes de iniciar prona
- 1 hora após prona
- Antes de retornar supina
- 4 horas após posição supina***

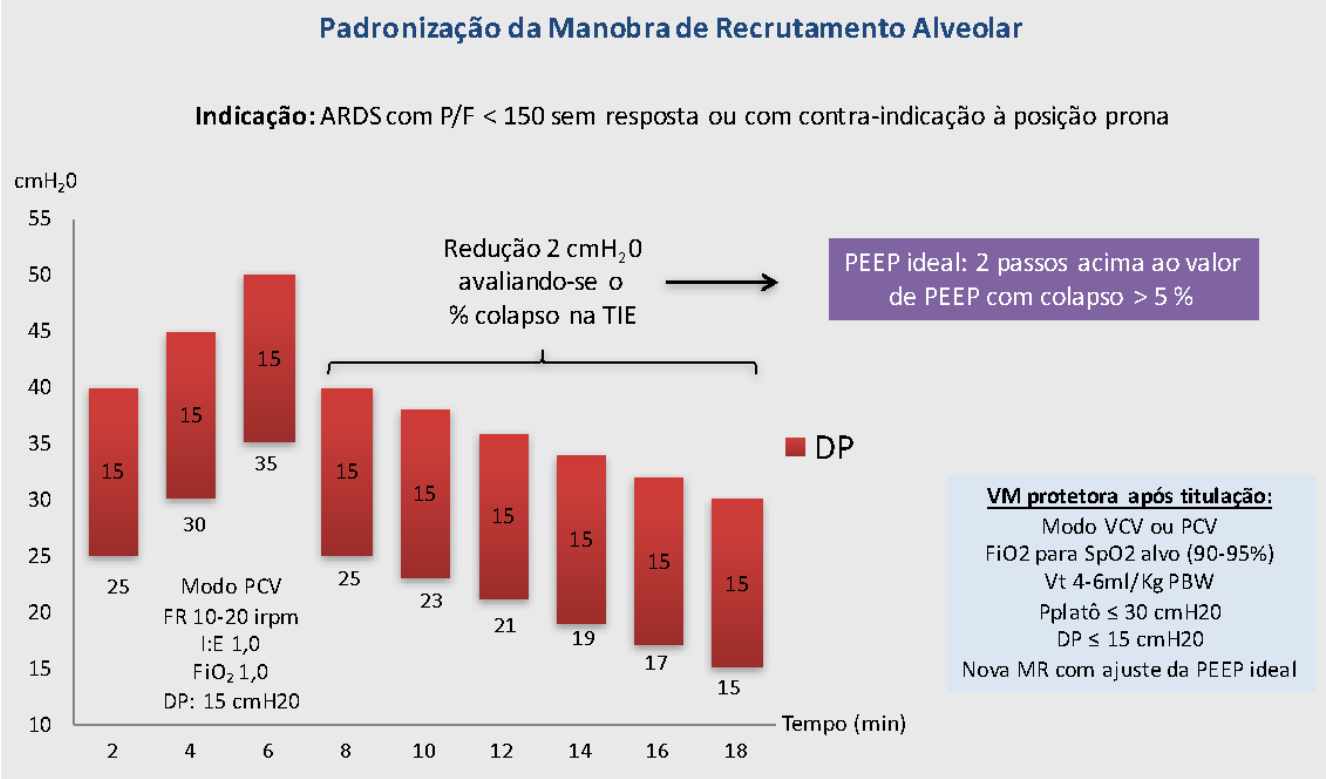
Sessões de 16h por dia

↓

***Critério de interrupção: P/F ≥ 150 com FiO_2 ≤ 0,6

FiO_2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5-0.8	0.8	0.9	1.0
PEEP	5	8	10	12	14	14	16	16	18	20	22	22	22-24

FLUXOGRAMA DA MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR



14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

The ARDS Definition Task Force. Acute Respiratory Distress Syndrome:The Berlin Definition. JAMA 2012;307(23): 2526-2533.

Thompson B.T, Chambers R.C, Liu K.D. Acute Respiratory Distress Syndrome. N Engl J Med 2017;377: 562-72.

Brower RG, Lanken PN, MacIntyre N, Matthay MA, Morris A, Ancukiewicz M, Schoenfeld D, Thompson BT; National Heart, Lung, and Blood Institute ARDS Clinical Trials Network. Higher versus lower positive end-expiratory pressures in patients with the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2004 Jul 22;351(4):327-36.

Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, Mercier E, Badet M, Mercat A, Baudin O, Clavel M, Chatellier D, Jaber S, Rosselli S, Mancebo J, Sirodot M, Hilbert G, Bengler C, Richecoeur J, Gainnier M, Bayle F, Bourdin G, Leray V, Girard R, Baboi L, Ayzac L; PROSEVA Study Group. Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. N Engl J Med. 2013 Jun 6;368(23):2159-68

Frerichs I, Amato MB, van Kaam AH, Tingay DG, Zhao Z, Grychtol B, Bodenstein M, Gagnon H, Böhm SH, Teschner E, Stenqvist O, Mauri T, Torsani V, Camporota L, Schibler A, Wolf GK,

Gommers D, Leonhardt S, Adler A; TREND study group. Chest electrical impedance tomography examination, data analysis, terminology, clinical use and recommendations: consensus statement of the TRanslational EIT developmeNt stuDy group. Thorax. 2017 Jan;72(1):83-93.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

1. Posição Prona
2. Tomografia de impedância elétrica
3. Desmame e desmame difícil da VM
4. Diretiz assistencial de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO)

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não aplicável.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA – VNI

1. OBJETIVO

1. Reduzir o trabalho respiratório;
2. Melhorar a troca gasosa;
3. Evitar a necessidade de IOT;
4. Reduzir a mortalidade e pneumonia associado a ventilação mecânica;
5. Reduzir o tempo de ventilação mecânica invasiva;
6. Reduzir tempo de permanência na UTI;
7. Reduzir tempo de permanência Hospitalar;
8. Ofertar conforto clínico em pacientes em fase terminal de vida que se encontram hipoxêmicos e dispneicos.

2. DEFINIÇÃO

A Ventilação não invasiva é definida como uma técnica de ventilação mecânica onde não é empregado qualquer tipo de prótese traqueal (tubo orotraqueal, nasotraqueal, ou cânula de traqueostomia). A pressão positiva ofertada pelo ventilador é feita através de uma interface nasal, facial ou total.

Paciente com necessidade de pressão positiva na via aérea artificial (tubo traqueal ou traqueostomia) é caracterizado como invasivo.

A VNI deve ser utilizada em um ambiente controlado e monitorizado, pelo risco de insucesso no tratamento de 5- 40%, portanto, a equipe multiprofissional treinada e os equipamentos necessários para intubação devem estar prontamente disponíveis.

A formação e experiência da equipe multiprofissional, a monitorização do paciente, a escolha do equipamento e da interface é determinante para o sucesso ou insucesso da VNI.

Definição quanto ao grau de dependência:

Dependente

O paciente não tolera permanecer fora da VNI por pelo menos 1 hora durante o período de 6h.

Intermitente

Tolera permanecer mais de 1 hora fora da VNI, contudo o paciente precisa utilizar por pelo menos 2 h durante o período de 6h.

Independente

Quando o paciente necessita usar no máximo por 2h no período de 6hs/ SAOS.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Recomendações:

1. Exacerbação da DPOC;
2. Edema Agudo de Pulmão Cardiogênico;
3. Insuficiência Respiratória Hipoxêmica: Pneumonia;
4. Exacerbação da Asma;
5. Insuficiência Respiratória Hipoxêmica em condições especiais - Imunossuprimido, Pós-transplante;
6. Pacientes terminais quando a causa da IrpA for potencialmente resolvida;
7. Período pós-operatório para tratamento da IrpA;

8.Não deve ser utilizada como método de resgate da insuficiência respiratória pós extubação, pois pode retardar a re-intubação.

VNI como estratégia de desmame

1. Facilitadora no DPOC com $PaCO_2 > 45$;
2. Preventiva, em pacientes com fatores de risco para falência respiratória;
3. Curativa, em pacientes cirurgicos que evoluem com IrpA;
4. Pacientes que não necessitam de intubação de emergência ou que têm uma doença que conhecidamente respondem ao uso da VNI;
5. Outras situações: Pacientes neuro-musculares em insuficiência respiratória, deformidades torácicas, apnéia obstrutiva do sono e apneia central.

Indicação para o início da VNI

Em pacientes com sinais clínicos e funcionais de insuficiência respiratória, em particular:

1. Hipoxemia ($PaO2/FiO2 \geq 200$);
2. Falência ventilatória aguda ou crônica ($PaCO2 > 45mmHg$ and $Ph<7,35$);
3. Dispneia severa acompanhada de uso de musculatura acessória;
4. Taquipneia ($FR > 24$ rpm).

Contraindicações de VNI

Absolutas

1. Parada cardiorrespiratória;
2. Rebaixamento do Nivel de Consciência e incapacidade para proteger as vias aéreas (GCS < 8) e / ou alto risco de aspiração (Ileo, distensão abdominal, vômitos);
3. Obstrução de vias aéreas superiores;

4. Oclusão ou suboclusão intestinal, estenose esofágica e fístula traqueoesofágica;
5. Cirurgia, trauma ou queimadura facial, ou lesão facial que impeça a adaptação da interface da VNI;
6. Incapacidade de eliminar secreções ou produção copiosa com necessidade de aspirações frequentes;
7. Sangramento digestivo alto ou sangramento de Via Aérea Superior;
8. Alto risco de broncoaspiração;
9. Instabilidade hemodinâmica e necessidade de doses elevadas (noradrenalina > 0,2 mcg/kg/min) ou doses crescentes (>50% dose inicial nas primeiras 2 horas após inicio VNI);
10. Arritmias cardíacas com repercussão hemodinâmica ou sinais eletrocardiográficos de isquemia cardíaca;
11. Acidose grave – pH <7.1;
12. Hipoxemia moderada e grave (relação PaO2/FiO2 <200);
13. Pneumotórax não drenado.

Relativas

1. Pós-operatório de cirurgia abdominal alta (esôfago e estômago);
2. Gestação;
3. Agitação psicomotora e necessidade de uso de sedativos endovenosos contínuos.

Indicações para interrupção da VNI e/ou realização de Intubação orotraqueal:

1. Parada cardíaca ou respiratória;
2. Alteração do estado neurológico ou rebaixamento do nível de consciência (GCS < 8);
3. Pacientes que evoluirem para situações que podem implicar em alto risco de aspiração (Ileo paralitico, distensão abdominal, vômitos) Ver check list para avaliação de risco de broncoaspiração;
4. Choque ou Instabilidade hemodinâmica grave (queda da PA sistólica ‹ 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg, exceto paciente com IC em alguns casos se aceita PAM de 55 mmHg);
5. Arritmias cardíacas com repercussão hemodinâmica ou sinais eletrocardiográficos de isquemia cardíaca;
6. Incapacidade de eliminar secreções ou produção copiosa de secreção pulmonar com necessidade de aspirações frequentes;
7. Elevação progressiva dos parâmetros da VNI principalmente FiO2 > 60%;

8. Dependência continua da VNI > 24 horas (caracterizada por incapacidade de permanecer fora da VNI por pelo menos 1 hora a cada período de 6 horas, após as primeiras 24 horas).

4. **ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIA**

1. Avaliar indicação e contraindicação.
2. Realizar o check list para avaliação de risco de broncoaspiração (Ver figura em anexo) .
3. Ventilador para ventilação não invasiva ou ventilador mecânico com software para ventilação não invasiva.
4. Circuito ventilatório.
5. Interface paciente-ventilador.
6. Fixador da interface.
7. Filtro hidrofóbico para proteção do ventilador.
8. No caso de umidificação ativa: Umidificador aquecido (Aquecedor Fisher & Paykel MR810) e Circuito ventilatório.

Na vigência de indicação de umidificação ativa:

No caso de necessidade de umidificação ativa: Umidificação das vias aéreas superiores na ventilação não invasiva com redução da queixa de ressecamento de vias aéreas superiores.

1. Pacientes dependentes de VNI que evoluem com ressecamento das vias aéreas;
2. Pacientes em adaptação de VNI para o tratamento de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono com queixa de ressecamento da mucosa das vias aéreas superiores.

5. **ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO**

1. Orientar o paciente, familiar e equipe multiprofissional quanto ao procedimento, materiais a serem utilizados, quais benefícios e programação da terapêutica e importância da sua colaboração.
2. Solicitar que comunique qualquer sensação desagradável durante a terapêutica.
3. Orientar paciente/familiar a não manusear o equipamento, riscos e pontos críticos sobre o procedimento e interface.
4. Orientar paciente, família e equipe multiprofissional quanto ao risco de broncoaspiração.

6. **DESCRIÇÃO**

Considerações Gerais

Montagem sem sistema de umidificação:

1. Adaptar filtro de barreira e circuito de ramo único na saída do ventilador
2. Conectar a interface escolhida para o paciente.

Montagem com sistema de umidificação ativa (Ver figura em anexo):

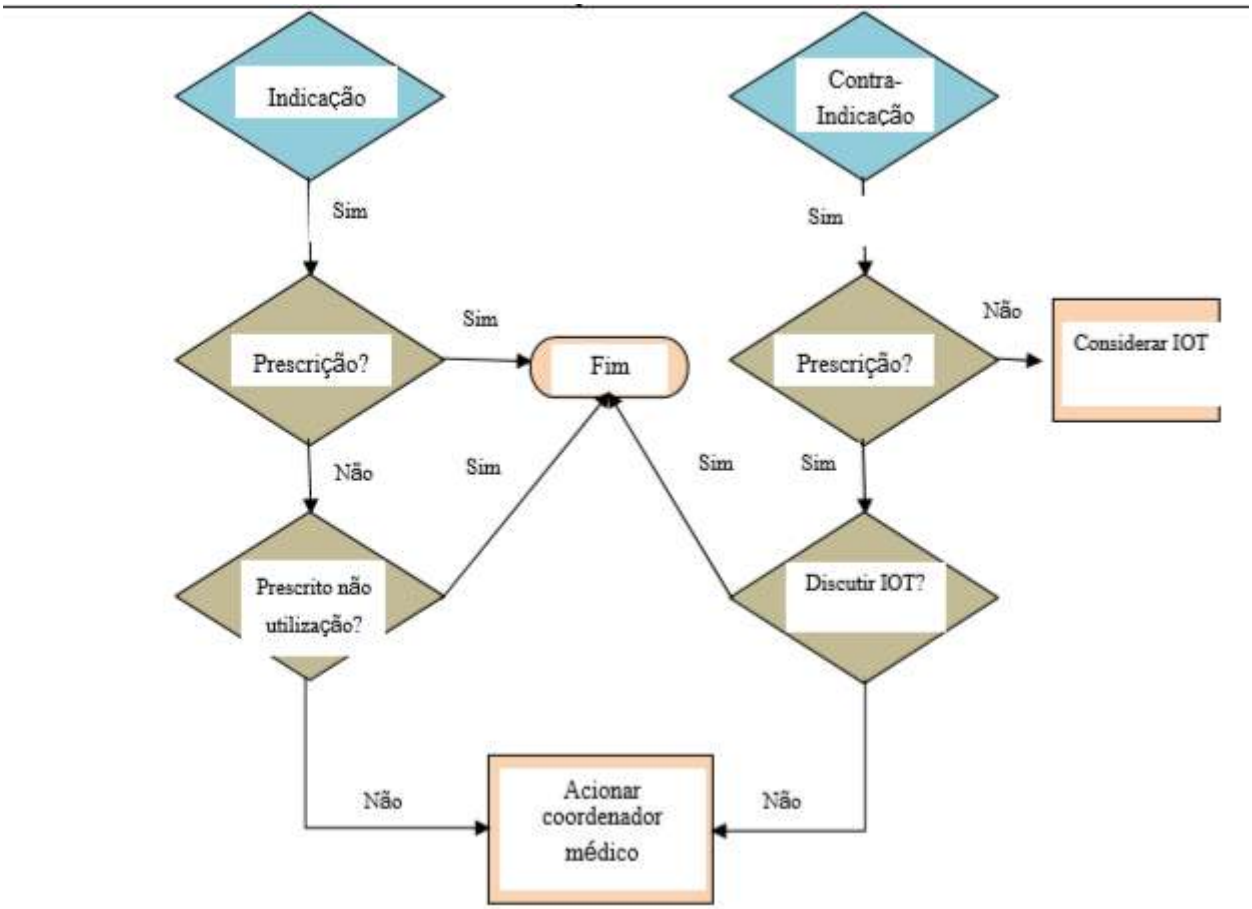
1. Adaptar um filtro de barreira na saída do ventilador.
2. Conecta-se uma traqueia curta do filtro ao aquecedor (que deve estar ligado a uma fonte de energia).
3. O aquecedor deve ser preenchido com água destilada até o nível recomendado (no copo).
4. Conectar outra traqueia (mais longa) do aquecedor à máscara facial do paciente.

O nível de umidificação e aquecimento utilizado devem ser ajustados de acordo com o conforto do paciente.

CRITÉRIOS CONSIDERADOS PARA A FALÊNCIA DA VNI:

1. Não houver melhora na troca gasosa, freqüência cardíaca e/ou respiratória nas primeiras 2 horas;
2. Manutenção da insuficiência respiratória hipercápnica, sem mudança no PH após 1 hora de VNI;
3. Manutenção da insuficiência respiratória hipoxêmica, na presença de SDRA (Sindrome do desconforto respiratório agudo) ou pneumonia adquirida na comunidade. A ausência da melhora da oxigenação com o uso da VNI parece indicar um risco elevado de falência do uso da mesma;
4. Piora do status neurológico, hemodinâmico ou clínico;
5. Pacientes que não toleram ficar períodos maiores que 1h sem VNI;
6. Ausência de proteção de vias aéreas;
7. Rebaixamento de nível de consciência ou encefalopatia grave com Score da escala de Glasgow de 8 ou menos (artigo de 2007, fala em Glasgow menor que 10);
8. Secreção traqueal abundante;
9. Aumento (piora) da PaCO2 e com pH ≤ 7,3 mmHg;
10. Instabilidade hemodinâmica grave, definida como uma arterial sistólica pressão de menos do que 70 mm Hg ou evidência de eletrocardiografia de isquemia ou arritmias ventriculares clinicamente significativas;
11. Intolerância e agitação pelo uso da máscara de VNI;
12. Evolução para alto risco de broncoaspiração segundo avaliação de risco de broncoaspiração na VNI (Ver em anexo).

Fluxo para tomada de decisão quanto à indicação e contraindicação:



-

CRITÉRIOS PARA CONSIDERAR A RETIRADA DA VNI:

1. Considerar retirada da VNI quando paciente evoluir para independência do suporte ventilatório E não apresenta os seguintes sinais:
2. Sem hipoxemia e ou hipercapnia;
3. Sem broncoespasmos;
4. Sem desconforto respiratório;
5. Sem dispnéia em repouso (Borg Resp ≤ 2) e/ou exercício (Borg Resp ≤ 3-4);
6. Uso de VNI domiciliar por IResp. Crônica por tempo > 2 horas/período, doença neuromuscular, SAOS ou para adaptação para continuidade domiciliar.

7. RESPONSÁVEIS

1. Médico: indicação, programação terapêutica e prescrição médica.
2. Fisioterapeuta: indicação, instalação, adaptação da interface, programação terapêutica e monitorização, orientação sobre o plano terapêutico para familiar e equipe multiprofissional.
3. Enfermagem: Monitorização, instalação, adaptação da interface e seguir plano terapêutico.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

1. Dificuldade de adaptação de interface: vazamentos excessivos, pressão de ar excessiva na face, claustrofobia, re-inalação de CO2, lesões na face, dor facial e ressecamento oronasal ou ocular.
2. Ressecamento e disfunção da mucosa respiratória. Para minimizar o ressecamento e retenção de secreções nos usuários frequentes, indica-se a umidificação aquecida (dispositivo externo) que visa aumentar a umidade do ar respirado pelo paciente e consequentemente o conforto respiratório.
3. Aerofagia e distensão abdominal.
4. Náusea e/ou vômito.
5. Intolerância à terapêutica.
6. Assincronia paciente e ventilador.
7. Falência da terapêutica e necessidade de intubação.
8. No caso de umidificação ativa: Acúmulo de condensado no circuito único, falta de reposição de água destilada (risco de ressecamento), base aquecida mal posicionada com risco de passagem da água para o circuito, risco de infecção pela manipulação inadequada e pela falta da troca diária da água destilada e risco de queda do aquecedor.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Tratamento da insuficiência respiratória aguda ou crônica.

10. **PERIODICIDADE DE TREINAMENTO**

Admissional.

11. **REGISTROS DA QUALIDADE**

Prescrição médica, evolução no prontuário eletrônico checagem do plano educacional.

12. **INDICADORES DE DESEMPENHO**

Não aplicável.

13. **ANEXOS**

Figura 1: Montagem da umidificação ativa.

ETIQUETA	*Diagnóstico Admissão Hospitalar:*	Cardíaco ( ) Respiratório ( ) Nefrológico ( ) Infeccioso ( ) Ortopédico ( ) Neurológico ( ) Oncológico ( ) Gástrico ( ) Cirúrgico ( ) Hepático ( ) Outros ( )

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO - PACIENTES EM VNI

	Data:			
FATORES DE ALTO RISCO				
Glasgow ≤ 10 (exceto DPOC/hipercapnia / NC prévio - demência)				
Vômitos sem controle ou até 6 horas do último episódio				
Hemorragia digestiva grave				
Oclusão ou sub-oclusão intestinal				
Estenose esofágica				
Fístula traqueoesofágica				
Dependência VNI > 48 horas				
Infarto agudo do miocárdio				
Trauma de face				
Instabilidade hemodinâmica ou arritmia cardíaca instável				
Parada cardiorrespiratória				
Pneumotorax não drenado				

Ações:

Contraindicação de VNI

Discussão com a equipe médica sobre o uso de outro dispositivo.

Interrupção do uso VNI? Sim ( ) Não ( )

Data: ____/____/____

Motivo:

Figura 2: Check list para avaliação de risco de broncoaspiração na ventilação não invasiva.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Burns Karen EA, Adhikari Neill KJ, Keenan Sean P, Meade Maureen. Noninvasive positive pressure ventilation as a weaning strategy for intubated adults with respiratory failure. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12, 2010.

J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 2):S 92-S 105.

Karen E A Burns, Neill K J Adhikari, Sean P Keenan, Maureen Meade. Use of non-invasive ventilation to wean critically ill adults off invasive ventilation: meta-analysis and systematic review. BMJ 2009; 338.

Abrasion. Vagheggini G., Noninvasive positive pressure ventilation in the acute care setting: where are we? Review. European Respiratory Journal. 2008; 31(4):874-86.

Boldrin R, Fasano L, Nava S. Noninvasive mechanical ventilarion. Review. Current Opinion Critical Care. 2012; 18: 48-53.

Pelosi P, Jaber S. Noninvasive respiratoy support in the perioperative period. Current Opinion in Anaesthesiology. 2010; 23:000-000.

Hill NS, Kramer NR. Troubleshooting problems with noninvasive positive pressure ventilation. Up-to date. 2015.

Esquinas Rodrigues AM, Sacala R, Soroksky A et al. Clinical review: humidifiers during non-invasive-ventilation-key topics and pratical implications. Critical Care, 2012; 16:203.

Oto J, Nakataki E, Okuda N et al. Hygrometric properties of inspired gas and oral dryness in patients with acute respiratory failure during noninvasive ventilation. Respiratory Care. 2014; 59 (1): 39.

Restrepo RD, Walsh BK. Humidification during invasive and Noninvasive mechanical ventilation: 2012. Respiratory Care. 2012; 57:782.

15. **DOCUMENTOS RELACIONADOS**

Não aplicável.

16. **HISTÓRICO DE REVISÕES**

Não aplicável.

GESTÃO ERRO DE MEDICAÇÃO

INTRODUÇÃO

Este documento destina-se a descrever os processos utilizados na SBIBAE para monitorar o erro de medicação.

"Erro de medicação é definido como qualquer evento evitável que pode ser causado ou surgir do uso inconveniente ou falta de uma medicação, causando dano ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle dos profissionais de saúde, pacientes ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos para o cuidado à saúde, procedimentos e sistemas, incluindo a prescrição, comunicação da prescrição, rótulo do produto, embalagem e nomenclatura; à composição, à distribuição, à administração; à educação dos enfermeiros e pacientes; à supervisão e uso."

Todos os medicamentos possuem riscos inerente sendo a maioria tóxica quando administrados em doses incorretas e possuem potencial de causar danos se usados de forma inadequada. Geralmente, os erros de medicação ocorrem erros porque as barreiras destinadas a prevenir estes erros falham.

Fonte: ®1998-2012 National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. All Rights Reserved. Rockville: NCC MERP c2012 [cited 2012 Jan 04]. Available from: http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html a política estabelece critérios para...

OBJETIVO

- Identificar a ocorrência de erros de medicação;
- Analisar os dados obtidos do monitoramento;
- Apresentar os resultados obtidos para as áreas;
- Melhorar a segurança do paciente através do estabelecimento de barreiras no processo de administração de medicamento;
- Minimizar ou eliminar riscos identificados no processo de administração de medicamento;

DEFINIÇÕES

Esta política é aplicada a todos os pacientes internados e externos, admitidos na SBIBAE, que fazem uso de medicamentos.

O conhecimento do erro de medicação na SBIBAE se dá pelos caminhos citados abaixo:

- Notificação no sistema SINAPSE
- Queixas de pacientes registradas no SAC
- Relato das equipes assistenciais
- Relatórios extraídos do prontuário eletrônico
- Auditorias
- Mapeamento de riscos

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

1. Investigação e Análise

Após a identificação do erro de medicação inicia-se o processo de investigação e análise do processo envolvido no erro de forma sistêmica. Estes dados são tabulados e armazenados em um banco de dados local. A análise poderá apontar tendências que serão utilizadas para formular ações para minimizar ou eliminar os riscos associados. As ações resultantes da análise podem ser de responsabilidade das áreas, bem como institucionais/corporativas.

Os Erros que resultarem em dano ao paciente com consequência E e F, podem ser reclassificados como Evento Adverso Grave (EAG), mediante consenso com o GVR e notificação às áreas envolvidas.

Os Erros que resultarem em dano ao paciente a partir da consequência G serão reclassificados automaticamente como EAG e notificados às áreas envolvidas. Mediante a reclassificação para EAG, o evento será analisado pela metodologia de Análise de Causa-Raiz (ACR). Mesmo o evento sendo reclassificado como EAG, ele continuará a ser contabilizado também no banco de erro de medicação.

Os erros de medicação devem ser notificados assim que identificados, independente do tempo da sua ocorrência.

A reação adversa ao medicamento (RAM) não é considerado erro de medicação, porém deve ser notificado imediatamente, para que se inicie a investigação (descrito na documentação institucional).

2. TAXONOMIA EMPREGADA PARA A CLASSIFICAÇÃO DO ERRO DE MEDICAÇÃO

2.1. Definições:

- **Dano:** prejuízo temporário ou permanente, físico, emocional, ou de uma função fisiológica ou estrutural do corpo, e/ou dor resultante do dano, exigindo intervenção.
- **Monitoramento:** Observação ou registro de sinais fisiológicos e psicológicos relevantes.
- **Intervenção:** pode incluir alteração na terapia ou introdução de tratamento médico/cirúrgico.
- **Intervenção necessária para o suporte de vida:** inclui suporte cardiovascular e respiratório

(ex: desfibrilação, intubação, etc.).

- ***Near miss/ Quase Falhas ou Erros*:** Trajetórias de erros recuperáveis a tempo e, portanto, que não chegam a traduzir-se em acidentes: são os chamados "*near miss" ou "quase erros"*. Entende-se como *near miss* os eventos cuja classificação quanto à consequência é de **Categoria A**.

2.2. Consequências (Resultado) do Erro e Severidade:

A categorização das consequências advindas de um erro de medicação foi extraída do National Coordinating Council for Medications Errors Reporting and Prevention (NCC MERP) e segue abaixo:

Consequência/Resultado	Categoria	Severidade
Potencial para o Erro	**Categoria A:** A circunstância ou evento que tem a capacidade de causar erro.	Ausente
Erro, sem dano*.	**Categoria B:** O erro ocorreu, mas não atingiu o paciente.	Ausente
Erro, sem dano*	**Categoria C:** O erro aconteceu, atingiu o paciente, mas não causou dano ao paciente.	Ausente
Erro, sem dano*	**Categoria D:** O erro aconteceu, atingiu o paciente e requer monitorização que confirma que não houve dano ao paciente e / ou intervenção necessária para reverter o dano.	Ausente ou Leve
Erro, com dano*	**Categoria E:** O erro ocorreu e pode ter contribuído ou resultado em um dano temporário para o paciente e requer intervenção.	Moderado
Erro, com dano*	**Categoria F:** O erro ocorreu e pode ter contribuído ou resultado em um dano temporário ao paciente e requer hospitalização inicial ou prolongamento da mesma.	Moderado
Erro, com dano*	**Categoria G:** O erro ocorreu e pode ter contribuído ou resultado em um dano permanente ao paciente.	Catastrófico
Erro, com dano*	**Categoria H:** O erro ocorreu e requer intervenções necessárias a manutenção da vida.	Grave
Erro com dano: morte	**Categoria I:** O erro ocorreu e pode ter	Catastrófico

	contribuído ou resultado na morte da paciente.	

(*) Observação: dano é definido como um prejuízo temporário ou permanente, físico, emocional, ou de uma função fisiológica ou estrutural do corpo, e/ou dor resultante do dano, exigindo intervenção.

Ao se selecionar a categoria da consequência do erro de medicação, deve-se registrar a de maior gravidade que apareceu durante todo o curso do evento. Por exemplo, se o paciente sofreu severa reação anafilática **(Categoria H)** e requereu tratamento **(Categoria F),** mas eventualmente recuperou- se completamente, o evento deve ser classificado como **Categoria H**. Deve-se selecionar somente uma categoria.

2.3 Tipos de Erro de Medicação:

A. **Medicamento não administrado/omissão:** é a não administração de um medicamento prescrito não relacionado à recusa do paciente ou a decisão de não administração devido a contra indicação pelo quadro clínico do paciente; quando houver motivo da não administração do medicamento este deve estar justificado no prontuário do paciente.
São exemplos:

- Falta de prescrição de um medicamento necessário;
- Omissão na transcrição;
- Omissão na dispensação;
- Omissão na administração;
- Medicamento aprazado e não checado;
- Medicamento bolado e não justificado em anotação;
- Medicamento prescrito e não aprazado;
- Reconciliação medicamentosa não considerada.

B. **Dose Errada (overdose, sub dose e dose extra):** ocorre quando a dose administrada é diferente da dose prescrita.

São exemplos de causas de administração de dose errada:

- Erro de compreensão;
- Erro de prescrição;
- Item ilegível;
- Erro de transcrição;
- Não realização dos 5 certos.

C. **Medicamento errado:**

- Prescrição inadequada do medicamento (erro de prescrição, item ilegível);
- Medicamento não indicado/ não apropriado para o diagnóstico que se pretende tratar, por causa da idade, situação clínica, etc;
- Transcrito medicamento diferente do prescrito;
- Dispensado medicamento errado: prescrito um medicamento e dispensado outro;
- Medicamento não prescrito e dispensado: a prescrição médica não contém aquele item e algum medicamento é dispensado.

D. **Erro de preparo/manipulação:** o preparo envolve aspectos que antecedem a administração do medicamento. O erro de preparo/manipulação inclui:

- Concentração/diluição errada do medicamento;
- Volume inadequado;
- Mistura de medicamentos com características físico-químicas incompatíveis;
- Falha na identificação do medicamento quanto ao nome do paciente.

E. **Forma farmacêutica (Apresentação) Errada:** administração de um medicamento com apresentação diferente da prescrita. Por exemplo: prescrita hidrocortisona pomada administrado hidrocortisona creme. Exclui as alterações que o farmacêutico clínico pode realizar frente às necessidades do paciente e aquelas que constam de estudos clínicos. Casos em que os comprimidos devem ser macerados, não são considerados erro de medicação.

F. **Frequência errada/Horário errado:** é a administração do medicamento fora do intervalo prescrito. Inclui:

- Erro no aprazamento do medicamento;
- Atraso na administração: quando o medicamento é administrado a partir de 30 minutos após o horário prescrito ou aprazado (horário definido em prescrição médica para a administração do medicamento, este pode ser realizado pela enfermeira ou médico);
- Antecipação na administração do medicamento.
- Erro de prescrição;
- Erro no aprazamento associado a validade da prescrição;
- Erro no aprazamento não associado a validade da prescrição;
- Paciente em procedimento sem revisão do aprazamento;
- Frequência/aprazamento do item está ilegível;
- Medicamento prescrito no regime se necessário sem frequência;
- Medicamento s/n com frequência prescrita não observada;

- Erro associado à transcrição, prescrição de medicamento de uso finito ou alternado;
- Aprazamento de medicamento VO após administração de indutor do sono.

G. **Tempo de Infusão Errada (muito rápido/muito lento):** quando a medicação foi administrada em tempo diferente do prescrito pelo médico, ou quando o médico prescreve o tempo de infusão diferente da recomendada para o medicamento.

- Erro de Prescrição
- Não programado tempo de infusão correto;
- Paciente interferiu no gotejamento;
- Problemas com via de acesso.

H. **Técnica de Administração Errada:** uso de procedimentos inapropriados ou técnicas inadequadas na administração de um medicamento. Incluem:

- Via de administração errada;
- Local de administração errado (prescrito colírio em olho direito administrado no esquerdo);
- Triturar ou fracionar inadequadamente formas orais sólidas.
- Erro de Prescrição;
- Mudança de via não observada;
- Erro de administração;
- Erro de dispensação
- Item ilegível.

I. **Medicamento com prazo de validade expirado/deteriorado:** medicamento com data de validade expirada ou com integridade física ou química comprometida.

- Erro de prescrição;
- Mudança de leito;
- Identificação errada do medicamento;
- Identificação errada do paciente;
- Dispensação errada.

J. Administração não autorizada da medicação:

- Inclui administração de medicamento não prescrito para o paciente;
- Administração de medicamento prescrito no regime "a critério

médico" sem consulta ao médico do paciente;

- Administração de medicamento ao paciente errado;
- Utilização de prescrição desatualizada.

K. Erro de Monitorização das situações citadas abaixo:

- Interação droga-droga;
- Interação droga-alimento;
- História prévia de alergia (não considerada ou não documentada);
- Interação droga-patologia;
- Falta de dados clínicos ou laboratoriais para uma avaliação adequada do paciente;
- Resposta ao tratamento.

L. Duração Errada do Tratamento: maior ou menor que o indicado.

2.4. Fatores Contribuintes:

Indica as causas relatadas do erro de medicação, como declarado pelas perspectivas relatadas do incidente. É possível que mais de um fator tenha contribuído para a ocorrência do erro.

2.4.1. Fatores Contribuintes Frequentes Envolvendo Informação do Paciente

- Identificação do paciente ausente ou pouco clara.
- Idade (data de nascimento), especialmente em crianças abaixo de seis anos não observadas ou não levadas em consideração.
- Peso indisponível (para pacientes pediátricos) ou unidade de medida não indicada para cálculo de dose adequado.
- Alergia desconhecida ou desatualizada
- Informação de alergia não integrada no sistema eletrônico da farmácia.
- Gestação desconhecida ou não considerada
- Condições de comorbidade desconhecidas (ex.: diabetes, hipertensão.)
- Informações demográficas e de saúde não coletadas para novos pacientes.
- História anterior de medicamentos não conhecidas
- Condições de saúde, diagnóstico, alergias nos sistema eletrônico ou na prescrição médica impressa, mas sem integração com o sistema, portanto os alertas de drogas não aparecem.
- Diagnóstico não está claro.

2.4.2. Fatores Contribuintes Frequentes Envolvendo Informação do Medicamento

- Referências desatualizadas ou ausentes
- Referências de medicamentos inacessíveis ou não acessadas
- Alertas computadorizados inadequados para alergias, condições de saúde, doses máximas ou mínimas e sem avaliação farmacêutica sobre interação medicamentosa.
- Verificações independentes para medicamentos de alta vigilância e populações de pacientes de alto risco não executadas.
- Falta de conscientização da equipe sobre precauções especiais para novos medicamentos.
- Alertas computadorizados sobre doses inseguras negligenciadas ou ignorados.
- Interações medicamentosas graves desconhecidas ou negligenciadas.
- Sistema eletrônico fornece muitos alertas resultando em fadiga de alertas e descarte automática pela equipe de farmácia.
- Um centro sobre informações de medicamentos composto por farmacêuticos clínicos não está disponível durante 24 horas.
- As informações clínicas imediatas não estão disponíveis, acessíveis ou contempladas pela equipe.

2.4.3. Fatores Contribuintes Frequentes Envolvendo Comunicação da prescrição de medicamentos e outras informações

- Instruções médicas duvidosas
- Caligrafia ruim
- Prescrição com interpretação errônea
- Ordem telefônica ou verbal recebida erroneamente
- Erro de digitação (entrada de dados incorretos no sistema)
- Qualidade ruim do fax
- Prescrições eletrônicas incompletas
- Prescrições eletrônicas confusas
- Erros de prescrição
- Uso de drogas/dose anteriores no perfil
- Droga errada, dose errada e via de administração errada
- Instruções para o uso de medicamentos ou indicações de doses contendo fatores (unidades de medidas, abreviações) que podem levar ao erro.
- Intimidação ou interação deficiente com o médico
- Incapacidade de esclarecimento com o médico

- Falta de política sobre como resolver conflitos relacionados com prescrições médicas potencialmente inseguras.

2.4.4. Fatores Contribuintes Frequentes Envolvendo Embalagem, Rotulagem e Nomenclatura de Medicamentos.

- Nomes com grafias e sons semelhantes
- Embalagens com aparência semelhantes
- Medicamentos genéricos produzidos por um determinado fornecedor que utiliza embalagem e rótulos semelhantes em toda a linha de produção.
- Rótulo obscuro, danificado ou ausente
- Identificação do medicamento imperfeito (sem imagem da droga, imagem não atualizada, sem código de barra)
- Confusão do nome comercial /genérico do medicamento
- Falta de cuidados especiais em rótulos dos medicamentos de alta vigilância.
- Rótulos em frascos errados mas para a pessoa certa (trocados).
- Etiquetas digitadas corretamente colocadas na prescrição de uma pessoa diferente.
- Rótulos confusos, incorretos ou mal compreendidos nos frascos dos pacientes.

2.4.5. Fatores Contribuintes Frequentes Envolvendo Padronização, Armazenamento e Distribuição de Droga

- Escolha de drogas a ser dispensadas nas prateleiras
- Medicamentos estocados incorretamente.
- Prateleiras lotadas sem divisores
- Falta de divisores para separar produtos com grafia, sons ou embalagens semelhantes.
- Produtos oftálmicos e otológicos armazenados próximos uns dos outros sem rótulos de advertência ou divisórias.
- Medicamentos de estoque e medicamentos já separados para atendimento da prescrição armazenados no mesmo refrigerador.
- Armazenamento em refrigerador desorganizado e sem rótulo
- Drogas recolhidas ou descontinuadas não segregadas do estoque ativo.
- Área para separação dos medicamentos do paciente não utilizada (ou com tamanho inadequado).
- Medicamentos de Alta Vigilância e com sons e embalagens semelhantes armazenadas nas seções de "fast mover" (seção onde são armazenados medicamentos de alto giro de saída).

- Falta de sinalização para os medicamentos de alta vigilância ou com sons e embalagens semelhantes.

2.4.6. Fatores Contribuintes Frequentes Envolvendo Aquisição, Uso e Monitoramento de Dispositivos de Medicamentos.

- Dispositivo automático de dispensação sem calibração, manutenção ou limpeza.
- Recipientes sem limpeza após o uso resultando em um produto contaminado ou adulterado.
- Instruções escritas do fabricante para o paciente/usuário limitadas ou incompletas.
- Amostras de dispositivos não disponíveis para uso dos farmacêuticos nas sessões de orientação ao paciente.

2.4.7. Fatores Contribuintes Frequentes Envolvendo Fatores Ambientais, Fluxo de Trabalho e Pessoal.

- Iluminação inadequada
- Temperatura desconfortável
- Barulho excessivo
- Desordem e aglomeração
- Interrupções
- Carga de trabalho inapropriada para a equipe
- Fluxo de trabalho ineficiente
- Critérios de segurança do colaborador não considerados.
- Intervalos de refeição não programados ou naõ cumpridos.
- Pessoal substituto (coberturas de folga) não estão familiarizados com a prática de trabalho do local.
- Falta de pessoal de contingência planejado para substituir licenças médicas e férias, resultando em déficit na equipe.
- Tecnologias antiquadas não substituídas.
- Gerência não considera fatores humanos na programação da área.

2.4.8. Fatores Contribuintes Frequentes Envolvendo Competência e Educação da Equipe

- Validação de competências do colaborador insuficiente.
- Dispositivos/Medicamentos novos ou desconhecidos
- Falta de orientação nos processos; sem treinamentos específicos para os deveres.
- Nenhum feedback sobre erros/prevenção.
- Treinamentos sobre procedimentos e processos é insuficiente..

- Nenhum treinamento oferecido sobre como lidar com ou responder a erros de medicação.
- Informações sobre novas drogas não comunicadas.
- Informações sobre drogas recém-padronizadas não comunicadas.
- Técnico não familiarizado com a prescrição e nomes de medicamentos OTC.
- Erros anteriores internos e externos e estratégias de segurança não comunicadas.
- Educação continuada não mantida.

2.4.9. Fatores Contribuintes Frequentes Envolvendo a Educação do paciente

- Falta de informação para o paciente.
- Não conformidades não abordadas
- Pacientes sem estímulo para questionar.
- Falta de resposta aos questionamentos dos pacientes.
- Falta de incentivo da equipe da farmácia para envolvimento dos pacientes com o farmacêutico
- Orientação não encorajada ou aceita.
- Sem orientações obrigatórias para os medicamentos de alta vigilância
- Falta de entendimento das informações escritas devido à baixa instrução sobre saúde ou habilidade de leitura reduzida.
- Falta de orientação para os pacientes em caso de recall de medicamentos.
- Barreira de linguagem.
- Pacientes que não recebem informações sobre erros de medicação e formas de prevenção.
- Sem acompanhamento dos pacientes considerados de alto risco ou que utilizam medicamentos de alta vigilância.
- Pacientes elegíveis para os serviços de MTM (Medication Therapy Management - processo de coleta de informações específicas do paciente, avaliando terapias medicamentosas para identificar problemas com o medicamento, o desenvolvimento de uma lista prioritária de problemas com os medicamentos e criação de um plano para resolvê-los) não são identificados.

2.4.10. Fatores Contribuintes Frequentes Envolvendo os processos e o gerenciamento do risco

- Cultura de segurança não clara.
- Falta de liderança e suportes orçamentais para a segurança de medicamentos.
- Incentivos e feedbacks positivos não realizados individualmente a quem reporta erros e situações perigosas
- Medo de reportar os erros (vergonha, humilhação, retribuição,; ligada diretamente a avaliação de desempenho, conservação do emprego e compensação monetária)
- Estratégias de prevenção de erro focadas na melhoria de desempenho individual em vez de

melhoria dos sistemas.

- Dupla-checagem independente e cálculos para pacientes pediátricos não executados.
- Falta de dupla-checagem automatizada ou manual em determinadas fases de processos críticos.
- Causas de erros baseadas no sistema não analisadas.
- Aprimoramentos baseados no sistema não solicitado ou implementado.
- Abuso de dupla-checagem, no lugar de aprimoramento dos sistemas que possa prevenir erros.
- Excesso de confiança na precisão da tecnologia de varredura do sistema (quando substituições no sistema são permitidas).

2.5 *Accountability* *(função ou categoria profissional, que possui autoridade e responsabilidade por determinada ação).*

Para análise do erro notificado, atribui-se a *accountability* ao responsável primário pela ocorrência do erro ou *near miss*. Ex: Enfermagem, Farmácia ou Médico

2.6 Comunicação

A comunicação para as lideranças é realizada por meio de reuniões com os gestores e seus pares e por meio da geração de relatórios pertinentes, com periodicidade previamente definida na contratação de metas anuais de melhoria.

O Comitê de Medicação é o fórum para discussões dos resultados dos dados provenientes dos monitoramentos acima citados, e os utilizam para estudar as oportunidades de melhorias no processo de medicação, assim como avaliar a eficácia das ações implantadas pelas áreas responsáveis. Este Comitê é coordenado pela Diretoria Hospitalar e os membros do Comitê incluem representantes das áreas assistenciais e apoio relacionado ao processo de medicamentos.

REGISTRO

No prontuário do paciente, prescrição, anotação e evolução médica e multiprofissional.

- Sistema de Notificação de Eventos/ Erro de Medicação e/ou Outros Eventos reclassificados (Intranet).
- Sistema de Notificação de Eventos/ Eventos Adversos Graves(Intranet).
- Banco de dados

RESPONSABILIDADES

Investigação, análise e monitoramento dos erros de medicação – Práticas Assistenciais – Gestão Segura de Medicamentos

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

NA

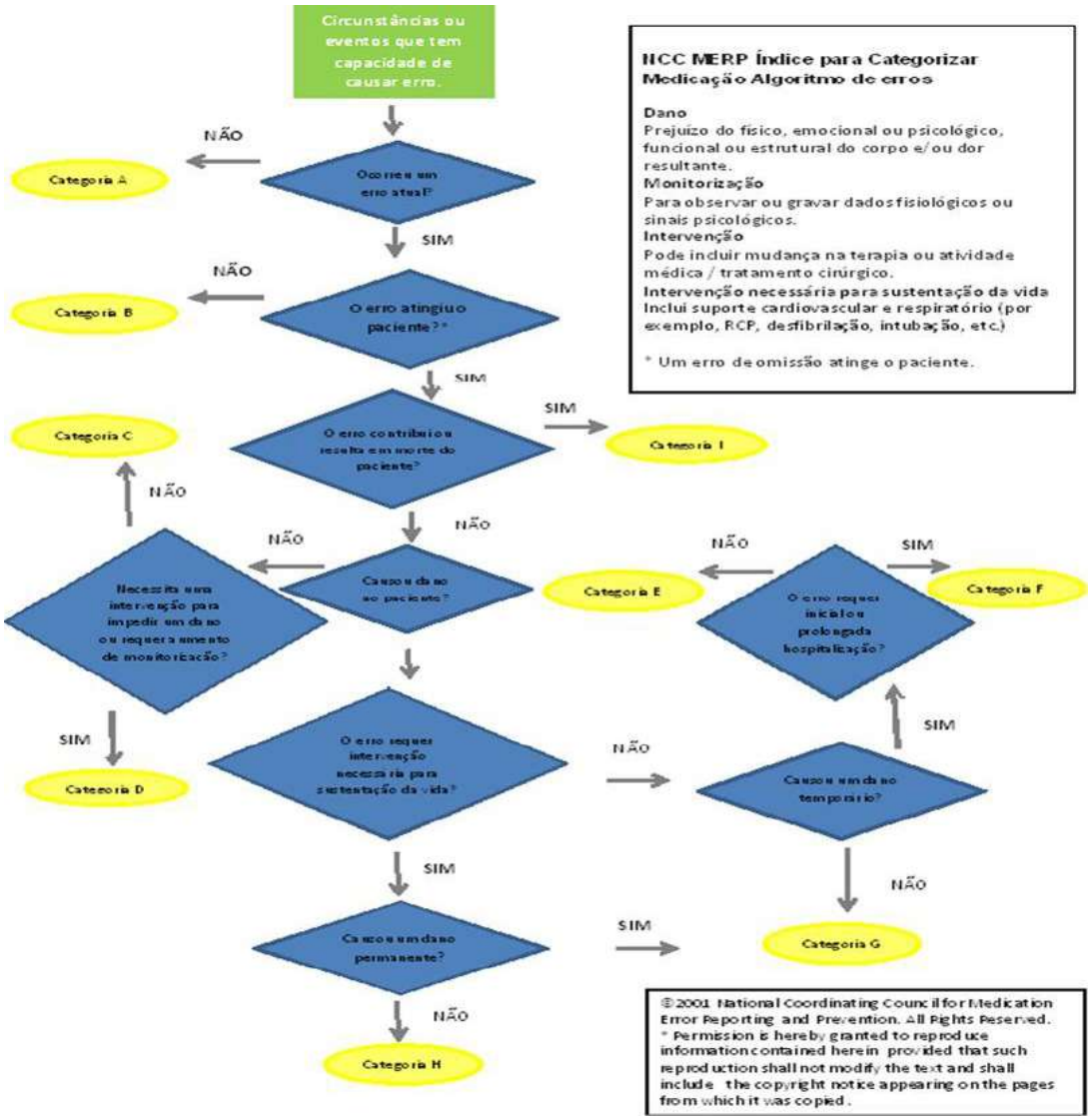
INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Cesta de segurança de medicamentos – indicadores de resultado para análise e acompanhamento do uso de medicamentos na organização.

Dashboard de erros de medicação

ANEXOS

1.Categorização do erro de medicação segundo NCC MERP.


Circunstâncias ou eventos que tem capacidade de causar erro.
Ocorreu um erro atual?
NÃO
Categoria A
SIM
O erro atingiu o paciente?*
NÃO
Categoria B
SIM
O erro contribuiu ou resultou em morte do paciente?
SIM
Categoria I
NÃO
Categoria C
NÃO
Causou dano ao paciente?
NÃO
Necessita uma intervenção para impedir um dano ou requerimento de monitorização?
NÃO
SIM
Categoria D
O erro requer intervenção necessária para sustentação da vida?
SIM
Causou um dano permanente?
SIM
Categoria H
NÃO
Causou um dano temporário?
NÃO
SIM
Categoria G
O erro requer inicial ou prolongada hospitalização?
NÃO
SIM
Categoria E
Categoria F
NCC MERP Índice para Categorizar Medicação Algoritmo de erros
Dano
Prejuízo do físico, emocional ou psicológico, funcional ou estrutural do corpo e/ou dor resultante.
Monitorização
Para observar ou gravar dados fisiológicos ou sinais psicológicos.
Intervenção
Pode incluir mudança na terapia ou atividade médica / tratamento cirúrgico.
Intervenção necessária para sustentação da vida
Inclui suporte cardiovascular e respiratório (por exemplo, RCP, desfibrilação, intubação, etc.)
* Um erro de omissão atinge o paciente.
©2001 National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. All Rights Reserved.
* Permission is hereby granted to reproduce information contained herein provided that such reproduction shall not modify the text and shall include the copyright notice appearing on the pages from which it was copied.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fonte: ®1998-2012 National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. All Rights Reserved. Rockville: NCC MERP c2012 [cited 2012 Jan 04]. Available from: http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

MEDICAMENTO COM APARÊNCIA, GRAFIA E SONS SEMELHANTES

DEFINIÇÃO

Medicamentos com aparência, grafia ou nomes semelhantes, conhecidos como *Look Alike Sound Alike* ou "Medicamentos LASA" podem gerar risco de confusão e troca e são causas comuns de erros na sua utilização. Problemas podem surgir no armazenamento, prescrição, dispensação, administração ou em outras etapas da cadeia de utilização desses medicamentos.

Diversas organizações dedicadas à segurança do paciente no mundo (OMS, FDA, ISMP e *The Joint Commission*) recomendam a implantação de medidas de prevenção específicas para erros com estes medicamentos.

Para prevenir estas trocas e confusões, o Ministério da Saúde do Brasil (Portaria nº 2.095/2013) recomenda em seu "Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos" o emprego de letra maiúscula e negrito para destacar partes diferentes de nomes semelhantes.

OBJETIVOS

Estabelecer práticas seguras para os medicamentos com aparência, grafia e nomes semelhantes para prevenir erros de medicação nas etapas que envolvem a sua utilização.

INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

Esse procedimento se aplica aos medicamentos com aparência, grafia, nomes semelhantes e sons parecidos (*Look-Alike / Sound-Alike* – LASA), em todas as áreas do hospital onde ocorra esta prática.

RESPONSÁVEIS

Toda a equipe assistencial e de apoio envolvida no uso de medicamentos na instituição.

REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Não se aplica

MATERIAL

Lista de Medicamentos com Sons e Grafias Semelhantes Padronizados na SBIBAE. Disponível no Manual Farmacêutico na Intranet do Hospital link: Medicamentos com Sons e Grafias Semelhantes

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Seleção e Aquisição

- Elaborar e divulgar, internamente, a Lista de Medicamentos com Sons e Grafias Semelhantes utilizados na instituição e revisá-la anualmente.
- Considerar alternativas na aquisição de medicamentos que evitem, sempre que possível, adicionar medicamentos com aparência, sons e grafias semelhantes, à lista de medicamentos padronizados na instituição e quando não for possível, após a sua introdução, deve-se realizar a revisão da lista.

ARMAZENAMENTO

- Desenvolver estratégias no armazenamento dos medicamentos com aparência, sons e grafias semelhantes na farmácia e demais serviços/unidades da instituição, inclusive nos equipamentos automatizados, que garantam a sua separação física e a sua correta identificação, através de:
- Armazenamento separado e distanciamento seguros;
- A parte diferente da nomenclatura dos medicamentos com grafia ou som parecidos destacada em caixa alta (letra maiúscula) na identificação do produto.
- Existência de lista padronizada de medicamentos com grafia ou som parecidos nas unidades de internação e no Manual Farmacêutico: Intranet Anexos Link: Medicamentos com Sons e Grafias Semelhantes

PRESCRIÇÃO

- Quando prescritos eletronicamente a parte diferente da nomenclatura é destacada em caixa alta (letra maiúscula).
- Existência de lista padronizada de medicamentos com grafia ou som parecidos nas unidades de internação e no Manual Farmacêutico: Intranet Anexos Link: Medicamentos com Sons e Grafias Semelhantes

PREPARO E DISPENSAÇÃO

- No processo de unitarização dos medicamentos sólidos orais e supositórios e etiquetagem com código de barras, a parte diferente da nomenclatura dos medicamentos com grafia ou som parecidos é destacada em caixa alta (letra maiúscula) na identificação do produto (rotulagem);
- Existência de lista padronizada de medicamentos com grafia ou som parecidos nas unidades de internação e no Manual Farmacêutico: Intranet Anexos Link: Medicamentos com Sons e Grafias Semelhantes

ADMINISTRAÇÃO

- Execução correta dos 9 certos na administração como medida preventiva de erros;
- Para os medicamentos com aparência, grafia ou nomes semelhantes aplicar práticas seguras de verificação;
- Existência de lista padronizada de medicamentos com grafia ou som parecidos nas unidades de internação e no Manual Farmacêutico: Intranet Anexos Link: Medicamentos com Sons e Grafias Semelhantes

PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Necessidade de inclusão na padronização de medicamentos com nomes e sons parecidos e embalagens semelhantes devido à falta de alternativa no mercado.

Desconhecimento pelos profissionais de saúde da lista de medicamentos com nomes e sons parecidos e embalagens semelhantes da instituição, o seu propósito e a importância para a redução de incidentes relacionados com esses medicamentos.

PADRÃO DE PRÁTICA

Medicamentos com aparência, grafia ou nomes semelhantes devem ser identificados e diferenciados nas etapas de seleção, padronização, armazenamento, prescrição, preparo, dispensação e administração para evitar confusões e trocas.

PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional

Anual – Trilha Institucional de Administração de Medicamentos

Bianual – Certificação individual de administração de medicamentos em centro de simulação realística.

REGISTRO

Não se aplica.

INDICADORES DE QUALIDADE

% de Erros de Medicação envolvendo medicamentos com aparência, sons e nomes semelhantes.

ANEXOS

Não se aplica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INSTITUTO PARA O USO SEGURO DE MEDICAMENTOS (ISMP-Brasil). Nomes de Medicamentos com Grafia ou Som Semelhantes: Como Evitar os Erros. ISSN: 2317-2312 VOLUME 3 | NÚMERO 6 | ABRIL 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. 2013. Portaria nº 2.095, de 24/09/2013. D.O.U. 25/9/2013.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de

Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. Incluindo Padrões para Hospitais – Centro médicos Acadêmicos. 7ª ed., 2021.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Armazenamento de medicamentos e materiais médico-hospitalares

Administração de medicamentos - Orientações Gerais

Política de Medicamentos de Alta Vigilância

Manual Farmacêutico - Medicamentos com sons e grafias semelhantes

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Mariza Tobias da Silva (05/04/2018 02:10:10 PM) - Documento novo

Mariza Tobias da Silva (06/04/2018 11:21:56 AM) - Correção do layout

Mariza Tobias da Silva (19/02/2021 02:49:25 PM) - VALIDAÇÃO DO DOCUMENTO ATUALIZAÇÃO DA VERSÃO DOS DOCUMENTOS RELACIONADOS

Neila Maria Marques Negrini Pigatti (19/08/2021 10:29:04 AM) - Ajuste de conteúdo: • Inserido o título do documento no corpo do texto. □ Alguns elementos de redação do texto foram modificados para maior clareza e encadeamento lógico do conteúdo. □ Em "Definição" foi inserida a fonte do Protocolo citado. □ Em "Indicação" foi inserido o trecho: "em todas as áreas do hospital onde ocorra esta prática" para enfatizar a uniformidade do procedimento em todas as unidades pertinentes. □ Inserido nas Referências Bibliográficas o Manual Internacional de Padrões para Acreditação de Hospitais da JCI – 7ª edição □ Inserido em "Documentos Relacionados" a Política de Medicamentos de Alta Vigilância □ Corrigida a formatação da Descrição Resumida da Revisão que continha trecho fora do campo editável do template.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

INTRODUÇÃO

A identificação precisa do paciente é considerada uma das Metas Internacionais de Segurança, sendo essencial para que o cuidado ou tratamento prescrito seja sempre direcionado ao paciente correto. A SBIBAE adota diretrizes para garantir a prática segura, considerando também as situações especiais, exceções e monitoramento dos riscos com foco na prevenção de ocorrência de eventos adversos.

OBJETIVO

Esta política tem como objetivo nortear a prática segura para identificação correta do paciente, em todas as unidades e situações em que o processo se aplica, de acordo com as seguintes diretrizes:

•Identificar o paciente por meio do uso de **dois identificadores, padronizados institucionalmente;**

•Garantir a identificação correta do paciente, antes de serem submetidos a procedimentos diagnósticos, tratamentos e qualquer outro procedimento relacionado ao seu plano de cuidados;

•Assegurar a identificação correta dos recursos e elementos relacionados à terapêutica do paciente;

•Garantir a precisão da identificação e a segurança do paciente, incluindo-se as situações especiais e exceções.

DEFINIÇÕES

A SBIBAE garante a padronização e sistematização da forma, conteúdo e método de checagem da identificação dos pacientes, que ocorre por meio do uso de pulseira de identificação e/ou etiqueta contendo os DOIS IDENTIFICADORES padronizados na instituição: **NOME COMPLETO** e **NÚMERO DE PRONTUÁRIO**, exceto em situações especiais. A **DATA DE NASCIMENTO** e **IDADE,** também podem ser utilizadas como itens adicionais de checagem mediante necessidade. NÃO É PERMITIDO o uso do número do quarto ou da localização do paciente como identificadores do paciente.Os profissionais que assistem o paciente devem sempre conferir os dois identificadores padronizados, por modo visual ou eletrônico, garantindo a participação do paciente e/ou responsável no processo.

A verificação dos identificadores do paciente deve acontecer obrigatoriamente antes de:

• Admitir o paciente na Unidade;

• Realizar exames e/ou coleta de amostras para exames;
• Digitar e liberar laudos de exames;
• Realizar procedimentos cirúrgicos e anestésicos (considerar os identificadores específicos nos transplantes);
• Realizar procedimentos e tratamentos em geral (invasivos e não-invasivos);
• Administrar medicamentos por qualquer via;
• Instalar sangue ou hemoderivados;
• Servir dietas restritas, específicas ou leite materno armazenado no caso de neonatos hospitalizados.

ATENÇÃO! Não é permitido aos profissionais da SBIBAE realizar qualquer procedimento ou tratamento em paciente sem pulseira de identificação. Nestes casos o processo deve ser interrompido até que se regularize a identificação do paciente.

Obs¹: Na unidade HMAP (Municipal de Aparecida de Goiânia) podem ser utilizados também como identificador na pulseira ainda o **NUMERO** e **TIPO DE ATENDIMENTO**.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA
INDICAÇÃO:

Essa política se aplica a todos os pacientes internados, externos e ambulatoriais da SBIBAE.

CONTRA INDICAÇÃO/EXCEÇÃO

Alguns pacientes encontram-se em condições clínicas ou emocionais desfavoráveis, que impedem o uso da pulseira de identificação nos membros superiores ou inferiores. Dentre os pacientes passíveis de serem mantidos **SEM PULSEIRA** de identificação estão:

• Pacientes com ausência total de membros;
• Pacientes muito fragilizados, com facilidade para lesão cutânea;
• Pacientes em anasarca;
• Pacientes queimados;
• RN prematuro extremo;
• Crianças muito fragilizadas física ou emocionalmente;
• Paciente demenciado.

Obs² - Nestes casos é permitida a manutenção da pulseira de identificação ou etiqueta afixada na roupa, cabeceira do leito, berço ou incubadora. A vigilância e checagem constante dos identificadores no leito devem ser redobradas em função do alto risco de trocar tais pacientes de leito.

Obs³ - Nas Unidades de Primeiro Atendimento (UPAs) o paciente admitido em situação de Emergência/Urgência e que ainda não foi cadastrado e, portanto, não dispõe de pulseira, é identificado por meio do NOME COMPLETO e DATA DE NASCIMENTO, referidos por ele ou pelo socorrente. A documentação deste paciente deve permanecer próxima a ele evitando erro até que a identificação padrão seja emitida.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Laboratório - Os **TRÊS IDENTIFICADORES** padronizados nos laboratórios são: **NOME COMPLETO**, **NÚMERO DE PRONTUÁRIO** e **NÚMERO DE LABORATÓRIO**.

- Consultórios – O paciente que passar apenas em consulta médica não utilizará pulseira de identificação. Caberá ao Núcleo Assistencial dos Consultórios a colocação da pulseira de identificação caso seja solicitada a realização de procedimentos ou cuidados específicos.

- Transplantes de órgãos e tecidos - Os identificadores padronizados, tanto para o Receptor quanto para o Doador, são:. **NOME COMPLETO**. **NÚMERO DE PRONTUÁRIO**. **TIPO SANGUINEO**. **RGCT** (REGISTRO GERAL DA CENTRAL DE TRANSPLANTES).

- Maternidade, Berçário e Sala de Parto - A identificação do recém-nascido (RN) requer cuidados adicionais, segue abaixo:

Para a identificação do RN são utilizadas 2 pulseiras (1 pulseira no membro superior esquerdo "MSE" e 1 pulseira no membro inferior esquerdo "MIE"), sendo colocadas na Sala de Parto.

As pulseiras de identificação do recém-nascido (RN) contêm:

• A sigla **RN** e o **NOME COMPLETO** da **MÃE**;
• O número do prontuário da **MÃE**.

Obs⁴: Em caso de gemelares, as pulseiras de identificação contêm as nomenclaturas: **RN1**, **RN2**, **RN3** (de acordo com a sequência cronológica do nascimento).

- Einstein até Você / Coleta e Assistência Domiciliar

O paciente não dispõe de pulseira. É solicitado um documento de identificação com a foto do paciente, além da confirmação de nome completo e idade. Se o paciente for menor de idade é solicitado o documento de identificação com foto e o documento da mãe/ pai ou responsável legal, com foto. Caso o cliente não possua documento de identificação com foto, o responsável deverá apresentar a certidão de nascimento.

- Telemedicina e Atendimento via Drive-thru

Todos os pacientes que acionam esses tipos de serviço, não utilizam a pulseira de identificação, devendo apresentar documento pessoal com foto e confirmação dos dados pessoais (nome completo, data de nascimento, CPF e E-mail). Uma vez confirmado a legitimidade dos dados, o paciente é direcionado para o atendimento.

Obs³: Na instituição HUGO (HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ) nos consultórios, os pacientes ao passarem por consulta médica, também serão identificados conforme fluxo ambulatorial, determinado neste documento.

PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO

As pulseiras e/ou etiquetas de identificação são confeccionadas e colocadas nos locais de atendimento e admissão onde é realizado o cadastro do paciente. Os locais de atendimento e admissão de pacientes incluem:

- Unidades de Internação;
- Ambulatórios;
- Medicina Diagnóstica;
- Posto de coleta.

Cabe aos locais de atendimento e admissão de pacientes:

- Cadastrar os pacientes mediante apresentação de documento de identificação com foto e dados legíveis.

ATENÇÃO! Mediante impossibilidade de apresentação de documento no momento da admissão, solicitar aos familiares a regularização (apresentação do documento) em até 24 horas e seguir o fluxo a seguir:

- Imprimir a etiqueta de identificação, certificando-se da legibilidade dos dados impressos;
- Colar a etiqueta na pulseira de identificação padrão do hospital;
- Solicitar para o paciente e/ou familiares que faça a conferência dos dados impressos;
- Instalar a pulseira no membro superior do paciente, podendo o paciente optar pelo lado de sua maior conveniência (direito ou esquerdo, quando aplicável).

ATENÇÃO! Quando o paciente ou seu responsável recusar a instalação da pulseira no momento da admissão:

- A unidade de destino deve ser contatada e receber a informação antecipadamente;
- A pulseira deve ser encaminhada para a Enfermagem, anexada aos documentos de admissão;
- A Enfermagem deverá checar novamente o documento de identificação, dados da pulseira e do cadastro antes de instalar a pulseira no paciente;
- No caso de criança admitida no Day Clinic que recusa o uso da pulseira, deve-se colocar a etiqueta de identificação na roupa, e obrigatoriamente, a pulseira de identificação deve ser encaminhada junto ao prontuário. Os pais sempre deverão acompanhar a criança na transferência para o Centro Cirúrgico e participar do processo de checagem com o Enfermeiro, sendo colocada a pulseira após a sedação.

A equipe de enfermagem (nas unidades de internação) e a equipe das demais disciplinas assistenciais (nas áreas ambulatoriais):

- Podem indicar a instalação da pulseira de identificação do paciente nos membros inferiores, mediante a impossibilidade de instalação nos membros superiores;
- São responsáveis por garantir a manutenção, integridade e legibilidade da pulseira e/ou etiqueta de identificação dos pacientes durante todo o período de permanência na instituição.

A substituição das pulseiras do paciente é realizada obrigatoriamente por **dois profissionais**, garantindo a **dupla checagem**, devendo-se registrar em prontuário tal procedimento. No caso de menores, realizar **preferencialmente**, na presença dos pais.

Para retirada de laudos e exames, além do nome completo, considerar como identificação outros documentos que contenham foto: RG, RNE (Registro Nacional de Estrangeiro) e Passaporte.

ATENÇÃO! A checagem dos dois identificadores padronizados (nome completo e número do prontuário) implica em ter em mãos um documento do prontuário ou etiqueta que contenham tais dados para a verificação.

PROCESSO DE IDENTIFICAÇÂO DE RECURSOS RELACIONADOS À TERAPÊUTICA DO PACIENTE

O hospital garante em sua prática que todos os recursos relacionados à terapêutica do paciente sejam rotulados com o nome completo e número do prontuário que podem incluir: coleta de amostras de sangue e anatomos patológicos, identificação de dietas, inclusive de recém-nascidos, identificação de dietas enterais, leite materno armazenado etc.

O **PROCESSO EDUCACIONAL** do paciente/família inclui a abordagem sobre:

- A importância da identificação do paciente;
- A importância da utilização da pulseira de identificação ou etiqueta durante todo o período de permanência na instituição;
- A importância da prática de checagem dos dois identificadores pelos profissionais antes de qualquer procedimento ou tratamento;
- A importância da identificação de todos recursos relacionados a terapêutica do paciente;
- O registro das orientações em prontuário eletrônico.

Obs[5]: Clientes externos da Reabilitação em tratamento sequencial devem apresentar um documento de identificação no primeiro cadastro e para confirmação deste para os próximos tratamentos pode ser mantida a imagem digitalizada no prontuário do sistema informatizado.

Obs[6]: Os pacientes infantis podem ser identificados com a pulseira Laranja Pediátrica (com desenho) no momento da internação.

Obs[7]: É sugerido retirar as pulseiras dos Clientes Externos ao final de todos os procedimentos realizados.

ATENÇÃO: As pulseiras de identificação de pacientes externos devem ser retiradas pelos colaboradores vigias mediante visualização do relatório de alta, bem como a solicitação de retirada da etiqueta de acompanhantes, dos mesmo.

MODELOS DE PULSEIRAS

Amarela	Paciente Externo
Branca	Pacientes Internos
Laranja	Risco de queda (Em unidades pediátricas, esta pulseira laranja pode conter desenhos infantis)
Azul	Paciente em risco ou com epsódio de hipoglicemia durante a internação
Roxa	Pacientes com restrição de membro como presença de fístula arteriovenosa, pressão arterial invasiva, trombose, mastectomia com esvaziamento ganglionar, membro com prejuízo da mobilidade e/ou sensibilidade e uso de cateter central de inserção periférica (PICC), que impossibilitam procedimentos tais como: punção venosa, coleta de exames laboratoriais e mensuração de pressão arterial.
Verde	Pacientes submetidos a cirurgia de face deverão ter a identificação do sítio cirúrgico sinalizada através do uso da pulseira verde no membro superior do lado a ser operado, contendo a informação da lateralidade.
Vermelha	Pacientes ≥ 18 anos internados que apresentam risco para sangramento de acordo com os critérios previamente estabelecidos no Protocolo Gerenciado de Risco para Sangramento.

ATENÇÃO: O atendimento á emergencias na unidade HMAP é feita obedecendo o Sistema de Triagem **Manchester** (STM), uma metodologia científica que tem por objetivo organizar a demanda de pacientes em atendimento de emergência, identificando as prioridades clínicas antes da avaliação médica. Estes pacientes são também identificados com pulseiras coloridas que devem obedecer os critérios abaixo.

Obs[8]: As pulseiras de identificação para atendimentos emergencias devem ser listradas nas colorações indicadas visando a não confusão entre as pulseiras de identificação do paciente.

VERMELHA (Emergência)	Atendimento Imediato
LARANJA (muito urgente)	Atendimento até 10min
AMARELO (Urgente)	Atendimento até 1 hora
VERDE (Pouco urgente)	Atendimento até 2 horas
AZUL (Não urgente)	Atendimento até 4 horas

RESPONSABILIDADES

Todos os profissionais assistenciais e não assistenciais.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

- RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Os seguintes indicadores são adotados para monitoramento desta Meta Internacional de Segurança do Paciente:

- Índice de conformidade na identificação do paciente (é verificado o uso da pulseira, sua legibilidade e a confirmação dos dois identificadores padronizados antes da realização de procedimentos);

- Taxa de eventos adversos relacionados à falha no processo de identificação do paciente;

- Na Telemedicina: Taxa de queixas envolvendo o envio de documentação para o paciente atendido com erro de identificação.

ANEXOS

Não se aplica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. Incluindo Padrões para Hospitais – Centro médicos Acadêmicos. 7ª ed. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. CBA, 2021;

GUEDES, H. M.; MARTINS, J.C.A. CHIANCA, T. C. M.; Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. RevBrasEnferm, v. 68, n.1, jan-fev, p: 45-51, 2015.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Versão 11 - Revisão nos processos de identificação do Núcleo Assistencial dos Consultórios, Centro Obstétrico, Clientes Externo, Atualização da cores das pulseiras de identificação.

Samara Paula da Silva (12/03/2013 01:23:34 PM) - Atualização e inclusão da identificação dos pacientes no CDE.

Samara Paula da Silva (22/11/2013 05:52:54 PM) - Alteração da descrição do perfil de paciente para uso da pulseira AZUL.

Samara Paula da Silva (10/07/2014 02:09:55 PM) - Atualização Regras Gerais: Situações Especiais - Maternidade e Berçário.

Samara Paula da Silva (04/03/2015 06:20:56 PM) - Exclusão em Situações Especiais "Centro de Diálise e Núcleo Assistencial" e atualização em Situações Especiais "Consultórios".

Adriana da Silva Pereira (26/05/2015 09:30:11 AM) - alterado especificamente da área Maternidade /berçário: incluso o item sistema de rastreamento de recém nascido PR.ASS.ENFE.2597.1. Retirado o item uso de PALM, pois foi desativado e alterado o uso de pulseira no RN de 3 para 2 pulseiras de identificação. Conforme solicitação da coordenação do berçário.

Daisy Okada (Dez/16) Substituição do quadro abaixo, onde mantive "Pacientes Externos ou internados", sem detalhamento de áreas.

Cor das Pulseiras	Perfil de Paciente
Amarelo	Pacientes Externos
Branca	Pacientes Internados
Laranja	Risco de Queda (Em unidades pediátricas, esta pulseira laranja pode conter desenhos infantis)
Azul	Paciente em risco ou com episódios de hipoglicemia durante a internação

CIRURGIAS – PROCEDIMENTO SEGURO

INTRODUÇÃO

A realização segura de cirurgias e procedimentos invasivos é uma prioridade institucional para a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Para tal fim, são estabelecidos processos que garantam a sua precisão e segurança, envolvendo cuidados específicos em todas as etapas e em todas as áreas do hospital onde esta política se aplica, dentro ou fora do Centro Cirúrgico. Essa política estabelece os critérios para realização de Cirurgia Segura / Procedimento Seguro.

OBJETIVO

1. Atender às recomendações do "Protocolo de Cirurgia Segura" da Organização Mundial da Saúde (OMS);

2. Atender às recomendações do "Protocolo Universal para prevenção de cirurgias e Procedimentos invasivos em local de intervenção errado, procedimento errado, no paciente errado" da Joint Commission International (JCI);

3. Atender às Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

DEFINIÇÕES

Os procedimentos cirúrgicos e invasivos são aqueles que envolvem incisão ou punção, sutura, debridamento de tecidos, drenagem de substâncias orgânicas, ou ainda biópsia de tecidos, vísceras ou órgãos, em regime de internação hospitalar ou ainda em regime ambulatorial. Incluem também os procedimentos endovasculares, aqueles realizados através de acesso percutâneo utilizando uma via endovascular, com ou sem inserção de próteses e, procedimentos endoscópicos que também participam do rol de procedimentos cirúrgicos correspondendo àqueles que utilizam a via endoscópica, invadindo cavidades orgânicas ou vísceras através de sua mucosa.

Área para Aplicação do *Checklist* de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro

Centro Cirúrgico | Centro Obstétrico

- Centro Cirúrgico (Unidade Morumbi, Unidade Perdizes, Hospital Municipal Aparecida de Goiânia e Hospital Municipal Vila Santa Catarina)

- Centro Obstétrico | Centro de Parto (Unidade Morumbi e Hospital Municipal Vila Santa Catarina)
- Radioterapia

Medicina Diagnóstica e Ambulatorial

- Cardiologia | Neurofisiologia Clínica
- Endoscopia
- Imagem
- Clínicas Einstein
- Centro Médico Ambulatorial
- Laboratório
- Medicina Intervencionista e Hemodinâmica
- Unidades Avançadas

Unidades de Internação

- Departamento de Pacientes Graves (DPG)
- Clínica Médica Cirúrgica (CMC)
- Oncologia
- Maternidade
- Pediatria e UTI Pediátrica | Neonatal

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Identificação do local de intervenção – Marcação do sítio cirúrgico

A identificação do local de intervenção ou marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) é uma atividade de inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou do procedimento invasivo. O médico executor do procedimento só poderá delegar o ato da marcação do sítio cirúrgico para outro profissional médico de sua confiança e ciente de que não existe a transferência de responsabilidade sobre este ato.

Todo paciente submetido a procedimento cirúrgico e invasivo que implique lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ter o local de intervenção demarcado pelo cirurgião, médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado. Nos procedimentos realizados na região da coluna vertebral, a marcação deverá ocorrer por região

(cervical, torácica, lombar e sacral). Para crianças com idade acima de 30 dias de vida (exceto prematuros), a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) deverá ser realizada, **exceto** nos casos de recusa por parte dos pais ou situação de constrangimento da criança. Nestes casos, é necessário indicar órgão e lateralidade no consentimento cirúrgico e demais documentos e notificar verbalmente a equipe envolvida no procedimento antecipadamente.

Todo paciente submetido a cirurgias em face (olhos, orelha, boca, bochecha, entre outras) deverão ter a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) sinalizada através da colocação de uma pulseira de identificação de cor **VERDE LIMÃO** no membro superior no lado a ser operado, contendo a informação da lateralidade (exemplo: olho direito, orelha esquerda, entre outros). Todo paciente submetido a procedimentos de imobilização de membros com aplicação de aparelho gessado, fixadores, atadura, tala imobilizadora, entre outros deverão ter marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) realizado.

A identificação da marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) deverá ser feita antes do encaminhamento do paciente para o local do procedimento com marcador padronizado na instituição, utilizando a caneta dermatológica e com a sinalização recomendada. Nos casos de preparo de pele (exemplo: tricotomia, degermação) estes devem ser realizados após a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade).

A marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) recomendada é um **círculo** ou **dois círculos circunscritos simulando um alvo**. Outros tipos de marcação são aceitáveis desde que toda a equipe entenda claramente o local de intervenção. Para cirurgias que requerem marcação especial (cirurgia plástica, varizes, entre outras), estas serão válidas como marcação da lateralidade.

Na admissão do paciente no local do procedimento, o enfermeiro ou técnico de enfermagem que recebe o paciente deverá conferir a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) junto com o consentimento cirúrgico. Nos casos de **emergência**, onde a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) **não é obrigatória**, o médico responsável deverá registrar o local de intervenção no prontuário físico/eletrônico.

Atenção: O paciente **não** deverá será encaminhado para realizar o procedimento sem a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade), exceto em casos de emergência.

Exceções:

Casos em que a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) não é necessária incluem:

- Cirurgias e procedimentos em órgãos únicos;
- Cirurgias e procedimentos de emergência;
- Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido, incluindo: cateterização cardíaca, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial e laparotomia exploradora;
- Procedimentos endovasculares com ou sem local de intervenção conhecido;
- Suturas e cuidados com ferimentos nas UPAs (Unidades de Pronto Atendimento);
- Crianças prematuras – indicar órgão e lateralidade no consentimento cirúrgico;
- Recusa do paciente – registrar em prontuário a recusa do paciente e certificar-se que o lado correto consta no consentimento cirúrgico e demais documentos necessários para cirurgia ou procedimento invasivo.

Etapas e Aplicação do *Checklist* de Cirurgia Segura

O processo inclui práticas internacionais de segurança e engloba a realização do *Checklist* de Cirurgia Segura que contempla as seguintes etapas:

- ***Check in* ou *Sign in*:** no momento da admissão do paciente no local de realização do procedimento

- ***Time Out* antes da indução anestésica:** ocorre na presença da equipe de enfermagem, cirurgião principal e/ou assistente e anestesiologista

- ***Time Out* antes da incisão cirúrgica:** ocorre na presença do cirurgião principal e assistente, anestesiologistas, instrumentador cirúrgico, equipe de enfermagem e todos outros profissionais envolvidos na assistência cirúrgica antes que ocorra a incisão da pele do paciente

- ***Check Out ou Sign out*:** ocorre antes do término do procedimento, junto com toda a equipe envolvida na assistência cirúrgica antes do término da cirurgia.

Ao final da realização do *Checklist* de Cirurgia, o profissional de enfermagem que o conduziu deve registrar data e horário no campo respectivo do prontuário do paciente.

Etapas e Aplicação do *Checklist* de Procedimento Seguro

O processo de ***Checklist* de Procedimento Seguro** que contempla as seguintes etapas:

- ***Check in* ou *Sign in:*** Ocorre no momento da chegada de toda a equipe responsável pelo procedimento invasivo a ser realizado no paciente, e deverá ser realizada a beira leito na presença de todos os envolvidos

- ***Time Out* antes da indução anestésica:** ocorre na presença da equipe de enfermagem, equipe responsável pelo procedimento e/ou assistente e anestesiologista*

- ***Time Out* antes do procedimento invasivo:** Ocorre na presença da equipe de enfermagem, cirurgião/médico responsável pelo procedimento e/ou assistente e anestesiologista (se aplicável), e deverá ser conduzido em voz alta checando todos os itens relativos à segurança do paciente

- ***Check Out* ou *Sign out***: Deverá ocorrer antes do término do procedimento, juntamente a equipe envolvida na assistência antes do término do procedimento invasivo

Atenção: A etapa *Time Out* antes da indução ocorre apenas quando há indução anestésica.

A realização do *Checklist* de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro é obrigatória para procedimentos cirúrgicos ou invasivo, exceto em situações **de emergência.**

Obs: Caracteriza-se por procedimentos de emergência situações que necessitam de uma ação médica imediata. Serão consideradas situações de emergência tudo aquilo que implica um risco iminente de morte, que deve ser diagnosticado e tratado nos primeiros momentos após sua constatação. O processo de realização do *Checklist* de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro conta com o engajamento de toda a equipe envolvida na assistência cirúrgica e tem como 'líder' a equipe de enfermagem, que é responsável por conduzir esta ferramenta atuando como barreira adicional às possíveis falhas neste processo.

Procedimentos para aplicação do Checklist de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro CardiologiaNeurofisiologia Clínica

- Ecocardiograma Transesofágico
- Ecocardiograma Transesofágico com anestesia
- Ecocardiograma de Estresse Farmacológico
- Ecocardiograma Infantil com Anestesia
- Ecocardiograma Transesofágico Infantil com Anestesia
-

Endoscopia

- Endoscopia Digestiva Alta
- Colangiopancreatografia
- Colonoscopia
- Sigmoidoscopia
- Gastrostomia
- Ecoendoscopia
- Enteroscopia
- Broncoscopia
- Laringoscopia
- Nasovideoscopia
- Sonoendoscopia

Imagem

- Tomografia: exames com anestesia, artrotomografia
- Ressonância Magnética: exames com anestesia, artroressonância e Histerorressonância
- Ultrassonografia: exames com anestesia, procedimentos de mama guiados por US, histerossonografia
- Raios-X: exames com anestesia, histerossalpingografia, uretrocistografia, dacriocistografia, fistulografia, sialografia.
- Medicina Nuclear: exames com anestesia
- PAAF de Tireoide (Unidades Avançadas)

Centro Médico Ambulatorial (CMA)

- Pequenas Cirurgias
- Imobilização com Gesso Circular
- Infiltrações

- Cistoscopia

Unidades Externas e Clínicas Einstein

- Pequenas Cirurgias
- Imobilização com Gesso Circular
- Infiltrações
- Colocação de DIU

Laboratório

- Coleta de Líquor
- Mielograma

Clínicas Einstein

- Pequenas Cirurgias
- Colocação de DIU

Radioterapia

- Procedimentos Cirúrgicos com Radioterapia Intraoperatória
- Simulação para Radioterapia (quando usado de anestesia)
- Tratamento diário de Radioterapia (quando usado anestesia)
- Braquiterapia Ginecológica (quando usado anestesia)
- Braquiterapia Oftálmica
- Braquiterapia de Próstata

Banco de Sangue

- Aférese Terapêutica
- Coleta de Células Progenitoras de Sangue Periférico
- Sangria Terapêutica (pacientes internados)

Departamento de Pacientes Graves (DPG)

- Passagem de PICC (Cateter Venoso de Inserção Periférica)
- Passagem de Cateter Venoso Central (apenas UTI)
- Biópsia Hepática (apenas UTI)
- Biópsia Renal (apenas UTI)
- Broncoscopia e biópsia pulmonar (apenas UTI)
- Paracentese (apenas UTI)
- Passagem de Balão Intra-Aórtico (BIA) - (apenas UTI)
- Passagem ou troca de Cateter Venoso Central de Curta Permanência (Arrow ® e Shilley®)
- Passagem de marcapasso temporário/percutâneo (apenas UTI)
- Realização de Flebotomia (dissecção venosa) - (apenas UTI)
- Ecotransesofágico (apenas UTI)
- Implante cateter tenckoff (apenas UTI)
- Infiltrações que implique lateralidade
- Coleta de líquor
- Passagem de PIC
- Mielograma
- Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia e biópsia TGI (apenas UTI)

Medicina Intervencionista e Hemodinâmica

- Cardiologia Intervencionista
- Intervenções em Cardiopatias Congênita
- Neurorradiologia Intervencionista
- Radiologia Vascular Intervencionista
- Eletrofisiologia Intervencionista
- Procedimentos Intervencionistas guiadas por Tomografia Computadorizada
- Procedimentos Intervencionistas guiadas por Ultrassonografia
- PAAF de Tireoide (Unidades Morumbi)

Clínica Médica Cirúrgica

- Coleta de Líquor
- Infiltração que implique lateralidade
- Passagem de PICC (Cateter Venoso de Inserção Periférica)

- Mielograma
- Passagem de Cateter Venoso Central
- Coleta de Líquor
- Paracentese
- Passagem de PICC (Cateter Venoso de Inserção Periférica)
- Mielograma
- Passagem de Cateter Venoso Central

Maternidade

- Coleta de Líquor
- Infiltração que implique lateralidade
- Passagem de PICC (Cateter Venoso de Inserção Periférica)
- Mielograma
- Passagem de Cateter Venoso Central

Pediatria

- Infiltrações Pediatria
- Coleta de líquor
- Passagem de PICC
- Mielograma

UTI Pediátrica

- Passagem ou troca de Cateter Venoso Central de Curta Permanência (Arrow ® e Shilley®)
- Broncoscopia e biópsia pulmonar
- Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia e biópsia TGI
- Paracentese
- Passagem de marcapasso temporário/percutâneo
- Realização de Flebotomia (dissecção venosa)
- Biópsia Hepática
- Biópsia Renal
- Realização de Flebotomia (dissecção venosa)

UTI Neonatal

- Passagem ou troca de Cateter Venoso Central de Curta Permanência (Arrow ® e Shilley®)
- Broncoscopia e biópsia pulmonar
- Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia e biópsia TGI
- Paracentes
- Passagem de marcapasso temporário/percutâneo
- Realização de Flebotomia (dissecção venosa)
- Implante cateter tenckoff
- Cirurgia a laser retinopatia

As **áreas** da SBIBAE onde a realização do *Checklist* de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro **NÃO É**
OBRIGATÓRIA antes de procedimentos invasivos incluem:

- Procedimentos invasivos de enfermagem, com exceção da passagem de PICC
- Quimioterapia
- Transfusão de Sangue e Hemocomponentes
- Procedimentos realizados na imagem com uso de contraste oral e endovenoso
- Procedimentos e cirurgias de emergência, incluindo suturas e cuidados com ferimentos nas UPAs

O *Checklist* de Cirurgia Segura | Procedimento Seguro, assim como a ausência dele, deverão ser registrados em prontuário, pelo enfermeiro ou qualquer profissional que participe deste processo.

Registros em Prontuário:

A informação referente ao sítio cirúrgico (lateralidade) deverá estar registrada nos seguintes formulários do prontuário:

- Anamnese/ Exame Físico
- Relatório de Cirurgia
- Consentimento Cirúrgico
- Consentimento Anestésico
- Ficha de Avaliação Pré Anestésica

*As informações relativas ao *Checklist* de Cirurgia Segura deverão ser registradas no formulário "Registro
Intra operatório".

**As informações relativas ao *Checklist* de Procedimento Seguro deverão ser registradas no formulário
"*Checklist* de Procedimento Seguro".

***Nos casos de emergência, o registro deverá ser feito em evolução de enfermagem ou documentação intraoperatória, não sendo obrigatório o preenchimento do Checklist de Cirurgia Segura e de Procedimento Seguro.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Pacientes submetidos a cirurgia ou procedimento que necessitam de Checklist de Cirurgia Segura |
Procedimento Seguro, exceto em caso de emergência.

RESPONSABILIDADES

Programa de Cirurgia, Centro Cirúrgico, Clínica Médico Cirúrgica, Maternidade Infantil, Oncologia, Centro de
Parto, Centro Obstétrico, CTI.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

- Adesão ao Time Out "Perfeito"
- Adesão à conclusão do Check In Antes da Indução Anestésica
- Adesão ao Time Out Antes da Incisão Cirúrgica
- Adesão ao Check Out "Perfeito"

ANEXOS

Não se aplica.

REFERENCIAS

- Manual Hospitalar JCI 7ª ed.
- Brussa D, et al. Safe surgery for all: Early lessons from implementing a national government-driven surgical plan in Ethiopia.
- World J Surg. 2017 Dec;41(12):3038–3045. https:// doi.org/10.1007/s00268-017-4271-5. Carbral RA, et al. Use of a surgical safety checklist to improve team communication. AORN J. 2016 Sep;104(3):206–216. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.06.019.
- Jain D, Sharma R, Reddy S. WHO Safe Surgery Checklist: Barriers to universal acceptance. Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2018 Jan–Mar;34(1):7–10.
- Ragusa PS, et al. Effectiveness of surgical safety checklists in improving patient safety. Orthopedics. 2016 Mar–Apr;39(2):e307–e310. https://doi.org/10.3928/01477447-20160301-02.
- World Health Organization. Surgical Safety Checklist. (Updated: Jan 1, 2009.) Accessed Jan 3, 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng_Checklist.pdf?sequence=2

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Rotina de Checklist de Cirurgia Segura – Centro Cirúrgico
- Rotina de Checklist de Parto Seguro – Centro Obstétrico e Centro de Parto
- Rotina de Checklist de Procedimento Seguro – Ambulatórios
- Rotina de Checklist de Procedimento Seguro – Pediatria, UTI Pediátrica e UTI Neonatal

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

1. INTRODUÇÃO

Medicamentos de Alta Vigilância (MAVi) são fármacos que possuem maior risco de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de uma falha no processo de utilização. [1] Os erros associados ao uso desses medicamentos podem não ocorrer com frequência, contudo, caso ocorram, suas consequências tendem a ser graves, podendo ocasionar agravamento da condição patológica ou a morte do paciente. O dano pode gerar sofrimento ao paciente e, também, custos adicionais à gestão hospitalar, por envolver cuidados de recuperação do paciente**.** [2]

Esta Política estabelece os critérios para auxiliar a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (Sociedade ou SBIBAE) a direcionar o desenvolvimento de ações que reduzam o risco de ocorrência de erros envolvendo medicamentos potencialmente perigosos, também conhecidos como medicamentos de alta vigilância. Para isso, descreve as boas práticas para garantir o uso seguro de medicamentos de alta vigilância, controlando o risco através da implementação de barreiras especiais para prevenir a ocorrência de eventos adversos. Essas barreiras envolvem ações como a disponibilização de informações relacionadas aos medicamentos, restrição do acesso, utilização de rótulos e etiquetas diferenciadas nos medicamentos, alertas durante a prescrição médica eletrônica, padronização das solicitações, armazenamento, distribuição, preparo e dispensação e dupla checagem durante a administração.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas à medicamentos de alta vigilância. Quando não houver neste documento, exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão em relação à melhor forma de agir deve ser orientada pelos seguintes princípios:

Atenção: atividades que envolvam a manipulação de medicamentos de alta vigilância devem ser realizadas com a devida atenção e cuidados necessários, evitando-se negligência.

Perícia: equipes devem agir com maestria, considerando suas qualificações, habilidades técnicas e práticas adquiridas por meio de treinamentos, a fim de evitar imperícia.

Prudência: equipes devem agir de forma cautelosa e sensata, tomando medidas de segurança com o rigor que cada situação exige, evitando imprudência.

Segurança do Paciente: a segurança do paciente é valor essencial para a Sociedade e deve estar presente em todas as condutas, evitando que a assistência prestada resulte em dano ao paciente.

Segurança no Uso de Medicamentos: ausência de eventos adversos decorrentes de erros durante o processo de uso de medicamentos

3. OBJETIVO

Esta Política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas aos Medicamentos de Alta Vigilância. Quando não houver neste documento exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão em relação à melhor forma de agir deve ser orientada pelos princípios que normatizam a atuação e reponsabilidade civil e ética do profissional, bem como as diretrizes de conduta ética da Sociedade

Objetiva estabelecer regras, papeis e responsabilidades em relação ao uso de medicamentos de alta vigilância na Sociedade, a fim de padronizar o processo e dar segurança em todas as suas etapas: seleção e aquisição, armazenamento, prescrição, preparação e dispensação, administração, monitoramento.

4. DEFINIÇÕES

- **Evento Adverso**: incidentes que resultam em danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base do paciente.
- **Medicamentos de Alta Vigilância**: medicamentos que possuem um risco maior de causar danos significativos ao paciente quando utilizados de forma inapropriada.

5. APLICABILIDADE

As regras descritas nessa Política se aplicam às equipes da farmácia, enfermagem e médicos.

6. DESCRIÇÃO

O *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP), organização não governamental que conduz iniciativas para promover a segurança no uso de medicamentos, baseado nas notificações dos erros de medicação, revisão da literatura e consulta a especialistas, criou uma lista de medicamentos considerados de alta vigilância ou *high-alert*. (disponível em http/www.ismp.org ou http/www.ismp-brasil.org). [3]

São considerados medicamentos de alta vigilância na Sociedade:

- Eletrólitos de alta concentração (Cloreto de Potássio 19,1% 10mL; Cloreto de Sódio 20% 10mL; Sulfato de Magnésio 50% 10mL; Fosfato de Potássio 2mEq/ml 10mL e Glycophos 20mL), quando não são dispensados pela Farmácia em solução pronta.
- Cloreto de Potássio 7g Envelope. (Diálise)
- Opioides (todos)
- Anticoagulantes (todos)
- Insulinas (todas)
- Antineoplásicos (todos)

- Drogas Vasoativas: Adrenalina, Noradrenalina, Dobutamina, Isoprenalina, Metaraminol, Efedrina e Vasopressina.
- A relação completa com os respectivos nomes comerciais e princípio ativo pode ser acessada para consulta no Manual Farmacêutico, disponível no *Sou Einstein*.

Atividades:

- Definir os medicamentos de Alta Vigilância padronizados na Sociedade e estabelecer periodicidade/critérios para revisão e atualização da lista adotada.
- Disponibilizar o acesso à informação sobre os medicamentos de Alta Vigilância, em todas as áreas onde esta Política se aplica e ao Corpo Clínico.
- Definir diretrizes para a segurança dos processos associados à aquisição, armazenamento, preparação e administração desses medicamentos, garantindo uniformidade em todas as áreas do hospital onde esta política se aplica.
- Sistematizar a abordagem dos medicamentos de Alta Vigilância no sistema de administração de medicamento da instituição, inclusive adotando rótulos específicos e alertas automatizados.
- Estabelecer limites de acesso aos medicamentos de Alta Vigilância, definindo barreiras no sistema de administração de medicamentos, para evitar a ocorrência de erros.
- Definir medidas para monitorar a efetividade das barreiras de segurança adotadas.

Barreiras Padronizadas para Redução de Erros com Medicamentos de Alta Vigilância:

Seleção e Aquisição:

É padronizado e adquirido o menor número possível de apresentações desses medicamentos para atender às indicações clínicas.

Uma lista com os medicamentos de alta vigilância padronizados institucionalmente é revisada e atualizada, no mínimo, uma vez ao ano pelo Comitê de Medicamentos e de forma extraordinária, se houver alteração nos serviços do hospital, nas populações de pacientes ou novos medicamentos considerados de alto risco que necessitem ser adicionados.

Insulina: Quando prescrita e adquirida insulina não padronizada ou quando se tratar de medicamento próprio do paciente, o farmacêutico deve enviar um e-mail para o grupo "***Programa de Diabetes***", informando o nome do paciente, prontuário, local de internação, tipo, dose e horário de administração da insulina (exclusivo do Hospital Israelita Albert Einstein

- HIAE). As insulinas não padronizadas adquiridas devem ser conferidas pelo farmacêutico antes da dispensação. No HIAE esta conferência deve ser realizada na Central de Atenção à Prescrição (CAP). Nas unidades externas deverá ser conferida na unidade de trabalho do farmacêutico.

Armazenamento

O armazenamento dos medicamentos de alta vigilância prevê ações que garantem a correta rotulagem, alocação, segregação, considerações necessárias para estocagem de medicamentos com nome ou sons parecidos, medicamentos com mesma apresentação e dosagens/concentrações diferentes e medicamentos com embalagens semelhantes e para aqueles que são sujeitos a controle especial pela Portaria 344/98, devem seguir ainda o preconizado pela legislação vigente. Os locais de estoque dos medicamentos de alta vigilância são identificados com os dizeres: "**ATENÇÃO: MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA (MAVi)"** e possuem acesso restrito à equipe médica e assistencial. O estoque dos medicamentos de alta vigilância deve ser periodicamente analisado de acordo com os procedimentos descritos na *Política de Inventário de Medicamentos*.

Eletrólitos de Alta Concentração:

Na Unidade Morumbi essas medicações são dispensadas já manipulados (diluídos) pela Farmácia, exceto em situações específicas previstas no subitem "*Mapeamento do Estoque dos Eletrólitos de Alta Concentração*", desta Política, sendo dispensados imediatamente antes da administração, não ficando dessa forma, armazenados nas unidades de internação.

No Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC) e Unidade de Pronto Atendimento Vila Santa Catarina (UPA VSC) são dispensados pela farmácia imediatamente antes da administração e manipulados beira leito pela equipe de enfermagem.

Heparina Endovenosa:

Na Unidade Morumbi, para a manipulação das primeiras doses, está disponível nas "Farmácias Satélites" ou no respectivo Pyxis® da unidade de internação, é liberada após verificação da prescrição médica pelo farmacêutico.

No HMVSC e UPA VSC são dispensados pela farmácia imediatamente antes da administração.

No HUGO não há farmácia de manipulação, de modo que toda manipulação é feita beira-leito. O sistema Tasy está configurado de forma que é obrigatório a checagem de um técnico e um enfermeiro para todos os medicamentos de alta vigilância. Estes são sinalizados na prescrição com a descrição "[MAVi]" e fisicamente estão identificados com etiqueta vermelha com os dizeres MAVi, atenção diluir, anticoagulante etc.

Opioides:

- *Morfina 10mg/ml*: na Unidade Morumbi, as ampolas de morfina de 10mg/ml ap 1mL são armazenadas na Farmácia Central, Farmácia Produção, Farmácia Oncologia e Farmácias dos Centros Cirúrgicos. Nas Unidades de Internação, estão disponíveis nos Pyxis® da Oncologia e do Ambulatório de Oncologia (para uso subcutâneo). No HMVSC e UPA VSC todas as apresentações de morfina são dispensadas pela farmácia imediatamente antes da administração, após verificação da prescrição médica pelo farmacêutico, levando em consideração via de administração e dose prescrita (doses EV acima de 6mg e uso SC, uso da ampola de 10mg/ml).
- *Fentanil*: na Unidade Morumbi, a Farmácia disponibiliza soluções padronizadas de Fentanil e ficam armazenados nos Pyxis® e farmácias satélites. No HMVSC e UPA VSC são dispensados pela farmácia imediatamente antes da administração.
- *Metadona*: Na Unidade Morumbi, a apresentação injetável só está disponível nas Farmácias Satélites dos Centros Cirúrgicos, e Pyxis que atendem pacientes das unidades de pacientes graves. Doses fracionadas ou decimais devem ser manipuladas na Farmácia, conforme solicitação do farmacêutico referência da unidade. No HMVSC e Unidades Externa todas as apresentações de metadona são dispensadas pela farmácia imediatamente antes da administração. A metadona na UPA VSC não é um medicamento padrão.
- *Antineoplásicos* (todas as vias): na Unidade Morumbi são armazenados na Farmácia Central e Farmácia da Oncologia. No HMVSC, os antineoplásicos ficam armazenados na farmácia de oncologia e são entregues, imediatamente, para os setores no momento da administração do medicamento.
- *Carros de emergência:*

Drogas Vasoativas: estão disponíveis nos carros de emergência adulto e pediátrico e neonatal - Adrenalina, Dobutamina, Dopamina e Noradrenalina. E no carro neonatal, a Vasopressina.

Opioides: estão disponíveis nos carros de emergência adulto e pediátrico ampolas de Morfina de 2mg (1mg/ml ampola 2mL) e Fentanil 50mcg/ml ampola 2mL. No carro neonatal estão disponíveis ampolas de Fentanil e Remifentanil.

Prescrição

A lista para prescrição de medicamentos de alta vigilância atualizada está disponível aos profissionais assistenciais e ao corpo clínico no "Manual do Farmacêutico", disponível na página "Sou Einstein" (Link: Manual Farmacêutico (einstein.br).

Estratégias de redução de riscos: as prescrições médicas eletrônicas dos medicamentos de alta vigilância contêm a sigla MAVi após a descrição do item e são revisadas pelo farmacêutico antes da dispensação, no processo de atenção à prescrição médica.

A Sociedade possui Protocolos que orientam a prescrição de heparina, insulina, eletrólitos de alta concentração, antineoplásicos e metadona:

- Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Cardiovasculares ("Não Neurológicos")
- Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Neurológicos
- Diagnóstico e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia nos internados
- Diretrizes para a correção de distúrbios eletrolíticos (adulto, pediátrico e neonatal)
- Diretriz para prescrição de medicamentos especiais.
- Procedimento de Normas e Condutas para Administração da Metadona.

Preparo e Dispensação

O preparo e dispensação dos medicamentos de alta vigilância ocorre mediante leitura do código de barras que confere as informações da prescrição e do medicamento (nome do medicamento, validade, lote, apresentação, dose e paciente), após o processo de atenção à prescrição médica e verificação realizada pelo farmacêutico.

A Farmácia da Unidade Morumbi disponibiliza as soluções já diluídas (prontas) para administração, conforme prescrição médica, dos seguintes medicamentos de alta vigilância:

- Eletrólitos de alta concentração
- Heparina Endovenosa, exceto primeiras doses e bolus de correção.
- Opioides: Morfina em doses superiores a 6mg/ml, solução manipulada de Fentanil 2.500mg/50mL e Metadona quando prescrita em doses fracionadas ou decimais, conforme avaliação do Farmacêutico Clínico, que envia as instruções para preparo.
- Antineoplásicos injetáveis e via sonda ou gastrostomia.
- Drogas Vasoativas: soluções padronizadas de Adrenalina e Noradrenalina.
- Soros com Eletrólitos de Alta Concentração: para atendimento imediato são disponibilizadas soluções padronizadas para prescrição no Sistema Cerner Millennium. A relação das soluções padronizadas com eletrólitos disponíveis na Sociedade se encontra no Manual Farmacêutico, disponível na Intranet (Link: https://sou.einstein.br/services/links-rapidos) e no Procedimento de Preparo de Soros Padronizados.

No HMVSC, estão disponíveis os seguintes soros padronizados:

- SG5% 1000mL + NaCl 20% 20mL + KCl 19,
- 1% 10mL (Mixistar ®0,4%),
- SG5% 1000mL + NaCl 20% 30mL + KCl 19,1% 10mL (Mixistar® 0,6%),
- SG5% 1000mL + NaCl 20% 40mL + KCl 19,1% 10mL (Mixistar® 0,8%).

Quando prescrito soro com eletrólitos em concentrações diferente do padronizado, o preparo é realizado pela equipe de enfermagem.

Na UPA VSC, os eletrólitos de alta concentração e diluentes são dispensados pelas farmácias satélites para manipulação e administração pela equipe de enfermagem.

Heparina endovenosa:

- Somente enfermeiros(as) têm autorização/acesso para obtenção de heparina endovenosa nas Farmácias Satélites e equipamentos Pyxis®. No momento da retirada desse medicamento no equipamento, é emitido um alerta: "**MAVi – *Despreze o Excedente após o Uso*"**.
- Nas Unidades Externas e no HMVSC e UPA VSC, a heparina endovenosa é dispensada pelas farmácias satélites para manipulação e administração pelo enfermeiro (a).
- Para o Centro de Diálise a Heparina é dispensada em seringas com concentração de 500 UI/ml nas apresentações de seringas de 10ml ou 20ml, para uso exclusivo desta unidade.

Insulina:

A manipulação de solução de insulina endovenosa para infusão contínua nas unidades permitidas é feita pela enfermagem com dupla checagem obrigatória da prescrição e manipulação. Antes da dispensação de insulinas não padronizadas o farmacêutico da Central de Atenção à Prescrição (CAP) e da Farmácia da Oncologia conferem a insulina com a prescrição médica para garantir a correta dispensação e identificam com a etiqueta padronizada com o alerta **MAVi.**

Antineoplásicos:

São dispensados pela Farmácia manipulados (diluídos), quando aplicável, e prontos para uso com etiqueta laranja com os dizeres "*MAVi observar precauções de segurança para manuseio e administração*"

Opioides:

Para a dispensação de Opioides nas Farmácias Satélites é necessária a apresentação de impresso próprio para medicamentos controlados (impresso Código .SAP 301323 SOLICIT MED PSICOT/ENTORPE) pela equipe de enfermagem. No HMVSC e UPA VSC, os opioides são dispensados pelas farmácias satélites, imediatamente antes da administração.

Administração

Visando garantir a utilização segura dos medicamentos de alta vigilância, os profissionais responsáveis por sua administração devem estar bem orientados sobre os riscos e as condutas que devem adotar em caso de administração incorreta de tais medicamentos.
Para execução da administração segura de medicamentos, os profissionais responsáveis devem adotar como medida preventiva de erros, a seguinte verificação: identificação do paciente, medicamento, horário, frequência, dose e via de administração com a prescrição médica.
A administração de insulina, heparina endovenosa, eletrólitos de alta concentração (quando não preparados pela Farmácia), antineoplásicos e metadona injetável (EV) e drogas vasoativas (adrenalina, noradrenalina dobutamina, Isoprenalina, Metaraminol, efedrina e vasopressina) seguem processos que envolvem a obrigatoriedade de dupla checagem.

Os antineoplásicos possuem, obrigatoriamente, processo de tripla checagem realizado pelos profissionais médico, farmacêutico e enfermeiro antes do preparo do medicamento.

As drogas vasoativas necessitam um controle rigoroso da velocidade de infusão (por bomba de infusão ou, em situações emergenciais e temporárias, o *Dial a Flow)* e possuem uso restrito nas unidades de internação dos andares, exceto nas emergências com condições de monitoração.

Insulina:

- A administração endovenosa contínua de insulina é restrita às unidades de terapia intensiva. Os protocolos de cetoacidose diabética e de hiperglicemia podem ser iniciados nas Unidades de Pronto Atendimento até a transferência do paciente para a Unidade de Terapia Intensiva. No HMVSC as soluções de insulina endovenosa são administradas exclusivamente nas unidades de terapia intensiva. Na UPA VSC soluções de insulina endovenosa são utilizadas somente na Unidade de Choque.
- É permitido o uso de insulina endovenosa como solução polarizante nas unidades não intensivas, com até 10 UI de insulina regular. No HMVSC as soluções polarizantes são administradas exclusivamente nas unidades de terapia intensiva. Na UPA VSC é utilizado soluções polarizantes nas unidades do choque e observações.
- A administração endovenosa em dose única de insulina nas unidades de terapia não intensiva é restrita à dose de 0,1UI a cada quilograma de peso e somente para os casos de cetoacidose diabética. No HMVSC as soluções de insulina endovenosa são administradas exclusivamente nas unidades de terapia intensiva. Na UPA VSC soluções de insulina endovenosa são utilizadas somente na unidade do choque.
- A educação dos profissionais que atuam no processo de administração de medicamentos de alta vigilância é realizada de acordo com política institucional "Conhecimentos requeridos para Atuação da Equipe de Enfermagem". O paciente deve

ser inserido no processo de administração de medicamentos, sendo informado da medicação a ser administrada bem como os efeitos esperados. Além disso, o paciente tem direito ao acesso à sua prescrição médica.

Monitoramento

Anticoagulantes:

O monitoramento dos pacientes que recebem anticoagulantes ocorre por meio de:

- Identificação com alerta de *Risco de Sangramento* no prontuário eletrônico.
- Acompanhamento de exames laboratoriais e de ações de acompanhamento dos sinais e sintomas previstos nos protocolos institucionais.
- Discussão diária entre o médico, farmacêutico clínico e o enfermeiro, verificando os itens descritos abaixo:
  - Indicação da heparina endovenosa;
  - TTPA e o tempo de infusão;
  - Contagem de plaquetas e solicitação do exame; se o item está ligado a um diluente na prescrição médica (para heparina endovenosa)
- O Laboratório Clínico, por meio da Rotina de Pânico, deve comunicar alterações no TTPA, RNI e Glicemia que se encontram na faixa de risco. Esta rotina fornece resultados críticos que demandam a atuação imediata do médico.
- Para pacientes que não estão no Protocolo de Heparina é indicada a realização de exames de acordo com a tabela abaixo:

Indicação da frequência dos exames laboratoriais de acordo com o resultado de plaquetas (para pacientes que não estão no Protocolo de Heparina)
• Acima de 200.000/mm3 de sangue (exame a cada 3 dias) • Entre 70.000/mm3 de sangue até 200.000/mm3 de sangue (exame a cada 2 dias) • Abaixo de 70.000/mm3 de sangue (exame todos os dias) • Abaixo de 50.000/mm3 de sangue - a administração de heparina endovenosa está contraindicada

Metadona:

- A Metadona, na apresentação oral e injetável, faz parte da rotina de busca ativa de reações adversas realizada pela farmácia.

Insulina:

- O monitoramento dos pacientes que recebem insulina se dá através do acompanhamento dos resultados de glicemia capilar realizados conforme Protocolo institucional "Diagnóstico e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia" e Procedimento de Verificação de Glicemia Capilar".

Identificação dos Medicamentos de Alta Vigilância

Os locais de estoque dos medicamentos de alta vigilância devem estar identificados com os dizeres: "***Atenção Medicamento De Alta Vigilância (MAVI***)", os medicamentos devem ser identificados individualmente, conforme descrito na tabela abaixo:

CLASSE TERAPÊUTICA	**IDENTIFICAÇÃO**
Eletrólitos de Alta Concentração	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: **"MAVi ATENÇÃO: DILUIR"**
Anticoagulantes Injetáveis	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: **"MAVi ATENÇÃO: ANTICOAGULANTE"**
Anticoagulantes Orais	Unitarizados e embalados em papel celofane vermelho com a descrição: "**MAVi"**
Insulinas	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: "**MAVi"**
Opioides Injetáveis	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: "**MAVi"**
Opioides orais	Unitarizado e embalado em papel celofane vermelho com a descrição: "**MAVi"**
Medicamentos Antineoplásicos Injetáveis	Frasco com etiqueta de cor vermelha com a descrição: **"MAVi"** Após diluição, recebe etiqueta de cor laranja com os dizeres**: "MAVi**: observar precauções de segurança para manuseio e administração"**.**
Medicamentos Antineoplásicos Orais	Dispensados por doses individualizadas em recipientes de cor laranja e com etiqueta de cor laranja com os dizeres**: "MAVi**: observar precauções de segurança para manuseio e administração"**.**
Cloreto de Potássio 7g env diálise	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: "**MAVi"**
Drogas Vasoativas (Dobutamina, Dopamina, Efedrina, Epinefrina Isoprenalina, Metaraminol, Norepinefrina, Vasopressina)	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: "**MAVi"**

Mapeamento do Estoque dos Eletrólitos de Alta Concentração

Os eletrólitos de alta concentração não estão disponíveis nas unidades de internação, a não ser quando diluídos, exceto nas situações abaixo:

Unidade Morumbi:

LOCAL	ELETRÓLITO	JUSTIFICATIVA
Farmácia Central	Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20%, Sulfato de Magnésio 50%, Glicerofosfato de sódio (Glycophos®) e Fosfato de Potássio 2mEq	Atendimento das Unidades de Estoque
Farmácia Produção	Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20%, Sulfato de Magnésio 50%, Glicerofosfato de sódio (Glycophos®) e Fosfato de Potássio 2mEq/mL	Manipular as soluções conforme prescrição médica e preparo das soluções padronizadas de eletrólitos
Farmácia Satélites dos Centros Cirúrgicos (5º Bloco D e I4 – Bloco A1)	Cloreto de Potássio 19,1% e Cloreto de Sódio 20%	Emergências Cardiológicas
Farmácia Satélite da UTI Adulto (5ºandar – Bloco A)	Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20% e Fosfato de Potássio 2mEq/mL	PCR, hipertensão Intracraniana e para acréscimo na solução ácida de banho de hemodiálise.
Farmácia Satélite Maternidade (8º Andar – Bloco D)	Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20%, Fosfato de Potássio 2mEq/mL e Glycophos®	Atendimento da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Diálise
Farmácia Satélite PA Fast e PA Emergência	Cloreto de Potássio 19,1% e Cloreto de Sódio 20	Dispensação em emergências

Farmácia Satélite Quimioterapia	Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20% e Sulfato de Magnésio 50%	Atendimento de necessidades específicas de pacientes oncológicos
Maleta de Medicamentos das Unidades Móveis de Pacientes Críticos	Cloreto de Potássio 19,1% e Cloreto de Sódio 20%	Parada cadiorrespiratória e hipertensão intracraniana
Medicina Nuclear	Cloreto de Sódio 20%	Teste controle de qualidade da DISIDA (Fármaco utilizado na cintilografia de vias biliares)

Unidades Externas:

LOCAL	ELETRÓLITO	JUSTIFICATIVA
Farmácias Satélites da Unidade Ibirapuera, Perdizes, Alphaville e Klabin	Cloreto de Potássio 19,1% e Cloreto de Sódio 20%	Dispensação em emergências
Maleta de Medicamentos das Unidades Móveis de Pacientes Críticos	Cloreto de Potássio 19,1% e Cloreto de Sódio 20%	Parada cadiorrespiratória e hipertensão intracraniana

HMVSC:

LOCAL	ELETRÓLITO	JUSTIFICATIVA
Farmácia Central SC	Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20%, Sulfato de Magnésio 50%, Glicerofosfato de sódio (Glycophos®), Fosfato de Potássio 2mEq e Cloreto de Potássio 7g env	Atendimento das unidades de estoque e solicitação de produção de bolsas de sulfato de magnésio (Sulfato de magnésio 25g + Soro Glicosado 5% qsp 500mL)
Farmácia Dose Unitária / Ambulatório de Oncologia / Imagem	Cloreto de Potássio 19,1% e Cloreto de Sódio 20%	Dispensação em emergências
Farmácia CO/CC	Cloreto de Potássio 19,1% e Cloreto de Sódio 20%	Emergências Cardiológicas

Farmácia Pronto Atendimento Obstétrico (PA Obstétrico)	Cloreto de Potássio 19,1% e Cloreto de Sódio 20%	Dispensação em emergências
Farmácia Satélite Clínica Médica Cirúrgica (CMC) / Oncologia Internação	Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20% e Fosfato de Potássio 2mEq	Quando prescritas soluções em concentrações diferentes do padronizado
Farmácia Unidade de Pronto Atendimento (UPA) OBS: Farmácia UPA Choque Farmácia UPA Medic. Farmácia UPA Tenda	Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20%, Fosfato de Potássio 2mEq	Dispensação para preparo de soluções conforme prescrição médica (MixIstar® não padronizado na UPA), parada cadiorrespiratória, hipertensão intracraniana
Farmácia Satélite Maternidade /Unidade Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP)/ Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) / UCIN	Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20%, Glicerofosfato de sódio (Glycophos®), Fosfato de Potássio 2mEq e Cloreto de Potássio 7g env	Quando prescritas soluções em concentrações diferentes do padronizado, atendimento da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e para acréscimo na solução ácida de banho de hemodiálise.
Farmácias Satélites UTI Geral Bl.F 1º e 2º andar	Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20%, Glicerofosfato de sódio (Glycophos®), Fosfato de Potássio 2mEq e Cloreto de Potássio 7g env	Quando prescritas soluções em concentrações diferentes do padronizado, parada cadiorrespiratória, hipertensão intracraniana e para acréscimo na solução ácida de banho de hemodiálise.

Em virtude da ausência de área de produção e manipulação dos eletrólitos de alta concentração, no HUGO, essa classe de medicamentos estará disponível no estoque de todas as farmácias satélites da unidade.

7. RESPONSABILIDADES

Enfermagem

- Monitorar administração dos medicamentos de alta vigilância cumprindo as regras estabelecidas nesta Política, garantindo um processo seguro.

Farmácia

- Avaliar a prescrição médica
- Garantir o adequado armazenamento, dispensação, manipulação e identificação dos medicamentos de alta vigilância, conforme as regras estabelecidas nesta Política.

Médicos

- Realizar a prescrição médica com atenção aos protocolos e regras relacionadas aos medicamentos de alta vigilância estabelecidas nesta Política.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

Código Civil **Portaria** nº 1.820/2009. - Normatiza o direito do paciente a ter acesso ao prontuário e recusa do medicamento. [8] REGISTROS DA QUALIDADE

Resolução COFEN nº 689/2022 - Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.[6]

Portaria nº 2.095/ 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. [5]

Ministério da Saúde/SNVS. Portaria nº 344/98 - Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.[7]

Sistema SAP: registro eletrônico, armazenado e protegido por back up automático

Sistema Cerner: registro eletrônico, armazenado e protegido por back up automático

Sistema Administrativo Financeiro (SIAF): registro eletrônico, armazenado e protegido por back up automático

9. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Análise mensal dos erros de medicação envolvendo medicamentos de alta vigilância.

Nota: Na unidade Morumbi, o processo de uso de medicamentos de alta vigilância é auditado semestralmente é auditado semestralmente, e no HMVSC e UPA VSC, mensalmente. O processo possui adesão aos indicadores das metas internacionais de segurança do paciente – Meta 3 – Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância [4]

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código Civil – Portaria nº 1.820/2009. - Normatiza o direito do paciente a ter acesso ao prontuário e recusa do medicamento. [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm].

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. Incluindo Padrões para Hospitais – Centro médicos Acadêmicos. 7ª ed., 2021

Institute for Safe Medication Practices. ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings. 2018. Accessed Jan 3, 2020. https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf.

Instituto para Práticas Segura de Medicamentos ISMP Brazil – Medicamentos Potencialmente Perigosos Lista Atualizada 2019. Acessado Jan 3 , 2020 . www.ismp-brasil.org.

Ministério da Saúde - Portaria nº 2.095/ 2013 Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Portaria_ 2095_ 24_ 09_2013.pdf (fiocruz.br).

Ministério da Saúde/SNVS. Portaria nº 344/98 - Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html]

Resolução COFEN nº 689/2022 - Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-689-2022_95819.html].

World Health Organization (2019). Medication Safety in High-Risk Situations. 2019. Accessed Jan 3, 2020. https:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325131/WHOUHC-SDS-2019.10-eng.pdf?ua=1.

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Diagnóstico e Tratamento da Hiperglicemia e Hipoglicemia nos Pacientes Internados.

Diretriz de Hiponatremia, Hiponatremia, Hipofosfatemia e Hipocalemia.

Política Conhecimentos Requeridos para Atuação da Equipe de Enfermagem.

Política de Padronização de Medicamentos.

Política de Prescrição Médica.

Política de Compra de Materiais Institucional - Compras de Serviço e Materiais

Procedimento Armazenamento de Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares.

Procedimento de Preparo e Aplicação de Insulina -Via Subcutânea. Preparo e Aplicação de Insulina Via Subcutânea.

Procedimento de Administração de Medicamentos – Orientações Gerais.

Procedimento de Atenção Farmacêutica à Prescrição Médica.

Procedimento de Código de Barras – Emissão e Afixação de Etiquetas.

Procedimento de Dispensação Automatizada de Medicamentos e Materiais Médico-hospitalares.

Procedimento de Dispensação de Insulina Multidose.

Procedimento de Dispensação de Medicamentos Controlados pela Farmácia Consultórios.

Procedimento de Dispensação de Medicamentos e Vacinas pela Farmácia Dose Unitária

Procedimento de Dispensação de Medicamentos pelas Farmácias Satélites da Unidade Morumbi.

Procedimento de Fluxo de Atendimento de Soros Não Padronizados.

Procedimento de Fluxo de Processo de Manipulação de Medicamentos Injetáveis.

Procedimento de Fracionamento de Heparina.

Procedimento de Manipulação de Soro com Morfina.

Procedimento de Preparo de Soros Padronizados.

Procedimento de Unitarização de Sólidos Orais e Supositórios.

Procedimento de Verificação de Glicemia Capilar – Verificação de Glicemia Capilar.

Diretriz Protocolo de Distúrbios eletrolíticos em Pediatria, UTI Pediátrica e Neonatologia.

Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Cardiovasculares ("Não Neurológicos").

Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Neurológicos.

POLÍTICA DE RECUSA AO TRATAMENTO E ALTA A PEDIDO

1. INTRODUÇÃO

Os pacientes, ou aqueles que legalmente podem tomar decisões por eles, têm o direito de não aceitar um tratamento ou um cuidado proposto pela equipe médica ou equipe multiprofissional a qualquer momento, e tem o direito de não prosseguir um tratamento iniciado[1,2].

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE ou Sociedade) garante a autonomia dos indivíduos envolvidos no processo de atendimento à saúde, considerada um bem jurídico protegido por lei. Nesse sentido, a autonomia resulta do conhecimento por parte do paciente e do médico sobre os riscos relacionados a um procedimento. Todavia, deve-se observar que o direito de autonomia só poderá ser exercido se não houver risco iminente de morte ou de perda irreparável à saúde do paciente. Atentar para a premissa de que, nos casos de urgência e emergência, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa à terapêutica.

Essa Política descreve o processo a ser seguido quando houver recusa ao tratamento e/ou evasão do paciente.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas à recusa ao tratamento, alta a pedido e evasão. Quando não houver neste documento, exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão em relação à melhor forma de agir deve ser orientada pelo seguinte princípio:

Segurança do Paciente: evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente.

3. OBJETIVO

- Estabelecer as regras, papéis e responsabilidades para garantir o direito dos pacientes (ou aqueles que legalmente podem tomar decisões por eles) em recusar um determinado tratamento ou mesmo solicitar alta independente da indicação médica.
- Resguardar os direitos da equipe médica/multidisciplinar de saúde diante do risco de conflito relacionado à recusa a tratamento ou à saída não consentida de um paciente do ambiente assistencial.

4. DEFINIÇÕES

Alta a Pedido: é a recusa do paciente (ou daqueles que legalmente podem tomar decisões por ele) em dar continuidade a seu tratamento no ambiente assistencial, contrariando a

recomendação ou consentimento da equipe médica. Tem fundamento no direito definido pelo artigo 5º da Constituição Federal e atende ao que determina o Código de Ética Médica. Os pacientes (ou aqueles que legalmente podem tomar decisões por eles) devem ter sido informados sobre as alternativas possíveis de tratamento, todos os riscos, consequências potenciais e responsabilidades dessa decisão. Este direito só pode ser exercido se não houver risco iminente de morte do paciente ou de perda irreparável à sua saúde.

Evasão: é a saída do paciente do ambiente assistencial hospitalar sem que a assistência tenha sido concluída e sem consentimento médico. Pode ocorrer sem comunicação da decisão de saída para as equipes médica e assistencial. Pode ocorrer com a comunicação da decisão de saída, mas com recusa da assinatura do "Termo de Alta a Pedido" que deve ser impresso do Sistema de Gestão Hospitalar (SGH).

Recusa ao tratamento: é a recusa do paciente (ou daqueles que legalmente podem tomar decisões por ele) em iniciar ou dar continuidade a um determinado tratamento. Tem fundamento no direito definido pelo artigo 5º da Constituição Federal e atende ao que determina o Código de Ética Médica. Os pacientes (ou aqueles que legalmente podem tomar decisões por eles) devem ter sido informados sobre as alternativas possíveis, todos os riscos, consequências potenciais e responsabilidades dessa decisão. Este direito só pode ser exercido se não houver risco iminente de morte do paciente ou de perda irreparável à sua saúde.

Fluxo de gerenciamento de conflito: sempre que houver situações de conflito, em que o cenário evidencie um risco ao paciente/instituição/colaborador, bem como se identificar que os vínculos entre os envolvidos estão fragilizados, deve-se acionar o fluxo de gerenciamento de conflitos.

Equipe multiprofissional: consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais: nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, odontologista, assistente social.

Tratamento de sofrimento: Trata-se de transtorno somatoforme (TS) caracterizado por causas orgânicas inexplicáveis pelas condições médicas do paciente. O indivíduo possui sintomas que produzem sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas da vida do sujeito, início dos sintomas subsequente a algum evento traumático, ainda que a pessoa não seja capaz de estabelecer esta relação, histórico de maus tratos, violência física ou sexual e/ou privação de afeto (Associação Psiquiátrica Americana, 2002; 2013).

5. APLICABILIDADE

Esta Política é aplicável a pacientes e aos que que legalmente podem tomar decisões por ele que:

- Recusam aceitar o tratamento indicado pela equipe médica responsável pela sua assistência;
- Exigem alta hospitalar ou que evadem do ambiente assistencial, contrariando a recomendação médica.

6. DESCRIÇÃO

- O "*Termos de recusa ao tratamento*" (Anexo 1) e "*Termo de Alta a Pedido*" (Anexo 2), devem ser impressos a partir do prontuário eletrônico, em três vias e, uma delas, deverá ser entregue impressa para o paciente/familiar/ acompanhante. O termo trará os dados referentes ao nome completo do paciente, número do prontuário e número do quarto , previamente preenchidos pelo sistema

- Os pacientes devem ser informados pelas equipes que os assistem sobre as alternativas possíveis (as orientações devem ser realizadas na presença de testemunha), todos os riscos, consequências potenciais e responsabilidades da decisão de não aceitar um tratamento ou cuidado. Diante desta decisão, faz-se necessário que a vontade seja registrada.

Recusa ao tratamento:

- Diante da decisão de recusa ao tratamento, faz-se necessário que a vontade do paciente seja registrada em prontuário pelo médico, enfermeiro ou membro da equipe multiprofissional envolvido no caso. É obrigatória a assinatura do formulário "*Recusa a Procedimento, Tratamento ou Medicação*", esse documento é arquivado junto ao prontuário físico do paciente.

- Quando a equipe médica e assistencial identifica que a decisão (do paciente ou de seu responsável legal) implicará em risco de morte ou de dano irreparável à saúde, o direito de recusa ao tratamento será desconsiderado. Nestas circunstâncias a instituição resguarda o direito da equipe médica e assistencial de desrespeitar a autonomia de decisão.

- A recusa ao tratamento relacionada às crenças espirituais e religiosas ou a outros motivos deve ser respeitada, desde que não implique em risco iminente de morte ou de dano irreparável ao paciente. Nos casos em que a recusa implique em risco de morte ou dano irreparável à saúde, e o paciente seja maior de idade, capaz, consciente, com cognição

preservada no momento da decisão, em tratamento eletivo, o médico responsável poderá optar por transferir a titularidade a outro médico, passando as informações necessárias para continuidade do cuidado, e não prosseguir nessa assistência, contrária à sua consciência ética. Todo registro sobre a circunstância da recusa e consequências, deverão ser registradas pelo médico, enfermeiro ou membro da equipe multiprofissional envolvido no caso.

- As crianças têm o direito à manutenção do tratamento médico em caso de risco de morte ou dano irreparável à saúde assegurado por lei, podendo as equipes médica e multiprofissional recorrer ao parecer e autorização judicial se ocorrer conflito com familiares ou responsáveis legais.

- Quando houver risco de morte ou dano irreparável à saúde e ocorrer conflito com familiares ou responsáveis legais o registro em prontuário deve ser realizado pelo médico, enfermeiro ou membro da equipe multiprofissional envolvido no caso o mais detalhado possível e deve-se realizar um Boletim de Ocorrência.

- Havendo discordância insuperável entre o médico e o representante legal do paciente em relação à proposta terapêutica a ser adotada, o médico deverá comunicar às autoridades competentes, como Ministério Público e Conselho Tutelar, objetivando o melhor interesse do paciente.

- Na recusa da assinatura do "Termo de Recusa ao Tratamento" para pacientes internados, o registro em prontuário, deve ser feito pelo médico, enfermeiro ou membro da equipe multiprofissional envolvidos no caso, deve ser o mais detalhado possível e um Boletim de Ocorrência também deve ser realizado.

- A cópia do Boletim de Ocorrência deve ser enviada e ficar sob a guarda do Departamento de Segurança Patrimonial da Sociedade.

- O médico responsável pelo paciente deve ser notificado pelo enfermeiro ou membro da equipe multiprofissional envolvido no caso e deve haver registro dessa notificação em prontuário em qualquer situação de recusa a tratamento.

- No caso de Doenças Infectocontagiosas médico ou enfermeiro compartilha o caso com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que se necessário irá notificar o

agravo/doença a Secretaria de Saúde, para que o paciente não coloque em risco sua vida e de outras pessoas.

- Na recusa ao início de tratamento nas recepções ambulatoriais, recepções pré-internação, recepções das Unidades de Pronto Atendimento, Clínicas Einstein e *On Sites* a equipe deve se disponibilizar para avaliar riscos ou para encaminhar para o "*Tratamento do Sofrimento*", porém não deve infringir o direito de recusa do paciente.

- No caso de recusa à terapêutica transfusional, a autonomia do paciente sempre será respeitada. Entretanto, no caso de risco iminente de morte ou em casos de extrema necessidade a transfusão poderá administrada. O fluxo de informe de recusa e abordagem ao paciente diante da recusa transfusional do (Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) está disponível no documento "*Política de Transfusão de Hemocomponentes*". Em relação ao Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC.), os dois fluxos estão disponíveis na documentação "*Coleta de Amostra de Sangue – HMVSC*".

Alta a Pedido:

- A decisão de alta a pedido do paciente deve ser registrada no prontuário pelo médico e enfermeiro. O formulário "*Termo de Alta a Pedido*" deverá ser impresso no prontuário eletrônico, assinado pelo paciente/ responsável, arquivado junto ao prontuário físico e digitalizado para dentro do prontuário eletrônico Cerner-MiIllennium.

- Na hipótese de atendimento ao menor de idade (inclui recém-nascido), o "*Termo de Alta a Pedido*" preferencialmente deve ser assinado por ambos os responsáveis legais (genitores ou representante legal) ou, na impossibilidade, por quaisquer um deles (pai, mãe ou representante legal).

- Na recusa da assinatura do "*Termo de Alta a Pedido*" para pacientes internados, o registro em prontuário deve ser o mais detalhado possível pelo médico e enfermeiro. Também deve ser realizado "Boletim de Ocorrência" e notificação em sistema pelo médico ou enfermeiro. Este tipo de saída do paciente é caracterizado como "*Evasão*" e segue o processo descrito a seguir.

- Quando as equipes médica e assistencial identificam que a decisão (do paciente ou de seu responsável legal) implicará em risco de morte ou de dano irreparável à saúde, o direito de alta a pedido não existirá. Nestas circunstâncias a instituição resguarda o direito de desrespeitarem a autonomia de decisão Equipe médica e assistencial envolvidas no

caso, devem registrar no prontuário os motivos da solicitação da alta à pedido, e orientações realizadas expondo os possíveis riscos da decisão.

- A assinatura do "Termo de Alta a Pedido" não exime o médico da responsabilidade que tal ato possa suscitar à vida ou saúde do paciente. Só possui valor quando não há risco de morte ou dano irreparável a saúde; caso contrário ele é inócuo como elemento de isenção da responsabilidade do médico.

- A *Alta a Pedido* nas unidades ambulatórias, de Pronto Atendimento, Clínicas Einstein e *On Sites* deve ser tratada como exceção, não devendo ser usada como ferramenta de direcionamento dos eventuais conflitos da equipe com pacientes ou responsáveis. A instituição preconiza que as equipes das *Unidades de Medicina Diagnóstica e Ambulatorial* - MDA , encontrem alternativas na orientação médica do paciente e ou responsável legal, como forma de promover a continuidade do tratamento e incentivar o exercício do cuidado com qualidade e segurança. Em seguimento às prerrogativas acima, deve-se acionar o "*Fluxo de Gerenciamento de Conflito*" para avaliação antes de optar pela aplicação do *Termo de Alta a Pedido*.

- O médico titular deve ser notificado pelo enfermeiro em qualquer situação de *Alta a Pedido*, deve ser realizado registro detalhado da notificação no prontuário do paciente.

Evasão:

- Toda e qualquer evasão deve ser registrada no prontuário do paciente pelo médico, enfermeiro e/ou profissional que assistiu o paciente.

- Em casos de riscos ao paciente ou sociedade, é necessário providenciar "Boletim de Ocorrência", que pode ser realizado presencial ou online, pelo profissional que assistiu o paciente.

- Na evasão de paciente internado é necessário providenciar Boletim de Ocorrência.

- A evasão de paciente com risco de morte, dano irreparável à saúde ou com alteração de nível de consciência é considerada como "*Evento Adverso*". Nesses casos, é obrigatória a "Notificação do Evento" no sistema eletrônico de notificação institucional. (Veja Política Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente).

- No caso de "*Doenças Infectocontagiosas*" o enfermeiro ou médico compartilha o caso com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que, se julgar necessário, irá notificar a doença ou agravo para a Secretaria da Saúde, a fim de que o paciente não coloque em risco sua vida e de outras pessoas.

- "*Boletim de Ocorrência*" deverá ser realizado presencialmente: Uma via do "*Boletim de Ocorrência*" relativo à evasão do paciente internado ou pacientes externos, com risco de morte ou dano irreparável à saúde, ficará sob a guarda do *Departamento de Segurança Patrimonial da Sociedade*, a outra será juntada ao prontuário físico do paciente, bem como digitalizada para dentro do prontuário eletrônico Cerner – Millennium.

- Nos casos de realização de "*Boletim de Ocorrência no formato online*": depois de analisado e deferido, o e-mail indicado no documento receberá um link para baixar o "Boletim de Ocorrência", que deverá ser anexado ao prontuário eletrônico do paciente.

- Constatada a evasão, o profissional da equipe que assistiu o paciente deve tentar contato telefônico com o mesmo , para expor o risco a que está sujeito e sugerir retorno à unidade da instituição em que ele se encontrava . O contato pode ser com o próprio paciente, responsável legal e/ ou seu médico titular (caso este seja conhecido). Os resultados das tentativas de contato telefônico devem ser registrados no prontuário eletrônico do paciente.

- Quando o paciente não aguardar atendimento médico nas salas de esperas e/ou recepções hospitalares, das "*Clínicas Einstein*", "*Clínicas On Sites*", ambulatório HMAP, pré-internação HMAP e após "*Triagem de Enfermagem nas Unidades de Pronto Atendimento*" será considerado como desistência do atendimento, quando não houver risco ao paciente detectado no momento da triagem. Na presença de risco, será considerada e tratada como "*Evasão*", conforme descrição supre mencionada.

- Nas *Unidades de Pronto Atendimento*, HMAP, *Clínicas Einstein* e *On Sites*: a saída do paciente sem "Alta", após atendimento médico, considerar como "*Evasão*" – Realizar o registro no prontuário eletrônico, e proceder o registro de "evento" no "*Sistema de Notificação Institucional*" disponível no "Meu Einstein". Para casos de alta complexidade (com presença de risco), deverá realizar contato telefônico com paciente ou responsável ou, ainda, com o médico de referência referido na admissão pelo paciente e, se não alcançar a solução do risco, será necessário realizar a formalização por meio de *Boletim de Ocorrência*.

7. RESPONSABILIDADES

Médico Titular (do paciente internado):

- Fazer a avaliação do paciente e prontuário, expor os riscos que estão presentes diante da decisão de recusa ao tratamento e saída com alta a pedido.
- Registrar em prontuário todas as orientações dadas ao paciente, família e equipe, mediante as situações de recusa ao tratamento, alta a pedido ou evasão.
- Compartilhar com o SCIH os casos de recusa ao tratamento quando o paciente for portador de doença infectocontagiosa para tratativa do caso.
- Nos casos de evasão, fazer a avaliação das informações clínicas em prontuário juntamente com a equipe assistencial. Se houver insucesso na solicitação de retorno do paciente pelo profissional que o assistiu, fazer novo contato com paciente e/ou responsável para ratificar que retorne ao hospital.
- Aplicar o "*Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento, Medicação*" ou "*Termo de Alta a Pedido"*, dependendo da situação fática.

No HMAP, o médico que deverá executar as atividades acima descritas deve ser o profissional de plantão na unidade de internação no momento da ocorrência da recusa, alta a pedido e/ou evasão.

Médicos das Unidades de Pronto Atendimento, Clínicas Einstein e *On Sites:*

- Após atendimento médico, considerar como motivo de alta a "Evasão", registrar no Prontuário Eletrônico e Notificar no Sistema Institucional.
- Para casos de alta complexidade (com risco), realizar contato telefônico com paciente ou responsável ou ainda com o médico de referência citado à admissão e posteriormente. Se não alcançar a solução do risco necessário, solicitar Boletim de Ocorrência.

Gestor, Coordenador da área:

- Acompanhar e mediar as tratativas, cumprindo todo o fluxo de escalonamento para o serviço de psicologia e responsável médico, antes de aplicar "*Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento, Medicação*" ou "*Termo de Alta a Pedido"*
- Garantir o seguimento das regras estabelecidas nesta política e gerenciamento de conflitos.
- Aplicar o "*Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento, Medicação*" ou "*Termo de Alta a Pedido"*, quando as tentativas de convencimento do paciente/familiar/responsável não lograrem sucesso.

Enfermeiro:

- Providenciar contato telefônico com o paciente e/ou acompanhante, nos casos de "evasão".
- Solicitar o retorno espontâneo do paciente (ou após a informação de que há indicação de continuidade de investigação ou tratamento). Caso não se confirme o retorno, solicitar o contato médico e avisar a liderança.
- Fazer notificação do evento em sistema e Boletim de Ocorrência se o paciente não retornar.
- Notificar o médico titular e liderança de enfermagem
- Registrar detalhadamente a recusa ao tratamento, alta a pedido e/ou evasão no prontuário eletrônico Cerner - Millennium
- Compartilhar com o SCIH o caso de recusa ao tratamento de paciente, quando portador de doença infectocontagiosa para garantir a melhor tratativa.
- Aplicar o "*Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento, Medicação*" ou "*Termo de Alta a Pedido"*, quando todas as tentativas de convencimento ao paciente não obtiverem sucesso

Equipe Multiprofissional:

- Notificar o médico titular, liderança e registrar detalhadamente nas situações de recusa ao tratamento.
- Aplicar "*Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento, Medicação*" ou "*Termo de Alta a Pedido"*, quando todas as tentativas de convencimento ao paciente não obtiverem sucesso

Segurança Patrimonial:

- Acompanhar o profissional na realização do *Boletim de Ocorrência*, nos casos em que seja necessária a realização de "Boletim de Ocorrência" presencial.
- Fazer a guarda da cópia deste documento no Departamento de Segurança Patrimonial.

No HMAP, o acompanhamento do profissional para realização do *Boletim de Ocorrência,* quando necessário*,* deverá ser realizado pela sua liderança direta.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

Código de Ética Médica:

A "*Alta a Pedido*" e "*Recusa a Procedimento, Tratamento ou Medicação*", se enquadra na questão da Autonomia, princípio básico da Bioética. O respeito à solicitação de "Alta a Pedido" é baseado nos seguintes Artigos do Código de Ética Médica:

- Capítulo IV - Direitos Humanos**.** É vetado ao médico:

Artigo 46: "Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente risco de vida".

Artigo 48: "Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar".
Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares. É vetado ao médico:
Artigo 56: "Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida".
Em situações que coloquem em risco a vida ou que haja possibilidade de dano irreparável à saúde, nenhum argumento ou documento estará acima do tratamento

Capítulo III Responsabilidade Profissional. É vetado ao médico**:**

Lei nº 10.741/03 – Estatuto do Idoso – [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm];

Lei nº 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente – [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm];

Lei nº10.406/02 – Código Civil – [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm;e]

Decreto Lei nº 2.848/40 – Código Penal [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm]
Artigo 32: "Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato médico que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal".

Conselho Federal de Enfermagem COFEN - 311/2007 artigo 25 e 41 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução Conselho Federal de Medicina CFM nº 2232/19 - Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente [https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370?fbclid=IwAR2QOo56N
DTaMMBnKvnTHXWYEuQAsqw4xZZYnoICIFw6a8Yjus7vrEcL00];

Resolução do CFM nº2156/16 – Dispõe sobre os critérios para admissão e alta em unidade de terapia intensiva [https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156];

Parecer Conselho Regional de Enfermagem COREN – SP GEFIS nº 27/2010 - Evasão de Pacientes. Conceitos, responsabilidade, formas de preservação.
Parecer Conselho Regional de Medicina São Paulo CREMESP nº20589/00 – Dispõe sobre o fornecimento de receita para alta a pedido [https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2000/20589].

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro no prontuário eletrônico Cerner- Millennium
Notificação do evento no sistema notificação institucional.

10.INDICADORES DE DESEMPENHO

Gerenciamento e acompanhamento de pacientes que deixam a instituição contrariando o aconselhamento médico:

- **Pacientes internados:** Os pacientes internados que optarem por alta a pedido ou que evadiram do hospital são registrados pelas unidades de internação no prontuário eletrônico. Os dados e os motivos da Alta a Pedido e ou Evasão são encaminhados e analisados pelos gestores da área para que detalhem os motivos de "Alta a pedido", "Evasão" ou "Não aguardou atendimento" e façam o gerenciamento e o controle desses casos.
- **Pacientes Externos:** pacientes externos da Medicina Diagnóstica que após o início de exame, tendo recebido medicamentos e procedimentos e evadiram do hospital com dispositivos ou não aguardaram a continuidade do exame. Este dado está disponível pelo sistema de notificação.

Pacientes das Unidades de Pronto Atendimento. Clínicas Einstein e *On sites*: que optarem por alta a pedido, que evadiram do hospital ou que não aguardaram atendimento são registrados pela unidade no prontuário eletrônico e devem seguir o fluxo para evasões das Unidades de Pronto Atendimento, Clínicas

- **Einstein e *On Sites***. O motivo que levou o paciente a tomar esta decisão é registrado no prontuário pelos profissionais da unidade. Quando o paciente declara ter médico da família este é notificado pela equipe da unidade. Para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) HIAE o indicador relacionado ao gerenciamento dos pacientes que solicitam "Alta a pedido", "Evasão" ou "Não aguardou atendimento", é controlado e analisado pelo gestor através do *Dashboard* Evasão – UPA.

11.ANEXOS

Anexo 1: Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento ou Medicação

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

RECUSA A PROCEDIMENTO, TRATAMENTO OU MEDICAÇÃO

Paciente:
Num. Admissão:
Prontuário: . **Num. Leito:** .

RECUSA A PROCEDIMENTO, TRATAMENTO OU MEDICAÇÃO

Data:___/___/___ Hora: ____:____

Eu, _____, paciente (ou responsável legal) do Hospital Israelita Albert Einstein, fui informado(a) de que o procedimento, tratamento e/ou medicação _____
_____
foi recomendado para mim (ou meu responsável) pelo(a) Dr.(a): _____

Fui informado(a) que este procedimento, tratamento e/ou medicação é necessário porque: _____
_____
_____

O meu médico(a) também me informou que os riscos relativos à recusa da realização do procedimento, tratamento e/ou medicação são os seguintes:
_____
_____

Mesmo tendo sido informado(a) e compreendido a importância da realização desse procedimento, tratamento e/ou medicação, eu o(a) recuso. Ficam isentos o Hospital e o corpo clínico de todas as responsabilidades em decorrência da minha recusa.

[ ] Paciente [ ] Responsável
Assinatura: _____ Nome em letra de forma: _____
Grau de Parentesco: _____ Identidade nº: _____
Tradutor (se necessário): _____ Identidade nº: _____
Razão pela qual o paciente não assinou a recusa (a ser preenchido pelo responsável pelo paciente):
_____

A testemunha confirma que a assinatura é do: [ ] Paciente [ ] Responsável
Assinatura: _____ Nome em letra de forma: _____
Identidade nº: _____

Deve ser preenchido por médico:
Declaro que informei o paciente e/ou seu responsável legal sobre todos os riscos aos quais estará exposto em função da sua decisão, bem como todas as orientações e explicações necessárias.
Médico/ Dentista: _____ CRM/CRO: _____ Data: ___/___/___ Hora: ____:____

Prontuário: *4146133* Passagem: *44137316*

Anexo 2: Termo de Alta a Pedido

ALTA A PEDIDO | Prontuário: 741751 Num. Leito:

ALTA A PEDIDO

Data:___/___/___ Hora: ____:____

Nesta data eu, _____, paciente do Hospital Israelita Albert Einstein, retiro-me do(a) _____ do HIAE sem ALTA MÉDICA e sem autorização da administração do(a) mesmo(a).

Desta forma, ficam isentos os médicos e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que esta minha atitude possa acarretar, inclusive sobre minha saúde.

Assumindo inteira reponsabilidade assina:

[ ] Paciente [ ] Responsável

Assinatura: _____ Nome em letra de forma: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade nº: _____

Tradutor (se necessário): _____ Identidade nº: _____

Razão por que o paciente não assinou a recusa (a ser preenchido pelo responsável pelo paciente): _____

A testemunha confirma que a assinatura é do: [ ] Paciente [ ] Responsável

Assinatura: _____ Nome em letra de forma: _____

Identidade nº: _____

Deve ser preenchido por médico

Declaro que informei o paciente e/ou seu responsável legal sobre todos os riscos aos quais estará exposto em função da sua decisão, bem como todas as orientações e explicações necessárias.

Médico/ Dentista: _____ CRM/CRO: _____ Data: ____/___/___ Hora: ____:____

12.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CFM - Código de Ética Médica https://cdn-flip3d.sflip.com.br/temp_site/issue-3b3fff6463464959dcd1b68d0320f781.pdf

CREMESP Cremesp – Guia da relação médico paciente -2001

http://www.cremesp.org.br/pdfs/eventos/eve_24092013_091147_Recusa%20de%20tratamento%20e%20alta%20a%20pedido.pdf

http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmpb/artigos/trat_arbt.htm -

https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=11

IDEC - http://www.guiadedireitos.org/downloads/guia_direito_saude.pdf

IDEC -Guia do direito À SAÚDE – 2006

13.DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Política Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente
- Política Declaração dos Direitos e Deveres do Paciente e Familiares
- Política de Transfusão de Hemocomponentes
- Coleta de Amostra de Sangue- HMVSC

MANUAL OPERACIONAL – UNIDADE DE PRONTO SOCORRO

INTRODUÇÃO

A Unidade de Pronto Socorro funciona 24 horas por dia e atende a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO,

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea em situações de urgência e emergência; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde

O hospital realiza o Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades ou em situação não urgente às demais unidades de saúde por meio do instrumento de referência e contra-referência e/ou pelo Complexo Regulador Estadual.

Todos os usuários que procuram a unidade são submetidos à avaliação de risco realizada pelo Enfermeiro, seguindo o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, consulta medica e conduta. O paciente pode ser classificado como vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco. Sendo as duas primeiras classificadas como emergências, o amarelo as urgências, os verdes e azuis de média e baixa complexidade e branco para retorno de ortopedia, medicação e curativo.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Resolução COFEN nº 189/1996, Lei nº 5905/ 73 - Obrigatoriedade de Haver Enfermeiros em Unidades de

Serviços

Decreto nº 77.052/1976 - Fiscalização Sanitária das condições de Exercício de Profissionais e Ocupações

Técnicas e Auxiliares

Decreto n° 94.406/1987, Lei nº 7.498 25/06/1986 - Regulamenta a Lei sobre o Exercício da Enfermagem

Resolução COFEN 272/2002, Lei nº 7.498 25/06/1986 - Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

Resolução COFEN 240/200, Lei nº 7.498 25/06/1986 - C ódigo de Ética dos Profissionais de Enfermagem

Resolução COFEN 293/2004, Lei nº 7.498 25/06/1986 - Fixa e Estabelece Parâmetros para Dimensionamento

do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais de Saúde

Resolução COFEN 290/2004, Lei nº 5905/73 - Fixar como Especialidades de Enfermagem, de competência do

Enfermeiro

Resolução COFEN 288/2004, Lei nº 10.741/2003 - Ações Relativas ao Atendimento de Idosos

Resolução COFEN 281/2003, Lei nº 5905/73 - Repetição / Cumprimento da Prescrição Medicamentosa por

Profissional da área da Saúde

RDC nº 63 06/07/2000, Lei nº 5905/73 - Nutrição Parenteral e Enteral Regulamento ANVISA

Resolução COFEN nº 252/2001, Lei nº 5905/73 - Código de Processo Ético das Autarquias de Enfermagem

Resolução COFEN 258/2001, Lei nº 7.498 25/06/1986 - Inserção de Cateter periférico Central pelo Enfermeiro

Resolução COFEN 139/1992, Lei nº 5905/73 - Institui a obrigatoriedade, por escrito, de todos os Dados de

Identificação do Pessoal de Enfermagem

COFEN 189/1996, 24 de Março de 1996 - Dimensionamento do quadro de enfermagem nas instituições de

saúde de acordo com SCP

Resolução CFM, Lei nº 1.672/03 - Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências

OAS-SUS, 01/02 - Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS-NOAS-SUS 01/02

Portaria nº 2072/GM de 30 de outubro de 2003 - Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências

Portaria nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser

implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão

Portaria MS/GM nº 2.048 de 5 de novembro de 2002 - Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais

de Urgência e Emergência

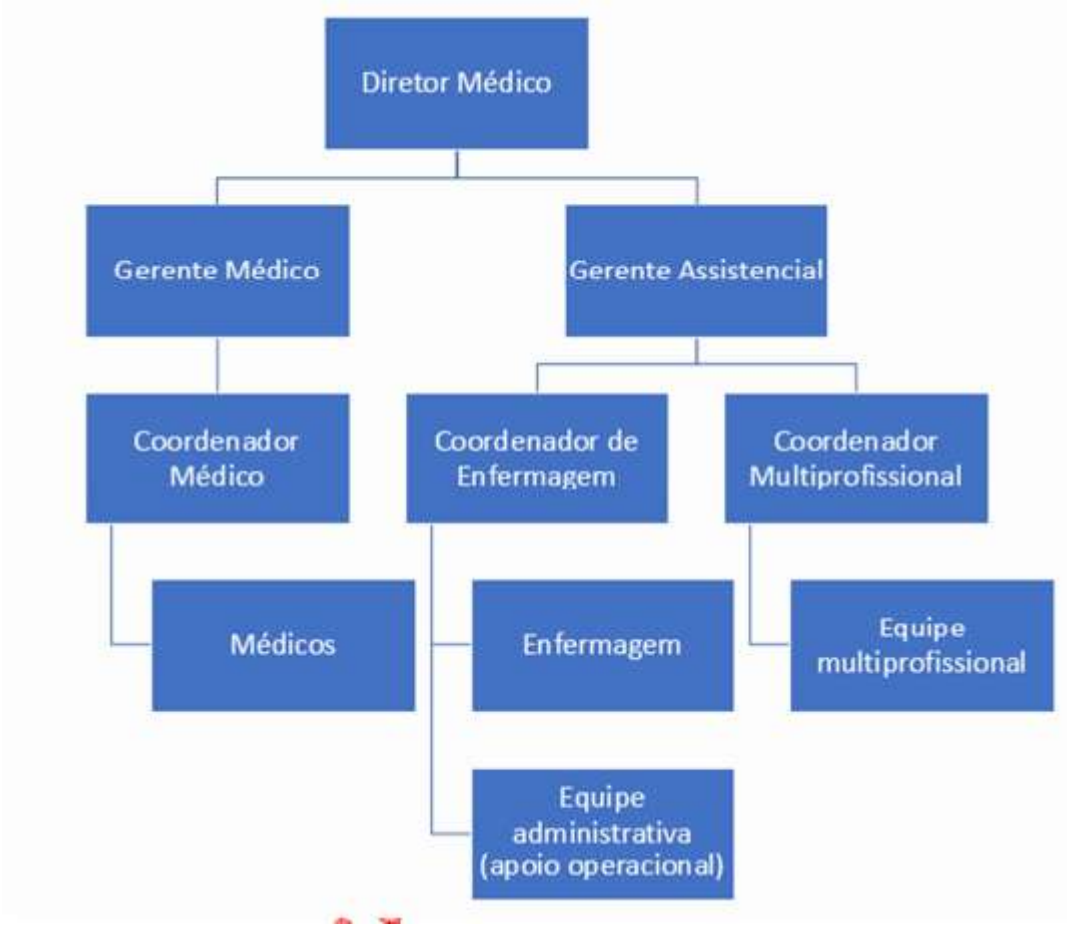
Portaria nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002 - Regulamento o atendimento das urgências e emergências

Resolução 1.451/CREMESP de 17 de Março de 1995 - Define a estrutura para prestar atendimento de

urgência e emergência

Lei Federal 10.216 de 06 de Abril de 2001 - Dispõe sobre as diretrizes da assistência ao portador de doença
mental
Portaria no. 224/ SAS/MS de 29 de Janeiro de 1992 - Regulamenta os equipamentos hospitalares para
atendimento em saúde mental
Resolução n. 375, 2011 - Dispõe sobre a participação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de
pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde.
Resolução COFEN nº 300/2005 - Dispõe sobre a atuação do profissional de Enfermagem no Atendimento Pré-
hospitalar e Inter-hospitalar
Associação Brasileira dos técnicos de Imobilização Ortopedica (ASTEGO) - Código de Ética profissional em
imobilização ortopédica, 2000
RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14 - Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de
Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento d a equipe médica e do sistema de trabalho
Lei 7.394 de 29 de outubro de 1985 - Regula o Exercício da Profissão de Técnico em Radiologia, e dá outras
providências.
LEI N° 8.662 de 7 de junho de 1993 - Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências
LEI Nº 13.021 de 08 de agosto de 2014 - Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas

ORGANOGRAMA



DIMENSIONAMENTO DO SETOR

RECURSOS HUMANOS:

• **Equipe Assistencial**

Enfermeiro sênior

Enfermeiro Pleno

Técnico de enfermagem

Técnico de gesso

Fisioterapeuta

Médico

O dimensionamento de enfermagem conta com 5 enfermeiros por plantão, considerando 01 triagem e

04 para atendimento na sala de choque e leitos (box e retaguarda). Teremos 08 técnicos de enfermagem por plantão por plantão, sendo 02 choque, 03 medicação e

procedimentos e 01 para ECG + sala de procedimento e 03 para sala de retaguarda

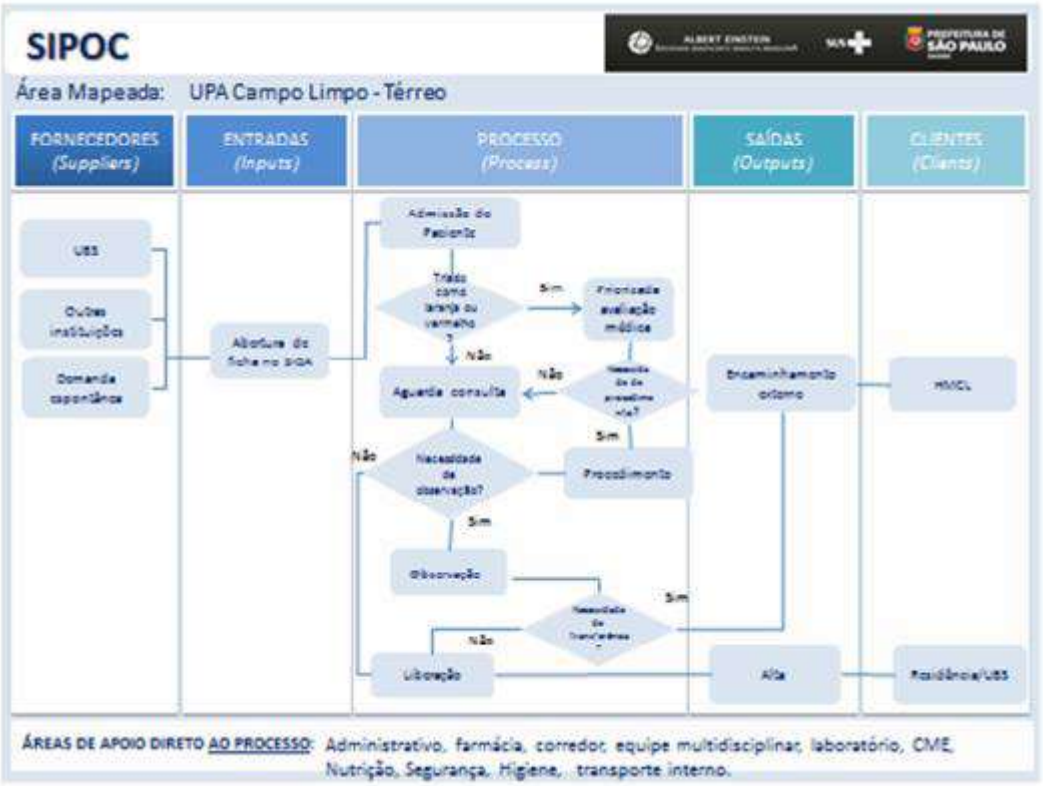
As especialidades porta de entrada são cirurgia bucomaxilo, cirurgia geral, torácica, clínica médica, ortopedia e traumatologia, neurocirurgia, otorrinolaringologia (plantão diurno 12hs, 07 dias por semana, neurologia e angilogia e cirurgia vascular

Pronto-Socorro						
	nana (seg-sex)			fim semana		
	7-13h	13-19h	19-7h	7-13h	13-19h	19-7h
Emergencista	3	3	3	3	3	3
Clínico Observação	2	1	0	2	1	0
Cirurgião Geral	3	3	3	3	3	3
Ortopedia	3	3	3	3	3	3
Vascular	2	2	2	2	2	2
Toracica	1	0	0	1	0	0
Neurocirurgia	2	2	2	2	2	2
Neuroclínico	1	1	1	1	1	1
Buco-maxilo	1	1	1	1	1	1
Otorrino	1	1	0	1	1	0

PRINCIPAIS EQUIPAMENTOS:

Equipamento
Aparelho de eletrocardiograma
Ventilador Mecânico
Ventilador de Transporte
Monitor Multiparâmetro
Bomba de Infusão
Bomba de Dieta
Desfibrilador
Aparelho de dextro
Aparelho de raio-x portátil

SIPOC (MODELO SIPOC - SERÀ ALTERADO POSTERIORMENTE)



INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Tempo porta triagem

Tempo porta médico

Tempo porta leito

Tempo porta centro cirúrgico

Tempo porta UTI

Tempo Médio no Pronto Atendimento

ADMISSÃO NA SALA DE EMERGÊNCIA

- **OBJETIVO**
- Padronizar atendimento;
- Realizar as intervenções necessárias e objetivas;
- Promover uma assistência segura enfatizando a qualidade do atendimento;
- Minimizar falhas de comunicação entre a equipe multiprofissional.

- **DEFINIÇÃO**

Padronizar a admissão e assistência ao paciente na sala de emergência.

- **INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO**

Pacientes admitidos na sala de emergência.

- **ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL**

Todos os materiais que compõem a sala de emergência desde sua infraestrutura até os dispositivos para a assistência.

- **ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO**

NSA.

- **DESCRIÇÃO**

AGENTES	DESCRIÇÕES
Enfermeiro	Identificar a necessidade de atendimento do paciente em sala de emergência como nos casos dos protocolos estabelecidos como: AVC, Sepse, Cardiológicos, Traumas e outros quadros de instabilidade do paciente, que caracterizam situações de emergência. Caso o paciente seja admitido da triagem, o enfermeiro deve encaminhar pegar documentos para pré-cadastro e abertura de atendimento no MV; Solicitar cadastro completo ao administrativo; Entrar em contato com o médico através da "Campainha" instalada na sala de emergência; Caso o paciente apresente alguma queixa cardiológica o enfermeiro será responsável por lançar no MV o eletrocardiograma; Solicita atendimento do médico e técnico responsável pela sala de emergência;

	Acomodar paciente na maca; Realizar a triagem conforme classificação de risco utilizando o protocolo de classificação de risco do HO descrito no documento "Triagem na Unidade de Pronto Socorro" Realizar admissão do paciente na sala de emergência no prontuário eletrônico; Comunicar ao médico instabilidade hemodinâmica; Solicitar atendimento da fisioterapia em pacientes classificados como Emergência (Vermelho); Instalar monitorização não invasiva.
Médico	Avaliar o paciente e intervém conforme condutas estabelecidas; Realizar admissão do paciente e prescrição médica (medicação e exames laboratoriais e de imagem) no prontuário eletrônico; Responsável pela transferência do paciente entre as unidades intra hospitalar e por solicitar a internação caso seja pertinente; Responsável por avaliar o paciente conforme guidelines internacionais e protocolos institucionais, promovendo assim a segurança do paciente; Passar o plantão para o médico do setor dos pacientes encaminhados da sala de emergência; Mantém a família/acompanhantes informados dos procedimentos /condutas.
Técnico de Enfermagem	Executa o plano de cuidados estabelecido pelo enfermeiro; Executa, checa no prontuário eletrônico a prescrição médica e de enfermagem e realiza registro da assistência prestada; Monitorizar todos os pacientes admitidos na unidade; Realizar a troca das vestes do paciente por camisola (sempre que possível); Preparar o paciente para o transporte quando solicitado pelo enfermeiro; Comunicar alterações de SSVV e outras alterações pertinentes ao enfermeiro.
Assistente de atendimento	Realizar o cadastro do paciente; Formaliza o processo de médico especialista e internação quando necessários.

RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistente de atendimento.

- **PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS**
- Encaminhar o paciente para unidade intra-hospitalar com instabilidade hemodinâmica;
- Não conhecer os materiais disponíveis para a assistência ao paciente, comprometendo a segurança do paciente;
- Não identificar o paciente com risco hemodinâmico na avaliação inicial do enfermeiro e encaminhar paciente para um local com menos recurso;
- Encaminhar o paciente para o setor de imagem com instabilidade hemodinâmica ou com risco ventilatório;
- Erro de alocação duramente o processo de internação;
- Não identificar critérios para acionamento dos protocolos gerenciados: IAM, SEPSE, AVC;
- Ausência de leito na sala de emergência por alta demanda.

PADRÃO DE PRÁTICA

Descrever os requisitos regulamentados de capacitação, habilidade, julgamento e atitude para praticar a atividade com segurança, aprovados pelo conselho e código de ética profissional.

PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Alteração de fluxos e rotinas institucionais.

REGISTROS DA QUALIDADE

Evolução de enfermagem em prontuário eletrônico
Avaliação "Anamnese – PA" em prontuário eletrônico

INDICADORES DE DESEMPENHO

NSA

ANEXOS

NSA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NSA

DOCUMENTOS RELACIONADOS

MANUAL OPERACIONAL EMERGÊNCIA

ASSISTÊNCIA NAS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

1. Objetivo

- Reconhecimento precoce dos primeiros sinais e sintomas sugestivos de possível reação transfusional;
- Imediata interrupção da transfusão se suspeita de reação transfusional;
- Acionamento do médico hemoterapeuta e ou do médico assistente para conduta clínica;
- Estabelecimento e registro de condutas corretivas e preventivas.

2. definição

Avaliar, investigar, identificar, registrar, notificar e prestar assistência ao paciente, bem como auxiliar e orientar os profissionais das unidades assistenciais no tratamento e prevenção de reação adversa à transfusão.

3. indicação e CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: Toda e qualquer suspeita de reação transfusional deverá ser avaliada pelo Enfermeiro / Médico Hemoterapeuta da Transfusão do banco de Sangue.
Equipe local avalia e comunica o banco de sangue.

Contraindicação: não aplicável

4. estrutura, equipamento e MATERIAL

- Bolsa Térmica com alça
- Maleta de coleta de exames
- 02 sacos plásticos
- 02 lacres
- Kit Samplok
- Seladora
- Balança
- TSCD

5. Orientação Pré e PÓS-PROCEDIMENTO

NSA

6. Descrição

Todo e qualquer evento adverso durante ou após a transfusão de hemocomponente deve ser considerado como possível reação transfusional. O acionamento do serviço de hemoterapia para

investigação de possível reação transfusional é de responsabilidade da enfermagem que assiste o paciente, com base nos sinais e sintomas relatados pelo paciente durante/ após transfusão de hemocomponentes e monitoramento de sinais vitais.

O paciente que recebe transfusão de hemocomponentes deve ser monitorado ativamente pela enfermagem assistencial por até 24h após o término da transfusão, conforme quadro abaixo (manifestações agudas).

Classificação da reação transfusional

Aguda: sinal(is) e/ou sintoma(s) que ocorre(m) durante ou até 24 h após a transfusão.

Tardia: sinal(is) e/ou sintoma(s) que surge(m) com intervalo superior a 24 h após a transfusão.

Manifestações clínicas agudas:

Febre (aumento igual ou superior a 1^0C na temperatura corpórea inicial ou temperatura >38^0C)
Tremores, calafrios
Dor lombar, torácica ou abdominal (mais comum em crianças)
Alterações hemodinâmicas agudas (hipo/hipertensão, taqui/bradicardia, choque)
Alterações respiratórias (dispnéia, taquipnéia, estertoração, broncoespasmo, hipóxia)
Alterações cutâneas (prurido, urticária, pápulas, edema localizado - angioedema - ou generalizado)
Náuseas e/ou vômitos
Oligúria, anúria, hemoglobinúria – alteração na coloração da urina
Choque anafilático
Coagulopatia de consumo

Quadro 1 - Quadro 1 – Sinais e sintomas sugestivos de reação transfusional

Conduta de acordo com a reação:

Reação	**Conduta médica**	**Exames laboratoriais adicionais**
Hemolítica aguda imunológica	Hidratação endovenosa rigorosa Manter débito urinário > 1 ml/kg/min/h Diurético (furosemida) Analgésicos Drogas vasoativas	Hb/Ht Coagulograma com fibrinogênio DHL, BTF, haptoglobina, Hb livre Urina I Ureia, creatinina

	Transfusão conforme necessário	Outros que achar necessário
Febril não hemolítica	Anti-térmicos (paracetamol, dipirona) Meperidina, se tremor intenso e refratório a anti-térmico	-
Alérgica/Urticariforme	Anti-histamínico (difenadramina) Corticóide	-
Anafilática	Oxigenioterapia Anti-histamínicos (difenidramina) Adrenalina Corticóide Aminofilina e agonistas beta 2, se uso de betabloqueador ou broncoespasmo refratário Medidas de suporte	Na amostra pré-transfusional receptor: dosagem de IgA, pesquisa de anti-IgA, Gram e cultura do hemocomponente.
Sobrecarga circulatória associada à transfusão	Anti-hipertensivos	
Contaminação bacteriana	Início imediato de antibioticoterapia endovenosa com amplo espectro Transfusão conforme necessário	Gram e hemocultura do paciente Outros que considerar necessário
TRALI	Medidas de suporte Assistência ventilatória e drogas vasoativas, se necessário	Radiografia de tórax Exames para o diagnóstico diferencial, após anuência do médico do paciente: ecocardiograma, peptídeo natriurético (BNP), marcadores cardíacos e dosagem de proteína da secreção traqueal/sérica. Nos casos com monitorização

		invasiva avaliar a pressão de oclusão de artéria pulmonar. Pesquisa de anticorpos anti-HLA e anti-HNA nos doadores envolvidos pode ser realizada após firmado diagnóstico. Verificação do sexo do doador envolvido e antecedentes gestacionais, quando aplicável.
Hemólise mecânica	Identificação e eliminação da causa. Medidas de suporte Seguir a mesma conduta descrita para hemolítica aguda, se necessário.	Se necessário, os mesmos para reação hemolítica aguda, a depender da intensidade de hemólise.
Hemolítica tardia	Transfusão de sangue com fenótipo eritrocitário compatível sempre que possível.	Fenotipagem eritrocitária do receptor, se possível. Genotipagem grupos sanguíneos, se necessário.
Hipotensão associada à transfusão	Expansão volêmica e suporte hemodinâmico	-
Dispneia associada à transfusão	Suporte ventilatório	De acordo com a investigação da causa de base da dispneia: atentar para hipótese de TRALI, sobrecarga volêmica e descartar comprometimento respiratório prévio.
SARA associada à transfusão de granulócitos	Pré medicação com hidrocortisona, anti-histamínicos. Sugere-se aguardar intervalo de 2 h após administração de anfotericina para início da transfusão de granulócitos.	Exame de imagem de tórax

Distúrbios metabólicos	Conduta clínica específica de acordo com o distúrbio hidroeletrolítico encontrado	Monitoramento laboratorial de eletrólitos, avaliar necessidade de lavagem de hemocomponentes em se tratando de hipercalemia em neonatos
Púrpura pós transfusional	Imunoglobulina endovenosa Corticoterapia Plasmaférese, de necessário Transfusão de plaquetas negativas para o antígeno envolvido	Pesquisa de anticorpo anti-plaquetário MAIPA Genotipagem plaquetária
Refratariedade plaquetária	Transfusão de plaquetas HLA/HPA compatíveis ou antígeno-negativas conforme avaliação médica	Painel de reatividade contra linfócitos – PRA MAIPA
Doença do enxerto contra o hospedeiro pós transfusional	Corticoterapia associada à imunossupressão, suporte clínico	Avaliação quimerismo leucocitário, tipagem HLA receptor e doador

Toda suspeita de reação transfusional tardia será investigada conforme definição do médico hemoterapeuta e seguirá o mesmo fluxo de notificação e registro das reações transfusionais agudas.

Na presença de sinais e sintomas sugestivos de reação transfusional (vide quadro 1), **o profissional assistencial deve:**

- Interromper imediatamente a transfusão;
- Acionar código amarelo;
- Aferir os sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de O2, temperatura) e avaliar as condições clínicas do paciente;
- Manter acesso venoso pérvio com solução fisiológica 0,9%;
- Comunicar imediatamente o Banco de Sangue;
- Comunicar o médico responsável pelo paciente;
- Aguardar orientação e conduta do médico hemoterapeuta
- Não desprezar a bolsa de hemocomponente, mesmo quando vazia;
- Preencher a "Avaliação de transfusão de hemocomponentes" no Tasy.

2) Conduta do enfermeiro do banco de sangue:

Ao ser comunicado sobre uma possível reação transfusional, deve:

- Informar o médico hemoterapeuta;

- Dirigir-se ao leito do paciente;
- Orientar a equipe de enfermagem, quando necessário, os cuidados acima descritos;
- Avaliar o paciente;
- Verificar os sinais vitais;
- Verificar com o médico hemoterapeuta a rotina de investigação a ser desencadeada e a conduta frente à transfusão, isto é: interrupção definitiva ou possibilidade de reinício da transfusão. A única situação em que é possível o reinício da transfusão é a reação alérgica leve, após remissão dos sintomas.

Em caso de suspeita de reação transfusional durante ou após a transfusão:

- Realizar anotação no prontuário do paciente, preenchendo a avaliação "Reação transfusional".
- Realizar a rotina de verificação e rechecagem do hemocomponente conferindo:
  - À beira leito

a. Se os dados de identificação da pulseira do paciente (nome completo e prontuário) são idênticos às informações do rótulo da bolsa;

b. Se os dados do rótulo da bolsa (número da bolsa, hemocomponente, tipagem sanguínea) são idênticos às informações da etiqueta colada à bolsa;

c. Prazo de validade do hemocomponente impresso na etiqueta colada à bolsa;

d. Aspecto (coloração, presença de coágulos) do hemocomponente;

e. Reavaliar o paciente para verificar a evolução da reação transfusional;

  - No prontuário

a. Se os dados do paciente (nome completo e prontuário) são idênticos às informações contidas no rótulo da bolsa.

b. Se o hemocomponente prescrito é o mesmo transfundido.

Outras intercorrências relacionadas à transfusão

➢ **Infiltração:** é definida como a introdução inadvertida de fluidos ou componente sanguíneo em área de tecido adjacente local da punção. Quando o cateter é deslocado ou o vaso é perfurado, a solução é absorvida pelo tecido subjacente ao vaso sanguíneo. **Sinais e sintomas:**

- Edema ao redor da inserção do cateter.
- Saída de excesso de solução na inserção do cateter.
- Superfície da pele fria e esbranquiçada.
- Aumento, parada ou retorno do fluxo da solução.
- Dor ou desconforto no local.
- Atenção aos pacientes idosos e com pele sensível, pode ocorrer infiltração massiva subcutânea

➢ **Extravasamento:** é considerado similar à infiltração, porém com consequências mais graves, pois envolve a administração acidental de soluções vesicantes ou componente sanguíneo nos tecidos, resultando a necrose e destruição de estruturas vizinhas.

Nos casos de infiltração ou extravasamento, seguiremos o acompanhando dos pacientes de acordo com o diâmetro da infiltração quando:

1. Extensão for < 8 cm – o acompanhamento deve ser em dias alternados
2. Extensão for > ou igual a 8 cm – o seguimento deve ser diariamente

Orientações a serem dada aos pacientes:

- Aplicar compressa fria sobre o local do hematoma nas primeiras 24 horas.
- Aplicar compressa morna nos dias subsequentes.
- Entrar em contato com o banco de sangue se ocorrer quaisquer dos seguintes sintomas: restrição de movimento, formigamento, diminuição de sensibilidade, dor intensa e outros sinais inflamatórios (vermelhidão, aumento de temperatura e inchaço) no membro.

Orientação a ser aplicada em:

- Pacientes ambulatoriais ou internados que continuarão o seguimento pós alta
- Pacientes internados: realizar as avaliações presenciais de acordo com a extensão da infiltração e questionar a previsão de alta do paciente para informá-lo sobre planejamento da continuidade de seguimento após a alta se necessário.
- Pacientes ambulatoriais e pacientes internados com alta: entrar em contato com o paciente por telefone de acordo com a extensão da infiltração ou segundo orientação médica.

Todos as avaliações e contatos devem ser encaminhados por e-mail

7. Responsáveis

Enfermeiros do banco de sangue.

8. Pontos críticos e/ou riscos

- Reconhecimento precoce dos primeiros sinais e sintomas sugestivos de reação transfusional;
- Rápida interrupção da transfusão, se suspeita de reação trnasfusional;
- Acionamento do código amarelo e do médico hemoterapeuta para conduta clínica.

9. Padrão de Prática

Conforme item 6.

10. Periodicidade de Treinamento

Anual

11. Registros DA QUALIDADE

Avaliação "Reação transfusional".

12. Indicadores DE DESEMPENHO

Reações transfusionais por mês.

13. Anexos

NSA

14. Referências Bibliográficas

1. AABB - Standards for Blood Bank and Transfusion Services – 32nd Edition, 2020.
2. Ministério da Saúde – Portaria de Consolidação nº5 – 28 de Setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
3. ANVISA – RDC 34 – 11 de Junho de 2014 – Regulamento Sanitário que estabelece boas praticas para o serviço de Hemoterapia
4. ANVISA – RDC 75 – 2 de Maio de 2016 – Altera a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 34, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
5. ANVISA – Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia Para a Hemovigilância no Brasil – 2015

15. Documentos relacionados

Punção venosa periférica – coleta

Punção venosa periférica

Manejo das complicações relacionadas aos dispositivos de acessos vasculares

ASSISTÊNCIA PSICOLOGICA EM SITUAÇÕES DISRUPTIVAS

1. OBJETIVO

Contribuir para o reequilíbrio psicológico de paciente, familiar ou profissional da equipe em uma situação disruptiva, buscando melhores condições de tratamento ao paciente.

2. DEFINIÇÃO

É o procedimento que norteia o atendimento psicológico de apoio e orientação psicológica, sem a obrigatoriedade de uma solicitação formalizada através de avaliação de risco ou prescrição médica, para qualquer familiar, paciente ou profissional que necessite, em situações disruptivas, ou seja, situações em que a pessoa manifeste comportamento disfuncional à situação em questão, com ansiedade, temor e/ou angustia provocando desorganização emocional comprometendo sua capacidade de lidar com a situação imediata necessitando suporte psicológico imediato e pontual para se reorganizar emocionalmente.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não aplicável.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não aplicável.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

PRÉ – O paciente ou familiar em questão será orientado quanto à brevidade da intervenção do psicólogo e seu caráter de manejo situacional.

PÓS – Paciente e/ou familiar serão orientados quanto ao atendimento pontual, Identificada a demanda para atendimento psicológico, este é proposto aos pacientes / familiar e médico titular segundo o procedimento de Avaliação de Risco**.**

6. DESCRIÇÃO

Psicólogo/Equipe multiprofissional:

- Identificam paciente, familiar ou situações que necessitem de auxílio no manejo;

Psicólogo:

1. Oferece escuta para identificação de problema;
2. Mantém vínculo positivo, evitando interpretações precipitadas;
3. Oferece orientação e subsídios para compreensão do problema em pauta;
4. Busca, se for ocaso, encaminhamento do problema;
5. Identificada a demanda para atendimento psicológico, este é proposto ao pacientes / familiar e médico titular segundo

7. RESPONSÁVEIS

Psicólogos.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Que o psicólogo ofereça atendimento em situações não disruptivas e que possam seguir o fluxo do procedimento de Avaliação de Risco Psicológico.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Que o psicólogo possa contribuir para a humanização da assistência.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não aplicável.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não aplicável.

13. ANEXOS

Não aplicável.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não aplicável.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não aplicável.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não aplicável.

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

1. DEFINIÇÃO

O cateterismo vesical envolve a introdução de um cateter estéril de látex ou de silicone através da uretra até a bexiga, que se mantem fixo na bexiga através do balão insuflável com água destilada.

Está indicado para possibilitar a eliminação de urina, controlar volume urinário, prevenir obstrução na presença de hematúria, coágulo e sedimento, pós-operatório de cirurgia urológica, e administração de fármaco quando indicado.

2. OBJETIVOS

- Padronizar o procedimento de cateterismo vesical por via uretral no paciente adulto, pediátrico e neonatal, prevenindo complicações.
- Estabelecer a avaliação prévia do paciente e identificar os riscos associados à dificuldade em procedimento anterior, desvios anatômicos, cirurgia de próstata anterior, estenose uretral conhecida, pacientes em uso de anticoagulante com elevado risco para sangramento.

- Estabelecer a avaliação diária sobre a real necessidade de manter o cateter e retirada precoce para prevenir infecção e outras complicações.

- Reconhecer os fatores de risco na inserção do cateter em pacientes comatosos, sedados ou com anestesia peridural pela dificuldade de relato de dor e desconforto, pelo próprio paciente.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

4. Indicações:

- Drenagem de urina em pacientes com retenção urinária aguda ou crônica;

- Drenagem de urina em pacientes durante e após cirurgias de longa duração, ginecológicas ou urológicas;

- Irrigação vesical em pacientes com hematúria;

- Controle rigoroso de débito urinário em pacientes com necessidade de apurado balanço hídrico;

- Medida de conforto em pacientes sob cuidados paliativos;
- Gerenciar incontinência urinária em pacientes com lesões de pele sacrais, inguinais ou perineais ondemétodos não invasivos são insatisfatórios;
- Instilação de drogas citotóxicas diretamente na bexiga (exclusivamente por profissional médico);

- Indicação durante trabalho de parto ou cirurgia quando utilizada anestesia epidural. Contra indicações para inserção do cateter vesical de demora por profissional Enfermeiro:

Absolutas:

- Poli trauma com fratura de ossos da pelve;

- Traumatismos de períneo;

- Processos infecciosos graves na região;

- Obstrução mecânica conhecida do canal uretra, prostatite aguda ou suspeita de trauma uretral;

- POI de cirurgia urológica.

5.

6. Relativas:

- História de falso trajeto ou sangramento por cateterismo vesical prévio;

- Uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetário.

7. RESPONSÁVEIS

Em seguimento à resolução do COFEN 0450/2013, a cateterismo vesical de demora é atividade privativa do enfermeiro não podendo este delegar o procedimento à técnicos de enfermagem. Portanto apenas enfermeiros e médicos habilitados e capacitados com a melhor técnica de cateterismo vesical, livre de riscos iatrogênicos e de infecção, podem realizar o procedimento.

8. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

- Ambiente iluminado ou foco de luz
- Material completo e adequado ao procedimento
- Paciente deitado em posição confortável, em decúbito dorsal.
- 2º profissional para auxiliar na passagem em recém-nascidos, crianças e pacientes não colaborativos.
- Privacidade, dignidade e individualidade do paciente adulto, pediátrico e neonatal.

9. MATERIAL

Material para degermação (crianças/neonatos) ou higiene íntima (adultos)

Se constatar a presença de fezes, secreção ou pomada, realizar a higiene íntima antes da degermação, conforme documento institucional "Higiene íntima" (PR.ASS.ENFE. 209.12).

- **Adulto:**
- comadre
- Clorexidina degermante 2% ou água de sabonete neutro, se alergia
- 1 sachê de álcool 70% para antissepsia do bico do frasco do Clorexidina
- toalha
- jarro protegido com saco plástico
- água morna para enxágue
- luvas para procedimentos

- panos de limpeza descartáveis
- óculos de segurança
- máscara cirúrgica
- saco plástico para lixo
- **Infantil:**
- cuba rim
- 1 fralda ou uma comadre (depende da idade da criança)
- toalha
- jarro protegido com saco plástico
- água morna para enxágue
- Clorexidina degermante 2%
- 1 sachê de álcool 70% para antissepsia do bico do frasco do Clorexedina
- luvas de procedimento
- óculos de segurança
- máscara cirúrgica
- panos de limpeza descartáveis, gazes não estéreis ou bolas de algodão.
- saco plástico para lixo
- **Neonatos:**
- cuba rim

- 1 fralda
- água morna para enxágue
- Clorexidina degermante 2%
- sachê de álcool 70% para antissepsia do bico do frasco do Clorexidina
- luvas de procedimento
- óculos de segurança
- máscara cirúrgica
- gazes estéreis
- saco plástico para lixo
- **Centro Cirúrgico e MDP:**
- esponja cirúrgica de Clorexidina degermante
- 1 pacote de compressa
- luvas de procedimento
- óculos de segurança
- máscara cirúrgica
- saco plástico para lixo

10. Material para passagem do cateter vesical:

Os cateteres vesicais são medidos em French (Fr) e variam de 6 a 24 Fr podendo ser de duas ou três vias (usada em irrigação vesical). Idealmente deve-se utilizar o menor calibre possível

que permita boa drenagem (14 a 16 Fr para adultos). Na necessidade de indicação de cateter mais calibroso, como presença de sangue, coágulos ou sedimentos que possam causar obstrução do cateter, o médico deve indicar o calibre. O balão deve ser preenchido sempre com água estéril. Quanto ao volume a ser utilizado no balão, deve ser observada a recomendação do fabricante gravada no próprio cateter (5-30 ml). Recomenda-se utilizar 10 ml em adultos para minimizar o risco de desconforto e irritação da bexiga.
O cateter 100% silicone deve ser indicado para pacientes alérgicos a látex, portador de meningomielocele, com indicação de permanência prolongada (mais , ou a critério médico. (vide anexo sobre cateteres de silicone)

- Mesa auxiliar

- Cateter vesical de demora (2 vias ou 3 vias conforme indicação), de calibre adequado, com balão;

- 1 seringa de xylocaína gel - uso único.

- 2 pares de luvas estéreis (neonatal/pediatria), ou 1 par de luvas (adulto/pediatria conforme avaliação).
- 1 seringa de 20 ml (adulto) ou 1 seringa de 5 ml (neonatal e pediatria conforme avaliação). 1 seringa de 20ml extra para retirar o cateter anterior se necessário.

- 1 agulha romba

- 1 ampola de água destilada 10 ml (cateteres mais calibrosos podem exigir até 3 ampolas de 10 ml).

- Swab alcóolico

- Fixador adesivo (Flexi-trak®) ou fixador de velcro (Trak-fix®) ou micropore/medpore.

- Placa de hidrocolóide extrafino para fixação neonatal.

- Solução antisséptica (Clorexidina aquoso 1% uso Ginecológico).

- Coletor de urina estéril (sistema fechado, com válvula antirrefluxo e local apropriado para

coleta de urina).

- Kit cateterismo vesical Kolplast® (contendo cuba rim, cúpula, 6 bolas de algodão, pinça Cheron, gazes e campo fenestrado) – Nota: No cateterismo em neonatos, as pinças do kit são desprezadas e o procedimento é realizado com luvas estéreis.

Na ausência do kit cateterismo vesical substituir por1 campo estéril fenestrado
1 campo estéril grandePinça para antissepsiaGaze estéril
Cúpula

- Máscara cirúrgica

- Óculos de segurança

- Saco plástico para lixo

- Frasco de álcool 70% e panos descartáveis para limpeza da mesa auxiliar

- Caixa para descarte de perfuro-cortantes

Obs.: Para o paciente pediátrico, o enfermeiro irá avaliar a idade, tamanho, peso e colaboração da criança paraadequar a técnica de cateterismo vesical utilizando pinças ou luvas durante a antissepsia, e a necessidade de auxílio de outro profissional durante o cateterismo.
Material complementar para lavagem do cateter caso não ocorra refluxo de urina• 1 seringa de 20 ml + 1 ampola de água destilada

11. Orientação Pré e PÓS-PROCEDIMENTOPré-procedimento

Orientar paciente/família conforme nível de compreensão, sobre o procedimento a ser realizado, informando os passos a serem seguidos para maior conforto, segurança e colaboração do mesmo.

12. Pós-procedimento

Orientar paciente e acompanhante para manter o cateter fixado e evitar movimentos bruscos para que nãohaja tração do mesmo;
Orientar quanto à importância da realização e frequência da higiene íntima com sabonete neutro durante obanho e sempre que necessário;
Orientar sobre os riscos de infecção urinária.

13. 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Obs.: O enfermeiro da pediatria ou do Einstein até Você irá avaliar a idade, tamanho, peso e colaboração da criança/RN para adequar a técnica de cateterismo vesical utilizando pinças ou luvas durante a antissepsia e a necessidade de auxílio de outro(s) profissional(is) durante o cateterismo. A enfermeira da neonatologia executará o procedimento sempre com luvas e auxílio de um segundo ou terceiro profissional.

14. Procedimento	15. Segurança	16. Proteção
A. Higiene íntima - Adultos/Pediatria: • - Verificar na prescrição médica a indicação de cateterismo vesical de demora; • - Limpar a mesa auxiliar ou bandeja com álcool a 70%; 3 - Reunir o material na mesa auxiliar ou bandeja e levar omaterial para junto do paciente; • - Higienizar as mãos; • - Verificar a pulseira de identificação da paciente (no Einstein até Você conferir documento de identificação com foto do paciente ou responsável) e orientar sobre o procedimento; • - Favorecer a privacidade do paciente; • - Observar se há boa iluminação, usar o foco de luz se necessário; • - Preparar o paciente/familiar para o procedimento conforme nível de compreensão, estimulando sua cooperação; • - Higienizar as mãos; • - Colocar máscara e óculos de segurança; 11 – Colocar luvas de procedimento; 12 - Posicionar o paciente em decúbito dorsal expondo somente os genitais (mulheres em posição ginecológica e homens com as pernas em pequena abdução); 17. - Proceder à higiene íntima com Clorexidina degermantea 2%; 18. - Enxaguar após (no centro cirúrgico e MDP, a retiradado excesso da solução degermante é realizada	Prevenir acidente com fluídos em contato com olhos e boca do	Paciente Colaborador

com compressas ou panos de limpeza); **Obs. Pacientes do sexo masculino não circuncisados devem ter o prepúcio retraído com delicadeza para permitir higiene adequada. Ao final da introdução do cateter, reposicionar o prepúcio com cuidado sobre aglande para evitar edema de glande e prepúcio.** 19. - Recolher o material da higiene íntima e desprezar asluvas de procedimento; 20. - Higienizar as mãos; 21. - Abrir o campo estéril na mesa auxiliar se paciente dosexo masculino e não colaborativo; * se paciente do sexo feminino e colaborativo pode-se abrir o campo sobre o leito entre as pernas da paciente. • - Abrir a embalagem do coletor e colocá-lo sobre o campo estéril; • - Colocar a solução tópica de Clorexidina aquoso 1% na cúpula ou no kit lavagem externa; • - Abrir o restante do material sobre o campo estéril: (seringa estéril, seringa com xylocaína, agulha romba e cateter vesical; • - Realizar a desinfecção da ampola de água destilada com 1 Swab de álcool, abrir e deixar sobre a mesa; • - Calçar luvas estéreis; - Aspirar à água destilada com auxílio da seringa e agulha, sem tocar na ampola; 6. - Testar o balão do cateter, com água destilada, de acordo com sua capacidade (fornecida pelo fabricante e anotado na extremidade do cateter) nunca ultrapassando ovolume máximo sugerido; esvaziar o balão deixando o volume de água destilada contido na seringa; 7. - Conectar firmemente o coletor sistema fechado ao cateter vesical (certificar-se da completa conexão entre cateter e coletor).	profissional durante o procedimento	Paciente

Antissepsia e Introdução do cateter em adulto/criançafeminino:

A partir do item 25:

1. Colocar o campo fenestrado dobrando a fenestra para trás e encaixando o campo sob os glúteos da paciente (adulto) e em crianças, manter o campo sobre a genitália ea fenestra expondo o meato uretral;
2. Com a mão dominante, realizar antissepsia com bolas de algodão montadas em pinça Cheron (adulto), embebidas em Clorexidina aquosa: aplicar uma bola em grande lábio direito, segunda bola em grande lábio esquerdo, afaste-os com a mão não dominante, use a terceira bola no pequeno lábio direito, quarta bola no pequeno lábio esquerdo aplicar a última bola no meato uretral do clitóris em direção ao ânus (utilizar uma bola dealgodão para cada movimento, que deve ser único).
3. Visualizar o meato;
4. Mantenha a posição da mão não dominante até a completa introdução do cateter;

Lubrificar o cateter com xylocaína gel depositada diretamente sobre a extensão do mesmo;

6. Introduzir o cateter todo até o Y
7. Obs.: Caso haja introdução inadvertida do cateter na vagina o mesmo deverá ser desprezado, providenciado novo par de luva e novo cateter.
8. Insuflar o balão lentamente com o volume de água indicado no cateter SOMENTE após observar o refluxo da urina. Atenção: interrompa a insuflação caso o paciente sinta dor ou tenha resistência, pois o cateter pode não estar na bexiga!
9. Caso não haja refluxo, feche a pinça clamp bem próxima ao local de coleta de urina na bolsa e

injete 20 ml de soro fisiológico ou água destilada e abra a pinça para observar se há retorno de urina. Caso não haja realize um US vesical para checar se o cateter está na bexiga. **10.** Tracionar lentamente o cateter até encontrar resistência para ancorá-la no colo vesical; **11.** Realizar o enxágue da região perineal com água morna, para a retirada do excesso de Clorexidina aquosa; **12.** Retirar as luvas; **13.** Higienizar as mãos; **14.** Fixar o cateter na região inguinal, face da coxa ou suprapúbica com fixador padronizado (fixador Flexi-trak® , micropore/medporeou fixador de velcro Trak-fix®) **15.** Retirar a máscara e os óculos de segurança; **16.** Higienizar as mãos; **17.** Deixar a paciente confortável e o ambiente em ordem; **18.** Desprezar o material descartável no saco plástico e perfuro cortantes na caixa coletora apropriada;	Reconhecer os riscos ao introduzir o cateter na presença de resistência prevenindo lesão grave de uretra	
Antissepsia e Introdução do cateter em adulto/criançamasculino: **A partir do item 25:** 1. Colocar o campo fenestrado vestindo a fenestra no pênis; 2. Afastar com a mão não dominante o prepúcio e segurar o pênis perpendicularmente ao corpo; 3. Proceder, com a outra mão, a antissepsia do pênis, em movimento e sentido únicos, da glande para a bolsa escrotal, utilizando uma bola de algodão embebida para		

lado direito e outra para lado esquerdo no pênis; outra parao dorso e outra para a parte inferior do pênis. A quinta bolade algodão embebida deve ser usada das pregas do prepúcio e glande e a última bola em movimento circular nomeato uretral. 4. Inserir **toda** a xilocaína gel diretamente no meato uretrallentamente. **Obs.:** Em adolescentes acima de 12 anos, está recomendado a instilação uretral de 5 ml. No entanto, deve-se discutir com o médico a indicação ou contra indicação. **5.** Introduzir **todo o cateter no meato uretral** Insuflar o balão lentamente com o volume de água indicado no cateter **SOMENTE após observar o refluxo da urina**. **Atenção**: Não insuflar o balão caso não reflua urina ou interromper a insuflação caso o paciente sinta dorou tenha resistência, pois o cateter pode não estar na bexiga. ***Caso não haja refluxo, feche a pinça clamp bem próxima ao local de coleta de urina na bolsa e injete 20ml de soro fisiológico ou água destilada e abra a pinçapara observar se há retorno de urina. Caso não haja realize um US vesical para checar se o cateter está na bexiga*** 7. Tracionar lentamente o cateter até encontrar resistênciapara ancorá-la no colo vesical; 8. Realizar o enxágue da região perineal com água, para a retirada do excesso de Clorexidina aquoso; 9. Retirar as luvas; 10. Higienizar as mãos; 11. Fixar o cateter na região inguinal, face da coxa ou suprapúbica com fixador padronizado (fixador Flexi-trak® ,micropore/medporeou fixador de velcro Trak-fix®) 12. Retirar a máscara e os óculos de segurança;		Paciente

13. Higienizar as mãos; 14. Deixar a paciente confortável e o ambiente em ordem; 15. Desprezar o material descartável no saco plástico e perfuro cortantes na caixa coletora apropriada; 16. Higienizar as mãos; 17. Realizar as anotações pertinentes. **Antissepsia em Pediatria/Neonatal:** 1 - Verificar na prescrição médica a indicação de cateterismo vesical de demora; - Limpar a mesa auxiliar ou bandeja com álcool a 70%; 3 - Reunir o material na mesa auxiliar ou bandeja e levar o material para junto da criança/RN; 4 - Higienizar as mãos; 5 - Verificar a pulseira de identificação do paciente e orientar pais/responsáveis sobre o procedimento; 6 - Favorecer a privacidade do paciente; 7 - Observar se há boa iluminação, usar o foco de luz se necessário; 8 - Preparar a criança/familiar para o procedimento conforme nível de compreensão, estimulando sua cooperação; 9 - Colocar máscara e óculos de segurança; 10 – Higienizar as mãos; 11 – Calçar luvas de procedimento; 11 - Posicionar o paciente em decúbito dorsal expondo somente os genitais; utilizar auxílio de uma segunda pessoa para afastar as pernas do neonato/criança; 12 - Proceder à higiene perineal com solução de Clorexidina degermante a 2%; 13 - Recolher o material da higiene íntima e desprezar as luvas de procedimento; 14 - Higienizar as mãos; 15 - Abrir o campo estéril na mesa auxiliar ou no leito; 16 - Abrir a embalagem do coletor e colocá-lo sobre o	Reconhecer os riscos ao introduzir o cateter na presença de resistência prevenindo lesão grave de uretra	

campo estéril; 17 - Abrir pacote de gaze estéril e colocar a solução de Clorexidina aquosa; 18 - Abrir o restante do material sobre o campo conformesequência de uso; 19 - Abrir a seringa de Xylocaína®; - Realizar a desinfecção da ampola de água destilada com 1 Swab de álcool, abrir e deixar sobre a mesa; 21 - Calçar luvas estéreis; 22 - Aspirar à água destilada com auxílio da seringa e agulha, sem tocar na ampola; 23 - Testar o balão do cateter, com água destilada, de acordo com sua capacidade (fornecida pelo fabricante e anotado na extremidade do cateter) nunca ultrapassando ovolume máximo sugerido; esvaziar o balão deixando o volume de água destilada contido na seringa; **24** – Após a retirada do fio guia do cateter de 6 Fr, conectar firmemente o coletor sistema fechado ao cateter (certificar-se da completa conexão entre cateter e coletor). **Introdução do cateter em pediatria/neonato feminina: A partir do item 24:** 1. Colocar o campo fenestrado ou oftalmológico (Neonatos); 2. Realizar antissepsia com pinça Cheron e bolas de algodão (Pediatria) ou luvas e gazes estéreis (Neonatal) embebidas em Clorexidina aquosa: aplicar uma bola/gaze em grande lábio direito, segunda bola/gaze em grande lábio esquerdo, afaste-os com a mão não dominante, use aterceira bola/gaze no pequeno lábio direito, quarta bola/gaze no pequeno lábio esquerdo e aplicar a última bola/gaze no meato uretral do clitóris em direção ao ânus (utilizar uma bola de algodão/gaze para cada movimento, que deve ser único e delicado);		Meio ambiente Colaborador Paciente

Atenção: antes de afastar os pequenos lábios, cada dedo (polegar e indicador) pode ser envolvido com uma gaze seca aberta e dobrada em sua extensão. A gaze dará maior aderência no afastamento.

3. Se o procedimento for realizado por 2 profissionais: antes do executor retirar as luvas estéreis utilizadas na antissepsia, o segundo profissional, também de luvas estéreis, deverá manter os grandes e pequenos lábios afastados. Se houver 3 profissionais, o terceiro mantém oposicionamento da RN, para limitar a movimentação. Se forem apenas 2, o segundo calça luva estéril em uma dasmãos e com ela, mantém o afastamento dos grandes lábios e com a outra mão, mantém o posicionamento dos MMII do RN;

4. Higienizar as mãos;

5. Calçar novo par de luvas estéreis para a introdução do cateter;

6. Visualizar o meato;

7. Lubrificar o cateter com xylocaína gel;

8. Introduzir o cateter no meato uretral, **até que ocorraretorno da urina e introduza mais 2 cm**

Obs.: caso haja introdução inadvertida do cateter na vagina o mesmo deverá ser desprezado, providenciadonovo par de luvas e novo cateter.

9. Insuflar o balão lentamente com o volume de água recomendado;

Atenção: Não insuflar o balão caso não reflua urina ou interromper a insuflação caso o RN apresente sinais intensos de dor ou tenha resistência, pois o cateter pode não estar na bexiga.

Caso não haja refluxo, feche a pinça clamp bem próxima ao local de coleta de urina na bolsa e injete

20 ml de soro fisiológico ou água destilada e abra a pinçapara observar se há retorno de urina. Caso não haja realize um US vesical para checar se o cateter está na bexiga. 10. Tracionar lentamente o cateter até encontrar resistência para ancorar o balão no colo vesical; 11. Realizar o enxágue da região perineal com água morna, para a retirada do excesso de Clorexidina aquosa; 12. Retirar as luvas; 13. Higienizar as mãos; 11. Proteger a face interna da coxa com placa de hidrocolóide extrafino, nos neonatos. Fixar o cateter na face interna da coxa com fita adesiva padronizada (Flexi-trak®, , ou fazer "meso" com micropore/medpore nos neonatos/crianças). 12. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem; 13. Retirar a máscara e os óculos de segurança; 14. Higienizar as mãos; 15. Desprezar o material descartável no saco plástico e perfuro cortantes na caixa coletora apropriada; 16. Higienizar as mãos; 17. Realizar as anotações pertinentes. **Introdução do cateter em pediatria/neonatal masculino:A partir do item 24:** 1. Colocar o campo fenestrado/oftalmológico vestindo a fenestra no pênis; Com a mão não dominante, afastar o prepúcio e segurar o pênis perpendicularmente ao corpo, mantendo esta posição até o final do cateterismo; 3. Realizar antissepsia com pinça Cheron e bolas de algodão (Pediatria) ou luvas e gazes estéreis (Neonatal) embebidas em Clorexidina aquosa de cima para baixo, utilizando uma bola/lâmina de gaze para lado direito,		

outra para lado esquerdo no pênis, outra para o dorso e outra para a parte inferior do pênis. A quinta bola/gaze deve ser usada nas pregas do prepúcio e glande e a última bola/gaze, em movimento circular no meato uretral (utilizar uma bola de algodão/gaze para cada movimento, que deveser único e delicado);

4. Se o procedimento for realizado por 2 profissionais: antes do executor retirar as luvas estéreis utilizadas na antissepsia, o segundo profissional, também de luvas estéreis, deverá manter o prepúcio retraído. Se houver 3 profissionais, o terceiro mantém o posicionamento do RN, para limitar a movimentação. Se forem apenas 2, o segundo calça luva estéril em uma das mãos e com ela, mantém o prepúcio retraído e com a outra mão, mantém oposicionamento dos MMII do RN;

5. Higienizar as mãos;

6.Calçar novo par de luva estéril para a introdução do cateter;

7. Expor o meato uretral;

8. Introduzir o cateter (Para crianças maiores, deve-se discutir com o médico a indicação de instilar a xilocaína no meato uretral ou somente lubrificar o cateter) **até que ocorra refluxo de urina e depois mais 2 cm;**

Insuflar o balão lentamente **SOMENTE** após observar o refluxo de urina, com o volume de água recomendado;

Atenção: Não insuflar o balão caso não reflua urina ou interromper a insuflação caso o RN apresente sinais intensos de dor ou tenha resistência, pois o cateter pode não estar na bexiga.

Caso não haja refluxo, feche a pinça clamp bem próxima ao local de coleta de urina na bolsa e injete 20ml de soro fisiológico ou água destilada e abra a pinçapara observar se há retorno de urina. Caso não

haja realize um US vesical para checar se o cateter está na bexiga		
10. Tracionar lentamente o cateter até encontrar resistência para ancorá-la no colo vesical; 11. Realizar o enxágue da região perineal com água, para a retirada do excesso de Clorexidina aquosa; 12. Retirar as luvas; 13. Higienizar as mãos; 14. Proteger a face interna da coxa com placa de hidrocolóide extrafino, nos neonatos. Fixar o cateter na face interna da coxa com fita adesiva padronizada (Flexi-trak®ou fazer "meso" com micropore nos neonatos/crianças). 15. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem; 16. Retirar a máscara e os óculos de segurança; 17. Higienizar as mãos; 18. Desprezar o material descartável no saco plástico e perfuro-cortantes na caixa coletora apropriada; 19. Higienizar as mãos; Realizar as anotações no prontuário (abrir campo dinâmico)	Reconhecer os riscos aointroduzir o cateter na presença de resistência prevenindo lesão grave de uretra	
Principais cuidados com paciente em uso de catetervesical: a) Realizar a higiene das mãos sempre antes e após a manipulação do cateter vesical de demora. b) Realize higiene íntima com sabonete neutro ou cavilom solução sem enxague diariamente durante o banho e sempre que o paciente evacuar (ideal 3 x ao dia) c) Avalie condições do meato uretral quanto a extravasamento de urina, sangramento ou lesão de pele (lesão por pressão relacionada a dispositivo médico). d) Esvazie o coletor caso a diurese atinja 2/3 da capacidade da bolsa coletora de urina ou ao final de cada plantão e anote o débito, registrando-o no prontuário, no		

campo "Perdas". e) Utilize máscara cirúrgica e óculos de segurança antes de manusear o cateter vesical f) Em caso de permanência do cateter vesical de demora por 03 dias ou mais, deve-se iniciar desde o primeiro dia docateterismo o rodízio da fixação do cateter (Nos dias pares - fixação do lado direito e nos dias ímpares - fixação no lado esquerdo - Deve constar em prescrição de enfermagem). f) Caso haja suspeita de obstrução do cateter, e com prescrição médica, realizar lavagem vesical utilizando técnica asséptica e EPIs apropriadas. g) Observe se a urina flui constantemente pelo tubo da bolsa coletora, atenção às dobras ou acotovelamentos e detecção precoce de obstrução do cateter. **Não se recomenda a prática do exercício vesical (desmame) rotineiro para a retirada do cateter vesical de demora uma vez que não há comprovação científicade sua efetividade e, com isso, prorroga-se a retirada do mesmo, elevando o risco de infecção.** i) Não inverter a bolsa, mantendo-a abaixo do nível da bexiga para que não haja risco de refluxo de urina do sistema de drenagem para a bexiga. j) O cateter deve manter-se fixado ao corpo do paciente para evitar movimentos de entrada e saída da uretra e tração do balão, que podem causar dor e sangramento. k) Cuidados devem ser tomados na mudança de decúbito do paciente em uso de cateter vesical para que não haja tração do mesmo. l) A indicação e permanência do cateter vesical deve ser revista diariamente para evitar o risco de infecção. Atentar para o surgimento de febre, calafrios, dor supra púbica ou mudanças nas características da urina (urina	Reconhecer os riscos ao introduzir o cateter na presença de resistência prevenindo lesão grave de uretra	Meio ambiente Colaborador Paciente

turva, odor forte, presença de sangue) e comunicar equipe médica. m) Atentar para o surgimento de febre, calafrios, dor supra púbica ou mudanças nas características da urina (urina turva, odor forte, presença de sangue) e comunicar equipe médica.	Evitar irritação da pele	

PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Infecção do trato urinário associado à falha na técnica asséptica e à manutenção do cateter, como elevação da bolsa e retorno de urina para bexiga.
- Lesão de uretra associada ao tracionamento do cateter
- Dificuldade de cateterismo nos desvios anatômicos: Hipospádia, Epispádia, prótese peniana, períneoplastia, correção cistocele, histerectomia via vaginal.
- Lesão por pressão na uretra e glande, e decorrente da fixação do cateter na coxa do paciente.

- Trauma psicológico

Complicações durante a passagem e resistência na introdução do cateter:

- Falso trajeto
- Estenose uretral
- Sangramento
- Perfuração uretral
- Infecção urinária
- Edema de prepúcio e glande ao retrair com força e/ou não reposicionar

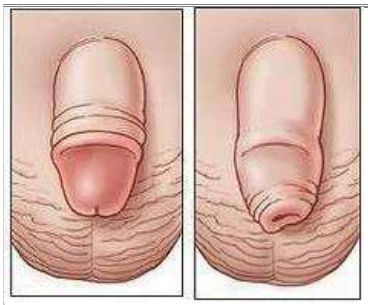
Recomendações Importantes	Segurança
Seguimento aos padrões rigorosos de antissepsia	Prevenir Infecções
Utilização de EPIs: óculos, máscara e luvas.	Prevenir acidente com fluídos em contato com olhos e boca do profissional durante o procedimento
Cateterização em pacientes anestesiados/RNs ou impossibilitados de relatar dor durante a introdução do cateter	Reconhecer os riscos ao introduzir o cateter na presença de resistência prevenindo lesão grave de uretra
O posicionamento do pênis para introdução do cateter deve ser em ângulo 90°	Falso trajeto e lesão uretral por posicionamento inadequado do pênis e resistência durante a inserção do cateter
O cateter deve ser totalmente introduzido e somente insuflar o balão quando observar saída de urina	Sangramento e lesão decorrente da insuflação do balão na uretra Trauma na uretra e sangramento por tracionamento do balão insuflado

A fixação deve ser feita imediatamente após a passagem do cateter a direita em dias pares e esquerda em dias ímpares. Pacientes confusos, com dificuldade no processo de tomada de decisão segura devem ser avaliados quanto ao uso de restrição mecânica.	Prevenir lesão por pressão causada por dispositivo médico

Tipo Documental **ProcedimentoAssistencial**	
Título Documento **Cateterismo Vesical de Demora**	
Seguir a recomendação de calibre (vide tabela em anexos)	Retenção urinária por obstrução e calibre inadequado do cateter
Testar o balão do cateter, antes da sua introdução, com água destilada, de acordo com a sua capacidade (fornecida pelo fabricante e anotado na extremidade do cateter), NUNCA ultrapassando o limite sugerido. **Obs.: Não utilizar o soro fisiológico devido a possível cristalização desta solução;**	Constatar a integridade do balão antes de introduzir o cateter para evitar saída acidental e repassagem
Lubrificar adequadamente a uretra, antes da introdução do cateter.	Evitar trauma na uretra

Em caso de resistência durante a introdução do cateter não forçar a passagem.	Evitar falso trajeto e trauma com sangramento
Insuflar lentamente o balão com o volume indicado pelo fabricante (ver na extremidade do cateter) **SOMENTE** após constatar o refluxo de urina. **ATENÇÃO:** interrompa a insuflação caso o paciente sinta dor ou tenha resistência, pois o cateter pode não estar na bexiga.	Evitar a insuflação do balão se ele não estiver locado dentro da bexiga
Em pacientes não postectomizados, ao final do procedimento recobrir a glande com o prepúcio.	Evitar o garroteamento da glande pelo prepúcio retraído Evitar lesão/edema de uretra

Tipo Documental ProcedimentoAssistencial
Título Documento Cateterismo Vesical de Demora

	
Realizar o enxágue da região perineal com água ao final do procedimento Em pacientes com hipospádia o cateter vesical deve ser passado preferencialmente por um urologista. 	Remover resíduos do degermante e do antisséptico evitando irritação de pele

112. Tipo Documental **113.**ProcedimentoAssistencial
114.Título Documento **115.**Cateterismo Vesical de Demora

  Não existem evidências conclusivas sobre o benefício de pinçar o cateter vesical antes da sua retirada definitiva Atentar para via correta de instalação da irrigaçãose o cateter for de três vias.	

PADRÃO DE PRÁTICA

- O enfermeiro deve garantir a avaliação do paciente e levantamento dos riscos previamente ao procedimento,prevenindo complicações
- Não se recomenda o exercício vesical antes da retirada definitiva do cateter vesical
- Garantir a inserção e a manutenção segura, eficiente e livre de iatrogenias
- Promover a remoção precoce quando não mais indicada
- Educação do paciente, familiar e/ou cuidador quanto aos cuidados de manutenção do Cateter Vesical.

PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional e bianual

REGISTRO

Registrar no prontuário no campo dinâmico específico ou em anotações:

- Hora e data
- Procedimento realizado
- Profissional que realizou o cateterismo (equipe médica ou de enfermagem)
- Tipo e calibre do cateter utilizado
- Volume de líquido no balão
- Aspecto, cor e volume da urina drenada.
- Intercorrências como dor, sangramento ou resistência durante a introdução do cateter.

INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de Infecção do trato urinário associada a cateter vesical
- Ocorrência de falsos trajetos ou sangramento durante a passagem do cateter

ANEXOS

Recomendação do calibre do cateter em pacientes pediátricos:

Idade	**Peso**	**Foley (Fr)**
0-6 meses	3,5 - 7	6
1 ano	10	6-8
2 anos	12	8
3 anos	14	8-10
5 anos	18	10
6 anos	21	12
8 anos	27	12

12 anos	Varia	12-14

Fonte: http://med.brown.edu/pedisurg/Brown/Handbook/Stats/Foley.html

Recomendação do calibre do cateter em pacientes adultos:

Adultos: 12 – 16 Fr (o calibre 16 é o mais recomendado por urologistas)
Adultos com hematúria: cateter acima de 16 Fr, a inserção deve ser realizada por profissional médico.

Fonte: http://www.cdhb.govt.nz/Hospitals-Services/Health-Professionals/CDHB-Policies/Nursing-Policies- Procedures/Documents/Catheter%20Care%20Guidelines.pdf

Diferenças entre cateteres de látex e de silicone:

	Cateter Foley Látex	**Cateter Foley Silicone**
Tendência para incrustação	Maior tendência	Menor tendência
Biocompatibilidade	Mais indutor de toxicidade local	Menos indutor de toxicidade local
Elasticidade	Mais maleável	Menos maleável
Bio durabilidade	Até 45 dias	Até 90 dias
Tendência para aderência de bactérias	Maior tendência a biofilme	Menor tendência a biofilme
Estrutura	. Paredes finas e orifícios de drenagem maiores	Paredes mais grossas e orifíciosde drenagem menores
Resistência do balão de retenção	Não desinfla facilmente	Pode desinflar progressivamente devida a permeabilidade do silicone
Custo	Menor custo	Mais elevado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

2. Talento B. Jean Watson. In: George JB. Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional. PortoAlegre: Artes Médicas; 1993. p.254-67. Capítulo 18.

3. Gordon M. Nursing nomenclature and classification system development. On line J Issues Nurs. [Internet].1998 [cited 2016 Aug 22];3(2). Available from: http://zip.net/bptsLb

4. McCloskey, JC & Belechek, GM. Defining and classifying nursing interventions. National Institute for Nursing Research (atualmente National Institute). Conference "Patient Outcomes Research: Examining the Effectiveness of Nursing Practice" 1991.

5. Manthey M. The practice of primary nursing. 2th ed. Minneapolis: Creative Health Care; 1980.

6. Manthey M. Delivery systems and practice models: a dynamic balance. Nurs Manage.1991 Jan; 22(1):28-30.

7. Smith JE. Patrícia Benner: from novice to expert: excellence in clinical nursing practice. In: Art and science ofhumanistic nursing, capítulo 16.

8. Mackey TA, Cole F, Veeser PI. Nursing practitioner referral patterns in primary care/ occupational health care settings. Internet Journal of Advanced Nursing Practice [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 20];12(2):1-7. Availablefrom: http://print.ispub.com/api/0/ispub-article/12765

9. Nursing Practice Model. 2001 Março

10. Sherwood G, Brown M, Fay V, Wardell D. Defining nurse practitioner scope of practice: expanding primary careservices. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice [Internet]. 1997 [cited 2016 Aug 20];1(2):1-8. Available from: http://print.ispub.com/api/0/ispub-article/10768

11. Busen NH, Engebretson J. Mentoring in advanced practice nursing: the use of metaphor in concept exploration.The Internet Journal of Advanced Nursing Practice [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 21];2(2):1-9. Available from:http://zip.net/bstslS

12. American Nurse Association. Connecticut Nurse Practice Act p. 378 Nursing. 1999. Available from:http://www.ctnurses.org/Main-Menu-Category/Nursing-Practice/Nurse-Practice-Act

13. Lenburg CB. The framework, concepts and methods of the competency outcomes and performance assessment (Copa) model. On line J Issues Nurs [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 21];4(2). Available from:http://zip.net/bwtrCT

14. Mahan, P. A day in the life of a nurse- Part II: Hopi nursing. 2000 January

15. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 1986 Jun [citado 2016 Ago 21]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

DOCUMENTOS RELACIONADOS

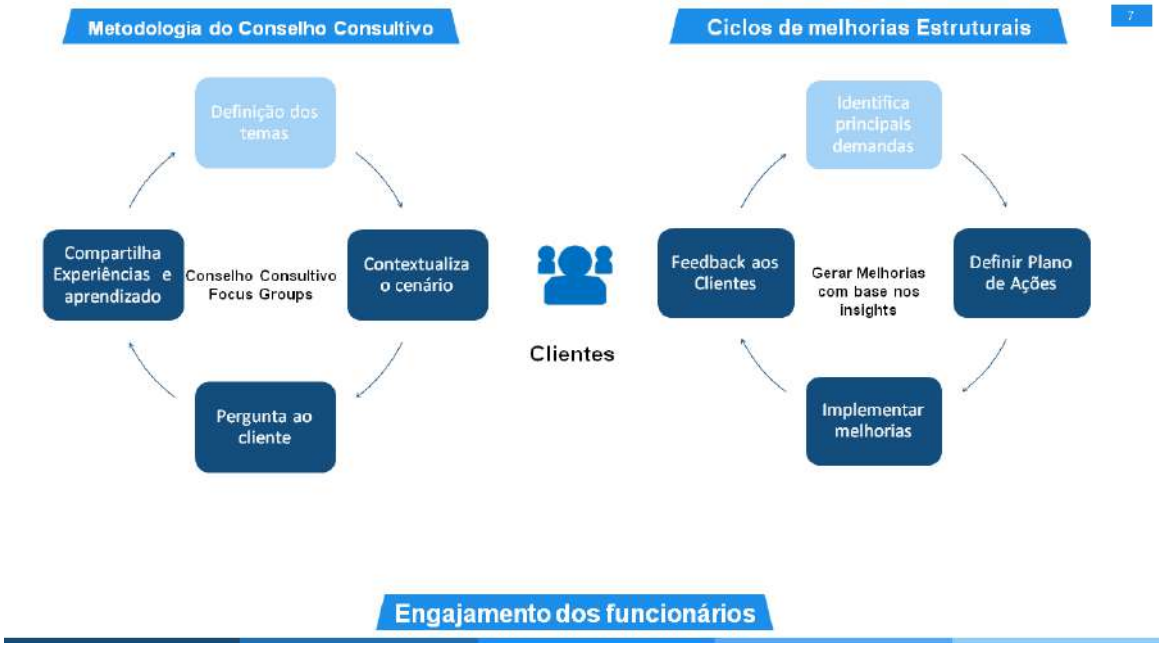
- Coleta de Urina em paciente com cateter vesical.
- Coleta de Urina por cateter vesical de alívio.
- Controle de diurese.
- Fixação do cateter vesical de demora nas cirurgias urológicas.
- Irrigação vesical continua.
- Lavagem vesical.
- Mensuração da pressão intra-abdominal.
- Retirada de cateter vesical de demora.
- Cateterismo vesical intermitente limpo feminino/masculino.
- Técnica de coleta para urocultura e ou urina tipo I (feminina).
- Técnica de coleta para urocultura e ou urina tipo I (masculino).
- Higiene íntima.

IMPLANTAÇÃO DE CONSELHO CONSULTIVO DE PACIENTES

O Conselho Consultivo de Pacientes é uma estrutura formal de escuta ativa dos pacientes e familiares que tem por objetivo identificar, priorizar, elaborar e avaliar os esforços institucionais para as melhorias no Cuidado Centrado na Pessoa.

O Conselho é realizado em dois formatos:

- Conselho Consultivo Central: Conduzido pela coordenação do SAU, com a participação de pacientes das diversas áreas.
- Conselho Consultivo Local: Realizado nas diversas áreas assistenciais, no formato presencial, sendo conduzido pelas lideranças da área e com a participação do SAU



- **Quantidade de Conselhos**: Considerando os Pacientes Internados e Externos.
- **Funcionamento**: As reuniões são bimestrais, com duração de 2 horas, contando com a participação de gestores dos temas abordados.
- **Temas de Trabalho**: Conforme necessidade dos pacientes.
- **Método de trabalho**: Focus Group, visando gerar melhorias com base nos insights dos pacientes.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CONTEÚDO CARRO DE EMERGÊNCIA ADULTO

OBJETIVO

Padronizar os itens que compõem o carro de emergência adulto e as respectivas quantidades de forma a
colaborar com o adequado atendimento às situações de urgência e emergência.

DEFINIÇÃO

Descrição e quantidades dos itens que compõem o carro de emergência adulto

INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: todas as unidades que atendem pacientes adultos.

ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Os medicamentos e materiais que compõem o carro de emergência estão separados por partes conforme
descrição dos itens e respectivas quantidades:

Parte A

Parte A

01 Pacote de eletrodos para monitorização adulta 01 Eletrodo para MARCA PASSO EXTERNO 01 Gel condutor	Seringas 20 ml (5) Seringas 10 ml (5) Seringas 5 ml (2) Seringas 1 ml retrátil (2)
Tampas para sistema fechado – micro clave (10) Tampas luer para proteção da seringa (10)	Agulha Romba (10) Agulha Eclipse 30x7 (2) Agulha Eclipse 25x8 (2)
02 Aparelhos de barbear	*Agulha Raqui n° 22Gx3,5 (1) (Exclusivamente na UTI)
02 Kits HGT (lanceta/fita/swab/algodão)	Tesoura descartável (1)

KIT EPI INTUBAÇÃO: deve ficar fora do Carro de Emergência, em cima da parte A (ou em mesa ao lado do carro).

- 5 máscaras FaceShield;
- 5 aventais impermeáveis;

- 5 Gorros descartáveis;
- 5 Luvas estéril (7,5 ou 8);
- 1 frasco Oxivir;
- 1 Caixa de Luva;

Parte B

Os medicamentos devem ser acomodados na gaveta conforme distribuição abaixo e os compartimento (caselas) identificados conforme anexo 1.

	XYLESTESIN 2% SEM VASO (LIDOCAÍNA) (3 FRASCOS)	TICAGRELOR 90MG/CP (BRILINTA®) (2 CP)	ÁGUA DESTILADA 10ML (10 AMPOLAS)	
TERBUTALINA 0,5MG/1ML (TERBUTIL®) (1 AMPOLA)	SULFATO DE MAGNÉSIO 10%/10ML (4 AMPOLAS)	METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN®) (4 AMPOLAS)		NARCAN 0,4MG/1ML (NALOXONA®) (1 AMPOLA)
CLOPIDOGREL 75MG/CP (PLAVIX®) (8 CP)	FUROSEMIDA 20MG/2ML (LASIX®) (5 AMPOLAS)	ISOSSORBIDA 5MG/CP (ISORDIL SL®) (3 CP)	HALOPERIDOL 5MG/1ML (HALO®) (1 AMPOLA)	FLUMAZENIL 0,5MG/5ML (LANEXAT®) (1 AMPOLA)
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML (DIFENIDRIN®) (1 AMPOLA)	PROMETAZINA 50MG/2ML (FENERGAN®) (1 AMPOLA)	GLICOSE 50%/10ML (2 AMPOLAS)	PROPOFOL 200MG/20ML (DIPRIVAN®) (1 AMPOLA) + 01 QUEBRA AMPOLA	FENOBARBITAL 200MG/2ML (FENOCRIS®) (1 AMPOLA)
GLUCONATO DE CALCIO 10%/10ML (4 AMPOLAS)	HIDROCORTISONA 100MG/FR (CORTISONAL®) (2 FRASCOS)	ADENOSINA 6MG/2ML (ADENOCARD®) (4 AMPOLAS)	ETOMIDATO 20MG/10ML (HYPNOMIDATO®) (1 AMPOLA) MORFINA 2MG/2ML (DIMORF®) (2 AMPOLAS)	FENTANILA 50MCG/ML (FENTANIL®) (5 AMPOLAS)
ADRENALINA 1MG/1ML (20 AMPOLAS)	ATROPINA 0,25MG/1ML (PASMODEX®) (20 AMPOLAS)	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG/CP (AAS®) (2 CP) AMIODARONA 150MG/3ML (ATLANSIL®) (5 AMPOLAS)	MIDAZOLAM 15MG/3ML (DORMONID®) (2 AMPOLAS) DIAZEPAM 10MG/2ML (COMPAZ®) (2 AMPOLAS)	SUXAMETÔNIO 100MG/FR (SUCCINIL COLIN®) (2 FRASCOS)

* Quebra Ampola aplicável para o uso na ampola de Propofol-Diprivan®

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Parte C

TORNEIRINHAS (2) DIAL-A-FLO (1)	**KIT PUNÇÃO VENOSA** + Material enfermagem
EQUIPOS Macro GOTAS (2) BURETA (1)	Seringa Preenchida 10ml com SF (10)
SF 0,9% - 500 ML (1) SF 0,9% - 250 ML (1) BICARBONATO NA 8,4% 250 ML (1) RINGER LACTATO 1000ML (1) RINGER LACTATO 500ML (1)	Restrição: Faixa restritora (2) Swab´s de álcool (1 caixa) Gaze estéril (1 pacote) Etiqueta/Rotulo para medicação

Parte D

KITS MEDICAÇÃO **Tridil** (Nitroglicerina) **50mg/10ml** **Revivan** (Dopamina) **50mg/10ml** **Nipride** (Nitroprussiato de Na) **50mg/2ml** **Noradrenalina** (Norepine) **4mg/4ml** **Dobutrex** (Dobutamina) **250mg/20ml**	**KIT CATETER VENOSO CENTRAL** + Material Enfermagem

Parte E

KIT TORACOCENTESE + Material enfermagem	**MATERIAL DE INTUBAÇAO** + Material enfermagem + Ambú com mascara adulto **CIRCUITO RESPIRADOR** (Exclusivamente nos carros da UTI)	**MATERIAL DE INTUBAÇAO CORONAVÍRUS** 1 FR Spray AEROLIN 100mcg/FR (Salbutamol) + Espaçador

Parte F (CAIXA ACRÍLICA EXTERNA / LATERAL DIREITO)

MASCARA NÃO REINALANTE – Adulto CATETER DE O2 FILTRO UMIDIFICADOR (PALL) MÁSCARA DE VENTURI

PARTE G

Parte G

Desfibrilador

PARTE H (ACRÍLICO EXTERNO/ LATERAL ESQUERDO)

Local para desprezar materiais usados na emergência (forrar com saco plástico antes da utilização).

LATERAL (Esquerdo)

Torpedo de O2 para transporte do paciente.

CONTEÚDO DOS KITS

(TODOS OS KITS SÃO MONTADOS, CONFERIDOS E LACRADOS PELA FARMÁCIA)

INTUBAÇÃO	**INTUBAÇÃO CORONAVÍRUS**
Material farmácia: Cânulas: 6,5; 7,0; 7,5 (um de cada com cuff) Cânulas: 8,0; 8, 5 (duas de cada com cuff) Cânulas: 9,0 ;9,5 (um de cada com cuff) 01 Xilocaína (xylestesin) spray 01 Xílocaína (xylestesin) gel 01 par de luvas 8,5 01 par de luvas 8,0 01 par de luvas 7,5 01 par de luvas 7,0 01 seringa de 20cc 01 seringa de 10cc 01 fio guia estéril 14 fr para cânulas 5,0 a 1 0,0 Cadarço Sondas de aspiração nº 10, 12 (duas de cada) Cânula de Guedel números 3, 4 (uma de cada) 01Pacote de Gaze 01 Frasco intermediário de aspiração descartável Máscara laríngea 04 e 05 (uma de cada) 1 filtro umidificador *na UTI, RPA do C.C., Hemodinâmica, CMC 3ºandar, Tomografia do PA e sala de emergência /observação do PA /MDA, todas as cânulas de intubação deverão ser com aspiração subglótica. *Exclusivamente na UTI deverá ter uma sonda de aspiração com sistema fechado. **Complemento do Kit - material solicitado em centro de custo:** 01 Máscara descartável 01 Laringoscópio adulto Lâminas de laringoscópio 3, 4 curvas 01 jogo de pilhas médias 01 Bico de 02 01 extensão de oxigênio 01 Óculos de Proteção	Material farmácia: Cânulas Endotraqueis com CASS: 7,0 (uma de cada) Cânulas Endotraqueis com CASS: 7,5; 8.0; 8,5 (duas de cada) 01 Cotovelo giratório com traqueia (tampa para traqueia) 03 Sondas de aspiração n°12 01 Frasco intermediário de aspiração descartável 02 pares de luvas7,5 02 pares de luvas8,0 01 seringa descartável 20ml; Cadarço Lamina Mcgrath: 3, 4, XBlade 3 (uma de cada) 01 fio guia estéril 14 fr para cânulas 5,0 a 10,0 01 circuito desc expans anest 01 Xilocaína 2% (xylestesin) spray 01 Xílocaína 10% (xylestesin) gel 01 Filtro Pall 02 Filtro Bactogard 01 Track Care **Complemento do Kit - material solicitado em centro de custo:** 01 Máscara descartável 01 Laringoscópio adulto Lâminas de laringoscópio 3, 4 curvas 01 jogo de pilhas médias 01 Bico de 02 01 extensão de oxigênio 01 Óculos de Proteção

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

TORACOCENTESE
Material farmácia: 01 Frasco a vácuo 1000 ml 01 Equipo sem respiro 01 Autogard nº 14, 16; 18; 20 (longo) 02 Pacote de gaze 01 Lidocaína (Xylestesin) 2% sem vasoconstritor 02 seringas de 20ml 01 Seringa 5 ml 01 agulha eclipse 30x7 01 agulha romba 01 par de luvas 8,0 01 par de luvas 7,5 01 Clorexidine degermante 01 Clorexidine alcoólico **Complemento do Kit -material solicitado em centro de custo – Deve ficar fora do kit** 01 esparadrapo

DROGAS VASOATIVAS	
NIPRIDE- Nitroprussiato de sódio 50mg/2ml *RÓTULO: Nitroprussiato de Na 50mg/2ml - 01amp SG5% - 250ml* 01 Equipo **fotossensível** p/ bomba de uso habitual da unidade ou 01 dial-a-flo e equipo macro simples **fotossensível** para unidades que não possuem BI. 01 ampola de Nipride 50mg/2ml 01 SG 5% 250 ml 01 Seringa de 20 ml 01 Agulha Romba 01 Tampa para sistema fechado (micro clave)	**TRIDIL-Nitroglicerina 50mg/10ml** *RÓTULO: Nitroglicerina -50mg/10ml-01amp SG 5% 250 ml* 01 Equipo p/ bomba de uso habitual da unidade ou 01 dial-a-flo e equipo macro simples para unidades que não possuem BI. 01 ampola Tridil50mg/10ml 01 SG 5% 250 ml (ecoflac) 01 Seringa 20 ml 01 Agulha Romba 01 Tampa para sistema fechado (micro clave)

NOREPINE-Noradrenalina 4mg/4ml

RÓTULO: Noradrenalina 4mg/4ml - 04 amp
SG 5% - 250ml
01 Equipo **fotossensível** p/ bomba de uso habitual da unidade
01 dial-a-flo e equipo macro simples **fotossensível** para unidades que não possuem BI.
04 ampolas de Noradrenalina 4mg/4ml
01 SG 5% 250 ml
01 Seringa de 20 ml
01 Agulha Romba
01 tampa para sistema fechado (micro clave)

DOPAMINA- Revivan 50mg / 10ml

RÓTULO: Dopamina-50mg / 10ml - 05 amp
SG 5% - 250ml

01 Equipo **fotossensível** p/ bomba de uso habitual da Unidade ou
01 dial-a-flo e equipo macro simples **fotossensível** para unidades que não possuem BI.
05 ampola Dopamina 50mg / 10ml
01 SG 5% 250 ml
01 Seringa de 20 ml
01 Agulha Romba
01 tampa para sistema fechado (micro clave)

DOBUTAMINA - Dobutrex 250mg/20ml

RÓTULO: Dobutamina 250mg / 20ml - 2 amp
SG5% - 250 ml

01 Equipo p/ bomba de uso habitual da Unidade ou
01 dial-a-flo e equipo macro simples para unidades que não possuem BI.
02 ampola de Dobutamina 250mg /20ml
01 SG5% 250 ml
01 seringa 20ml
01 agulha Romba
01 tampa para sistema fechado (micro clave)

CATETER VENOSO CENTRAL

Material farmácia:
02 cateter venoso central de duplo lúmen 7 FR, 20 cm 01 Kit curativo descartável
01 luva 7,0
01 luva 7,5
01 luva 8,0
01 luva 8,5

05 pacotes de gazes estéreis
01 Polifix
02 seringas 20 ml
02 seringas 10 ml
02 agulha Romba
02 seringas 5ml

PUNÇÃO VENOSA

Material farmácia:
02 Autogard nº18
02 Autogard nº20
02 Autogard nº22
02 Autogard nº24
02 Nexiva 22
02 Nexiva 24
01 clorexidine alcóolico
01 SF0,9% 250 ml
01 Equipo macrogotas
01 Polifix
01 filme transparente para fixação
03 Tampas para sistema fechado (micro clave)
03 ampolas de SF 0,9% 10 ml

01 agulha eclipse 30x7 01 agulha eclipse 25x8 01 fio mononylon 3-0 agulhado 01 equipo macrogotas 02 SF 0,9% 250 ml 01 xylocaína (xylestesin) 2% sem vasoconstritor 01 cortoplasts 01 Clorexidine 2% degermante 01 Clorexidine alcoólico 0,5 01 tesoura descartável 03 tampas para sistema fechado (Neutron) 05 ampolas de SF 0,9% 10 ml 01 bisturi 11 com dispositivo de proteção 01 filme transparente para curativo **Complemento do Kit - material solicitado em centro de custo**: 02 máscaras cirúrgicas 01 gorro masculino 03 campos cirúrgicos médios 01 avental estéril	01 cortoplast **Complemento do Kit:** material solicitado em centro de custo. Deve ficar fora do kit: 01 Garrote.

ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Os kits que compõem o carro de emergência serão montados, conferidos e dispensados pela farmácia
conforme conteúdo descrito nesta documentação e procedimento de checagem do carro de emergência.

Itens avulsos que compõem o carro de emergência devem ser dispensados pela farmácia quando tratar-se
de medicamentos e materiais médico-hospitalares. Materiais descritos como "complemento do kit"
devem ser solicitados em centro de custo pela unidade.

Todos os CE deverão permanecer em local que possibilite a supervisão dos funcionários da unidade.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

DESCRIÇÃO

Procedimento	Segurança	Proteção
• Os compartimentos (caselas) devem ser identificadas com etiquetas padronizadas. • Não acondicionar mais de um medicamento em um mesmo compartimento (casela). • A fonte e o tamanho das letras das etiquetas não devem ser alterados, pois facilitam a visualização no momento do uso. • As etiquetas de identificação devem ser colocadas no fundo e na divisória das repartições (veja imagem em anexos).	Garantir a melhor disposição e organização do CE, garantindo acesso uniformizado ao conteúdo.	Paciente e colaborador.

RESPONSÁVEIS

Equipe de enfermagem e farmácia.

PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Vide procedimento de Checagem do Carro de Emergência.

PADRÃO DE PRÁTICA

O conteúdo do CE é definido baseado em abordagem de risco que refletem a prática através de estratégias
de alinhamento entre os usuários com foco em melhoria e eficiência.

PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional e anual.

REGISTROS DA QUALIDADE

Formulários de conferência em anexo ao documento.

INDICADORES DE DESEMPENHO

ANEXOS

Anexo 1: Identificação:

(FOTO DO ACRÍLICO COM O ISOLAMENTO DOS PSICOTRÓPICOS E RESPECTIVO LACRE.)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Checagem carro de emergência

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CUIDADOS COM ESTOMIAS

OBJETIVO – POPULAÇÃO ALVO

Sistematizar a assistência de enfermagem quanto aos cuidados com os equipamentos de estomias; manter a integridade do estoma e da pele periestomal, aos pacientes em pré e pós-operatório da confecção de estomias intestinais ou derivações urinárias, ou em pacientes com estomias tardias.

Incentivar a participação de familiar/cuidador durante todo o processo, principalmente se o próprio estomizado não estiver em condições de assumi-lo, tornando mais fácil a inserção social dos indivíduos, favorecendo a recuperação física e a reabilitação do cliente.

2. APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Indicação: pacientes com estomias intestinais ou derivações urinárias (pré e pós-operatório) ou tardias.

Contraindicação: Não Aplicável

3. INTRODUÇÃO

O vocábulo "estoma" tem origem grega a partir do étimo "stóma", que exprime a ideia de "boca". A troca do equipamento de estomia tem como função promover limpeza, evitar lesões periestomais, promover auto-imagem positiva; reduzir o odor advindo da bolsa de estomia antiga.

Estomias intestinais: Colostomia e ileostomia são previstas na abordagem terapêutica de um grande número de doenças que incluem câncer colorretal, trauma, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, colite isquêmica, mega colon, entre outras. As colostomias e ileostomias são comumente classificadas como temporária ou definitiva e terminais ou em alça.

Derivações Urinárias: As derivações urinárias têm como objetivo a manutenção do escoamento de urina produzida pelos rins para o meio externo. As principais indicações de confecção de estomias urinárias são: tumores no trato urinário, lesões funcionais graves e anomalias anatômicas. As derivações urinárias podem ser temporárias ou definitivas e são divididas conforme a continência que apresentam e localização, podendo ser classificadas em continentes ou incontinentes; ortotópicas, quando se abrem a uretra e heterotópicas, quando a urina não escoa através da uretra e sim de um estoma cutâneo.

Importante salientar as diferenciações entre as derivações urinárias, mais comuns:

· Vesicostomia: exteriozação da parede da bexiga, simulando um estoma urinário. Indicada para obstruções infravesicais, que necessitam de proteção do trato urinário alto. Normalmente é de caráter temporário.

· Ureterostomia: é a derivação urinária na qual o ureter é transposto através da parede abdominal, abrindo-se em uma exteriorização cutânea.

· Cistostomia e nefrostomia: são procedimentos temporários, em que a via urinária é drenada para o meio externo por um cateter uretral, a indicação mais frequente é obstrução.

4. RECOMENDAÇÕES:

Atribuições exclusivas do enfermeiro capacitado e/ou Especialista (GAEFE):

· Antes da realização da 1° troca do equipamento de estomia, o enfermeiro deverá elaborar o histórico de enfermagem, que deve constar de uma avaliação clínica geral do cliente, anamnese e avaliação específica sobre o tipo, localização do estoma, tempo de permanência, condição da pele periestomal, capacidade de aprendizado para realização dos cuidados pelo próprio paciente.

o Realizar exame físico e avaliar o paciente determinando o tipo de estomia presente: colostomia definitiva ou temporária; colostomia D ou E; ileostomia ou derivações urinárias.

o Peso inicial e final.

o Coloração do estoma, diâmetro do estoma, protrusão (saliência do estoma) e condições da pele periestomal.

o Características do estoma: maturado, edemaciado ou ulcerado.

o Nível do estoma: nivelado, retraído ou prolapsado.

o Pele periestomal: íntegra, eritematosa ou ulcerada.

o Tipo de efluente: líquido, semilíquido, pastoso ou formado.

o Volume do efluente (se ileostomia) em ml.

o Tipo do equipamento: oclusor, não drenável, drenável, peça única ou duas peças.

o Base do equipamento: resina + adesivo microporoso, resina total, pré-cortada, recortável, plana, convexa, diâmetro do equipamento.

• Acessórios: cinto, pasta de resina sintética, pó de resina sintética, desodorante lubrificante, solução polimérica em spray ou outros.

• Estabelecer frequência das trocas e marca do equipamento.

• Elaborar a prescrição e/ou plano de cuidados, baseado na orientação ou prescrição médica (se houver) ou orientação de enfermagem especializada, indicar o tipo o equipamento a ser utilizada, frequência da troca e cuidados de higiene;

•Prescrever a realização da troca do equipamento de estomia na Prescrição de Enfermagem (Recomendações do TASY), indicando os produtos utilizados na higiene (água e sabão neutro), nome do equipamento utilizado com suas características, periodicidade de troca;

•A troca do equipamento de estomia deverá ser realizada por um profissional capacitado.

•Monitorar e avaliar o paciente para possível ocorrência de dor e presença de dermatite periestomal; certificar-se de que o paciente encontra-se em posição confortável; descartar todo

o material utilizado, em saco plástico fechado na caixa de lixo infectante, no expurgo ou apartamento do paciente, conforme rotina da unidade.

•Registrar no prontuário os aspectos relevantes sobre o estoma, pele periestomal e equipamento utilizado; coloração do estoma, presença de secreções ou sangramentos, consistência do efluente, diâmetro do estoma, características da pele periestomal, queixas do paciente (dor, limitações ou prejuízo de funções ou mobilidade, decorrente da nova condição);

•Orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na manutenção do dispositivo;

•Orientar o paciente e família sobre o procedimento a ser realizado: objetivos, como e por quem será realizado, periodicidade e cuidados a serem adotados pelo paciente;

•Estabelecer junto ao paciente e familiar o melhor horário de realização da troca do equipamento; recomenda-se que seja realizado preferencialmente no período da manhã, antes do desjejum ou após o banho;

•Orientar e preparar o paciente e família para a alta hospitalar;

•Certificar-se do entendimento e possibilidade de acesso à realização da troca do equipamento e registrar as orientações no Plano Educacional.

•Entregar "Relatório Médico", preenchido previamente pelo médico, para encaminhamento e consulta na unidades de referência de estomizados (ANEXO 1).

Atribuições da Equipe de Enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem das áreas):

•Desprezar o efluente quando atingir 1/3 de sua capacidade máxima e anotar a presença de fezes e características do efluente desprezado;

•Diariamente (quando equipamento de 2 peças): retirar a bolsa coletora, realizar a limpeza periestomal com auxílio de uma gaze seca, movimento suave, e se necessário, conforme avaliação do enfermeiro e prescrição de enfermagem, reaplicar a resina sintética pasta e acoplar novamente a bolsa coletora;

•Realizar a proteção do equipamento no momento do banho, de modo que não permita a entrada de água, evitando descolamento e troca precoce;

•Auxiliar o enfermeiro capacitado ou enfermeiro especialista na troca do equipamento, preparando o material previamente solicitado.

Atribuições exclusivas do Especialista:

· Demarcação do local para confecção do estoma no pré-operatório.

· Cuidados necessários após ALTA HOSPITALAR: tipo de equipamento adequado e periodicidade de troca do mesmo; disponibilidade e acesso aos equipamentos de estomias, bem como as associações existentes no local de sua residência e importância do comparecimento às consultas médicas agendadas para continuidade do tratamento.

· Avaliação em casos de complicações de estomias.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

· Conhecimento dos materiais disponíveis e suas indicações;

· Reconhecer alterações periestomais;

· Verificar se o paciente é alérgico a algum tipo de adesivo.

6. MATERIAL

· Mesa auxiliar

· Sistema coletor - (bolsa drenável e transparente e barreira de resina sintética plana recortável ou pré-cortada, adesiva

· Clamp (para fechamento da bolsa): s/n

· Medidor de estoma

· Gaze ou outro tecido macio, não estéril

· Pasta de resina sintética (usada para prevenir infiltrações, nivelar deformidades do abdome e proteção extra da pele periestomal)

· Tesoura ponta curva (Mayo curva) para uso em placas recortáveis

· Água morna

· Sabão neutro (líquido)

· Par de luvas de procedimento

· Filtro filtrodor - para uso em bolsas que não apresentarem o filtro já acoplado

· Solução polimérica em spray (cavilon) para uso em pele periestomal com dermatite, com perda tecidual para aumentar a aderência e durabilidade da barreira de resina sintética selecionada

· Clamp para fechamento da bolsa drenável utilizada em estomias intestinais – opcional, pois algumas marcas já possuem o modo de fechamento aderido à própria bolsa drenável

· Saco plástico para a coleta do lixo

· Máscara de procedimento

· Óculos de proteção

· Obs: A limpeza do estoma poderá ser realizada com água morna e sabão neutro, em casos específicos (pós-operatório imediato ou por recomendação do enfermeiro especialista, utilizar SF0,9%). Evitar produtos que tenham emolientes na sua composição, pois dificultam a adesão da placa.

7. INTERVENÇÕES E ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

· Orientar o familiar/paciente, sobre o procedimento a ser realizado; materiais a serem utilizados, visando proteger a pele periestomal e conter o efluente fecal e/ou urinário;

· Avaliar as habilidades do paciente/familiar para iniciá-lo na participação dos cuidados com a estomia;

· Discutir e demonstrar o preparo do equipamento de estomia e a realização da troca do mesmo, incentivando o auxílio do familiar/paciente;

Fase pré-operatória (realizada pelo enfermeiro especialista ou enfermeiro referência do GAEFE)

· Explicar a estrutura anatômica normal e funcional do sistema digestório e urinário;

· Descrever os tipos e a localização do estoma;

· Demonstrar os equipamentos e encorajar o cliente a manuseá-los;

· Encorajar o cliente para expressar seus medos e ansiedades sobre as consequências da cirurgia;

· Demarcar o estoma (somente o enfermeiro especialista ou médico cirurgião);

· Verificar as condições da parede abdominal, antecedentes familiares, hábitos alimentares e intestinais

· Promover e incentivar o autocuidado

· Nota: A consulta de enfermagem deve ser realizada em um local privativo, juntamente com paciente e família. Neste momento, o enfermeiro deve sanar todas as dúvidas relacionadas ao procedimento.

Fase pós-operatória imediata:

· Observar alterações: coloração, edema, sangramento, retração e necrose do estoma;

· Na presença de alguma das alterações citadas, acionar o médico e o enfermeiro especialista (GAEFE);

· Monitorar o volume urinário (30ml/h) ou intestinal (100-200ml/dia) e ileostomizados (700-1000ml/dia) de fluido intestinal, atentar para risco de desidratação e desequilíbrio eletrolítico e características de h/h para as derivações urinárias;

· Indicar um equipamento com sistema antirreflexo (para derivações urinárias).

· Inspecionar o estoma a cada 6 horas.

· Trocar o equipamento se ocorrer infiltração ou sangramento (troca deve ser realizado pelo enfermeiro especialista ou enfermeiro habilitado).

· Manter a pele periestomal limpa e seca.

Fase pós-operatória mediata:

· Esvaziar o equipamento quando estiver com um terço e meio de sua capacidade máxima, e trocá-lo regularmente antes que ocorra o vazamento;

· Utilizar o cinto para auxiliar e melhorar a sustentação no abdome, garantindo segurança ao cliente, quando necessário.

· Confeccionar o molde adequado ao formato do estoma, quando for irregular, utilizando placas ou bolsas recortáveis, indicadas pelo enfermeiro capacitado ou especialista.

· Ensinar a manipulação, higienização e troca do equipamento ao cliente e familiar/cuidador/paciente.

· Corrigir irregularidades periestomais com utilização de pasta de resina sintética para prevenir lesões.

Notas: A complicações periestomias devem ser avaliadas pelo enfermeiro especialista em decorrência das orientações específicas de cada caso e indicações assertivas do melhor equipamento e, se necessário, cobertura curativa e periodicidade de troca do material.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Procedimento Segurança Proteção

1. Limpar a mesa auxiliar com panos descartáveis e produto detergente/desinfetante;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir o material e organizar na mesa auxiliar;
4. Verificar a pulseira de identificação e prontuário do paciente;
5. Colocar o paciente em posição confortável e expor o local do estoma;
6. Proteger a área próxima do local a ser manipulada com toalhas ou tecidos absorventes;
7. Colocar a cuba rim ou jarro plástico próximo da saída da bolsa coletora;
8. Colocar a máscara se necessário e o óculos de proteção; Ambiente e paciente Paciente

9. Colocar gazes não estéreis em quantidades adequadas para utilização; 10. Calçar luvas de procedimento; 11. Retirar o equipamento adesivo com água morna e sabonete neutro ou SF a 0,9% ou removedor de adesivos. Caso a bolsa conectada a base adesiva apresente-se muito cheia, proceder ao esvaziamento da mesma, antes da retirada da bolsa conectada ao equipamento de resina sintética; 12. Limpar o estoma e região periestomal observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do equipamento. A limpeza do estoma deve ser realizada de forma suave devido à fragilidade e à mucosa ricamente vascularizada, evitando sangramentos. Utilizar uma gaze sobre o estoma para evitar drenagem de urina ou fezes; 13. Medir o estoma com a escala de medidas, traçar o molde no verso da placa, deixando uma área de segurança de 1 mm. Em caso de estoma irregular, preparar o molde sob medida; 14. Desenhar o molde adequado no verso da base de resina sintética; 15. Recortar a base de resina sintética do equipamento; 16. Retirar o papel protetor da base; 16. Colocar a pasta de resina sintética, se necessário, preenchendo espaços vazios ou irregularidades no abdome na região periestomal; 17. Aderir a base de resina sintética no abdome e passar o dedo em toda extensão da base de resina por diversas vezes para obter maior aderência; 18. Se equipamento duas peças: preparar a bolsa, colocando o filtro filtrodor (se necessário) na parte superior externa da bolsa, perfurando-a pelo lado interno por toda delimitação da área do filtro e a seguir conectar

o clamp na parte inferior e drenável da bolsa, caso a mesma não possua fechamento próprio; Colaborador Meio ambiente

19. Conectar a bolsa à base de modo que facilite o esvaziamento, levando-se em conta a preferência do cliente (posição vertical ou horizontal) 20. Se equipamento duas peças: verificar se a bolsa está adequadamente conectada à base, evitando vazamentos; 21. Se equipamento uma peça: verificar se a base adesiva encontra-se completamente aderida à pele periestomal evitando vazamentos. Se necessário, trocar a roupa de cama e garantir o conforto do paciente; 22. Desprezar o material utilizado em saco plástico, e depois, no lixo infectante do expurgo; 23. Limpar a mesa auxiliar com álcool a 70%; 24. Higienizar as mãos; 25. Realizar os registros em prontuário. Meio ambiente e Colaborador

Notas:

Em casos de pacientes acamados a saída da bolsa coletora, deverá permanecer lateralizada;

Não há necessidade de técnica estéril

9. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

A falta de observação dos itens relacionados poderá acarretar desconforto ao paciente, hiperemia e irritação periestomal, demora no aprendizado e início ao autocuidado, prolongando seu tempo de internação. Todos os pacientes com estomias deverão ser avaliados, orientados e preparados pelo enfermeiro para os cuidados pós-alta.

10. PADRÃO DE PRÁTICA

Conhecimento pelo enfermeiro especialista ou capacitado, dos serviços que fornecem materiais para o procedimento.

11. REGISTRO

Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem: Registrar o procedimento realizado em prontuário eletrônico (TASY) no campo "EVOLUÇÕES" informando a quantidade de material utilizado.

Enfermeiro: Evoluir o aspecto, tipo, tamanho e coloração do estoma e condições da pele periestomal em prontuário eletrônico no campo "Evolução de Enfermagem", registra o aspecto do efluente, cor, consistência, volume em ml da ileostomia/colostomia e evolui o aspecto da urina, cor e volume em ml para as estomias urinárias, ambos no campo de "Acessos Drenos e Sondas"; periodicidade de troca do equipamento e conduta a ser mantida em "Evolução de enfermagem" e "Cuidados de Enfermagem". Preencher "Plano Educacional" para cuidados com estomas.

5. FLUXOS

Não se aplica

7. GERENCIADO

Não se aplica

8. INDICADOR INSTITUCIONAL

Não se aplica

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva, l.d.; pereira, s.r.m.;mesquita, a.m.f. - "procedimentos de enfermagem - semiotècnica para o cuidado" . Rio de janeiro: editora médica e científica ltda, 2004 - p.259-268.

2. Santos, vera lúcia c.c.; cesaretti, isabel u. R. - "assistência em estomaterapia - cuidando do ostomizado".são paulo: editora atheneu, 2000 - p.113-127.

3. Cesaretti iur, borges lln, greco apc. A tecnologia no cuidar dos ostomizados: a questão dos dispositivos. In: santos vlcg, cesaretti iur. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São paulo: atheneu 2005. Cap. 11, p. 173-93.3.

4. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. Maria angela boccara de paula et.al. Yendis editora, 2014.

11. ANEXOS

ANEXO 1: UNIDADES DE REFERÊNCIA E SITES PARA OSTOMIZADOS

GOIÂNIA - AOG (ASSOCIAÇÃO DE OSTOMIZADOS DE GOIÁS)

Endereço: Rua 56, nº 251, Qd.A, Lt.A. Jardim Goiás. Goiânia – GO. CEP: 74.810-240. Próximo à APAE Telefone: (62) 3281-6534 E-mail: aogbrasil@terra.com.br Site: https://sites.google.com/site/aogoias/ Atendimento ao público: Quartas- feiras das 13 às 16h.

APARECIDA DE GOIÂNIA - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS – ABRASO (Unidade CENTRO-OESTE)

Endereço: Rua São Vicente, QD. 94 LT. 13, Jardim Mª Inês

Telefone: (62) 3248-6549

E-mail: centrooeste@abraso.org.br

Site: –

Atendimento ao público: –

TRINDADE - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS – ABRASO (Unidade TRINDADE)

Endereço: Rua 13 de Maio, 281, Santo Onofre

Telefone(s):(062) 99965-7939

E-mail: centrooeste@abraso.org.br

site: –

Atendimento ao público: –

Para buscar uma associação de pessoas com ostomias em outras regiões do país acesse: https://www.ostomais.com/buscador-associacao/

Sites:

http://www.abraso.org.br

http://www.ostomizados.com/index.html

http://www.ostomizadoecia.com

http://www.ostomiasemfronteiras.blospot.com.br

www.ostomyinternational.org

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

NAVEGAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS

A humanização do atendimento é fundamental para adesão ao tratamento.

Desenvolvido nos Estados Unidos e implantado em diversos países da Europa, a Navegação de Pacientes é uma novidade no Brasil, inclusive voltado para melhorar a experiência do paciente durante sua jornada dentro da instituição, garantindo assim, mais aderência ao plano de cuidados.

É esse profissional quem coordena e acompanha a organização da jornada do paciente, além de ser um elo entre a família e o Hospital, facilitando o andamento do tratamento e promovendo a integração entre os diversos profissionais envolvidos no tratamento.

Funções do Enfermeiro Navegador

1. Identificar barreiras que possam afetar o entendimento e ou a adesão ao tratamento sejam elas psicológicas, social, financeiras e estruturais;
2. Garantia do retorno em consulta médica com os exames realizados;
3. Garantia do preparo para o processo cirúrgico;
4. Participação em Discussão Multiprofissional: nestas reuniões o navegador recebe as atribuições referente ao cuidado e plano terapêutico do paciente, executa o plano alinhado, garantindo a realização dos exames, consultas e procedimentos;
5. Referência para esclarecimentos de dúvidas;
6. Gerenciamento do absenteísmo;
7. Gerenciamento dos casos que não seguem o plano terapêutico proposto;
8. Gerenciamento dos casos de comorbidades para garantir a realização da cirurgia;

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POLITICA GERENCIAMENTO DA DOR

1. INTRODUÇÃO

Esta documentação expressa as regras gerais aplicadas na avaliação e no tratamento da dor no Hospital a dor é considerada como o quinto sinal vital e devido a este fato, o paciente é ativamente questionado e identificado quanto à presença de dor. Ele tem o direito a avaliação e gerenciamento da dor de forma apropriada. Este documento descreve as ações da equipe assistencial a serem realizadas para a identificação, avaliação, tratamento, registro, controle e reavaliação da dor.

2. OBJETIVO

- Assegurar que todos os pacientes sejam avaliados de maneira ativa para a ocorrência de dor;
- Identificar os pacientes que tenham dor através de uma avaliação sistematizada;
- Padronizar as escalas de avaliação de dor que são utilizadas;
- Orientar toda equipe multiprofissional (médico, equipe de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, terapeta ocupacional, farmacêutico, psicólogo, assistente social) da importância do gerenciamento da dor;
- Orientar a equipe assistencial (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional) quanto avaliação da dor;
- Orientar a equipe assistencial quanto à escolha e a aplicação das escalas de avaliação da dor padronizadas na instituição de acordo com as características do paciente;
- Orientar a equipe assistencial quanto à reavaliação da dor após tratamento;
- Definir o papel dos profissionais que compõem a equipe assistencial no que diz respeito ao registro em prontuário da avaliação, tratamento, reavaliação da dor, identificação e controle de efeitos adversos relacionados às medicações analgésicas e métodos de analgesia;
- Assegurar que paciente e família ou cuidador sejam orientados pela equipe multiprofissional quanto à avaliação e tratamento da dor;
- Orientar paciente, família ou cuidador e equipe multiprofissional quanto à definição da "Dor Aceitável";
- Assegurar que o tratamento da dor tenha como meta atingir o escore de Dor Aceitável, quando identificado e/ou quando aplicado,
- Assegurar que quando não for possível identificar a dor aceitável do paciente a meta do tratamento da dor será a "melhora da dor" (escore < ou = a 3) para dor aguda e a menor dor tolerada pelo paciente nos casos de dor crônica;
- Informar o paciente, família ou cuidador quanto à possibilidade de sentir dor durante ou após procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

- Orientar equipe assistencial quanto ao acionamento do Risco Dor;
- Direcionar o treinamento da equipe assistencial quanto à avaliação, tratamento e reavaliação da dor.

3. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Não se aplica.

4. DEFINIÇÕES

Este documento descreve as ações da equipe assistencial a serem realizadas para a identificação, avaliação, tratamento, registro, controle e reavaliação da dor.

5. CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

O gerenciamento da dor aplica-se a pacientes internados, pronto socorro e ambulatório..
No ambulatório aplica-se a todos os pacientes que passem por procedimentos invasivos, que exijam o preenchimento do Consentimento Informado conforme documentação institucional.
A continuidade da avaliação, tratamento e monitorização da dor devem ser mantidos quando o paciente for transferido entre unidades e circular entre as áreas da instituição.

Instruções Específicas:

A dor pode, comumente, fazer parte da experiência do paciente. A dor sem alívio tem efeitos físicos e psicológicos ruins. A dor aguda quando não bem tratada pode evoluir para cronificação. Com base no escopo de serviços oferecidos, o Hospital tem processos estabelecidos para gerenciar adequadamente a dor como descrito abaixo:

1. Identificação do paciente com dor;
2. Seleção e aplicação da escala de avaliação de dor (escalas de mensuração da dor padronizadas para utilização no Hospital: **(Escala Verbal Numérica, Escala Visual Analógica, PAINAD**)
3. Definição Dor Aceitável; (Individual)
4. Estabelecer o tratamento e/ou controle da dor;
5. Reavaliação da dor;
6. Controle de efeitos adversos (inclusive sedação);
7. Acionamento do Risco Dor;
8. Orientação do paciente/família sobre o gerenciamento da dor no Hospital Órion;
9. Registro adequado.

6. DESCRIÇÃO

6.1 Identificação do paciente com dor:

Os pacientes serão questionados e avaliados quanto à presença de dor no momento da admissão em todas as unidades de atendimento do Hospital

A identificação do paciente com dor pode ser feita por qualquer um dos membros da equipe multiprofissional, no entanto o enfermeiro é o profissional de referência da equipe assistencial neste processo e é sua responsabilidade garantir que as ações relacionadas ao gerenciamento da dor sejam desencadeadas e que o paciente seja adequadamente assistido;

Mesmo que a dor não faça parte do relato espontâneo do paciente no momento da admissão e durante sua permanência no hospital, o profissional da equipe assistencial deverá fazer o questionamento quanto à presença de dor;

Na avaliação da dor deverá constar a intensidade da dor (escore) empregando-se uma das escalas padronizadas na instituição, a localização da dor, a lateralidade se aplicável, a sua característica, a frequência, qual é o escore da "dor aceitável".

Definição de Dor Aceitável: é o alívio satisfatório da dor, informado pelo paciente.

Seguindo os padrões da instituição para preenchimento do prontuário do paciente a avaliação da dor é aplicável a todos os pacientes, devendo ser realizada em conjunto com os sinais vitais, mesmo que o paciente não se queixe de dor.

7. RESPONSABILIDADES

Equipe multiprofissional

8. CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Não se aplica

9. REGISTROS DE QUALIDADE

A seleção da escala que será utilizada para mensuração do escore de dor deve ser feita pelo médico ou enfermeiro;

As escalas de avaliação da dor padronizadas na instituição são unidimensionais, considerando a idade, capacidade ou não de comunicação dos pacientes e seu comportamento. Apesar de serem vários instrumentos, alguns pacientes não atenderão aos critérios de elegibilidade das escalas padronizadas, nestes casos, o profissional de saúde, baseado em seus conhecimentos e na história clinica do paciente, considerará os sinais e sintomas apresentados e relato da família para avaliação da dor.

9.1 Quadro de indicação de uso das escalas de mensuração do escore de dor.

Escalas	Indicação	Dificuldades em
Escala Verbal Numérica	Adultos e crianças alfabetizadas	Limitações cognitiva, não alfabetizados
Escala de Faces	Adultos e Crianças acima 3 anos	Limitações cognitivas graves

PAINAD	Idosos com limitações cognitivas	Sequelas neurológicas graves

9.2 Quadro comparativo: tipo de escala X intensidade da dor.

Escalas	Sem Dor	Dor leve	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor insuportável
Escala Verbal Numérica	0	1-3	4-6	7-9	10
Escala de Faces	0	1-2	3	4	5
PAINAD	0	1-3	4-6	7-9	10

9.3 Escala Verbal Numérica (EVN):

A escala de categoria numérica é uma das escalas mais comumente utilizadas para a mensuração da intensidade da dor em contextos clínicos. A tarefa é bem simples, o paciente estima a sua dor numa escala de 0 a 10, com 0 representando "nenhuma dor" e o 10 "a dor máxima imaginável". Tem como vantagem permitir uma pontuação precisa, sendo de rápida aplicação. Como desvantagens destacam-se a dificuldade em aplicá-la na população de idosos, analfabetos e pacientes com déficits cognitivos ou compreensão insuficiente da linguagem.

9.4 Escala de Faces de Dor

A escala de Faces de Dor para adultos e crianças apresenta categorias de descritores visuais, usando expressões faciais refletindo magnitudes de intensidades de dor diferentes. Ela consiste de seis imagens de faces com varias expressões. O paciente seleciona a face que é consistente com o seu nível atual de dor, após isto, a face escolhida é convertida na Escala Numérica. Pode-se ainda, colocar números e palavras abaixo das expressões faciais para simplificar o uso da escala. O processo de avaliar a intensidade da dor com esta escala é simples e eficiente

Legenda: 0 Sem Dor; 1 e 2 Dor Leve; 3 Dor Moderada; 4 Dor Forte e 5 Dor Insuportável
Observação: a escala de Faces de Dor pode ser utilizada para pacientes com déficit cognitivo ou de comunicação leves que consigam compreender e apontar seu escore de dor.

2.5 PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brasil)

Utilizada para pacientes idosos demenciados.

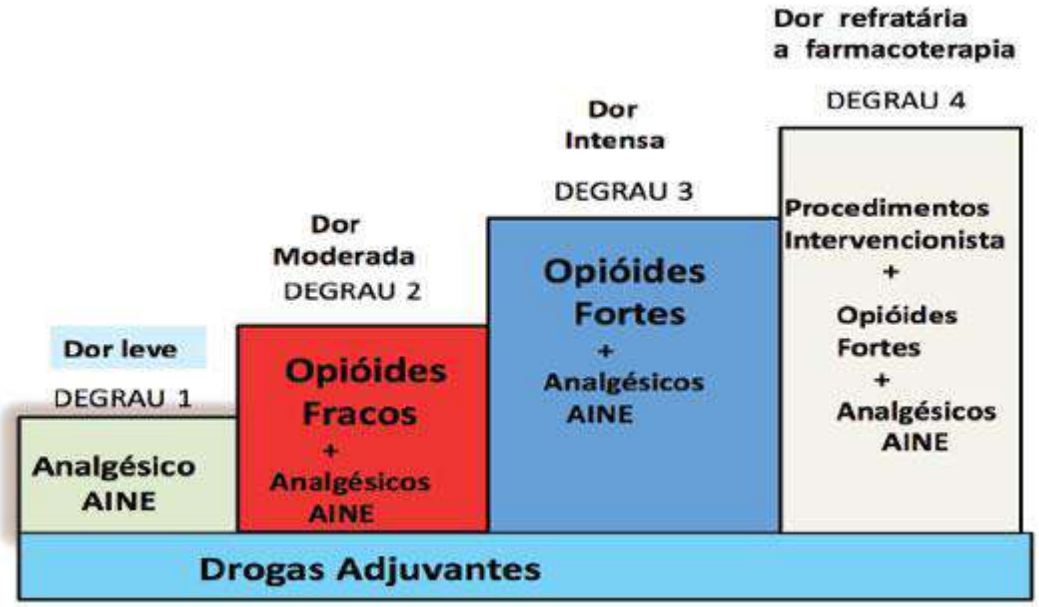
Itens	0	1	2	Pontuação
Respiração independente de vocalização	Normal	Respiração com dificuldade ocasional. Período curto de hiperventilação	Respiração ruidosa com dificuldade. Período longo de hiperventilação. Respirações *Cheyne-Stokes.*	
Vocalização Negativa	Nenhuma	Gemido ou suspiro ocasional. Fala em baixo volume com característica negativa ou desaprovativa	Chama repetidamente de forma perturbada. Queixas ou gemidos altos. Grito	
Expressão Facial	Sorri ou inexpressivo	Triste. Assustado. Preocupado.	Caretas	
Linguagem Corporal	Relaxado	Tenso, estimulado e aflito. Inquieto.	Rígido. Punhos cerrados. Joelhos para cima. Aproximação ou afastamento. Agressão.	
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo	Distraído ou tranqüilizado por voz ou toque	Incapaz de ser consolado, distraído ou tranquilizado	
TOTAL			Total**	

Legenda: 0 - sem dor 1 – 3 dor leve 4 – 6 dor moderada 7 – 9 dor forte e 10 – dor Insuportável

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

10. ANEXOS



11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 6th Edition. Effective 1 July 2017.

2.Amoretti CF, Rodrigues GO, Carvalho PR, Trotta EA. Validação de escalas de sedação em crianças submetidas à ventilação mecânica internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(4):325-30.

3 Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva AC. [Sedation and analgesia in neonatology.]. Rev Bras Anestesiol. 2007 Oct;57(5):575-87

4. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FA. [Pain measurement in the elderly: a review]. Rev Lat Am Enfermagem. 2006 Mar-Apr;14(2):271-6. Epub 2006 May 8.

5. Morais FF et al. Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 73-77, jul./dez. 2009.

6. Correia Luciana Leonetti and Linhares Maria Beatriz Martins Avaliação do comportamento de crianças em situações de dor: revisão da literatura. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2008, vol.84, n.6, pp.477-486. ISSN 0021-7557. http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572008000700003.

7. Ista E, van Dijk M, Tibboel D, de Hoog M. Assessment of sedation levels in pediatric intensive care patients can be improved by using the COMFORT "behavior" scale. Pediatr Crit Care Med. 2005 Jan;6(1):58-63.

8. Pinto MC, Mison FP, Lopes ACB, Laselva CR. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão em português (Brasil) da escala de dor *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD-Brasil) em pacientes adultos não comunicantes. Einstein. 2015;13(1):14-9

9. Junior A P N, Neto R C P, Figueiredo W B, Park M. Validade, confiabilidade e aplicabilidade das versões em português de escalas de sedação e agitação em pacientes críticos. Med J. 2008;126(4):215-9.

10. Freire, G M G, Souza, A M, Slullitel, A, Tahamtani, S M M, Espada, E B. Tratamento da Dor no Paciente com Câncer. Cangiani, L M. In:Tratado de Anestesiologia. SP: Ed. Atheneu, 2017. cap.132 p. 01 – 20

11. Mara Lucia P. Oliveira (21/02/2018 08:53:43 AM) - Atualizada a frequencia da avaliação da dor e a realização junto com a realização dos sinais vitais.

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

13. HISTÓRICO DE REVISÕES

Não se aplica

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PREPARO DO CORPO PÓS MORTE

1. OBJETIVO

Normatizar os cuidados com o corpo pós-morte.

2. DEFINIÇÃO

É o cuidado prestado ao paciente após a confirmação do óbito.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: para todos os pacientes que foram constatados óbito.

Contra Indicação: Óbitos que necessitam encaminhamento ao IML e/ou SVO.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Impressos pertinentes (aviso de óbito, atestado de óbito)

Atadura de crepe, bolas de algodão, pinça ou espátula, material de higiene. (se necessário) ; gaze

Biombo, Maca (requisitar no velório);

Roupa (se houver); silicone liquida.

EPIs

Luvas de procedimento;

Avental;

Máscara;

Óculos de Proteção;

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Pré Procedimento: Após verificar qual a religião do paciente, orientar a família sobre o procedimento de acordo com os preceitos da mesma.

Pós Procedimento: A hotelaria devera orientar os familiares sobre as condutas a serem tomadas quanto ao funeral.

6. DESCRIÇÃO

Aplicável em todas as situações, exceto: óbitos que necessitam encaminhamento para IML ou SVO ; óbitos de pacientes da religião judaica

Enfermagem:

- Certificar-se da anotação da constatação do óbito pelo médico caso médico hospitalista, plantonista PS ou UTI
- Solicitar o comparecimento de familiares no hospital, em casos de ausência do mesmo, a informação do óbito será comunicada apenas pessoalmente pelo médico responsável;
- Solicitar à internação o impresso de Atestado de Óbito, mediante a apresentação de uma etiqueta do paciente e hora do óbito;
- Médico deverá preencher o atestado de óbito e o sumário de alta do paciente;

- Caso não possa ser fornecido (morte decorrente de acidentes ou outra causa violenta ou por causas indeterminadas) será providenciado encaminhamento ao Instituto Médico Legal. Deverá fazer relatório médico em duas vias em folha de receituário médico. Uma via ficará arquivada no prontuário e outra será encaminhada junto ao corpo ao SVO ou IML. Neste caso não é preenchida a Atestado de óbito;
- Preenche o aviso de óbito em 03 vias
- Comunicar a recepção do óbito
- Manter privacidade;
- Calçar as luvas e vestir o avental se necessário;
- Fechar os olhos do paciente, fazendo compressão das pálpebras; utilizar fita adesiva se necessário;
- Retirar cateteres, sondas, cânulas, drenos, etc, e ocluir com curativo, se necessário;
- Fazer a higiene do corpo, se necessário;
- Fazer tamponamento das cavidades com algodão, com auxílio de uma pinça ou espátula, considerando a quantidade adequada de algodão para realizar o procedimento e o tamponamento não superficial.
- Vestir o paciente com roupas do próprio (solicitar a família a roupa de preferência);
- Alinhar os membros;
- Amarrar os queixos, pés e mãos, usando atadura s/n ,
- Realizar curativo oclusivo nos locais de drenos e cateteres s/n no RN, que deverá ser encaminhado vestido.
- Identificar o corpo com uma das vias do "Aviso de Óbito";
- Forrar a maca com lençol e colocar o corpo sobre o mesmo;
- Enrolar o corpo com o lençol descartável e colocar no saco de óbito pregar a segunda via do Aviso de Óbito sobre o mesmo;
- Cobrir totalmente a maca com o lençol;
- Recolher os pertences do paciente e devolvê-los aos familiares, junto com as duas vias do "Atestado de Óbito" preenchido pelo médico;
- Reverter materiais descartáveis, reembolsáveis à farmácia que estejam intactos, não utilizados (procedimento não aplicável no caso do paciente estar em isolamento de contato, quando os materiais devem ser desprezados);
- Avisar segurança no ramal xxx confirmar o transporte do corpo até a câmara fria pelo condutor ou enfermagem local o elevador
- O corpo ficará sobre a pedra por até 6h, após esse período o bombeiro irá acionar a assistência para suporte e colocaram o corpo na câmara fria, fria (com a cabeça voltada para abertura da gaveta)
- A chave da câmara fria ficará em posse da segurança na central de segurança;

- Anexar a terceira via do "Aviso de Óbito" e a terceira via do "Atestado de Óbito" (via rosa) ao prontuário;
- Entregar a via amarela do atestado de óbito para a família, solicitar assinar protocolo com nome legível e informar grau de parentesco;
- Realizar anotação de enfermagem em notas clínicas no prontuário ou impresso anotação de enfermagem em caso de contingência do sistema;
- Lançar data e horário do óbito ;
- Recolher todo o material utilizado e desprezar em lixo próprio; providenciar limpeza terminal.
- Durante todo o processo a equipe de enfermagem deve prestar apoio a familiares e acompanhantes, auxiliando nas questões burocráticas a hotelaria deverá ser envolvida no processo de orientação

OBS. O uso do silicone líquido para auxiliar no tamponamento está condicionado à avaliação do enfermeiro responsável, para óbitos que apresentam risco de sangramento, mesmo considerando o tamponamento convencional realizado, o uso de silicone é desejável.

Se o paciente for da religião judaica:

- Não remover as roupas nem lavar o corpo e cobri-lo com lençol. Se alguma roupa, pijama, camisola ou lençol estiver com manchas de sangue, deverá ser enterrado com o corpo.
- Ao se retirar sondas, cateteres ou soro, tomar cuidado para guardar todo material que estiver com sangue. Pode-se comprimir o local com gaze e algodão e fixar sobre a pele. Não remover curativos. Se houver sangramento por algum orifício, é permitido realizar o tamponamento.
- O rosto deverá ser coberto durante o procedimento como sinal de respeito. Podem-se remover óculos, aparelho auditivo e entregar a família. Deixar as pernas e os braços ao longo do corpo, pois não é costume judaico cruzar os braços sobre o tórax nem entrelaçar os dedos;
- Se houver necessidade de necropsia (IML) retirar apenas as sondas, drenos, cateteres, etc; alinhe os membros paralelamente ao corpo e envolva-o em lençol;
- Solicite ao médico o preenchimento do encaminhamento ao IML, em 02 vias, uma para a família e a outra para o prontuário;
- Identifique com uma das vias do "Aviso de Óbito" e encaminhe o corpo para a câmera fria (com a cabeça voltada para abertura da gaveta).

Em caso de encaminhamento ao IML/SVO:

- Se houver necessidade de necropsia (IML/SVO), retirar apenas as sondas, drenos, cateteres, etc..., alinhar os membros paralelamente ao corpo envolvendo em lençol.

- Solicite ao médico o preenchimento do encaminhamento ao IML, em 2 vias, uma para a família levar ao órgão policial responsável e outra ao para ficar no prontuário;
- Encaminhe o corpo ao morgue.

Procedimento	Segurança	Proteção
Preparo do corpo, retirada de sondas, cateteres.	Contato com matéria orgânica, fluidos corpóreos.	Utilização de EPI
Tamponamento das cavidades	Contato com matéria orgânica.	Utilização de EPI

Centro Cirúrgico

- Equipe médica constata o óbito do paciente;
- Enfermagem prepara o corpo conforme rotina específica e comunica o óbito a unidade de origem do paciente;
- Condutor ou enfermagem encaminha o corpo para câmera fria
- Enfermagem e equipe médica registra o óbito no Tasy e fecha o prontuário, encaminha o prontuátio físico para a unidade de origem

RESPONSÁVEIS

Enfermagem, Equipe Médica e Recepção

PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

PADRÃO DE PRÁTICA

Obedecer a sequencia de preparo para os pacientes de diferentes religiões.

PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional

REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica

INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica

ANEXOS

Impressos: Aviso de óbito, atestado de óbito

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SEGRE, C.A.M. - Perinatologia - Fundamentos e Prática. São Paulo. Sarvier, 2002.

2. BRUNNER & SUDDARTH - Prática de Enfermagem - Rio de Janeiro. 7ª Ed. Guanabara Koogan, 1998.

3. S.M.S. - Cuidados de Enfermagem nos Últimos Momentos da Vida Segundo as leis Judaicas. São Paulo. Ed e Livraria Sèfer, 2002.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Acompanhamento de óbito

HISTÓRICO DE REVISÕES

Atualização da versão, padrões de segurança para o colaborador, no momento de realização do procedimento.

	DOCUMENTO COMPLEMENTAR	
ALBERT EINSTEIN HOSPITAL ISRAELITA	**CONFERÊNCIA MENSAL DO CARRO DE EMERGÊNCIA ADULTO**	Revisão1.0

#ProcessosAssistenciais>Cuidadodopaciente>AtendimentodeUrgênciaeEmergência>_____

Setor:_____Carro:_____Mês:_____Ano:_____

***OBRIGATORIEDADE para os setores que contem MCGRATH(PRONTO ATENDIMENTO/CENTRO CIRÚRGICO/UTI)**

Data	Nº do lacre EXTERNO (Geral)	Conferência dos itens	Validade lâminas laringoscópio	MCGRATH* (Conferência bateria e desinfecção)	Conduta se não conforme	Nome	Matrícula

Legenda:**Conforme(C),Nãoconforme(NC).**

ALBERT EINSTEIN HOSPITAL ISRAELITA	DOCUMENTO COMPLEMENTAR	Revisão1.0
	CONFERÊNCIA TRIMESTRAL DO CARRO DE EMERGÊNCIA ADULTO	

#ProcessosAssistenciais>Cuidadodopaciente>AtendimentodeUrgênciaeEmergência>_____

Setor:_____**Carro:**_____**Mês:**_____**Ano:**_____

PARTE A–Parte superior				**Data** //	**Data** //	**Data** //
Quantidade	**Item**	**QUANTIDADE**	**VALIDADE DO ITEM NA CONFERÊNCIA TRIMESTRAL**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**
01pct	Elétrodo adulto					
01un	Gel condutor					
01un	Elétrodo de marcapasso					
10un	Microclave					
10un	Tampas Luer					
02un	Seringas01mlretrátil					
02un	Seringas05ml					
05un	Seringas10ml					
05un	Seringas20ml					
02un	Agulhaseclipse30x7					
02un	Agulhaseclipse25x8					
10un	Agulha romba					
02un	Aparelho de barbear					
01un	Tesoura descartável					
02Kit	HGT					

Unidades com fluxo COVID devem ter sobre CE (ParteA) : KIT EPI COVID Validade Luva Estéril_____/____/
_____Validade Caixa de Luva_____/____/____Validade Oxivir_____/____/____

PARTE B –1ªGaveta				Data //	Data //	Data //
Quantidade	**Item**	**QUANTIDADE**	**VALIDADE DO ITEM NA CONFERÊNCIA TRIMESTRAL**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**
20amp	Adrenalina1mg/1ml					
20amp	Atropina1mg/1ml					
04amp	Adenocard6mg/2ml					
05amp	Atlansil150mg/3ml					
01amp	Difenidrin50mg/1ml					
02amp	Diempax10mg/2ml					
02amp	Dormonid15mg/3ml					
01amp	Haldol5mg/1ml					
01amp	Fenergam50mg/2ml					
01amp	Propofol200mg/20ml					
01amp	Fenocris200mg/20ml					
02amp	Fentanil50mcg/2ml					
02amp	Cortisonal100mg/fr					
01amp	Terbutil0,5mg/1ml					
02amp	Glicose50%/10ml					
01amp	Etomidato20mg/10ml					
01amp	Lanexat0,5mg/5ml					
05amp	Lasix20mg/2ml					
02amp	Dimorf2mg/2ml					

01amp	Narcan0,4mg/1ml					
04amp	Gluconatodecalcio10mg/10ml					
03fr	Lidocanína2%sem vasoconstritor					
02fr	Quelicin100mg/fr					
10amp	Aguadestilada10ml					
04amp	Seloken5mg/ml					
04un	SulfatodeMagnésio10%					
03cp	Isordil5mg/cp					
02cp	Ticagrelor90mg/cp					
08cp	Plavix72mg/cp					
02cp	AAS100mg/cp					

PARTE C–2ªGaveta				Data //	Data //	Data //
Quantidade	**Item**	**QUANTIDADE**	**VALIDADE DO ITEM NA CONFERÊNCIA TRIMESTRAL**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**
02un	Faixar estritora					
01cx	Swab'salcoolicos					
01pct	Gazes estéreis					
10un	Etiquetas/rotulos para medicação					
02un	Equipos macrogotas					
01un	Bureta					
01un	Dialaflo					
02un	Torneirinhas					
01fr	Bicarbonatodesódio8,4%250ml					
01fr	Sorofisiológico250ml					
01fr	Sorofisiológico500ml					
01fr	S.RingerLactato500ml					
01fr	S.RingerLactato1000ml					
10un	Seringaspreenchidas10mlSF0,9%					
01un	Kit de punção venosa					

PARTE D–3ªGaveta				Data //	Data //	Data //
Quantidade	**Item**	**QUANTIDADE**	**VALIDADE DO ITEM NA CONFERÊNCIA TRIMESTRAL**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**
01un	Kit Nipride (Nitroprussiato de sódio)50mg/2ml					
01un	Kit Tridil(Nitroglicerina)50mg/10ml					
01un	Kit Revivan (Dopamina)50mg/10ml					
01un	KitNorepinefrina4mg/2ml					
01un	KitDobutamina250mg/20ml					
01un	Kit Cateter central					
COMPLEMENTO DO KIT						
02un	Máscaras cirúrgicas					
01un	Gorro masculino					
03un	Campos cirúrgicos médios					
01un	Avental estéril					

PARTE E–4ªGaveta				Data //	Data //	Data //
Quantidade	**Item**	**QUANTIDADE**	**VALIDADE DO ITEM NA CONFERÊNCIA TRIMESTRAL**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**
01un	Kit Toracocentese					
COMPLEMENTO DO KIT						
01un	Rolo de micropore					
01un	Kit Intubação Adulto					
COMPLEMENTO DO KIT						
01un	Bico de oxigênio+extensãodeO2					
01un	Óculos de proteção					
01un	Máscara descartável					
01un	Laringoscópio(adulto)+lâminas(3, 4e5curvas)					
01un	Jogo depilhas médias					
01un	Ambú com máscara adulta					
01un	Circuito descartável para VM (Exclusivo UTI)					
01fr	Salbutamol					
01un	Espaçador					
01cx	Luva de Procedimento					

PARTE F– Acrílico lateral externo				Data //	Data //	Data //
Quantidade	**Item**	**QUANTIDADE**	**VALIDADE DO ITEM NA CONFERÊNCIA TRIMESTRAL**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**	**Validade do item reposto**
01un	Máscara de venturi adulto					
01un	Cateter de oxigênio					
01un	Filtro Umidificador Adulto(PALL)					
01un	Mascara não reinalante Adulto					

PARTE G–Testar desfibrilador e manter conectado cabo multifunção
PARTE H– Manter forrado com plástico ao utilizar o carro

Conferido por:_____Data:____/____/____

Reposição: Conferido por:_____Data:____/____/____

Auditoria Farmácia:_____Data:____/____/____

Observações(Registrar aqui a justificativa do material não ter sido trocado nessa conferência e / ou outra observação importante para a conformidade desta conferência)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Guia do Episódio de Cuidado

Cateterismo Vesical Transuretral por Não Especialista

As lesões uretrais iatrogenicas por cateterismo podem resultar em aumento do tempo de internação, infecções e estenose da uretra.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO DA LESÃO URETRAL TRAUMÁTICA

Clínica

- As lesões mais frequentes induzidas por sondagem vesical são o falso trajeto decorrente de inserção forçada e a lesão mucosa e submucosa por insuflação do balão dentro da uretra [1];
- A tríade clássica da lesão ureutral consiste em sangue meatal, bexiga urinária distendida com incapacidade de urinar e uma próstata aumentada, mas a ausência de um dos fatores não deve excluir o diagnóstico [2] **(a).**

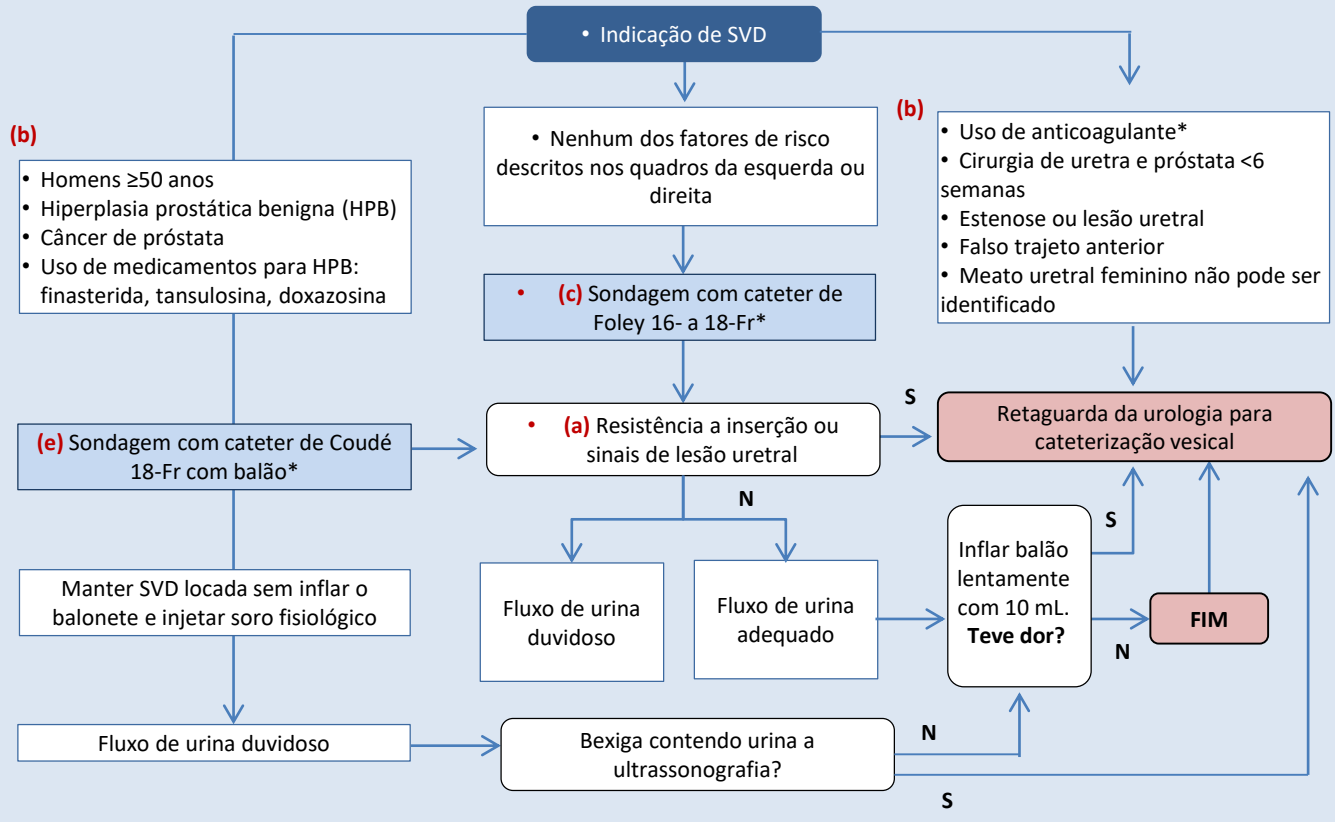
Confirmação

- A confirmação diagnóstica pode ser feita por uretroscopia flexível (idealmente) ou uretrografia retrógrada.

2. FATORES DE RISCO PARA LESÃO IATROGÊNICA DA URETRA E CONTRAINDICAÇÃO A SONDAGEM VESICAL (b)

- A maioria das lesões uretrais iatrogênicas ocorrem em pacientes com fatores de risco, como os descritos no quadro ao lado.
- Lesão uretral confirmada ou mesmo suspeita é uma indicação absoluta para que a cateterização uretral seja realizada por urologista [3];
- Contraindicações relativas incluem a estenose de uretra, cirurgia uretral ou vesical recente e paciente combativo e ou não cooperante [3].

- Hipertrofia ou câncer de próstata
- Prostatite aguda
- Prostatectomia
- Estenose uretral



*** Heparina em dose terapêutica, varfarina, rivaroxabana, dabigatrana ou apixabana**

3. ALGORITMO PARA SONDAGEM VESICAL

Para a maioria dos homens são apropriados cateteres de 16- a 18-Fr [3] **(c)**. Após injeção da lidocaína (10-20 mL), espere 3 a 5 minutos. A dor pode induzir espasmo e dificultar a inserção. Solicite ao paciente que respire lenta e profundamente para relaxar. Se sentir resistência quando a sonda atingir o nível do esfincter (antes da uretra prostática), apenas mantenha o cateter pressionado gentilmente até que o esfincter abre a permita sua passagem [4].

A inserção do cateter deve ser feita com o pênis alongado na posição vertical formando um ângulo de cerca de 30° com a linha horizontal, o que reduz o ângulo entre as uretras bulbar e prostática facilitando a inserção do cateter e passagem pelo esfíncter externo [5] **(d)**. Cerca de 90% dos falsos pertuitos ocorrem neste ângulo (Foto) **(d)**. A hiperplasia prostática aumenta esta angulação. Por isto, o cateter de Coudé, que tem ponta angulada, facilita a inserção [1] **(e)**. Depois que o cateter cruza o esficter externo da uretra membranosa, mas com sua ponta ainda dentro da uretra prostática, um discreto fluxo de urina já pode fluir pela sonda. Por isso, sempre introduzir o cateter totalmente até a bifurcação em Y e só insufle o balão se a drenagem de urina for convincente.

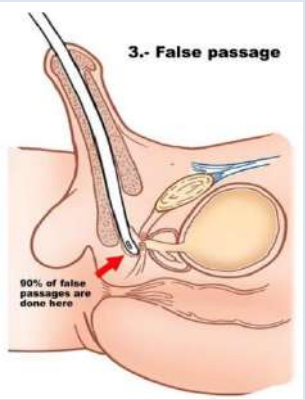
Após 1 ou 2 tentativas são mal sucedidas, deve-se chamar imediatamente o urologista para evitar lesão uretral e possível necessidade de cirurgia reconstrutiva [6].

*** Sempre inserir o cateter até o Y**

II. INDICADOR DE QUALIDADE

- Incidência de lesão uretral decorrente de sondagem vesical (meta < 5 por 1.000)

(A incidência de lesão traumática ureteral, na literatura, foi de 6,7 para cada 1.000 sondagens vesicais [7])



III. GLOSSÁRIO

SVD: Sonda Vesical de Demora

IV. Referências

[1] AUA Update Series 2011, 30:41;
[2] BJU Int 2004, 93:1195;
[3] N Engl J Med. 2006;354:e22;
[4] Eur J Emerg Med 2016, 23:80;
[5] Eur J Emerg Med 2016, 23:80;
[6] West J Emerg Med 2012, 13:472;
[7] J Urol 2016, 196(5):1473

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Delirium

Trata-se de uma alteração cognitiva definida pelo início agudo e curso flutuante e presença de distúrbios da atenção, consciência, orientação, memória, pensamento, comportamento e percepção do ambiente. Considerado emergência clínica por estar relacionado a agravamento do prognóstico, mas uma síndrome potencialmente prevenível e tratável com abordagem adequada precoce. Apesar da alta prevalência especialmente em idosos, é geralmente subdiagnosticado e diretamente relacionado à piora de desfechos clínicos como aumento de mortalidade, tempo de internação e do declínio funcional.

O DSM-V lista cinco características-chave na sua descrição:

1. Desenvolve-se num curto período de tempo (geralmente horas a dias), representa uma mudança do estado basal, e tende a apresentar ***flutuação durante o curso do dia***;

2. ***Distúrbio de atenção*** (dificuldade direcionar/focar/ sustentar/mudar a atenção) ***e orientação*** em relação ao ambiente;

3. Presença de um ***distúrbio adicional de cognição*** – como déficits de memória, linguagem, desorientação, alteração visuoespacial e de percepção;

4. Distúrbios ***não são melhor explicados por outra alteração neurocognitiva preexistente*** e não ocorrem no contexto de um nível de consciência muito reduzido, como estado de coma;

5. Evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é ***causado por uma condição clínica, intoxicação exógena, efeito adverso ou da retirada de medicações***.

Adicionalmente, podem tipicamente estar presentes:

- comportamento psicomotor alterado, hipoatividade ou hiperatividade com atividade simpática aumentada e alteração na arquitetura e duração do sono;
- distúrbios emocionais variados, incluindo medo, depressão, euforia e perplexidade.

CLASSIFICAÇÃO

DELIRIUM HIPERATIVO:	***DELIRIUM HIPOATIVO:***	**DELIRIUM MISTO:**
nível de alerta elevado, agitação, inquietação, comportamento inadequado e alucinações	quadro de letargia, atividade motora reduzida, fala incoerente e falta de interesse	combinação dos sinais e sintomas acima, de maneira alternante ou sobreposta.

I- ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico é **eminentemente clínico**, através de uma história aguda de alteração cognitiva;
- Sugere-se investigação de potenciais causas que devem ser adicionados a anamnese e observação minuciosa, incluindo fatores ambientais;
- Será utilizado um instrumento de rastreio e identificação neste processo: o **Confusion Assessment Method** (**CAM**);
- Ele deverá ser aplicado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem em todos pacientes com idade igual/superior a 65 anos, com previsão de internação de 2 dias ou mais ou internado em UTI/Semi-Intensiva.

CAM
CONFUSION ASSESSMENT METHOD (adaptado)

1. Mudança do estado mental de início agudo ou curso flutuante;
2. Déficit de atenção;
3. Alteração do nível de consciência (hipoativo ou hiperativo);
4. Pensamento desorganizado.

Delirium = (1) + (2) e (3) ou (4)

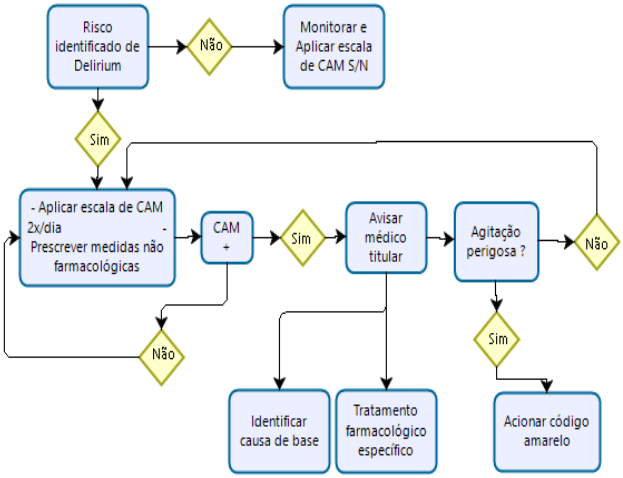
CAM UTI
CONFUSION ASSESSMENT METHOD (adaptado)

1. Mudança do estado mental de início agudo ou curso flutuante;
2. Déficit de atenção. Leia em voz alta as seguintes letras: "SAVEAHAART" e peça para o paciente apertar a sua mão quando ouvir a letra "A". São erros: paciente não apertar quando ouve a letra "A" e paciente aperta quando ouve outra letra que não a "A". Menos que 3 erros, não há delirium
3. Alteração do nível de consciência - Avaliação da escala de RASS – se RASS diferente de zero (0), considere que paciente está com delirium. OBS: se pontuação entre -3 até +4. Proceder aplicação do CAM UTI. Se RASS entre -4 ou -5, pare e reavalie o paciente depois.
4. Pensamento desorganizado – considerado presente se houver 2 ou mais erros na série de perguntas e comandos a seguir:

Uma pedra flutua na água?
No mar tem peixes?
Um quilo pesa mais que dois quilos?
Você pode usar o martelo para bater um prego?
Comando ("levante estes dedos") – o examinador levanta dois dedos na frente do paciente e pede para que ele repita o gesto. Testar os dois lados, direito e esquerdo, modificando a quantidade de dedos. Se o paciente é incapaz de mover os dois braços, para a segunda parte, peça para o pacientes levantar um dedo a mais.

Delirium = (1) + (2) + (3) ou (4)

IDENTIFICAÇÃO – RISCO PARA DELIRIUM



2. EXAMES ADICIONAIS

• ***Investigação diagnóstica mínima:*** glicemia capilar, avaliação de sinais vitais e oximetria de pulso;
• ***Coleta laboratorial:*** hemograma, função renal, hepática e tireoidiana, eletrólitos, urina-I e cultura, raio-X tórax e ECG;
• ***A critério clínico:*** exame de neuroimagem (tomografia ou ressonância magnética) e em casos específicos, análise do líquor, EEG e marcadores de necrose miocárdica.

3. ALOCAÇÃO

- De maneira geral, pacientes podem ser alocados nas alas de apartamentos;
- Em casos específicos em que o rebaixamento do nível de consciência for significativo e /ou demandar monitorização cardíaca e respiratória, ou quando a agitação psicomotora oferecer risco ao paciente, deve-se considerar a alocação em semi-intensiva ou unidade de terapia intensiva.

4. INTERVENÇÕES PREVENTIVAS

Pacientes identificados como de risco para apresentar delirium:
• **Idade > 65 anos;**
• **Tempo de permanência esperado acima de 2 dias.**
• **Pacientes internados em UTI ou Semi-Intensiva.**

Deverão ser avaliados e cuidados por equipe treinada e capacitada na prevenção de delirium que realizarão um ***pacote de intervenções multicomponente*** individualizado já nas primeiras 24h admissão, que aborda vários fatores de risco modificáveis: **Medidas Não Farmacológicas Universais* de Prevenção de Manejo do Delirium**.

5. FATORES DE RISCO

Delirium é essencialmente uma síndrome de etiologia multifatorial.

Fatores Predisponentes (prévios)	Fatores Precipitantes (novos)
Medicamentos (uso prévio): Polifarmácia (em especial com psicoativos), abuso de álcool;	***Medicações:*** Hipnóticos, opioides, anticolinérgicos, polifarmácia, abstinência de álcool ou outras medicações;
Condições clínicas preexistentes: Doença neurológica, AVC prévio, doença grave, múltiplas comorbidades, insuficiência renal ou hepática, distúrbios metabólicos, trauma ou fratura, doença terminal;	***Intercorrências clínicas:*** Infecções, choque, desidratação, complicações iatrogênicas, hipóxia, febre, anemia, desnutrição, distúrbios metabólicos (eletrolíticos, glicemia, ácido-base), obstipação intestinal;
Alteração cognitiva prévia: Demência, depressão ou história anterior de delirium;	***Doenças neurológicas:*** AVC (especialmente hemisférico não dominante), sangramento intracraniano, meningite, encefalite;
Status funcional: Dependência funcional, imobilidade, baixo nível de atividade, história de quedas;	***Pós-Operatório:*** Cirurgia ortopédica, cardíaca, bypass cardiopulmonar prolongado;
Demográficos: Acima 65 anos, sexo masculino ;	***Ambiental:*** UTI, restrição física, sonda vesical, múltiplos procedimentos, dor, estresse emocional;
Déficit sensório: visual , auditivo.	Privação de sono.

QUADRO 1 - MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS UNIVERSAIS DE PREVENÇÃO E MANEJO DO DELIRIUM

Alteração cognitiva ou desorientação	• iluminação adequada; • relógio e calendário facilmente visíveis; • estimular reorientação tempo, espaço, pessoa; • atividades de estimulação cognitiva; • facilitar visitas regulares de familiares e amigos.
Abordar a deficiência sensorial	• resolução de qualquer causa reversível da deficiência (ex: impactação cerúmen); • garantir que óculos e aparelhos auditivos estejam disponíveis e sejam usados quando de uso prévio e em boas condições de funcionamento.
Avaliação da dor	• sempre abordar a dor; • procurar sinais não verbais de dor, pacientes com dificuldades de comunicação (alterações cognitivas ou demência, ventilação mecânica); • iniciar/revisar o tratamento adequado em todos em que for identificada ou suspeita.
Abordar imobilidade ou mobilidade limitada	• incentivar mobilização logo após a cirurgia; • estimular deambulação (com ajuda apropriada sempre acessível, se necessário); • incentivar a todos exercícios ativos de amplitude de movimento, incluindo os que não podem andar.
Revisão de medicamentos	• atenção à polifarmácia e medicações de risco; • criteriosa reconciliação medicamentosa.
Evitar a desidratação e / ou obstipação	• garantir oferta adequada de líquidos incentivando a ingesta e considerar a via parenteral, se necessário; • cuidados específicos na presença comorbidades (cardíaca, renal, hepática); • atenção ao padrão intestinal.
Abordagem nutricional	• seguir diretrizes institucionais de suporte nutricional ; • se utilizar próteses dentárias, assegurar que se encaixem adequadamente.
Avaliar infecção	• identificar e tratar apropriadamente infecção existente; • evitar cateterismo desnecessário ; • seguir procedimentos de controle de infecção de acordo com diretrizes institucionais.
Avaliar hipoxemia	• otimizar a saturação de oxigênio, se necessário, conforme clinicamente apropriado.
Avaliação sono	• promover bons padrões de sono e higiene do sono; • evitar procedimentos médicos ou enfermagem durante as horas de sono; • ajustar aprazamento de medicações; • reduzir o ruído ambiental ao mínimo período noturno.

6. TRATAMENTO

- Objetivo primário é **abordar as causas ou fatores desencadeantes modificáveis** (ex: interrompendo medicamento específico, corrigir alteração metabólica ou tratar infecção);
- Simultaneamente, o tratamento de suporte, composto por **medidas não farmacológicas universais de prevenção e manejo do delirium (Quadro 1)**, visa evitar o surgimento e prevenir complicações;
- **Tratamento farmacológico específico (Quadro 2)** pode ser necessário e deve ser restrito a**:**
  - Casos de agitação ou confusão graves;
  - Que coloque em risco o paciente ou a segurança de outros;
  - Comprometa a realização de exames ou tratamento;
  - Mostrem-se refratários às medidas acima.
- Nestes casos, classe de escolha é dos antipsicóticos. Deve-se utilizar estratégia de começar com baixas doses, com aumento lento e progressivo, se necessário ("start low, go slow"). As escolhas iniciais para o tratamento podem ser haloperidol, quetiapina, risperidona, olanzapina ou ziprasidona. Dentre essas opções, além da experiência pessoal, deve-se considerar o efeito sedativo e risco de efeitos colaterais extrapiramidais de cada droga;
- Em pacientes com parkinsonismo, a primeira medicação a ser tentada deve ser a quetiapina;
- Benzodiazepínicos devem em geral ser restritos ao tratamento de delirium secundário à abstinência de álcool, pós crise epiléptica ou na síndrome neuroléptica maligna. Nessas situações, recomenda-se lorazepam, em dose de 0,25 a 0,5 mg.

QUADRO 2 – TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ESPECÍFICO EM CASOS SELECIONADOS

Medicação	Dose inicial	Formas de administração	Risco de SEP (sintomas extrapiramidais)	Risco de sedação
Haloperidol	0,25-0,5 mg	VO, IM, IV	Alto	Baixo
Risperidona	0,25-0,5 mg	VO	Alto	Baixo
Quetiapina	12,5–25 mg	VO	Baixo	Alto
Olanzapina	2,5-5 mg	VO, IM	Moderado	Moderado
Ziprasidona	5-10 mg	VO	Moderado	Moderado

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de delirium - hospital e unidade de internação;
- Tempo duração delirium;
- Tempo de internação hospitalar;
- Taxa de readmissão;
- Taxa de quedas.

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Atualização de template

IV. REFERÊNCIAS

[1] Marcantonio, ER. Delirium in hospitalized older adults. N Engl J Med, 377 (2017), pp. 1456-1466. Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1605501.

[2] Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014 Mar 8;383(9920):911-22. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1. Epub 2013 Aug 28. PMID: 23992774; PMCID: PMC4120864. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23992774/.

[3] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline. Published: 28 July 2010 nice.org.uk/guidance/cg103 NICE 2010. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-pdf-35109327290821.

[4] Zaubler TS, Murphy K, Rizzuto L, Santos R, Skotzko C, Giordano J, Bustami R, Inouye SK. Quality improvement and cost savings with multicomponent delirium interventions: replication of the Hospital Elder Life Program in a community hospital. Psychosomatics. 2013 May-Jun;54(3):219-26. doi: 10.1016/j.psym.2013.01.010. Epub 2013 Mar 12. PMID: 23489646. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23489646/.

[5] Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and MetaAnalysis. J Am Geriatr Soc. 2016 Apr;64(4):705-14.

[6] Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. JAMA. 2010 Jul 28;304(4):443-51.

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW104.4	Jose Campos Filho Ivan Hideyo Okamoto Jerusa Smid	Mauro Dirlando C de Oliveira	Giancarlo Colombo	13/10/2021 **Data de revisão:** 16/06/2023	13/10/2021

É classificada em: clássica, nosocomial, associada à imunossupressão (transplantados e neutropênicos), associada ao HIV e febre recorrente ou episódica de origem indeterminada [1, 2].

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

De forma geral, não existe fórmula ou roteiro para a realização de diagnóstico em FOI. A anamnese detalhada, com avaliação epidemiológica (antecedente de viagens, contato com animais ou pessoas doentes, vacinação nos últimos 30 dias) e medicamentosa, associada a exame físico minucioso e dirigido, é fundamental para a formulação de hipóteses e solicitação de exames complementares. [6]

1.1 Definição de Febre de origem indeterminada clássica (FOI clássica)	A definição da febre de origem determinada clássica corresponde à presença de febre (temperatura superior ou igual a 38,3°C), em diferentes ocasiões, durante mais de três semanas, permanecendo sem diagnóstico apesar de três consultas ambulatoriais ou pelo menos três dias de investigação em ambiente hospitalar. [1, 2, 3]
1.2 Definição de Febre de origem indeterminada nosocomial (FOI nosocomial)	Trata-se da presença da febre (temperatura superior ou igual a 38,3°C) em paciente hospitalizado, considerando que a infecção não estava presente no momento da admissão, muito menos no período de incubação. Além disso, é necessária a ausência de um diagnóstico etiológico durante três ou mais dias de investigação, incluindo dois dias de processamento de amostras para cultura.[4]
1.3 Definição de Febre de origem indeterminada associada a imunodepressão e neutropenia	No paciente com neutropenia, a FOI corresponde à presença de febre (temperatura superior ou igual a 38,3°C) em paciente apresentando contagem de neutrófilos inferior a 500 células/µl em sangue periférico ou contagem de neutrófilos inferior a 1500 células/µl com expectativa de queda em até dois dias. Além disso, é necessária a ausência de diagnóstico etiológico durante três ou mais dias de investigação, incluindo dois dias de processamento de amostra para cultura.[4, 5] No paciente transplantado, considera-se a febre como um valor de temperatura superior ou igual a 37,8°C, em pelo menos duas ocasiões em 24 horas, com duração de pelo menos três semanas, sem diagnóstico etiológico após três consultas ambulatoriais ou três dias de internação hospitalar, apesar da investigação por meio de métodos de imagem e microbiológicas.[4, 5]
1.4 Definição de Febre de origem indeterminada associada ao HIV	Define-se com a presença de febre (temperatura superior ou igual a 38,3°C) em paciente com sorologia positiva para HIV, que dura mais que quatro semanas sob regime ambulatorial e, no ambiente hospitalar, a duração deve superar três dias de investigação com diagnóstico incerto, incluindo dois dias de processamento de amostra para culturas. [1]
1.5 Definição de Febre recorrente ou episódica de origem indeterminada	Trata-se de uma FOI clássica que cursa com intervalos de pelo menos duas semanas sem manifestação do episódio febril e normalização do processo inflamatório.[1,2]

2. ESCORE DE RISCO

Não há escore de risco para FOI, pois dependerá da etiologia. De uma forma geral, a investigação diagnóstica pode variar entre 5 a 14 dias.

2. 1 EXAMES

Exames iniciais não invasivos e inespecíficos:

Hemograma, velocidade de hemossedimentação ou proteína C reativa, enzimas hepáticas (AST, ALT, Gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubina total e frações), dosagem de eletrólitos (sódio, potássio, cálcio iônico e magnésio), função renal (ureia, creatinina), DHL, análise do sedimento urinário (urina tipo 1), radiologia simples de tórax, ultrassonografia de abdome total.

Solicitação de culturas de amostras clínicas dirigidas pela suspeita clínica (sangue, urina, vias aéreas):
Escarro com cultura para aeróbios e pesquisa de BAAR), sorologias de acordo com a suspeita clínica (HIV; hepatites virais A, B e C; citomegalovírus; mononucleose; toxoplasmose; sífilis, parvovírus B19, herpes 6, herpes 7, coxsackie A e B, etc), uso de metodologias moleculares como a reação em cadeia da polimerase (PCR) para micobactérias em amostras respiratórias (escarro), PCR ou antigenemia para CMV, testes autoimunes (pesquisa de autoanticorpos: FAN, fator reumatoide, anti-DNA nativo, anti-RNP, anti-Ro, anti-La, ANCA).

Outros exames de imagem:
Ecocardiograma transesofágica para suspeita de endocardite, tomografia de tórax e abdome total com contraste, tomografia de crânio e seios da face. Se já tiver feito estes exames sem identificação de foco, utilizar PET-CT com ^{18}FDG (fluorodeoxiglicose marcado com flúor 18) no acesso do corpo todo.

Pesquisa de marcadores tumorais:
CEA, alfa-fetoprotéina, CA15.3, CA19.9, antígeno tumoral da bexiga (BTA), PSA, CA125, calcitonina, tireoglobulina.

Métodos invasivos:
Biópsia hepática (positividade do diagnóstico em 45%), se hepatoesplenomegalia ou alteração nos testes de função hepática (especialmente, quando há aumento de fosfatase alcalina); aspirado, biópsia e cultura de medula óssea (positividade no diagnóstico entre 25% e 34%); biópsia de linfonodo ou pele (no caso da presença de lesões); análise quimio-citológica e cultura do líquor para aeróbios, fungos e micobactérias.

3. INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

Por definição, toda FOI deverá ser internada para agilizar a busca etiológica, considerando que cerca de 30% a 50% dos casos são originadas de infecções, seguidas por neoplasias (10% a 30%), doenças inflamatórias autoimunes (10% a 30%) e miscelânea (20% a 40%).[1]
Os critérios de internação em ambiente de terapia intensiva estão relacionados com a presença de instabilidade respiratória ou hemodinâmica, associada a alguma insuficiência orgânica, ou seja, presença de sepse severa ou até mesmo choque séptico.

4. TRATAMENTO

Para o ***controle da febre***, utilizam-se antipiréticos (dipirona ou paracetamol), pois o uso de agentes anti-infecciosos poderá interferir com os resultados laboratoriais. [7, 8]

Nas **situações de suporte intensivo**, recomenda-se o início de esquema antimicrobiano após a coleta de culturas, direcionado para a suspeita do foco.
Nos casos de **neutropenia febril**, recomenda-se o início do esquema cefepima (2g IV 8/8h) ou piperacilina-tazobactam (4,5g IV 6/6h) após a coleta de culturas. [3, 4]

***O* esquema empírico antimicrobiano é suspenso** no caso de ausência de identificação microbiológica após a investigação.

Quanto à duração do tratamento, dependerá da etiologia da FOI: infecciosa, neoplásica ou auto-imune. [5, 6]

O atraso no diagnóstico de certas doenças pode alterar o prognóstico, como é o caso das neoplasias, infecções disseminadas de etiologia bacteriana, fúngica, parasitária e tromboembolismo pulmonar.

Pacientes com FOI sem diagnóstico etiológico, após extensiva investigação, apresentam resultado favorável, caracterizado pela resolução do sintoma de febre após quatro ou mais semanas.

5. ALTA HOSPITALAR

Os critérios de alta do paciente são:

- Identificação da etiologia da FOI, associada ao início do tratamento e estabilidade hemodinâmica sem insuficiência orgânica;
- Os exames de controle durante o tratamento e após a alta serão definidos de acordo com a etiologia da FOI;
- O prognóstico dependerá do agente etiológico e do estadiamento da doença.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- **Indicador de processo:** Número de pedidos de exame PET-CT com 18FDG (fluorodeoxiglicose marcado com flúor 18) entre pacientes com suspeita de FOI / número total de pacientes com diagnóstico de FOI (CID-10: R50);
- **Indicador de resultado:** Taxa de mortalidade da FOI - número de óbitos por FOI / número total de pacientes com diagnóstico de FOI (CID-10: R50).

III. GLOSSÁRIO

FOI: Febre de origem indeterminada

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Atualização de template
Inclusão de referências

Referências

[1] Babu C, McQuillan O, Kingston M. Management of pyrexia of unknown origin in HIV-positive patients. Int J STD AIDS 2009;20(6):369 - 72;
[2] Bouza E, Loeches B, Muñoz P. Fever of unknown origin in solid organ transplant recipients. Infect Dis Clin N Am 2007;21:1033-54;
[3] Cunha BA. Fever of unknown origin: clinical overview of classic and current concepts.Infect Dis Clin N Am 2007;21:867-915
[4] Cunha BA. Fever of unknown origin: focused diagnostic approach based on clinical clues from the history, physical examination, and laboratory tests. Infect Dis Clin N Am 2007; 21:1137-87
[5] Weitzer F, Hooshmand TN, Pernthaler B, et al. Diagnostic value of F-18 FDG PET/CT in fever or inflammation of unknown origin in a large single-center retrospective study. Sci Rep. 2022; 12: 1883
[6] Attard L., Tadolini M, De Rose DU, et al. Overview of fever of unknown origin in adult and paediatric patients. Clin Exp Rheumatol 2018;36 Suppl 110(1):10 - 24;
[7] Koujizer IJ, Mulders-Manders CM, Blekers-Rovers CP, et al. Fever of Unknown Origin: the Value of FDG-PET/CT. Semin Nucl Med 2018;48(2):100 - 107;
[8] Bharusha T, Cockbain B, Brown M. Pyrexia of unknown origin in clinical practice. Br J Hosp Med (Lond) 2016;77(10):579-83.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Infecção do Trato Urinário

Infecção do trato urinário refere-se ao processo infeccioso de qualquer topografia da via urogenital masculina ou urológica feminina que pode se dar por bactérias, vírus, microbactérias ou parasitas. A infecção bacteriana é a mais frequente em nosso meio. A infecção do trato urinário (ITU) é dita alta quando afeta os rins e baixa quando afeta o ureter, bexiga, uretra ou próstata e anexos masculinos. A prevalência de infecção do trato urinário é maior nas mulheres que nos homens até 60 anos, invertendo essa curva de prevalência por fatores urológicos masculinos após essa idade, como por exemplo, hiperplasia prostática benigna. Em mulheres em idade fértil, até 2 infecções urinárias baixas por ano são consideradas normais, já em homens toda e qualquer infecção urinária é considerada complicada. [1]

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

A infecção urinária é uma doença de diagnóstico clínico, principalmente as infecções baixas. Porém, devido ao aumento da resistência bacteriana em comunidade, se advogam exames de cultura microbiológica e antibiograma sempre que possível, visto que as uroculturas em adultos tem rendimento de 90%. A confirmação microbiológica e o teste de sensibilidade ajudam no descalonamento oral de antibióticos e eventual alta hospitalar.

Os sintomas de ITU baixa são principalmente disúria (de padrão terminal inicialmente) associados à polaciúria e eventual hematúria. Em ITU baixa, estão ausentes febre e sintomas constitucionais.

Nas ITU altas, podem ou não existir sintomas irritativos descritos acima, porem os sintomas mais importantes são febre e dor em flancos, indicando o comprometimento da loja renal, calafrios e sintomas constitucionais.

Confirmação diagnóstica

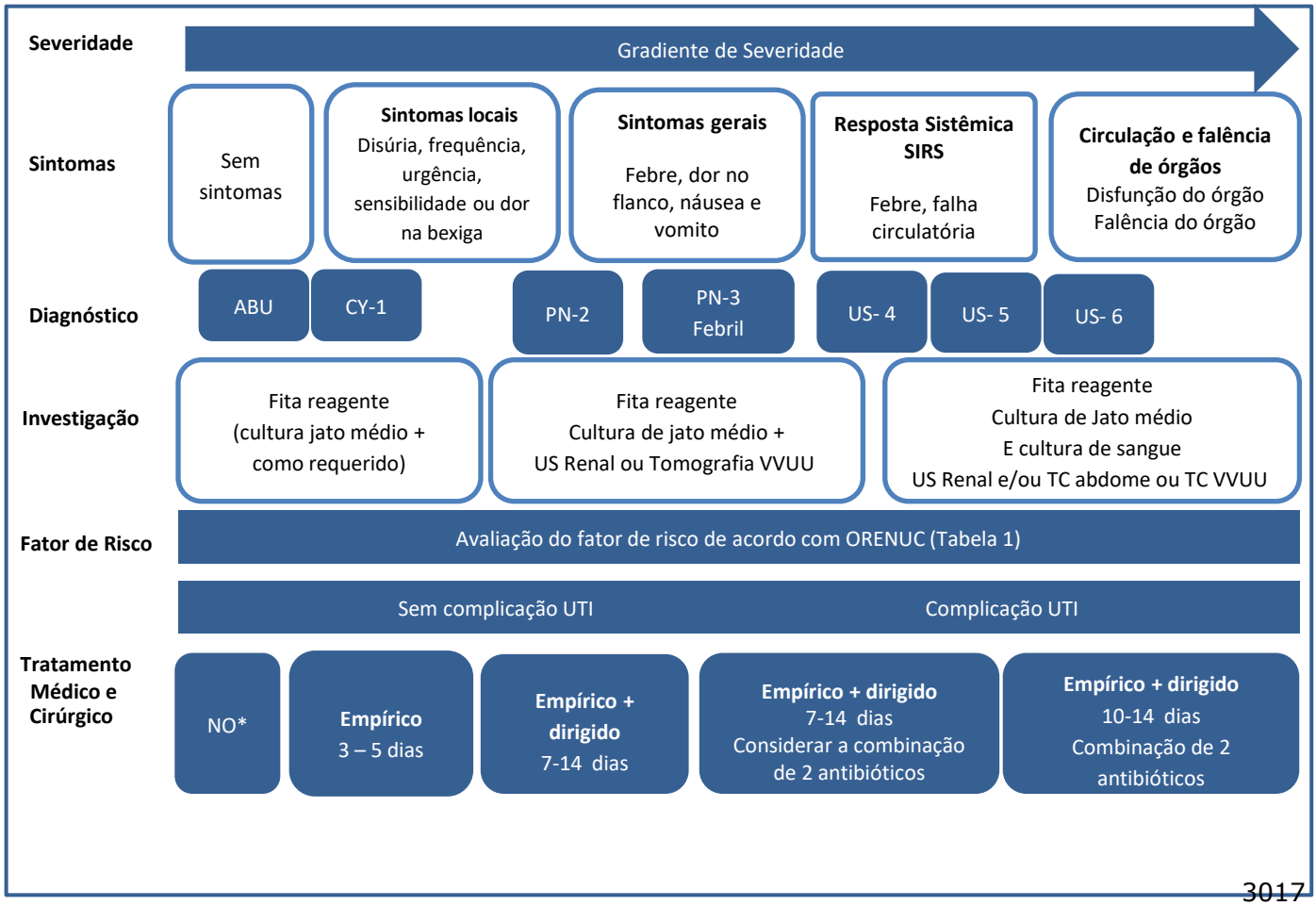
Urocultura com antibiograma coletados de jato médio urinário são os exames padrão ouro para confirmação de infecção do trato urinário alto ou baixo. [1]

2. ESCORE DE RISCO

Utiliza-se o escore de risco da sociedade urológica europeia que gradua não somente a gravidade do quadro, bem como os recursos a serem utilizados e pontuam a chance de uma infecção complicada ou não e levam em consideração fatores de risco para germes resistentes de comunidade.

Indicação de outros exames

A ressonância magnética pode ser utilizada como alternativa a tomografia em pacientes gestantes. [1]



3. ALOCAÇÃO

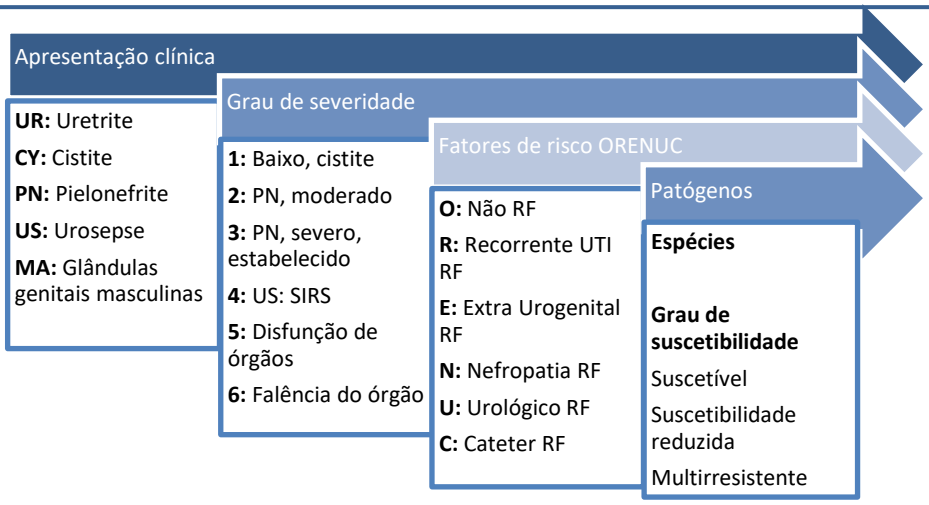
O paciente com ITU baixa raramente precisará de internação, em geral a ITU baixa que requer internação é uma infecção de repetição com fatores complicadores e/ou morbidades descompensadas bem como infecções que exijam tratamento parenteral.
Já as pielonefrites que se apresentam como urosepse devem sempre ser internadas com antibioticoterapia parenteral em ambiente de terapia intensiva. Os pacientes com pielonefrites não complicadas podem a critério clínico serem medicad0s inicialmente na UPA com a 1ª. Dose de antimicrobianos e liberad0s para tratamento oral com acompanhamento ambulatorial

Critérios de internação

- Pielonefrite complicada com necessidade de abordagem urológica, estável hemodinamicamente, sem sinais de descompensação clínica;
- Pielonefrite complicada por germe resistente isolado ou suspeita embasada em fatores de risco (em geral infecção recorrente) que necessite de antibioticoterapia parenteral inicial com posterior possível descalonamento.

Critérios de internação em UTI

- Emergências urológicas com infecção e necessidade de descompressão da via urinaria em 24 horas;
- Urosepse. [1]



4. EXAMES ADICIONAIS

Nas ITU baixas em mulheres, a triagem de urina e urocultura de jato médio são suficientes para diagnóstico. Nas prostatites e uretrites, deve-se solicitar triagem (diptest ou teste de fita de urina) e urocultura do jato inicial.
A urocultura, hemocultura e a triagem de urina também devem ser solicitadas nas ITU altas ou pielonefrites. Nestes casos, também são indicados os exames de imagem, Ultrassom ou tomografia computadorizada de rins e vias urinárias. Este último, mais sensível na detecção de cálculos renais ou ureterais, bem como outras anormalidades do trato urinário de homens e mulheres. Indicação de outros exames
A ressonância magnética pode ser utilizada como alternativa a tomografia em pacientes gestantes.

5. TRATAMENTO

Antimicrobiano é a pedra angular do tratamento da pielonefrite e deve ser ofertado em até 1 hora para pacientes em urosepse, principalmente os hipotensos. No caso dos pacientes com pielonefrite estável, o tratamento também deve ser ofertado em até 1 hora na UPA caso haja suspeita ou confirmação de complicação.

Tratamento inicial

5.1)Antibioticoterapia com espectro que leve em consideração a epidemiologia local do hospital, bem como os fatores de risco associados a germes resistentes que o paciente apresente, como imunossupressão, diabetes mellitus, uso de antimicrobianos (principalmente quinolonas e cefalosporinas) nos últimos 6 meses, ITU de repetição, anormalidades do trato urológico, nefro litíase, entre outros. Outras drogas como analgesia potente, hidratação e reanimação volêmica podem ser necessários caso a caso.
5.1.a) Cistite aguda não complicada em mulheres: fosfomicina 3g VO dose única ou macrodantina 100 mg VO 6/6h durante 5 dias, cefuroxima 500 mg VO 12/12h durante 3 dias. Somente usar sulfametoxazol-trimetropima se resistência dos isolados de E. coli na epidemiologia local for menor que 20%: 800/160 mg VO 12/12h durante 3 dias.
5.1.b) Pielonefrite aguda não complicada: ciprofloxacina 500 mg – 750 mg VO 12/12h durante 7 dias ou levofloxacina 750 mg VO 1x/dia durante 7 dias (se resistência local dos isolados for menor do que 10%); se usar sulfametoxazol-trimetropima 800/160 mg VO 12/12h durante 14 dias, nos casos de resistência local < 20% e dose de ataque intravenoso com ceftriaxona 2g/dia. Se opção intravenosa, ceftriaxona 2g/dia; ciprofloxacina 400mg 12/12h; levofloxacina 750mg/dia; cefotaxima 2g 8/8h
5.1.c) Infecção não complicada – ceftriaxona 2g/dia ; cefalosporina de segunda geral ou aminopenicilina associado com aminoglicosídeo

Critérios para conversão para terapia oral
Pacientes internados com urocultura positiva e antibiograma demonstrando sensibilidade a drogas orais e o paciente com condições de receber medicação por via oral, estabilidade hemodinâmica e ausência de febre por mais de 24 horas.

Indicação de exames de controle durante o tratamento
Para pacientes com infecções não complicadas, não estão indicados exames de acompanhamento durante o tratamento ambulatorial, bem como não se indica cultura de controle

6. ALTA HOSPITALAR

Critérios de alta
Pacientes com possibilidade de terapêutica oral ou com terapêutica oral instituída sem outras necessidades.

Indicação de retorno ambulatorial, em quanto tempo, exames no retorno.
Pacientes com ITU baixa que melhorem com o tratamento inicial proposto não necessitam de retorno. Já aqueles que não melhoram, devem retornar a UPA para ter seu antibiograma checado e sua terapêutica ajustada. Pacientes com pielonefrite e tratamento oral devem retornar ao ambulatório com consulta com urologista ou infectologista, com hemograma, função renal e proteína c reativa coletados em 48 à 72 horas. [1]

II – INDICADORES DE QUALIDADE

- tempo médio de permanência
- taxa de mortalidade
- taxa de reinternação hospitalar (até 30 dias)
- taxa de complicações

III. GLOSSÁRIO:

ABU: bacteriúria assintomática; UR:Uretrite; CY: Cistite; PN: Pielonefrite; US: Urosepse; MA: Glândulas genitais masculinas; ITU: infecção do trato urinário; SIRS : síndrome inflamatória de resposta sistêmica; TC VVUU: tomografia de vias urinárias; US renal: ultrassonografia renal; NO*: não; UPA: unidade de pronto atendimento

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Atualização do tratamento inicial; alteração do template.

V. REFERÊNCIAS

[1] Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, et al. EAU Guidelines on urological infections. 2022. Acessado em 30/09/2022. Disponível em : https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/pocket-guidelines/EAU-Pocket-on-Urological-Infections-2022.pdf.

Código Documento: CPTW150.3	**Elaborador:** Fernando Gatti de Menezes	**Revisor:** Mauro Dirlando C de Oliveira	**Aprovador:** Giancarlo Colombo	**Data de Elaboração:** 20/04/2020 Data de revisão: 30/09/2022	**Data de Aprovação:** 17/10/2022

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Pneumonia Adquirida na Comunidade

Pneumonia é a infecção do parênquima pulmonar por bactérias, organismos "atípicos" (que não são detectados na coloração Gram e nem crescem nos meios de cultura padrão) e vírus.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Achados clínicos que elevam a probabilidade de pneumonia (a) - História de tosse, febre, calafrios, dor pleurítica;

Exame físico - Sinais vitais mostrando taquipneia, taquicardia e hipertermia; exame físico com macicez à percussão, redução dos sons respiratórios, crepitações, roncos ou egofonia [1];

Indicação de radiografia de tórax - Quadro clínico compatível com pneumonia (em 7% dos pacientes a imagem só aparece após 48 horas [2];

Confirmação diagnóstica (b) - Presença de novo infiltrado radiológico associado a quadro clínico compatível [3];

Indicação de tomografia(c) - Suspeita de pneumonia forte com radiografia de tórax negativa.

CID 10	Definição
J18	Pneumonia por microorganismo não especificada
J18.0	Broncopneumonia não especificada
J18.1	Pneumonia lobar não especificada
J18.8	Outras pneumonias devidas a microorganismos não especificados
J18.9	Pneumonia não especificada

2. ESCORE DE RISCO

Calcular o escore CURB-65 [4] (d)

Atribuir 1 ponto para cada um dos seguintes achados prognósticos:

- ***Confusion***: Nova confusão (desorientação em relação à pessoa, lugar ou tempo);
- **Urea**: Ureia sérica > 45 mg/Dl;
- ***Respiratory rate***: FR ≥ 22 respirações/min;
- ***Blood pressure***: PAS <90 ou PAD <60 mmHg;
- **65**: Idade maior ou igual a 65 anos.

Risco de morte [4]

- 0 ou 1: baixo (<3%);
- 2: intermediário (3-15%);
- 3 a 5: alto (>15%).

SINTOMAS sugestivos de pneumonia (a)

Rx Radiografia de tórax frente e perfil
Hemograma, sódio, potássio , ureia, creatinina, glicemia. Gasometria venosa com lactato venoso. Considerar gasometria arterial+lactato arterial (se dispneia significativa ou dessaturação à oximetria de pulso)

Sem Infiltrado Novo → Rx Considerar Tomografia tórax

DIAGNOSTICADO Pneumonia (b)

Calcular o score CURB-65 (d)

- **C**onfusion: nova confusão
- **U**rea: ureia sérica > 45mg/dL
- **R**espiratory rate: FR ≥ 22 respirações/min
- **B**lood pressure: PAS <90 ou PAD <60mmHg
- **65:** Idade maior ou igual 65 anos

- FR ≥ 22 respirações/min
- Confusão mental
- PAS<90 mmHg

Coletar pacote sepse

0 ou 1 critério CURB-65

ALOCAÇÃO (f): ambulatorial

Antes de deixar a UPA

Administrar a primeira dose do antibiótico

- ≥1 dos fatores abaixo?
- ❑ SaO2 ≤ 92%
- ❑ Derrame pleural > 5cm na radiografia de perfil
- ❑ Sem cuidador disponível
- ❑ Comorbidade descompensada

2 critérios CURB-65

ALOCAÇÃO (f): clínica médica

- Administrar a primeira dose do antibiótico
- Coletar: Cultura de escarro, hemocultura (2 pares) e, em pacientes com doença estrutural do parênquima pulmonar ou hepatopatia, teste para influenza (e)

Obs: Em unidades que há semi-intensiva considerar conforme o quadro clinico

ALOCAÇÃO (f): Semi intensiva

- Disfunção orgânica relacionada ao quadro infeccioso confirmado ou suspeito que não preencham os critérios de admissão em UTI.
- Na presença de sepse e necessidade de VNI, a alocação na SEMI deve ocorrer quando não houver dependência do BiPAP, isto é, o paciente deve estar apto a tolerar pelo menos 2h fora do BiPAP a cada período de 6h para ser admitido na SEMI.

ALOCAÇÃO (f): Unidade de Terapia Intensiva

- ≥3 critério CURB-65
- Pacientes com sepse com hipotensão arterial, necessidade de vasopressor ou valores de lactato maior ou igual a 36mg/dl;
- Pacientes com sepse que não responderem a administração inicial de 1000 ml de cristaloides e permanecerem com PAM < 65 mmHg.
- Pacientes com sepse e disfunção respiratória com necessidade de ventilação mecânica ou ventilação mecânica não-invasiva que não tolerem 2h fora do BiPAP em cada período de 6h;
- Pacientes com sepse com outras indicações de UTI contempladas em outros protocolos institucionais;
- Pacientes com sepse que não apresentem os critérios acima para internação na UTI, porém que se julgue apresentar alto risco de deterioração clínica subsequente, conforme discussão com equipe médica titular e/ou médico plantonista.
- Escore na Escala de Coma de Glasgow < 10
- Disfagia grave
- Redução de proteção de vias aéreas

3. EXAMES ADICIONAIS

Pneumonia moderada a grave (CURB-65 ≥2) [3, 4] (e):

- Cultura de amostra adequada de escarro e hemocultura (2 pares) ;
- Considerar pesquisa *Legionella;*
- Considerar pesquisa de COVID-19;
- Teste para influenza em pacientes com CURB-65 3 a 5, doença estrutural do parênquima pulmonar ou hepatopatia.

4. ALOCAÇÃO

Use o julgamento clínico, a oximetria de pulso, o escore CURB-65 (f)

- CURB-65 0 ou 1: considere tratamento ambulatorial;
- CURB-65 ≥ 2 saturação arterial de oxigênio <92% [5]: considere tratamento hospitalar;
- CURB-65 ≥ 3, considere internação em unidade de terapia semi ou UTI

5. TRATAMENTO [3, 4, 6, 7, 8, 9]

CURB-65	Local de tratamento	Situação clínica	Esquema antibiótico recomendado
0 ou 1	**Domicílio**	Sem comorbidades e sem uso de ATB < 3 meses	• Amoxicilina/clavulanato 875/125 mg VO 2x/dia, por 5 a 7 dias • Amoxicilina 1000 mg VO 2x/dia ou doxiciclina 100 mg 2x/dia • Para alérgicos , levofloxacino 750 mg VO, 1x/dia, por 5 a 7 dias
		Comorbidades (DPOC, cirrose, IRC,câncer, diabetes, IC, alcoolismo, asplenia ou imunossupressão) ou uso de ATB < 3 meses	• Amoxicilina/clavulanato 875/125 mg VO 2x/dia MAIS Azitromicina 500 mg VO 1x/dia por 5 a 7 dias • Levofloxacino 750 mg VO, 1x/dia; por 5 a 7 dias
2	**CMC**	Internação em enfermaria	• Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Azitromicina 500mg VO/EV 1x/dia por 7 dias* ou Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Claritromicina 500mg VO/EV 2x/dia • Levofloxacino 750 mg VO/EV 1x/dia ou moxifloxacino 400 mg VO/EV 1x/dia) por 7 a 10 dias*

5. TRATAMENTO [Continuação]

3 a 5	**UTI**	Sem risco de agentes resistentes (sem história de DPOC, bronquiectasia, uso frequente de antibióticos ou corticoide)	• Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Azitromicina 500mg VO/EV 1x/dia por 7 dias* ou Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Claritromicina 500mg VO/EV 2x/dia * por 7 a 10 dias* Levofloxacino 750 mg VO/EV 1x/dia por 7 a 10 dias*
		Com fator de risco para agentes resistentes (DPOC, bronquiectasia, uso frequente de antibiótico ou corticoide)	• Piperacilina/tazobactam 4,5 g EV 4x/dia MAIS Azitromicina 500mg VO/EV 1x/dia por 7 dias OU Claritromicina 500mg VO/EV 2x/dia

- **Pacientes com suspeita de influenza (CURB-65 3 a 5, Gestantes, doença estrutural do parênquima pulmonar ou hepatopatia) ou Síndrome Gripal introduzir tratamento para influenza até descartar o seu diagnóstico.**

- **Antes de suspender a ATB, o paciente deve estar afebril por 48 a 72 horas, respirando sem oxigênio suplementar (a não ser que necessário por doença pré-existente) e não ter mais que 1 fator clínico de instabilidade (FC >100 bpm; FR >24 respirações/minuto e PAS ≤90 mmHg).**

6. MANEJO SUBSEQUENTE

Troca para terapia oral
Deve ser realizada em pacientes que apresentam melhora clínica e preencham os seguintes critérios objetivos [10]:

- Capacidade de manter ingestão oral;
- Sinais clínicos estáveis (temperatura ≤ 37,8°C, FR ≤ 24 resp/min, PAS ≥ 90 mmHg sem vasopressor por pelo menos 8 h);
- Ausência de exacerbação de comorbidades maiores (insuficiência cardíaca, DPOC).

Indicação de exames bioquímicos, hemograma e marcadores inflamatórios de controle:
Devem ser adaptada a situação clínica do paciente. Se os exames iniciais são normais, possivelmente uma única repetição destes exames é suficiente.

Pacientes que se mantem internados em uso de antibioticoterapia, solicitar procalcitonina no quinto dia de internação e se normal, com o paciente clinicamente bem suspender antibioticoterapia.
Critérios de alta [10]:

Critérios de troca de antibiótico para via oral descritos acima;
- Estado mental basal;
- Oximetria de pulso ≥ 90 % em ar ambiente (para pacientes com hipoxemia crônica ou recebendo suplementação crônica de O_2, a oximetria de pulso deve ser similar aos valores basais).

Os critérios de troca para terapia oral e alta podem ser atingidos simultaneamente ou sequencialmente. Os pacientes não precisam ser
mantidos durante a noite para observação após a troca para via oral [11].

Indicação de radiografia de tórax de controle:
Deve ser realizada após 2 a 3 meses de tratamento em pacientes >50 anos ou tabagista >35 anos [12].

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Aderência a antibioticoterapia recomendada;
- Alocação adequada;
- Duração da hospitalização;
- Taxa de readmissão.

III. GLOSSÁRIO

- ATB: antibiótico;
- CMC: clínica médica-cirúrgica;
- DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica;
- FC: frequência cardíaca;
- FR: frequência respiratória;
- IC: insuficiência cardíaca;
- IRC: insuficiência renal crônica;
- PAS: pressão arterial sistólica;
- UTI: unidade de terapia intensiva.

IV. HISTÓRICODE REVISÃO

Versão 3: atualização dos critérios do escore CURB -65; revisão pela SCIH.

V. REFERÊNCIAS

[1] Ann Intern Med 2003; 138:109;
[2] Am J Med 2004; 117:305;
[3] Clin Infect Dis 2007; 44:S2;
[4] NICE guidelines [CG 191], December 2014;
[5] Clin Infect Dis 2011; 52(3):325-31;
[6] J Bras Pneumol 2009; 35(6):574-601;
[7] Arch Intern Med 1999; 159(21):2562-72;
[8] Chest 2003; 123(5):1503-11;
[9] Am J Med. 2007; 120(9):783-90;
[10] Arch Intern Med. 2012; 172(12):922;
[11] Am J Med. 2006; 119(6):512.e1;
[12] Clin Infect Dis. 2000; 31(2):347.

Código Documento: CPTW28.3	**Elaborador:** Moacyr Silva Jr.	**Revisor:** Mauro Dirlando C de Oliveira	**Aprovador:** Giancarlo Colombo	**Data de Elaboração:** 26/04/2021 **Data da revisão:** 12/07/2023	**Data de Aprovação:** 26/04/2021

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Profilaxia de Úlcera por Estresse

1. DEFINIÇÃO E FISIOPATOLOGIA

Úlceras por estresse (UE) são lesões ulceradas da mucosa gástrica associadas a estresse fisiológico extremo (1). O típico estado de hipersecreção ácida (fator comum na formação das úlceras duodenais) não representa o seu principal mecanismo patogênico (1).

São causadas por série de fatores envolvidos na redução da capacidade protetora da mucosa gástrica, como a menor produção de bicarbonato, menor motilidade gástrica e redução do fluxo sanguíneo em mucosa gástrica (1).

2. EPIDEMIOLOGIA

Sangramento digestivo clinicamente importante em UTI tem incidência de 1,5 a 5%, destes, aproximadamente 40% são realmente devido a úlcera por estresse.
Nestes casos, ocorre aumento do tempo de internação em 8 dias, com mortalidade atribuída de 50%. (2)
Pacientes em ECMO elevam a incidência para 13.6% (2).
Entretanto, pacientes internados fora da UTI apresentam incidência muito baixa, entre 0,05 e 0,23% (2).

3. O PROBLEMA

O conceito de "Fast Hug" com visitas multidisciplinares diárias comtemplando a necessidade de uso de profilaxia de úlcera de estresse foi amplamento difundido nas UTIs, acarretando em uso indiscriminado de medicações com ação no PH gástrico (3).

Estudos demonstram que cerca de 45% do uso da profilaxia de úlcera por estresse não tem indicação precisa e mais de 80% dos pacientes permanecem com estas medicações mesmo após a alta da UTI (4).

Os últimos guidelines específicos sobre este tema foram publicados em 1999, porém novos estudos demonstram que a profilaxia deve ser racional (5).

4. HÁ RISCOS DE EFEITOS ADVERSOS COM ESTAS MEDICAÇÕES?

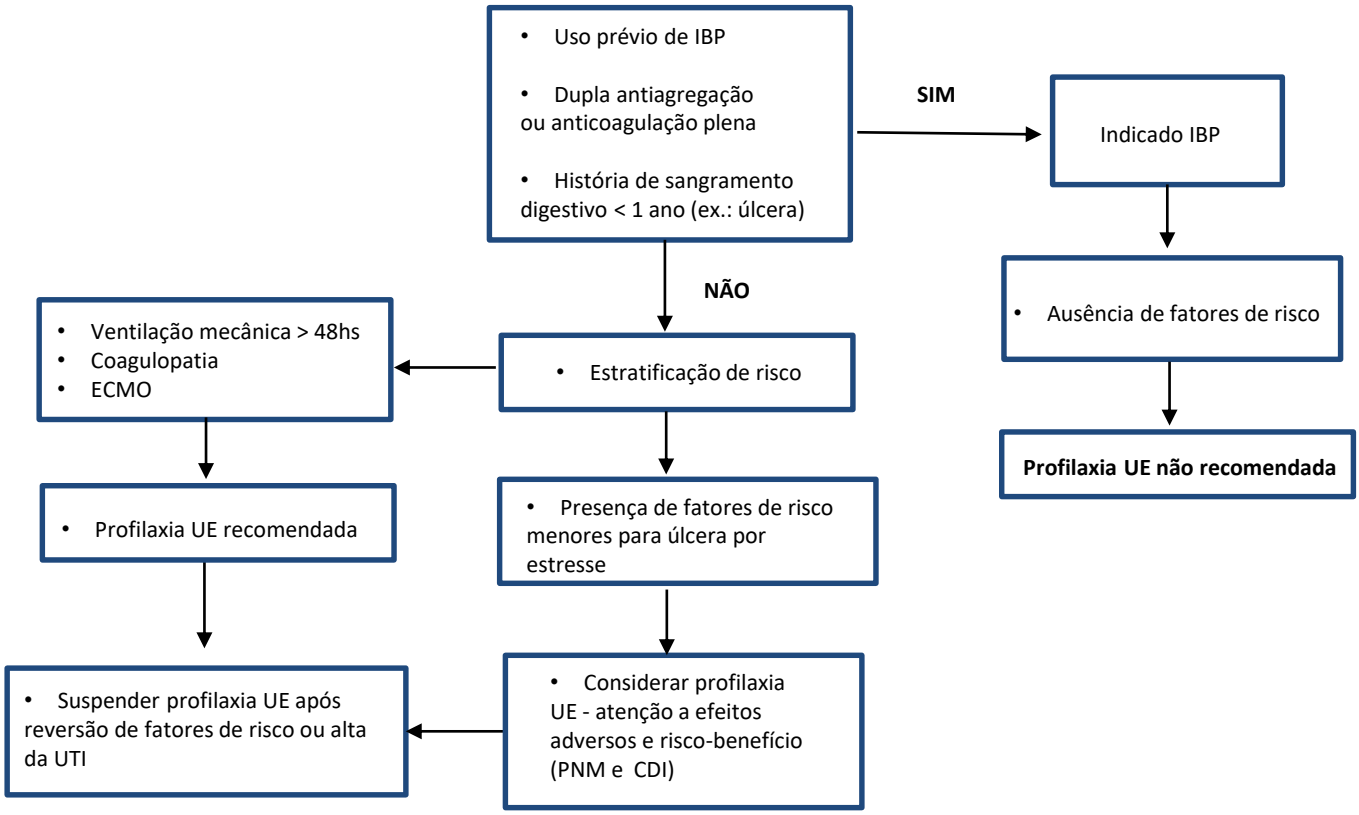
Além dos custos associados, grandes estudos observacionais e meta-análises evidenciam o risco aumentado de pneumonia associada a ventilação mecânica e de infecção por Clostridium Difficile na unidade de terapia intensiva em pacientes que utilizam medicações para profilaxia de úlcera por stress (6).

5. QUAL MEDICAÇÃO TEM MELHOR EFICÁCIA?

Os inibidores de bomba de prótons (IBP) apresentam maior eficácia no aumento de PH gástrico,
exibindo maior eficácia quando comparados ao antagonistas de H2 em relação a incidência de úlcera por estresse (7).

Importante ressaltar que a incidência de hemorragia digestiva ocorre principalmente nos primeiros 5 dias de UTI e o uso destas medicações não deve se manter por tempo prolongado (8).

ALGORITMO DE PROFILAXIA DE ÚLCERA POR ESTRESSE EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI



FATORES DE RISCO ATUALIZADOS

Maiores:

- ✓ **Insuficiência respiratória (ventilação mecânica > 48 horas)**
- ✓ **Coagulopatia (INR > 1.5, Plaquetas < 50.000 e TTPA > 2.0)**
- ✓ **ECMO**

Menores:

- ✓ **Insuficiência hepática aguda ou crônica**
- ✓ **Insuficiência renal aguda ou crônica (terapia de substituição renal aumenta o risco)**
- ✓ **Disfunção de múltiplos órgãos (SOFA)**
- ✓ **Coma / Traumatismo crânio-encefálico grave (ECG < 9)**
- ✓ **Politrauma grave (ISS > 16) ou TRM**
- ✓ **Grandes queimados (SCQ > 20%)**
- ✓ **Altas doses de corticóides (> 250mg/dia de hidrocortisona ou equivalente)**
- ✓ **Uso de medicações anticoagulantes, anti-plaquetários ou anti-inflamatórios não esteroides (9)**

6- PONTOS FUNDAMENTAIS

- Otimizar terapias para prevenção de lesão de mucosa, principalmente normalização de variáveis hemodinâmicas e início de dieta enteral precoce.
- Profilaxia medicamentosa somente em pacientes com fatores de risco para úlcera por estresse.
- Medicações inibidoras do bomba de prótons são mais eficazes, porém maior risco de pneumonia hospitalar e infecção por Clostridium difficile em relação anti-H2.
- Profilaxia deve ser por curto período, com reavaliações periódicas (diárias) sobre sua necessidade e sempre discutir suspensão após reversão dos fatores de risco e antes da alta da UTI.

7- INDICADORES

- **Meta:** Racionalização do uso, com suspensão de administração de medicamentos para profilaxia de úlcera por estresse sem indicação com base na literatura atual.
- **Indicador de Resultado:** 1) N° de doses / pacientes – dia de medicamentos relacionados a úlcera de estresse.
- **Indicador de Processo:** 2) Percentual de pacientes que recebem profilaxia indevida de úlcera de estresse; 3) Número de intervenções / mudanças na prescrição geradas pela equipe de farmacêuticos durante discussão em visita multiprofissional; 4) Percentual de pacientes que recebem profilaxia corretamente.
- **Indicador de Equilíbrio:** 5) Taxas de sangramento / HDA ; 6) Taxa de úlcera por estresse diagnosticada em exames (EDA).

Referências

[1] Machado AS, Teixeira C. Profilaxia para úlcera de estresse nas unidades de terapia intensiva: estudo observacional multicêntrico [Stress ulcer prophylaxis in intensive care units: an observational multicenter study]. Rev Bras Ter Intensiva. 2006 Sep;18(3):229-33. Portuguese.
(2) Mazzeffi M, Kiefer J, Greenwood J, Tanaka K, Menaker J, Kon Z, Sanchez P, Pham S, Herr D. Epidemiology of gastrointestinal bleeding in adult patients on extracorporeal life support. Intensive Care Med. 2015 Nov;41(11):2015.
(3) Vincent JL. Give your patient a fast hug (at least) once a day. Crit Care Med. 2005 Jun;33(6):1225-9.
(4) Rafinazari N, Abbasi S, Farsaei S, Mansourian M, Adibi P. Adherence to stress-related mucosal damage prophylaxis guideline in patients admitted to the Intensive Care Unit. J Res Pharm Pract. 2016 Jul-Sep;5(3):186-92.
(5) ASHP Therapeutic Guidelines on Stress Ulcer Prophylaxis. ASHP Commission on Therapeutics and approved by the ASHP Board of Directors on November 14, 1998. Am J Health Syst Pharm. 1999 Feb 15;56(4):347-79.
(6) Barbateskovic M, Marker S, Granholm A, Anthon CT, Krag M, Jakobsen JC, Perner A, Wetterslev J, Møller MH. Stress ulcer prophylaxis with proton pump inhibitors or histamin-2 receptor antagonists in adult intensive care patients: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. Intensive Care Med. 2019 Feb;45(2):143-158.
(7) Alshamsi F, Belley-Cote E, Cook D, Almenawer SA, Alqahtani Z, Perri D, Thabane L, Al-Omari A, Lewis K, Guyatt G, Alhazzani W. Efficacy and safety of proton pump inhibitors for stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Crit Care. 2016 May 4;20(1):120.
(8) Krag M, Perner A, Wetterslev J, Wise MP, Borthwick M, Bendel S, McArthur C, Cook D, Nielsen N, Pelosi P, Keus F, Guttormsen AB, Moller AD, Møller MH; SUP-ICU co-authors. Prevalence and outcome of gastrointestinal bleeding and use of acid suppressants in acutely ill adult intensive care patients. Intensive Care Med. 2015 May;41(5):833-45.
(9) Cook D, Guyatt G. Prophylaxis against Upper Gastrointestinal Bleeding in Hospitalized Patients. N Engl J Med. 2018 Jun 28;378(26):2506-2516.

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW262.1	Roberto Rabelo Filho	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	01/09/2021	01/09/2021

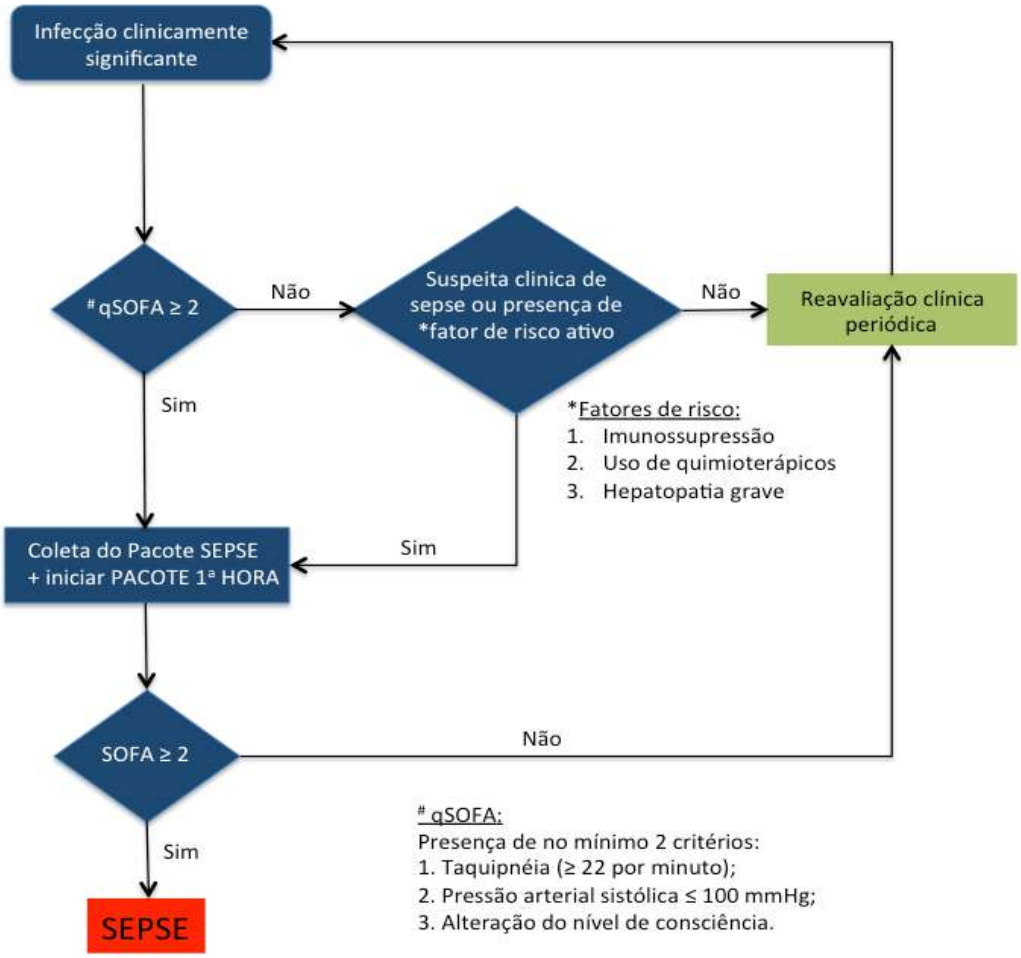
A Sepse é definida pela presença de uma infecção associada a uma disfunção orgânica ameaçadora a vida.

Para o diagnóstico de choque séptico, utiliza-se como critério a presença de hipotensão arterial com necessidade de vasopressor para manter a pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e lactato sérico acima de 18 mg/dL, após ressuscitação volêmica adequada [1].

1. TRIAGEM

Todos os pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem **escore qSOFA positivo** ou **suspeita clínica de sepse (**sinais clínicos de disfunção orgânica nova, como hipotensão arterial, saturação de oxigênio baixa pela oximetria de pulso, dispneia com aumento da necessidade de oxigênio/suporte respiratório, alteração do nível de consciência ou oligúria) [2], ou a **presença de quaisquer fatores de risco ativos** (imunossupressão, quimioterapia, hepatopatia grave) devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do Pacote SEPSE.

Fluxograma de atendimento inicial dos pacientes com suspeita de sepse



*** Suspeita clínica de sepse (Alteração no nível de consciência e/ou PAM ≤ 65mmHg e/ou PAS ≤90mmHg e/ou saturação ≤ 92%)**

*** Fator de risco ativo (Imunossupressão e/ou uso de quimioterápicos e/ou hepatopatia grave)**

2. ESCORE DE RISCO

O score de qSOFA é considerado positivo quando há pelo menos dois dos seguintes critérios clínicos:

- Frequência respiratória maior ou igual a 22 incursões por minuto;
- Alteração do nível de consciência (escore segundo a Escala de Coma de Glasgow menor do que 15);
- Pressão arterial sistólica menor ou igual a 100 mmHg.

Para os pacientes com suspeita de infecção, associados a **qSOFA positivo** ou quaisquer **manifestações clínicas** como hipotensão arterial (PAM ≤ 65 mmHg, saturação de oxigênio ≤ 92%, alteração do nível de consciência ou oligúria) ou ainda**,** fatores de risco ativos como hepatopatia grave, imunossupressão ou quimioterapia devem ter exames complementares coletados para determinar o score SOFA basal. A sepse será definida pela presença de infecção associada a uma disfunção orgânica e aumento maior ou igual a 2 pontos do score total do SOFA basal do paciente (*Sequential Organ Failure Assessment)* [1] – vide Tabela 1.

Tabela 1- SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

	0	1	2	3	4
Pa 0_2/FiO_2	≥ 400	300 a 399	200 a 299	100 a 199	< 100
Plaquetas (x10^3uL)	≥ 150	100 a 149	50 a 99	20 a 49	< 20
Bilirrubina(mg/dL)	< 1,2	1,2 a 1,9	2 a 5,9	6 a 11,9	≥12
Pressão	PAM ≥ 70mmHg	PAM < 70 mmHg	Dopa [1] ≤ 5 ou uso dobutamina	Dopa [1] ≤ 5,1 a 15 ou nora [2] ≤ 0,1	Dopa [1] > 15 ou nora [2] >0,1
Glasgow	15	13 ou 14	10 a 12	6 a 9	< 6
Creatinina (mg/dL) e /ou diurese (mg/Dl)	Cr< 1,2	Cr 1,2 a 1,9	Cr 2 a 3,4	Cr 3,5 a 4,9 ou diurese < 500	Cr ≥ 5 ou diurese < 200
1- Dopa = dopamina em mcg/Kg/min; 2- Nora = noradrenalina em mcg/Kg/min					

3. EXAMES DO PACOTE SEPSE: Bilirrubinas totais e frações, culturas apropriadas (ao menos dois pares de hemoculturas) gasometria com lactato arterial ou venoso, glicemia, hemograma com plaquetas, PCR, tempo de protrombina, uréia e creatinina.

4. TRATAMENTO

Pacote de 1 hora: Deve ser garantida a coleta de lactato sérico (dentro de 30 minutos), coleta de culturas e início de antibiótico endovenoso apropriado dentro de 1 hora. Os pacientes que apresentem hipotensão arterial ou hipoperfusão tecidual (lactato sérico maior ou igual que 36 mg/dL), devem receber expansão volêmica inicial com, no mínimo, 1000 ml de cristaloides em 1 hora [3], preferencialmente soro Ringer lactato. Deve-se atentar também, adicionalmente ao início da antibioticoterapia, à necessidade de procedimentos cirúrgicos para controlar o foco da infecção se indicado, como drenagem de abscessos, retirada de dispositivos invasivos, desbridamentos de feridas, dentre outros.

Pacote de 6 horas: Os pacientes que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada após a expansão volêmica inicial ou tiverem lactato inicial maior ou igual a 36 mg/dL, devem ser conduzidos dentro do **PACOTE DE 6 HORAS** [4].

Nesse pacote, após expansão volêmica inicial, deve-se reavaliar constantemente o paciente para definir nova necessidade de expansão volêmica adicional, com 500-1000 ml de cristaloides, conforme a presença de sinais de má perfusão periférica (sinais vitais, tempo de enchimento capilar > 3 segundos, extremidades frias ou presença de livedo) e/ou hipotensão arterial. **Vale lembrar que a *Surviving Sepsis Campaign* preconiza a expansão volêmica nas primeiras 3 horas com 30 ml/Kg de cristaloides [4].**

5. APOIO A DECISÃO - UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Para facilitar o processo sugerimos a utilização da ferramenta de apoio a decisão deflagrada pelo Millenium que traz informações relevantes do paciente, e de acordo com o provável foco infeccioso, sugere opções de antibioticoterapia, além da expansão volêmica, exames e cuidados.

O profissional pode aceitar ou não as sugestões de atendimento, no entanto em caso de recusa, uma justificativa deve ser preenchida no prontuário eletrônico.

Referências

1. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10
2. Machado FR, de Assunção MSC, Cavalcanti AB, Japiassú AM, de Azevedo LCP, Oliveira MC. Getting a consensus: advantages and disadvantages of Sepsis 3 in the context of middle-income settings. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2016;28(4):361-365. doi:10.5935/0103-507X.20160068.
3. The ARISE Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group . Goal-directed resuscitation for patients with early septic shock . N Engl J Med 2014;371:1496-1506.
4. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W et al (2017) Surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of sepsis and septic shock—2016. Int Care Med. doi:10.1007/s00134-017-4683-6

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW153.2	Leonardo José Rolim Ferraz Andreia Pardini	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	09/06/2021	10/06/2021

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

ROTINA DE CHECKIST DE CIRURGIA SEGURA – CENTRO CIRÚRGICO

1. DEFINIÇÃO

O *Checklist* de Cirurgia Segura foi implantado com o objetivo não mais de ser um princípio teórico, mas como prática obrigatória nos procedimentos invasivos elegíveis para favorecer melhores desfechos.

2. OBJETIVOS

Garantir a segurança do paciente durante a realização de procedimentos cirúrgicos / invasivos.

3. INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

Indicação: O protocolo deverá ser aplicado a todos os pacientes (adultos ou pediátricos) admitidos no Centro Cirúrgico que impliquem na realização dos procedimentos invasivos elegíveis.

Contraindicação: Procedimentos invasivos em situações de emergência.

4. RESPONSÁVEIS

Equipe assistencial envolvida na realização do procedimento invasivo.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Esse processo conta com o engajamento de toda a equipe envolvida na assistência ao paciente e tem como 'líder' a equipe de enfermagem, que é responsável por conduzir o *Checklist*, atuando como barreira adicional às possíveis falhas que envolvam a assistência cirúrgica.

6. MATERIAL

Preenchimento do *Checklist* de Cirurgia Segura impresso que deve ficar acondicionado no prontuário do paciente.

7. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

Não se aplica

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A equipe de enfermagem irá conduzir o *Checklist* para Cirurgia Segura em voz alta presença da equipe participante do procedimento (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Equipe Médica, entre outros) antes do início do procedimento.

O *Checklist* para Cirurgia Segura nos ambulatórios é dividido em 4 etapas:

Momento 1: *Check in* ou *Sign in*

Momento 2: *Time Out* I antes da indução anestésica

Momento 3: *Time Out* II antes da incisão cirúrgica

Momento 4: *Time Out* III antes do término da cirurgia

Momento 1- *Checkin* ou *Sign In*

A equipe de enfermagem que recebe o paciente na entrada do Centro Cirúrgico realiza as seguintes etapas:

Início do *check in* conferindo os seguintes itens:

- Checagem dois identificadores do paciente (nome completo e nº de prontuário)
- Avaliação inicial de enfermagem
- Anamnese/ exame físico
- Questionário de informações pré anestésicas preenchidas pelo paciente
- Avaliação pré anestésica
- Consentimento anestésico
- Consentimento cirúrgico com lateralidade/sítio (quando aplicável)
- Sítio demarcado (quando aplicável)
- Conferência do paciente / agendamento

Caso seja encontrada alguma não conformidade, o paciente não poderá ser encaminhado à sala de cirurgia, devendo permanecer na recuperação anestésica até que as não conformidades sejam regularizadas.

Na Sala de Cirurgia

Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem conduzirá os seguintes momentos após entrada em sala cirúrgica:

Momento 2: *Time Out* I antes da Indução Anestésica

A equipe de enfermagem preenche todos os itens da lousa da sala de cirurgia, conforme descrição abaixo:

- Nome do paciente
- Prontuário
- Procedimento
- Lateralidade
- Alergia
- Antibiótico (realizado às / próxima dose às)
- Cirurgião
- Assistente
- Anestesista
- Instrumentador
- Técnico de Enfermagem
- Enfermeiro
- Equipamentos checados por
- Representante
- Nome e contato do acompanhante
- Ramais
- Observação

O *Time Out* antes da indução anestésica corre na presença da equipe de enfermagem, cirurgião principal e/ou assistente e anestesiologista, e deverá ser conduzido em voz alta checando todos os itens relativos à segurança anestésica.

Os itens checados no *Time Out* antes da indução anestésica são:

- Checado dois identificadores (nome completo e prontuário na pulseira do paciente)
- Consentimentos anestésico/cirúrgico
- Sítio demarcado (quando aplicável).
- Exames em sala (quando aplicável).
- Alergia
- Profilaxia de TEV (paciente >18 anos)
- Monitor/oxímetro funcionando
- Verificação Anestésica (ventilador/KT5/Laringo/Aspirador/Seringas)
- Via aérea difícil
- ATB profilático/terapêutico
- Materiais/equipamentos essenciais disponíveis em sala, incluindo implantes de dispositivos médicos, quando aplicável
- Perda sanguínea que necessite de reserva de sangue
- Reserva disponível de hemocomponente (quando aplicável).

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

Momento 3: *Time Out* II antes da Incisão Cirúrgica

O *Time Out* antes da incisão cirúrgica corre ocorre na presença do cirurgião principal e/ou assistente, anestesiologistas, instrumentador cirúrgico, equipe de enfermagem e todos outros profissionais envolvidos na assistência cirúrgica antes que ocorra a incisão da pele do paciente.

Os itens checados no *Time Out* antes da incisão cirúrgica são:

- Confirmação com o cirurgião do nome completo do paciente, procedimento, lateralidade e sítio cirúrgico
- Identificação dos profissionais em sala
- Tempo previsto da cirurgia/momentos críticos
- Confirmação de que os materiais/equipamentos essenciais estão disponíveis em sala
- Antibiótico realizado
- Reserva de sangue disponível (quando aplicável)
- Previsão de peças/material para estudo

✓ Conferência dos integradores (esterilização)

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

Momento 4: *Time Out* III Antes do Término da Cirurgia

Ocorre antes do término do procedimento, juntamente com toda a equipe envolvida na assistência cirúrgica antes do término:

- Procedimentos realizados
- Contagem de Instrumentais
- Contagem de Agulhas
- Contagem de Compressas
- Contagem de Gazes
- Todas as peças para análise entregues / etiqueta das peças lida em voz alta, incluindo o nome do paciente
- Confirmar se houve falta ou falha de materiais e equipamentos
- Confirmar se há algum cuidado ou necessidade especial para o paciente no pós operatório

Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma.

9. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Não realização do *checklist* de procedimento seguro

10. PADRÃO DE PRÁTICA

Recomendações nacionais e internacionais referente ao assunto.

11. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica

12. REGISTRO

Cerner Millenium

13. INDICADORES DE QUALIDADE

Taxa de adesão ao Time Out Perfeito:

Fórmula de cálculo: Número de oportunidades em conformidade / número de oportunidades auditadas x 100.

14. ANEXOS

Não se aplica

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organização Mundial da Saúde. - Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angelica Duran – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211 p.: il. ISBN 978-85-87943-97-2

Manual Joint Commission International.

Ronsmans C, et al. Maternal mortality: who, where, and why. Lancet, 2006, 368:1189-200.

Weiser T, et al. An estimation of the global volume of surgery. Lancet

Population Reference Bureau. 2006 world population data sheet. 2006. http://www.prb.org/pdf06/06WorldDataSheet.pdf (acessado em 12 de abril de 2007).

Kwaan MR, et al. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. Archives of Surgery, 2006, 141:353-8.

Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? Archives of Surgery, 2006, 141:931-9.

Joint Commission. Sentinel event statistics-December 31, 2006. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics (acessado em 5 de maio de 2007).

Joint Commission. Sentinel events alert-5th December 2001. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/sentineleventalert/sea_24.htm (acessado em 3 de maio de 2007).

Cowell HR. Wrong-site surgery. Journal of Bone and Joint Surgery (American), 1998, 80:463.

OMS/ANVISA checklist

16. DOCUMENTOS RELACIONADOS

POLÍTICA DE SEGURANÇA EM CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS - IDENTIFICAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (LATERALIDADE), CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA E PROCEDIMENTO SEGURO

ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS, URGÊNCIAS, INTERCORRÊNCIAS E AVALIAÇÕES MÉDICAS DOS PACIENTES NO HOSPITAL

INTRODUÇÃO

O dispõe de médicos plantonistas e equipe de enfermagem, 24 horas por dia, autorizados a prestar assistência a pacientes em situações de emergência/ urgência, internados ou ambulatoriais em suas dependências físicas

OBJETIVO

Assegurar que qualquer paciente admitido e ou utilizando as dependências físicas, seja devidamente identificado e tratado na vigência de emergências, urgências, intercorrências e necessidade de avaliações médicas, mesmo na ausência de seu médico titular, sem a anuência prévia do mesmo.

O Código Amarelo visa adotar as melhores práticas propostas na literatura e recomendadas pela Campanha Internacional Cem mil vidas (100K lives) com os seguintes objetivos:

1. Diminuição da mortalidade intra-hospitalar,
2. Redução do nº de PCR e maior sobrevida desses pacientes,
3. Favorecer a Segurança do Paciente, do Médico e da Instituição

DEFINIÇÕES

O Código Amarelo consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais no paciente adulto, previamente estabelecidos, que permitirá ao enfermeiro, acionar o médico da CMC ou UTI, agilizando o atendimento.

Este atendimento deve ocorrer em **até 5 minutos** a partir do acionamento pelo enfermeiro. Ou seja, o enfermeiro aciona o "***Código Amarelo***" **no ramal XXXX** e o médico tem até 5 minutos para chegar ao local da ocorrência.

Em caso de falha no sistema de ramais, acionar o código pelo celular de contingência **(XX)-XXXXXX**

Na ocorrência de Parada Cardiorrespiratória (PCR) em pacientes adultos, essa política não é aplicável, devendo ser seguida a "Política de Atendimento a Parada Cardiorrespiratória" pelo Código Azul.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

MUDANÇAS AGUDAS NO ESTADO GERAL DO PACIENTE:

Comprometimento respiratório:

- Diminuição aguda da Saturação de O2 para < 90%
- Mudança da Frequência Respiratória para < 8 rpm ou > 28 rpm

Comprometimento circulatório:

- Diminuição da pressão arterial sistólica para <- 90 mmHg
- Aumento da pressão arterial sistólica para > 180 mmHg associado a sintomas
- Mudança da Frequência cardíaca para < 40 bpm ou > 130 bpm
-Suspeita de sepse

Comprometimento neurológico:
- Rebaixamento do nível de consciência
- Convulsão
- Sinais Focais súbitos
- Hipótese diagnóstica de AVC com menos de 12 horas de evolução
- Suspeita de AVC

Seriamente preocupado com o estado geral do paciente:
- Paciente refere "não estar bem" ou sentir "algo errado"
- Mudança de cor, umidade e diminuição da temperatura nas extremidades do paciente (extremidades pálidas, acinzentadas, úmidas ou cianóticas)
- Situação que envolva distúrbio de pensamento, sentimentos ou ações que acarrete risco significativo para o paciente ou para outros, necessitando de intervenção imediata, caracterizando emergência psiquiátrica.
- Queda com (ou potencial) de dano **moderado ou grave**. (são exemplos de queda com dano moderado ou grave: queda com TCE, perda da consciência, incapacidade de mobilidade ou mobilidade prejudicada após a queda, ou seja, situações cuja consequência da queda colocar em risco a segurança do paciente. Nesse momento, a avaliação do enfermeiro é fundamental.)

- **Observação:** nos casos de queda com dano ausente ou leve o enfermeiro comunicará o médico do paciente (titular ou assistente) sobre a ocorrência da queda; na impossibilidade deste proceder a avaliação, a enfermeira comunicará o médico plantonista da UTI, no ramal da secretaria **XXXX** sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda, conforme descrito no documento, toda a queda não assistida de ser acionado o código amarelo. *"Protocolo de prevenção de queda adulto e pediátrico"*

Critérios de Acionamento do Código Amarelo na Medicina Diagnóstica não desconsiderando a possibilidade de acionamento se pacientes atenderem critérios citados acima:

Achados diagnósticos relevantes em imagem:

- CABEÇA: Lesões focais ou difusas extensas com efeito de massa importante; Desvio importante das estruturas da linha mediana (> 1,0 cm) com risco de herniação encefálica;

Apagamento difuso dos espaços liquóricos intracranianos com risco de herniações encefálicas; Hidrocefalia volumosa com riscos de herniações encefálicas; Hemorragia no tronco cerebral ou cerebelo com efeito de massa ou compressão do IV ventrículo;
Hemorragia subaracnóide extensa sem causa conhecida (suspeita de provável aneurisma roto).

- PESCOÇO: Massa ou hematoma com risco iminente de obstrução completa de vias aéreas superiores; Lesões vasculares com hematoma volumoso ou com sangramento ativo
- TÓRAX: Pneumotórax volumoso/hipertensivo; Hemotórax volumoso (com risco de instabilidade hemodinâmica) com ou sem sangramento ativo; Tromboembolismo pulmonar maciço (com risco de instabilização hemodinâmica) # Formação expansiva com risco iminente de obstrução completa de vias aéreas; Consolidação pulmonar extensa comprometendo praticamente todo parênquima pulmonar

- ABDOME: Hemorragia parenquimatosa maciça ou hemoperitônio/hemorretroperitônio volumoso (risco iminente de instabilidade hemodinâmica) com ou sem sangramento ativo; Necrose mesentérica grave com pneumoportia; Trombose mesentérica extensa

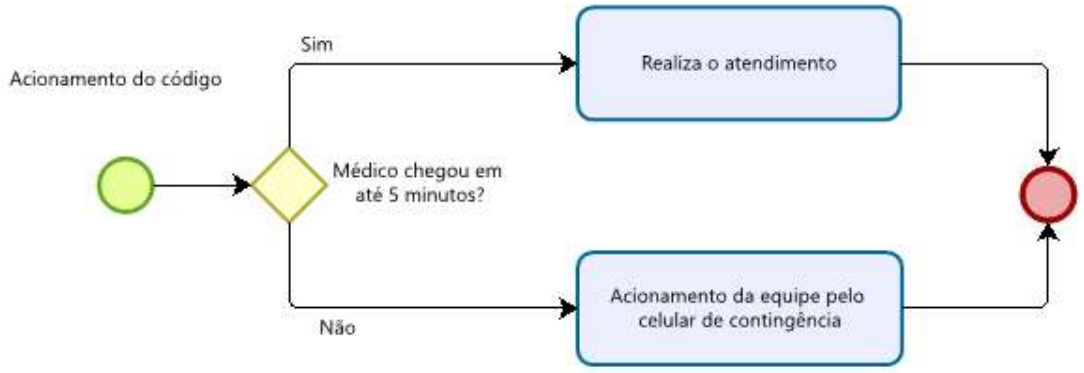
- AORTA: Dissecção aguda; Ruptura

Achados diagnósticos relevantes em cardiologia:

-IAM ou SCA em progressão;
-Arritmia potencialmente fatal (TVS, FV, Torsade du point, BAVT com baixo débito);
-Dissecção aórtica tipo A complicada (derrame pericárdico ou refluxo aórtico significante, obstrução coronariana);
-Tamponamento cardíaco;
-Insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatório (ETE/sedação);
-Hipotensão persistente após reposição volêmica;
-Efeito excessivo de sedativo (sedação > moderada) não revertido com antídoto;
-FA ou outras taquiarritmias sem risco iminente durante exame (sobretudo eco de estresse) e não revertida;
-Dissecção aórtica tipo A ou B não complicada e não diagnosticada previamente;
-Endocardite infecciosa complicada ou endocardite não diagnosticada previamente;
-Situação que o examinador julgue como de internação em cliente externo
O Desempenho Esperado é que todos os pacientes admitidos ou atendidos nas dependências do HMVSC em situação de emergência, urgência e intercorrência sejam identificados, atendidos e tratados em tempo compatível com sua necessidade iminente; que as ações da equipe

multiprofissional sejam devidamente documentadas em prontuário; que o resultado esteja conforme o esperado para o quadro clínico do paciente; que as intercorrências e ocorrências adversas sejam notificadas sistematicamente para que as ações de melhoria contínua sejam propostas.

Fluxo de acionamento



RESPONSABILIDADES

Agentes	Descrições das Atividades
Equipe assistencial da unidade de acionamento do código	Detecta uma ou mais das mudanças agudas no estado geral do paciente e solicita avaliação do enfermeiro. Obs: em determinadas unidades, em virtude da indisponibilidade imediata do enfermeiro, outros profissionais poderão acionar o código amarelo, mediante treinamento prévio. Exemplo: Reabilitação, MDP. Após o acionamento: - Orienta paciente e família sobre o procedimento, - Providencia o carro de emergência no quarto do paciente, - Verifica os sinais vitais e prepara o gliosímetro; - Instala o oxímetro de pulso; - Monitoriza o paciente com ECG no desfibrilador se acionamento por - motivo cardiovascular - Instala cateter de O2 nasal 2L/min se saturação < 90% - Tranquiliza a família

Enfermeiro do local de acionamento do código	Para acionar o código amarelo, discar o ramal **XXXX** ouvir a gravação e confirmar o acionamento digitando o número 1, ouvir a gravação até o fim. Obs. Os telefones que realizam o acionamento do código estão identificados em seus setores. Estes terminais estão mapeados e descritos na documentação Após o acionamento: - Inicia preenchimento do código amarelo adulto no prontuário eletrônico em formulário específico - Acompanha a transferência do paciente, em maca, para o setor de pacientes graves: UTI. No caso em que não houver vagas na UTI, encaminha para sala de choque de unidade de pronto atendimento. Deve obrigatoriamente estar acompanhado do médico do código amarelo;
Médico *Código Amarelo*	-Médico Intensivista -Dirige-se à área de atendimento respeitando o prazo definido no protocolo (5min.); -Avalia o paciente, faz o diagnóstico da situação, prescreve drogas e inicia procedimentos, se necessário; - Solicita e acompanha a transferência do paciente, em maca, junto ao enfermeiro, para o setor de pacientes graves: UTI. No caso em que não houver vagas na UTI, encaminha para sala de choque de unidade de pronto atendimento. -Preenche formulário do código amarelo adulto.

*** Urgências e Emergências pediátricas conforme critérios estabelecidos em documentação específica são atendidos pelo Código Amarelo Pediátrico.**

*** Urgências e Emergências a transeuntes conforme critérios estabelecidos em documentação específica são atendidos pelo Código Laranja.**

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Não se aplica

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

- Taxa de atendimento com início de atendimento em até 5 minutos;
- Taxa de transferência de pacientes para a UTI, após o atendimento do Código Amarelo

*Dados de acompanhamento:
- Número de acionamentos mês
- Desfechos de atendimento
- Causas prováveis
- Local de acionamento
- Índice de acionamentos por motivo único do critério "enfermeiro seriamente preocupado".

ANEXOS

Não se Aplica

REGISTROS

Em anotação e evolução de enfermagem. Em evolução e prescrição médica. O registro do **Código Amarelo Adulto** se faz, também, em formulário próprio disponível, o preenchimento deverá ser iniciado pela equipe local e finalizado pelo médico. O formulário possui duas vias, sendo que a via amarela deve ficar no prontuário do paciente e a branca deve ser encaminhada para o setor de Prática Assistencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vandegrift MA, Granata R, Totten VY, Kellett J, Sebat F. Review of 20 Years of Continuous Quality Improvement of a Rapid Response System, at Four Institutions, to Identify Key Process Responsible for Its Success. Crit Care Explor. 2021;3(8):e0448. Published 2021 Aug 10. doi:10.1097/CCE.0000000000000448
- Higashino M, Hiraoka E, Kudo Y, et al. Role of a rapid response system and code status discussion as determinants of prognosis for critical inpatients: An observational study in a Japanese urban hospital. Medicine (Baltimore). 2021;100(32):e26856. doi:10.1097/MD.0000000000026856
- Lyons PG, Edelson DP, Churpek MM. Rapid response systems. Resuscitation. 2018;128:191-197. doi:10.1016/j.resuscitation.2018.05.013
- Moreira AAS, Ramos RO, Ligório ABS, Junqueira KD, Corrêa KS. Rapid response team: what factors interfere with your performance?. Invest Educ Enferm. 2018;36(2):10.17533/udea.iee.v36n2e05. doi:10.17533/udea.iee.v36n2e05
- Maharaj R, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2015;19(1):254. Published 2015 Jun 12. doi:10.1186/s13054-015-0973-y
- British Columbia Ministry of Health Services. Standardized hospital color codes of British Columbia. Disponível em https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/keeping-bc-healthy-

safe/health-emergency-response/standardized-hospital-colour-codes.pdf; 2011 acessado em 02/02/2018

- Waldo, D. Standardization of emergency code calls in Oregon. Disponível em: https://www.oahhs.org/assets/documents/files/emergency-code-calls.pdf; 2009 acessado em 02/02/2018
- Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.
- Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais – 7ª Edição

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se Aplica

ATENDIMENTO DE CÓDIGO AZUL EM PACIENTES ADULTOS

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência inesperada em diversos momentos, constituindo grave ameaça à vida das pessoas. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o número de óbitos causados por parada cardiorrespiratória chega a 200 mil mortes por ano no Brasil. O *debriefing* é uma reflexão estruturada pós-experiência de urgência e emergência que contribui para a melhoria da qualidade hospitalar e segurança dos doentes.

O Hospital dispõe de médicos 24 horas por dia na unidade de Terapia Intensiva capacitados a prestar atendimentos a pacientes em situações de emergência/urgência, internados ou ambulatoriais nas dependências físicas. Na ocorrência de parada cardiorrespiratória (PCR), a equipe de enfermagem tem autonomia para acionar o código azul sem necessidade de anuência médica prévia.

OBJETIVO

✓ Estudar a incidência e o atendimento das paradas cardiorrespiratórias, através de um sistema de coleta de dados baseada no algoritmo.

✓ Sistematizar o atendimento de pacientes em PCR.

✓ Organizar um sistema de código para o atendimento das emergências clínico-cirúrgicas intra-hospitalares.

✓ Aumentar a taxa de sobrevida em pacientes com PCR.

DEFINIÇÕES

Estabelecer condutas para o atendimento de pacientes adultos (16 anos completos ou mais) em parada cardiorrespiratória (PCR), na Unidade, alocados na internação clínica e internação cirúrgica, internação ortopédica e internação cardiológica.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Pacientes adultos (16 anos completos ou mais); internados ou em atendimento nas dependências da unidade, excetuando-se os pacientes internados na UTIA e Unidade de primeiro atendimento.

RESPONSABILIDADES

Equipe da unidade: 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem

Equipe do código azul: 1 médico intensivista, 1 enfermeiro intensivista e 1 fisioterapeuta.

É de responsabilidade da equipe do **Código Azul** quando chegar ao local do evento, assumir o comando do atendimento e o caso do paciente até reversão do atendimento do quadro**. O tempo máximo previsto para a chegada do primeiro médico no local do evento é de até 3 minutos, a contar do instante do acionamento.**

O Código Azul é acionado através do número **(XXX)**, que deverá ser confirmado discando 1, conforme orientação da mensagem falada, AGUARDAR O FINAL DA MENSAGEM: *" CÓDIGO AZUL ACIONANDO COM SUCESSO ".* – Observação: confirmar qual será o instrumento de acionamento (sistema sinapse de acionamento, bip ou ramal direto)

Assim que for acionado o Código Azul pela área, a mensagem será recebida pela equipe que atende ao código azul via ramal móvel, e conterá a informação **CÓDIGO AZUL >> ALA >> ANDAR >> BLOCO >> RAMAL ACIONADOR**. ATUALIZAR CONFORME INSTRUMENTO DE ACIONAMENTO DO CÓDIGO

ATENÇÃO:

Em caso de falha no acionamento através do número **(XXX),** o grupo deve ser comunicado via plano de contingência: Ligar na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, nos ramais **(XXX)** (médico), **XXX** (enfermeiro) e **(XXXX)** (fisioterapia) e avisar que se trata de um Código Azul, informando localização (andar e bloco

Em situações de contingência que incluam o sistema de telefonia móvel e de ramais institucionais, o código azul poderá ser acionando pelo celular de contingencia – ligar no celular: **(XX)XXXXXX)** Localizado na UTI Adulto.

Todo atendimento de código azul será analisado pelo enfermeiro gerenciador, que faz a tabulação, análise, *"debriefing"* e definição das medidas de correção se necessário, em conjunto e comum acordo, com os membros do comitê de códigos de urgência e emergência. As reuniões ocorrem bimestralmente, os casos são discutidos e definidos os planos de ações, responsáveis e prazo.

O *"debriefing"* ocorre em até 48h após o ocorrido, através de ferramenta norteadora, sobre o processo e pontos sugestivos de melhoria com os profissionais envolvidos no atendimento, os pontos são discutidos na reunião do comitê.

ATRIBUIÇÕES DE ACORDO COM AS FUNÇÕES

Enfermeiro da Unidade

1. Avalia responsividade/consciência.
2. Se inconsciência, solicita ajuda e carro de emergência institucional.
3. Checa o pulso e avalia respiração. Se constatado PCR, inicia manobras de ressuscitação cardíaca pelas compressões torácicas e solicita acionamento do código azul por qualquer membro da equipe do setor através do ramal **(XXX confirma com tecla X após gravação).**

4. Mantém relação de 30 compressões torácicas e 2 ventilações com dispositivo bolsa-válvula-máscara (AMBU) com duração de 4 segundos (1 segundo para inspiração e 3 segundos para expiração).
5. Ao término do atendimento, realiza registro do atendimento em formulário específico.

Técnico da Unidade

1. Providencia o carro de emergência.
2. Instala monitorização cardíaca através do monitor do carro de emergência.
3. Obtém acesso venoso, de preferência em região antecubital.
4. Auxilia a enfermeira da unidade nas manobras de RCP.

Médico do Código

1. Assume a posição de líder do atendimento e solicita resumo clínico do paciente.
2. Reavalia rapidamente o C-A-B
3. Monitoriza com as pás, se o paciente não estiver monitorizado, e realiza choque, se indicado.
4. Prioriza a qualidade das compressões torácicas: frequência de 100 a 120/min, profundidade de 5 a 6cm e retorno completo do tórax.
5. Orienta a ventilação e avalia melhor momento para estabelecimento de via aérea avançada (máscara laríngea, tubo laríngeo ou tubo orotraqueal). Se dispositivo bolsa-válvula-máscara (AMBU), ventilar na proporção de 30 compressões torácicas para 02 ventilações. Na presença de via aérea avançada, verificar a ventilação com pausa de até 10 segundos e ventilar de forma assincrônica com frequência de 8 a 10/min.
4. Dá continuidade as manobras de RCP segundo os algoritmos preconizados pelo Suporte Avançado de Vida Cardiovascular - ACLS.
7. Realiza punção intraóssea, na impossibilidade de acesso venoso periférico.
8. Completa o preenchimento do registro de PCR iniciado pela equipe local.

Fisioterapeuta do Código

1. Auxilia o líder do atendimento do código na ventilação, manejo da via aérea e transferência do paciente.

Enfermeiro do Código

1. Orienta os auxiliares e técnicos de enfermagem
2. Administra as medicações solicitadas.
3. Administra 20 ml de solução fisiológica 0,9% e eleva o membro superior, após cada medicação.
4. Obtém um segundo acesso venoso, se solicitado.

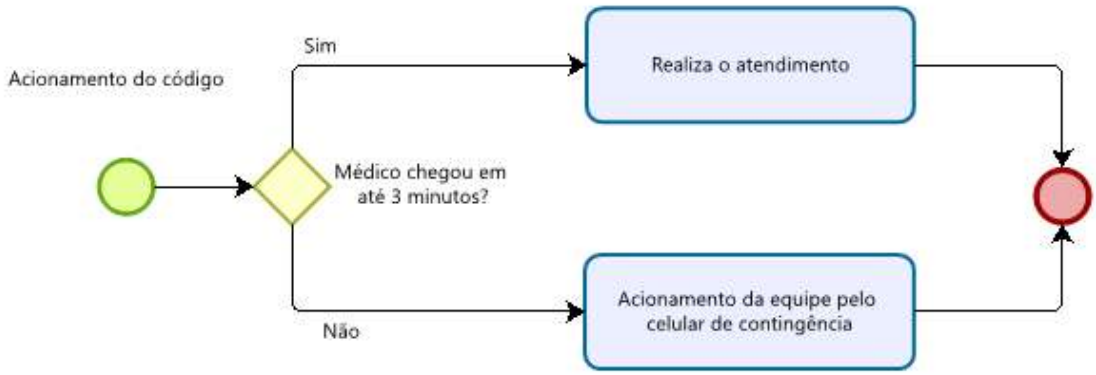
Durante o atendimento a equipe local solicita vaga de UTI para a regulação de leitos.

Após o atendimento, se transferência imediata para UTI, a passagem de plantão deve ser realizada pela equipe que atendeu o código azul, beira leito, após posicionamento do paciente no leito da UTI. A equipe local acompanha a transferência do paciente e passa o plantão dos antecedentes após.

Registros: Preencher o Formulário de Código Azul – Atendimento a pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória, que deve ser iniciado pela equipe local e finalizado pelo enfermeiro ou médico responsável pelo atendimento. Complementos devem ser registrados em anotação e evolução de enfermagem e em evolução e prescrição médica.

Exercícios no raciocínio crítico e condutas nas emergências: treinamento de acordo com a área de atuação: emergências cardiológicas (institucional), BLS, ACLS, PALS, ATLS, Heartsaver®, etc.

FLUXO DE ACIONAMENTO



CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

1. Manual de Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais – 5ª Edição:
2. **Padrão COP.3.1:** O corpo clínico é treinado para reconhecer e responder a mudanças na condição de um paciente.
3. **Padrão COP.3.2:** Serviços de ressuscitação estão disponíveis em todo o hospital.

2**.** Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde – *ONA (Organização Nacional de Acreditação*) – Subseção 2.3 – Atendimento Emergencial

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

- ✓ Taxa de início de atendimento em até 3 minutos
- ✓ Taxa de realização do debriefing após o atendimento do código azul

ANEXOS

N/A

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.

2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Fatores de risco para doenças cardiovasculares. Disponível em: http://www.cardiol.br/cuide/fatrisc.htm

3. Birão RC, Souza EM, Castro RA, Rabelo ER. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória. Rev. latinoam. enferm.2009

DOCUMENTOS RELACIONADOS

N/A

ATENDIMENTO CÓDIGO LARANJA

INTRODUÇÃO

O hospital dispõe de médicos plantonistas e equipe de enfermagem 24 horas por dia, autorizados a prestar assistência a transeuntes em situações de emergência/urgência em todas as faixas etárias.

Os atendimentos de urgência/emergência de pacientes internados, ou que estejam aguardando passar por atendimento, nos consultórios ou Setor de Imagem são realizados pelos Códigos Amarelo e Azul.

Será considerado **Código Laranja** quando a ocorrência for para **atender a vítima no local da ocorrência nas dependências do hospital.** Casos em que a vítima estiver em condições de ser encaminhada a Unidade de primeiro atendimento ou rede conveniada para atendimento, não serão considerados como Código Laranja.

Atendimentos em via pública devem seguir a política/fluxo de atendimento especifica para essas ocorrências.

OBJETIVO

Assegurar atendimento de urgência/emergência a qualquer transeunte utilizando as dependências físicas no Hospital.

O Código Laranja visa adotar as melhores práticas propostas na literatura e recomendadas pela Campanha Internacional Cem Mil Vidas (100K lives) com os seguintes objetivos:

1. Diminuição da mortalidade intra-hospitalar e locais adjacentes;
2. Redução do nº de PCR e maior sobrevida dos transeuntes;
3. Favorecer a Segurança do Paciente, do Médico, da Equipe de Enfermagem e da Instituição;

DEFINIÇÕES

Conforme critérios de acionamento previamente definidos abaixo:

Definição dos critérios

Perda de consciência

Convulsão

Confusão mental

Trauma grave

Insuficiência respiratória

Anafilaxia

Seriamente preocupado

Definição de transeunte

Transeuntes, são pessoas que estão circulando dentro do Hospital, sejam acompanhantes, visitantes, colaboradores ou pacientes em trânsito.

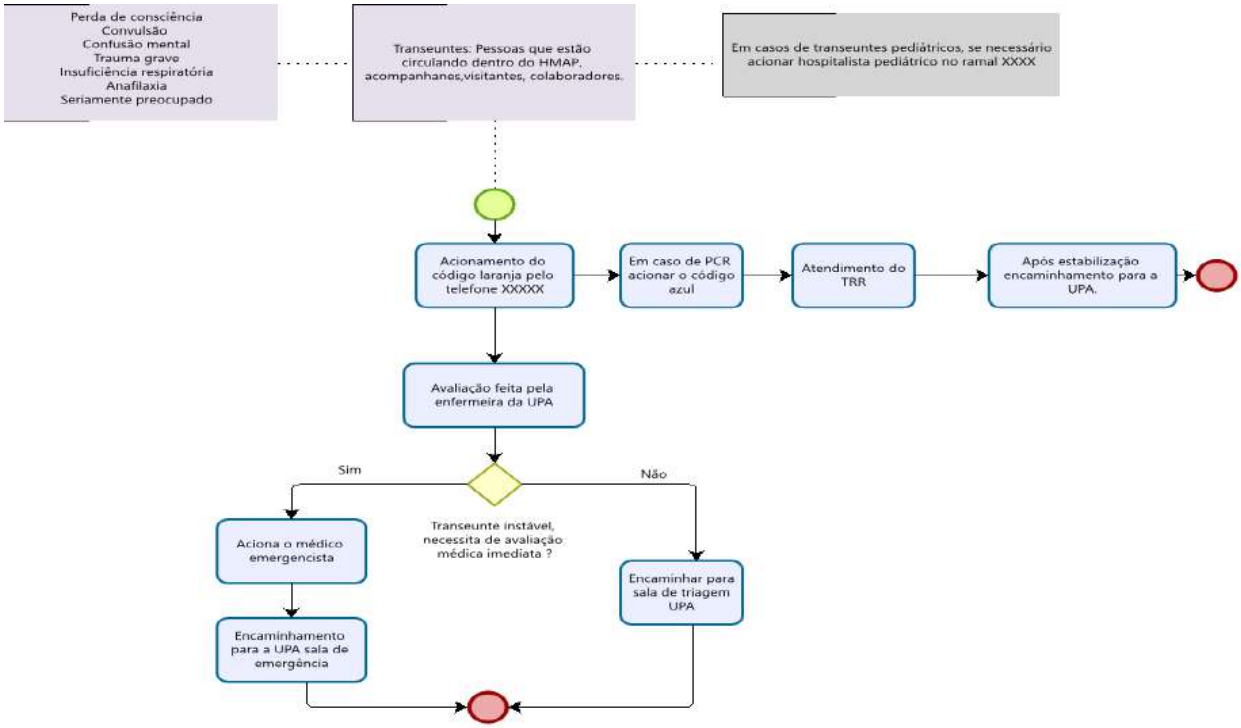
Agentes	**Casos**
Profissional da unidade	1. Avalia a necessidade de acionamento e aguarda no local a chegada da equipe. 2. Aciona código laranja discando Ramal **(XXXX),** neste momento, comunica o local de atendimento e o caso situacional.
Enfermeiro do PS	No ramal **(XXX)**o enfermeiro recebe a localização da vítima (andar e bloco). 1. Dirige-se até o local onde prestará atendimento com a mochila de atendimento independente da gravidade da vítima. 2. Enfermeiro realiza a triagem e se necessário aciona os demais membros envolvidos no processo, tais como bombeiro, médico e fisioterapia. 3. Após avaliar a vítima se necessário a presença do médico entra em contato com ele no ramal **(XXX)**e solicita ajuda. 4. Acompanhada transferência do paciente para UPA ou UTI em meio de transporte pertinente (maca ou cadeira de rodas). 5. Após o processo realiza abertura da ficha de atendimento e seu preenchimento. 6. O médico que será acionado é o **médico emergencista pelo ramal (XXX)** 7. Se necessário apoio da equipe do **bombeiro acionar no ramal (XXX)** Caso seja necessário para o atendimento: prancha rígida e colar cervical: o bombeiro deverá obrigatoriamente ser acionado. ***Atenção: Se o acionamento ocorrer para crianças (até 16 anos incompletos) o médico que deverá ser acionado é o pediatra no (XXXX), da UPA.***
Médico Emergencista	1. Realiza o atendimento e o preenchimento da ficha de atendimento. 2. Direciona o atendimento conforme fluxograma abaixo (figura 1)

ATENÇÃO:

Em caso de falha no acionamento do ramal, o grupo deve ser comunicado via plano de contingência:

*** Ligar direto no celular de contingência do enfermeiro (XX)-XXXXXXX) e avisar que se trata de um CODIGO LARANJA, informando localização (andar e bloco).**

Figura 1: Fluxograma de atendimento do código laranja



REGISTRO: APÓS O ATENDIMENO DO CÓDIGO LARANJA ANOTAR EM IMPRESSO PRÓPRIO. O PREENCHIMENTO DEVERÁ SER INICIADO PELO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO E SE NECESSÁRIO FINALIZADO PELO MÉDICO.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Transeuntes: pessoas que estão circulando dentro da instituição, estacionamento na entrada principal e pátio interno sejam acompanhantes, visitantes, colaboradores ou pacientes em trânsito.

Composição da mochila:

- ✓ Glicosimetro
- ✓ Glistam
- ✓ Aparelho de PA manual
- ✓ Oximetro portátil
- ✓ Luva
- ✓ Gaze

- ✓ Swab alcoolico
- ✓ Lanceta para verificação de glicemia
- ✓ Colares cervicais (todos os tamanhos)
- ✓ Ambu e máscara adulto e pediátrico

Se necessário: Prancha rígida e colar cervical, o bombeiro deverá ser acionado no ramal **XXXX.**

RESPONSABILIDADES

- Pelo atendimento: Enfermeiro e se necessário, bombeiros, fisioterapia e médico emergencista.
- A conferência da mochila de atendimento: será realizada, após os atendimentos pela equipe de enfermagem responsável do código.
- Os formulários de conferência serão arquivados pelo grupo de gestão dos códigos, bem como seu gerenciamento e indicador.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Manual Brasileiro de Acreditação – ONA

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

- ✓ Número de acionamentos/atendimentos de código laranja
- ✓ Taxa de pacientes que necessitaram de internação/observação após o atendimento do código laranja.

ANEXOS

NA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Institute for healthcare improvement, 100.000 lives campaign and 5 million lives campaign

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

HIGIENIZAÇÃO, LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBIENTES

1. OBJETIVO

Garantir a descontaminação e desinfecção de pisos e superfícies, após derramamento de matéria orgânica no ambiente (vômito, sangue, urina, fezes e secreções).

2. DEFINIÇÕES

Matéria Orgânica - vômito, sangue, urina, fezes e secreções.

Descontaminação – remoção física de elementos contaminantes

Desinfecção – eliminação total da carga microbiana existente no local.

EPI's – Equipamento de Proteção Individual (óculos, luvas de procedimento e de borracha).

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: O procedimento deve ser realizado imediatamente após a identificação da matéria orgânica.

Contra indicação: O procedimento não deve ser realizado sem a utilização dos EPI's (óculos de proteção e luvas de procedimento).

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

O colaborador deve receber treinamento e o ambiente estar sinalizado.

Carro funcional - carrinho de apoio com equipamento e produtos químicos para a realização da atividade de limpeza.

Pano de limpeza – utilizado para limpeza em geral, tanto superfícies de áreas comuns, administrativas, leitos e banheiros.

Obs: No Hospital municipal Ires Machado Resende (HMAP) teremos panos reprocessáveis e descartáveis.

Cabo Pulse – Acessório em forma de "rodo" com recipiente de produto químico, utilizado para higiene do piso.

Mop Duplo Liso - Acessório tipo "tapetinho" utilizado para limpeza seca ou úmida, de pisos em geral (exceto banheiro)

Mop Duplo Crespo - Acessório tipo "tapetinho" utilizado para limpeza exclusiva banheiros.

DML – (Depósito de material de limpeza) local para guarda de materiais limpos.

Borrifador – Acessório contendo produto químico para auxílio no processo de limpeza.

EPI - Equipamento de proteção individual utilizado para desempenho das atividades (óculos, luva de procedimento, luva de borracha e sapatos);

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Pré-procedimento: garantir o isolamento adequado do local, afim de não gerar incidentes (queda ou contaminação) e utilizar 2 (duas) luvas de procedimentos (uma em cada mão)
Pós-procedimento: descartar toda a matéria orgânica e material de contenção (papel toalha) no resíduo infectante.

6. DESCRIÇÃO

Descontaminação de matéria orgânica

1. Dirigir-se ao local com o carro funcional devidamente abastecido;
2. Colocar a placa de sinalização de "piso molhado" (quando o derramamento ocorrer no piso);
3. Colocar óculos de proteção;
4. Higienizar as mãos;
5. Calçar as luvas de procedimento nas duas mãos, recolher a matéria orgânica com o auxílio do pano descartável e/ou papel toalha e desprezar a matéria orgânica no saco branco infectante.
6. Retirar as luvas e desprezá-las no saco branco infectante
7. Higienizar as mãos;
8. Calçar novamente luva de procedimento na mão que terá contato com o pano de limpeza embebido em solução desinfetante, aplicando-o sobre local e deixar agir por 10 minutos a fim de realizar a desinfecção.
9. O pano de limpeza utilizado deve ser desprezado no local indicado (resíduo infectante ou saco de hamper);
10. Retirar a luva e desprezá-la no saco branco infectante,
11. Higienizar as mãos;
12. Retirar óculos de proteção.

Descontaminação de matéria orgânica seca

1. Dirigir-se com o carro funcional devidamente abastecido;
2. Colocar a placa de sinalização de "piso molhado" (quando o derramamento ocorrer no piso);
3. Higienizar as mãos;
4. Colocar óculos de proteção;
5. Borrifar solução desinfetante sobre a matéria orgânica e deixar agir por 10 minutos, a fim de umedecê-la, facilitando a remoção da sujidade;
6. Calçar a luva na mão que terá contato com o pano de limpeza e recolher o excesso;
7. Se necessário, repetir o processo com o pano de limpeza para garantir a retirada 100% da matéria orgânica;
8. O pano de limpeza utilizado deve ser desprezado no local indicado (resíduo infectante ou saco de hamper);
9. Retirar a luva e desprezá-la no saco branco infectante,

10. Higienizar as mãos;
11. Retirar óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADES

Camareiro: executar o procedimento na área, conforme descrições acima

Técnico de Serviço: responsável por acompanhar e orientar no que for necessário o profissional in loco;

Líder de Serviço: responsável por realizar as rondas, monitorar, acompanhar as atividades e orientar no que for necessário aos colaboradores.

Supervisor de Serviço: responsável pela gestão da equipe e acompanhamento das atividades propostas e orientação à equipe técnica.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Risco: Falha na utilização dos EPI's durante os processos de limpeza e desinfecção das superfícies e pisos

Ponto Críticos: Falha no processo de limpeza e desinfecção

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Colaborador treinado

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Treinamento admissional ou a cada 12 meses

11. REGISTROS DA QUALIDADE

N/A

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

N/A

13. ANEXOS

N/A

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

N/A

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

INTRODUÇÃO

Esta política estabelece os critérios para auxiliar a instituição a direcionar o desenvolvimento de ações que reduzam o risco de ocorrência de erros de medicação com os medicamentos considerados de Alta Vigilância.

O *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) baseado nos resultados das notificações dos eventos de erros de medicação reportados ao USP-ISMP Medication Errors Reporting Program, revisão da literatura e consulta a especialistas, criou uma lista de medicamentos considerados *high-alert*, (disponível em http://www.ismp.org ou http://www.ismp-brasil.org).

Todos os profissionais envolvidos nos processos de produção e utilização de medicamentos potencialmente perigosos devem conhecer os riscos associados ao seu uso e implementar barreiras especiais para prevenir a ocorrência de erros. Essas ações envolvem a disponibilização de informações relacionadas aos medicamentos, restrição do acesso, utilização de rótulos e etiquetas diferenciadas nos medicamentos, alertas durante a prescrição médica eletrônica, padronização das solicitações, armazenamento, distribuição, preparo, administração e dupla checagem durante a administração.

OBJETIVOS

- Definir os medicamentos que serão considerados de Alta Vigilância na Instituição.
- Sistematizar a abordagem dos medicamentos de Alta Vigilância no sistema de administração de medicamento da Instituição.
- Demonstrar as barreiras existentes no sistema de administração dos medicamentos considerados de Alta Vigilância, com o objetivo de minimizar a ocorrência de erros.
- Definir as medidas que evidenciarão a efetividade das barreiras criadas.

DEFINIÇÕES

Os medicamentos de alta vigilância são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos ao paciente em decorrência de uma falha no processo de utilização. Os erros associados a esses medicamentos podem não ocorrer em maior frequência, contudo, suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar danos permanentes ou a morte.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

São considerados medicamentos de alta vigilância:

- Analgésicos Opióides (todos)
- Anticoagulantes (todos)
- Insulinas (todas)
- Eletrólitos de alta concentração (Cloreto de Potássio 19,1% 10mL; Cloreto de Sódio 20% 10mL; Sulfato de Magnésio 50% 10mL; Fosfato de Potássio 2mEq/ml 10mL e Glicerofosfato de Sódio 20mL)

- Antineoplásicos (todos)

A relação completa com os nomes comerciais e princípios ativos para consulta pode ser acessada no manual farmacêutico.

1. BARREIRAS PADRONIZADAS PARA REDUÇÃO DE ERROS COM MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA.

1.1. SELEÇÃO E AQUISIÇÃO:

- É padronizado e adquirido o menor número de apresentações desses medicamentos para atender às indicações clínicas.

1.2. ARMAZENAMENTO:

- O armazenamento dos medicamentos de alta vigilância prevê ações que garantem a correta rotulagem, alocação, distanciamento, considerações necessárias para estocagem de medicamentos com nome ou sons parecidos, medicamentos com mesma apresentação e dosagens/concentrações diferentes e medicamentos com embalagens semelhantes.

✓ Os locais de estoque dos medicamentos de alta vigilância são identificados com os dizeres: **ATENÇÃO: MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA (MAVi)** e possuem acesso restrito.

✓ **Eletrólitos de Alta Concentração**: são dispensados pela Farmácia Satélite com diluentes conforme prescrição médica em uma embalagem plástica separada das demais medicações e com uma etiqueta **ATENÇÃO MEDICAMENTO ALTA VIGILÂNCIA DILUIR**, sendo dispensados imediatamente antes da administração, não ficando dessa forma, armazenados nas alas de internação.

✓ **Morfina 10mg/mL:** as ampolas de morfina de 10mg/ml ap 1mL são dispensadas nas farmácias satélites das Unidades de Internação apenas quando prescritas em soluções para administração contínua. Para administração direta, são dispensadas apenas as apresentações de 0,2mg/mL e 2mg/2mL.

✓ **Antineoplásicos (todas as vias)**: são dispensados pela Farmácia manipulados (diluídos), quando aplicável, e prontos para uso com etiqueta laranja com os dizeres MAVi observar precauções de segurança para manuseio e administração.

1.3. PRESCRIÇÃO: as prescrições médicas eletrônicas dos medicamentos de alta vigilância contêm a sigla MAVi após a descrição do item e são verificadas pelo farmacêutico antes da dispensação, no processo de atenção à prescrição médica.

- Existem protocolos institucionais que orientam a prescrição de heparina, insulina, eletrólitos de alta concentração e quimioterápicos:

✓ Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Cardiovasculares (“Não Neurológicos”)

✓ Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Neurológicos

✓ Diagnóstico e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia nos internados

✓ Diretrizes para a correção de distúrbios eletrolíticos (adulto, pediátrico e neonatal)

✓ Diretriz para prescrição de medicamentos especiais

1.4. PREPARO E DISPENSAÇÃO:

- Preparo e dispensação mediante leitura do código de barras que confere as informações da prescrição e do medicamento (nome do medicamento, validade, lote, apresentação, dose e paciente), após o processo de atenção à prescrição médica e verificação realizada pelo farmacêutico.
- **Insulina:** a manipulação de solução de insulina endovenosa para infusão contínua nas unidades permitidas é feita pela enfermagem com dupla checagem da prescrição e manipulação. Antes da dispensação de insulinas não padronizadas o farmacêutico da Central de Atenção à Prescrição (CAP) confere a insulina com a prescrição médica para garantir a correta dispensação e identifica com a etiqueta padronizada com o alerta **MAVi.**
- **Soros com Eletrólitos de Alta Concentração**: são disponibilizadas soluções padronizadas para prescrição. A relação das soluções padronizadas com eletrólitos disponíveis no HMAP se encontra no Manual Farmacêutico,(intranet da SBIBAE ou físico).

1.5. ADMINISTRAÇÃO:

- Execução da administração segura de medicamentos, como medida preventiva de erros, verificando: identificação do paciente, medicamento, horário, frequência, dose e via de administração com a prescrição médica.

- A administração de insulina, heparina endovenosa e eletrólitos de alta concentração, antineoplásicos e metadona injetável seguem processos que envolvem a obrigatoriedade de dupla checagem. Os antineoplásicos possuem, obrigatoriamente, processo de tripla checagem realizado pelos profissionais médico, farmacêutico e enfermeiro antes do preparo do medicamento.
- **Insulina:**

✓ A administração endovenosa contínua de insulina é restrita às unidades de terapia intensiva.

✓ É permitido o uso de insulina endovenosa contínuo como solução polarizante nas unidades não intensivas, com até 10 UI de insulina regular.

✓ A administração endovenosa em dose única de insulina nas unidades de terapia não intensiva é restrita à dose de 0,1UI a cada quilograma de peso.

1.6. MONITORAMENTO:

- O monitoramento dos pacientes que recebem anticoagulantes se dá através de:

✓ Acompanhamento de exames laboratoriais e da instituição de ações e acompanhamento dos sinais e sintomas previstos nos protocolos institucionais.

✓ Discussão entre o farmacêutico clínico e o enfermeiro, verificando os itens descritos abaixo:

- Indicação da heparina endovenosa;
- TTPA e o tempo de infusão;
- Contagem de plaquetas e solicitação do exame;
- Se o item está ligado a um diluente na prescrição médica (para heparina endovenosa).

• O monitoramento dos pacientes que recebem insulina se dá através do acompanhamento dos resultados de glicemia capilar realizados conforme Protocolo institucional Diagnóstico e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia e procedimento de Verificação de Glicemia Capilar.

Importante: O laboratório Clínico através da Rotina do Pânico comunica alterações no TTPA, RNI e Glicemia. Esta rotina prevê resultados que podem traduzir alterações clínicas que demandem a atuação do médico.

• Para pacientes que não estão no Protocolo de Heparina é indicada a realização de exames de acordo com a tabela abaixo:

Indicação da frequência dos exames laboratoriais de acordo com o resultado - para pacientes que não estão no Protocolo de Heparina
▪ Acima de 200.000/mm3 de sangue (exame a cada 3 dias) ▪ Entre 70.000/mm3 de sangue até 200.000/mm3 de sangue (exame a cada 2 dias) ▪ Abaixo de 70.000/mm3 de sangue (exame todos os dias) ▪ Abaixo de 50.000/mm3 de sangue - a administração de heparina endovenosa está contra indicada

1.7. EDUCAÇÃO:

A educação do staff para a administração de Medicamentos de Alta Vigilância é realizada de acordo com política institucional **Conhecimentos requeridos para Atuação da Equipe de Enfermagem**. O paciente deve ser inserido no processo de administração de medicamentos, sendo informado da medicação a ser administrada bem como os efeitos esperados. Além disso, o paciente tem direito de ter acesso à prescrição médica.

2. IDENTIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

Os locais de estoque dos medicamentos de alta vigilância devem estar identificados com os dizeres: **ATENÇÃO MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA (MAVi)** e os medicamentos identificados individualmente, conforme descrito na tabela abaixo:

CLASSE TERAPÊUTICA	**IDENTIFICAÇÃO**
Eletrólitos de Alta Concentração	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi ATENÇÃO: DILUIR**

Anticoagulantes Injetáveis	Etiqueta com a descrição: **MAVi ATENÇÃO: ANTICOAGULANTE**
Anticoagulantes Orais	Unitarizado e embalado em papel celofane vermelho com a descrição: **MAVi**
Insulinas	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi**
Opióides Injetáveis	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi**
Opióides Orais	Unitarizado e embalado em papel celofane vermelho com a descrição: **MAVi**
Antineoplásicos Injetáveis	Frasco com etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi** Após diluição recebe etiqueta de cor laranja com os dizeres**:** **MAVi**: observar precauções de segurança para manuseio e administração**.**
Antineoplásicos Orais	Frasco com etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi** Após diluição recebe etiqueta de cor laranja com os dizeres**:** **MAVi**: observar precauções de segurança para manuseio e administração**.**

RESPONSABILIDADES

As equipes assistenciais e de apoio da farmácia, enfermagem e médico são responsáveis pelo cumprimento desta política.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Portaria nº 2.095/ 2013 Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos)

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Não se aplica

ANEXOS

Não se aplica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lista de medicamentos considerados High-alert disponível em www.ismp.org ou www.ismpbrasil.org.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Manual Farmacêutico

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POLÍTICA DE ORDEM VERBAL E TELEFÔNICA

1. INTRODUÇÃO

A prática de atendimento aos pacientes, requer constante troca de informações envolvendo os profissionais, emissor e receptor, que decodificam diferentes e numerosas mensagens relacionadas a cuidados e condutas na assistência.

Neste contexto, a comunicação efetiva entre a equipe interdisciplinar de saúde é determinante na qualidade e segurança da prestação de cuidados aos pacientes, e precisa acontecer de maneira eficaz em todos os processos assistenciais. A ocorrência de falhas de comunicação contribuem para a ocorrência de eventos adversos, que podem diminuir a qualidade dos cuidados e causar danos aos pacientes .

As prescrições realizadas por meio de *Ordem Verbal* e *Ordem Telefônica***,** estão incluídas nestes processos de comunicação.

Entende-se por Ordem Verbal e Ordem Telefônica a realização da prescrição de condutas diagnósticas e/ou terapêuticas que não foram registradas no prontuário no momento da execução (ordem verbal) ou que foram transcritas por um receptor-transcritor (ordem telefônica) , para garantir a continuidade da assistência ao paciente. Essas modalidades de prescrição podem incluir a execução e/ou a suspensão de tratamentos, procedimentos, dietas, hemocomponentes, medicamentos e exames (solicitações e/ou resultados). É imprescindível a prática de comunicação eficiente, para garantir que sejam executadas corretamente.

As ordens verbais e telefônicas podem ser mal compreendidas, mal interpretadas ou transcritas incorretamente pelo receptor da ordem, assim, são propensas a erros, devido a diferentes pronúncias dos nomes dos medicamentos, uso de abreviaturas, ambientes com barulho ou interferências, além do descumprimento das barreiras de segurança.

As prescrições por ordens verbais são permitidas exclusivamente nos atendimentos de urgência ou emergência. As ordens telefônicas só podem ocorrer quando o profissional prescritor não estiver presente no local de internação do paciente e impossibilitado de realizar a prescrição à distância no prontuário eletrônico. Nas duas situações devem ser comtempladas as práticas de segurança para garantir a comunicação efetiva relativa à administração segura de medicamentos e/ou realização correta da atividade assistencial.

Diante da relevância dessa prática, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (Sociedade ou SBIBAE) depreende esforços para estabelecer a melhor prática nas prescrições que ocorrem por meio de ordem verbais e ordens telefônicas, visando garantir prestação de

cuidados de excelência e com ausência de danos decorrentes de erros causados no processo de transmissão de itens de prescrição de cuidados, medicamentos, exames, procedimentos , entre outros.

Esta Política estabelece as permissões e condutas para segurança no processo das ordens médicas verbais e ordens médicas telefônicas nas unidades assistenciais da Sociedade, reduzindo assim os riscos de inserção de medicamentos, dietas ou condutas terapêuticas errôneas relacionados às prescrições realizadas por meio de ordens verbais e telefônicas.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas a ordens verbais ou telefônicas. Quando não houver neste documento, exemplo explícito para orientar a conduta, a decisão em relação à melhor forma de agir deve ser orientada pelos seguintes princípios:

Segurança Do Paciente: evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente.

Prudência: agir de forma cautelosa e sensata, tomando medidas de segurança com o rigor necessário que cada situação exige, evitando a imprudência.

Comunicação Efetiva: refere-se à prescrição eletrônica/ verbal/ escrita, que deve ser realizada de forma oportuna, clara, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor. Tem como objetivo evitar erros e garantir melhorias à segurança do paciente

Exceção : as prescrições por Ordem Verbal e Ordem Telefônica serão realizadas somente quando estritamente necessário, em caráter de exceção e somente nos casos previstos nesta Política.

3. OBJETIVO

Esta política tem por objetivo estabelecer regras, condutas, papéis, responsabilidades que promovam segurança na utilização das ordens telefônicas (OT) e ordens verbais (OV) na Sociedade, garantindo a segurança do paciente por meio de comunicação efetiva.

4. DEFINIÇÕES

- **Ordem Telefônica (OT)**: Trata-se da prescrição realizada por via telefônica, ocorre nas situações em que o profissional habilitado está impossibilitado, momentaneamente, de acessar o prontuário eletrônico para realizar a solicitação e/ou prescrição, bem como receber informações e resultados que possam requerer intervenção imediata.
- **Ordem Verbal (OV)**: Trata-se da prescrição emitida oralmente pelo médico e que é cumprida sem registro no prontuário eletrônico ou em papel (nos períodos de indisponibilidade do sistema) pelo executor . Ocorre nos casos em que o profissional habilitado está presente no

local de internação do paciente, porém impossibilitado de prescrever por estar prestando um atendimento de urgência ou emergência.

5. APLICABILIDADE

As regras estabelecidas nesta política aplicam-se a :

- Todos colaboradores da equipe assistencial;
- Docentes, pesquisadores e estagiários : quando estiverem atuando na prestação de cuidados aos pacientes e como campo de estudo

6. DESCRIÇÃO

Ordens verbais ou telefônicas são mais propícias para erros do que ordens escritas ou enviadas eletronicamente. Interpretação de fala traz riscos por causa de diferentes sotaques, dialetos e pronúncias, ruídos de fundo, interrupções além de nomes e terminologias de medicamentos que podem variar ou ter sonoridades similares.

Ordem Telefônica

A ordem telefônica é um recurso utilizado para casos excepcionais em que o médico ou cirurgião buco maxilo facial está impossibilitado, momentaneamente, de acessar o prontuário eletrônico para realizar uma prescrição ou receber informações de pacientes ou resultados de exames que possam requerer intervenção imediata.

Indicações da ordem telefônica:

- Exames em geral, incluídos os invasivos e de risco, uma vez que as equipes médicas e interdisciplinares da Medicina Diagnóstica Avançada desta instituição realizam a análise crítica do pedido de todo e qualquer exame invasivo e de risco solicitado na SBIBAE;
- Resultados de exames diagnósticos ou terapêuticos, invasivos e não invasivos, incluindo resultados laboratoriais e inclusão de exames em amostras já coletadas. Os resultados completos do teste são documentados e lidos pelo receptor e confirmados pelo profissional que dá o resultado;
- Solicitação de internação, até que o médico chegue ao hospital, uma vez que a admissão de paciente em unidades intensivas ou especiais está condicionada à passagem de plantão entre médico titular e plantonista da unidade;
- Desencadear o processo de captação de órgãos, bem como a internação e/ou liberação do paciente, solicitação de reserva de sala cirúrgica, reserva de leito na unidade de terapia intensiva (UTI), reserva de hemocomponentes, reserva de meios de transporte para equipe e soluções para manutenção do órgão durante o transporte. plantonista da unidade;

Contraindicações da ordem telefônica:

- Alta Hospitalar;
- Medicamentos relacionados na lista (anexo 3) excluindo-se desta condição os atendimentos de urgência ou emergência;
- Prescrição de medicamentos por profissionais de enfermagem.

Ordem Verbal

A Ordem Verbal (OV) deve ser utilizada exclusivamente em situações em que o médico está presente, porém impossibilitado de prescrever por estar prestando um atendimento de urgência ou emergência ao paciente.

Indicações da ordem verbal:

- A ordem verbal é um recurso utilizado somente para atendimentos de urgência ou emergência;
- As prescrições verbais devem ser restritas exclusivamente a essas situações e registradas imediatamente após o atendimento no prontuário eletrônico ou em prescrição médica quando em situações de contingência. O registro deve conter o horário, nome do medicamento, dose e via de administração;
- Durante atendimento de emergência, o profissional que esteja responsável pelo preparo e administração da medicação deve repetir em alta voz o nome, a dose e a via do fármaco, antes da administração, para que o médico confirme a Ordem Verbal;
- Após a realização da prescrição médica é obrigatório a checagem das medicações administradas pelo profissional de enfermagem garantindo a identificação do profissional responsável pela administração.
- Solicitação de medicamentos e materiais pela equipe médica durante os procedimentos cirúrgicos, exclusivamente, nas salas operatórias.

Contraindicações da ordem verbal:

- Atendimentos não classificados como urgência ou emergência.

Recomendações de Segurança:

- Garantir a identificação correta do paciente utilizando o prontuário do paciente e o nome completo;
- Escrever a ordem telefônica (OT) nos locais específicos em prontuário (físico ou eletrônico), LER DE VOLTA para o prescritor e aguardar a confirmação;
- Repetir em alta voz o nome, a dose e a via do fármaco, antes da administração, para que o médico confirme a Ordem Verbal antes da administração do medicamento;
- Garantir atenção plena aos itens que possuem nomes, grafias ou aparência semelhantes;

- Descrever as letras similares também pode ajudar a evitar erros (exemplo: B de bola e D de dado);
- Quanto aos números, ditá-los separadamente ("um, cinco, zero" ao invés de cento e cinquenta);
- Para prescritores descrever a dose em unidade de medida ao invés de número de comprimido, pois os medicamentos podem ter apresentações diferentes (exemplo: dipirona 500mg, ao invés de dipirona 1 comprimido);
- Transcrever a OT diretamente no prontuário ao invés de folha de rascunho;
- Sempre realizar a leitura (*read back*) para o profissional emissor para garantir a conformidade das informações.

Todas as prescrições de OT e OV, assim como os outros tipos de prescrição realizadas na Sociedade, passam pelo processo de avaliação farmacêutica e , portanto, inconsistências encontradas seguem o fluxo de atenção farmacêutica para a prescrição médica. É importante que os destinatários da presente política, especialmente os profissionais envolvidos na administração de medicamentos e procedimentos, tenham em mente que estão participando de uma conduta integrativa, passível de responsabilizações, devendo, portanto, visar sempre a segurança dos pacientes e a prescrição correta dos medicamentos/procedimentos, para mitigar eventuais inconsistências, efeitos adversos ou contraindicações.

7. RESPONSABILIDADES

Médicos/ cirurgião buco maxilo facial

- Fornecer sua identificação completa (Nome e CRM);
- Informar dados obrigatórios de identificação do paciente (nome e prontuário);
- Assinar a prescrição inserida por OT em até 24 horas após sua realização;
- Inserir no prontuário eletrônico ou prescrição física, em caso de contingência, OTs realizadas por outros profissional habilitado, respeitando as normas de segurança descritas nessa política, de acordo com o anexo 1 e 2 dessa política.

Enfermeiros

- Verificar se o profissional médico/ cirurgião buco maxilo facial se encontra ativo na instituição;
- Informar dados obrigatórios de identificação do paciente (nome e prontuário);
- Transferir após validação das informações o profissional médico para o farmacêutico responsável em unidades atendidas por este serviço:
- Realizar *readback* dos dados informados quando aplicável;

- Inserir as solicitações de Terapias e/ou Interconsultas e transfusão de hemocomponentes transmitidas por OTs respeitando as normas de segurança descritas nos anexos 1 e 2 dessa política.
- Quando o sistema do prontuário eletrônico Cerner Millennium estiver indisponível, o enfermeiro poderá receber e transcrever prescrição por Ordem Telefônica, observando as regras de segurança descritas nessa Política.

Farmacêuticos

- Receber dados obrigatórios de identificação do paciente (nome e prontuário);
- Realizar *readback* dos dados informados quando aplicável;
- Inserir as OTs no prontuário eletrônico (medicamentos, outras terapias, interconsultas, transfusão de hemocomponentes e/ou dietas) respeitando as normas de segurança descritas nos anexos 1 e 2 dessa política.

Nutricionistas

- Receber dados obrigatórios de identificação do paciente (nome e prontuário);
- Realizar *readback* dos dados informados quando aplicável;
- Inserir as dietas transmitidas por OTs respeitando as normas de segurança descritas no anexo 2 dessa política.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

- Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27/09/2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, 2019.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 487/2015. Prescrições médicas.
- Resolução nº 689/2022 do COFEN - Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.
- Resolução nº 711/21 do CFF - Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares.
- Decreto nº 94.406/87 – Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências.
- Lei nº 10.406/02 - Código Civil.

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Índice de conformidade no processo de recebimento de ordem telefônica em que é verificado a descrição pelo profissional do processo de OT vigente na instituição.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Erros de medicação relacionados ao processo de OT e OV.

17. ANEXOS

Agente	Descrição
Médico	Identificar-se para o profissional da equipe multiprofissional dizendo seu nome completo.
Enfermeiro	• Perguntar ao médico/ cirurgião buco maxilo facial o número do Conselho de Classe (CRM), o prontuário e o nome completo do paciente, a qual a ordem se refere e verificar no cadastro médico, se profissional encontra-se ativo. • Entrar em contato com o farmacêutico da OT via ramal telefônico informando, nome completo do paciente, prontuário, passagem, motivo da ligação, e a identificação do médico que está na linha.
Farmacêutico da OT	Digita a passagem informada e confirma o nome completo do paciente, prontuário, passagem, leito, motivo da ligação e o nome do médico que está na linha.
Enfermeiro	Caso dados confirmados, transfere a ligação para o farmacêutico da OT.
Farmacêutico da OT	Confirmar com o médico o prontuário e nome completo do paciente; <u>Registrar no prontuário eletrônico (Cerner – Millennium), conforme fluxo abaixo</u>: • Entrar no menu lateral na aba "prescrições" • Selecionar o item adicionar • No campo "pesquisar" digitar o nome da droga a ser prescrita, dose, via de administração e frequência • Selecionar o nome do médico solicitante na tela "médico prescritor" • Selecionar a opção "telefone" como tipo de comunicação • Realizar a leitura de volta para o médico do que foi prescrito (*read back*) para conferir a prescrição realizada. • Assinar a ordem telefônica • Verificar se o medicamento se encontra com status "prescrito" se o status do medicamento está de acordo com o solicitado "prescrito" ou "cancelado" ou "descontinuado" Informar a pendência de coassinatura pelo médico prescritor que tem um prazo máximo de 24 horas para coassinar.

	Observação: • Nos casos de contingência/parada do sistema Cerner, o enfermeiro(a)_é responsável por receber a ordem telefônica e registrar no prontuário físico (papel). Em prontuário físico deve-se: • Escrever na prescrição a ordem do médico/ cirurgião buco maxilo facial , registrando o horário da OT, o nome completo do profissional e CRM/CRO. Realizar a leitura de volta para o profissional prescritor do que foi prescrito (read back), para conferir a prescrição realizada. • Finalizar o registro com as informações do profissional que está recebendo a OT, inserindo nome e número do conselho profissional. • Enviar cópia da prescrição para a central de transcrição **Importante :** Caso o médico/ cirurgião buco maxilo facial se recuse a fornecer os dados de identificação, dele ou do paciente, a OT não deve ser aceita pelo profissional.
Farmacêutico	Realiza a verificação da prescrição feita por OT, contata o médico se necessário e dá o aceite.
Médico	O médico/ cirurgião buco maxilo facial emissor da ordem telefônica confirma a ordem recebida pelo profissional receptor e possui 24 horas para realizar a coassinatura no prontuário eletrônico ou validação no prontuário físico.

Anexo 1: Descrição do procedimento de OT para medicamentos (Exclusividade farmacêutico da OT)

Agente	**Descrição**
Médico	Identificar-se para o profissional da equipe multiprofissional dizendo seu nome completo.
	• Perguntar ao médico o número do Conselho de Classe (CRM), o prontuário e o nome completo do paciente, a qual a ordem se refere e verificar no cadastro médico, se profissional encontra-se ativo. • Confirma o nome completo do paciente, prontuário, passagem, leito, motivo da ligação e o nome do médico/ cirurgião buco maxilo facial que está

Equipe Multiprofissional	na linha. Registrar no prontuário eletrônico a solicitação médica de outras terapias, interconsultas, dietas e transfusão de hemocomponentes. • Em prontuário físico deve-se: Escrever na prescrição médica a ordem do médico, registrando o horário da OT, o nome completo do médico e CRM. Realizar a leitura de volta para o médico do que foi prescrito (read back) para conferir a prescrição realizada. Finalizar o registro com as informações do profissional que está recebendo a OT, com nome e número do conselho profissional. Enviar cópia da prescrição para a central de transcrição • Caso o médico se recuse a fornecer os dados de identificação dele ou do paciente, a OT não deve ser aceita pelo profissional.
Médico	• O médico/ cirurgião buco maxilo facial emissor da ordem telefônica confirma a ordem recebida pelo profissional receptor e possui 24 horas para realizar a coassinatura no prontuário eletrônico ou validação no prontuário físico.

Anexo 2: Descrição do procedimento de OT para outras terapias, interconsultas, transfusão de hemocomponentes e/ou dietas.

Medicamentos não permitidos para prescrição por Ordem Telefônica
Adenosina
Adrenalina
Alfentanila
Alteplase
Amiodarona EV
Atropina
Brometo de pancurônio
Brometo de vecurônio
Bupivacaína
Cetamina
Cisatracúrio

Citrato de Sufentanila
Dexmedetomidina
Diazepam EV
Dobutamina
Dopamina
Efedrina
Etomidato
Fenilefrina
Fentanila EV
Fosfolípide de pulmão porcino
Haloperidol EV
Isoflurano
Isoprenalina
Levobupivacaína
Levobupivacaína e epinefrina
Levosimendan
Lidocaína
Lidocaína e epinefrina
Metadona EV
Metaraminol
Midazolam EV
Nitroglicerina
Nitroprussiato de sódio
Norepinefrina
Pancurônio
Propofol
Remifentanil
Rocurônio
Ropivacaína
Sevoflurano
Sufentanila
Suxametônio
Tenecteplase
Terlipressina

*Medicamentos da lista acima, quando utilizados para início de sedação paliativa, são permitidos.

Antineoplásicos
Abiraterona
Alectinibe
Anastrazol
Atezolimumabe
Avelumabe
Azacitidina
Bendamustina
Bentuximabe
Bevacizumabe
Bleomicina
Blinatumomabe
Bortezomibe
Cabazitaxel
Capecitabina
Carboplatina
Carfilzomibe
Carmustina
Ciclofosfamida
Cisplatina
Citarabina
Cladribina
Clofarabina
Clorambucila
Crizotinibe
Dacarbazina
Dactinomicina
Daratumumabe
Daunorrubicina
Degarelix
Docetaxel
Doxorrubicina
Durvalumabe
Elotuzumabe

Enzalutamida
Epirrubicina
Eribulina
Etoposideo
Exemestano
Fludarabina
Fluoruracila
Fulvestranto
Gemcitabina
Gencitabina
Gentuzumabe
Hidroxiureia
Ibrutinibe
Idarrubicina
Ifosfamida
Imatinibe
Ipilimumabe
Irinotecano
Lenalidomida
Melfalano
Mercaptopurina
Metotrexato
Midostaurina
Mitomicina
Mitoxantrona
Nimotuzumabe
Nivolumabe
Obinutuzumabe
Olaratumabe
Oxaliplatina
Paclitaxel
Pazopanibe
Pegaspargase
Pembrolizumabe
Pemetrexede

Pertuzumabe
Ramucirumabe
Ribociclibe
Ruxolitinibe
Sorafenibe
Sunitinibe
Temozolomida
Tensirolimo
Topotecana
Trastuzumabe
Tretinoína
Trióxido de arsênio
Venetoclax
Vimblastina
Vincristina
Vinflunina
Vinorelbina

Quadro 3: Lista de medicamentos não permitidos para prescrição por OT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Consórcio brasileiro de acreditação; Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 7ª ed., 2021.

Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders. Pennsylvania Patient Safety Authority, ECRI & ISMP. Vol. 3, No. 2 — June 2006**.**

POLÍTICA DE RECUSA AO TRATAMENTO, ALTA A PEDIDO E EVASÃO

1. INTRODUÇÃO

Os pacientes, ou aqueles que legalmente podem tomar decisões por eles, têm o direito de não aceitar um tratamento ou um cuidado proposto pela equipe médica ou equipe multiprofissional a qualquer momento, e tem o direito de não prosseguir um tratamento iniciado[1,2].

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE ou Sociedade) garante a autonomia dos indivíduos envolvidos no processo de atendimento à saúde, considerada um bem jurídico protegido por lei. Nesse sentido, a autonomia resulta do conhecimento por parte do paciente e do médico sobre os riscos relacionados a um procedimento. Todavia, deve-se observar que o direito de autonomia só poderá ser exercido se não houver risco iminente de morte ou de perda irreparável à saúde do paciente. Atentar para a premissa de que, nos casos de urgência e emergência, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa à terapêutica.

Essa Política descreve o processo a ser seguido quando houver recusa ao tratamento e/ou evasão do paciente.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas à recusa ao tratamento, alta a pedido e evasão. Quando não houver neste documento, exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão em relação à melhor forma de agir deve ser orientada pelo seguinte princípio:

Segurança do Paciente: evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente.

3. OBJETIVO

- Estabelecer as regras, papéis e responsabilidades para garantir o direito dos pacientes (ou aqueles que legalmente podem tomar decisões por eles) em recusar um determinado tratamento ou mesmo solicitar alta independente da indicação médica.
- Resguardar os direitos da equipe médica/multidisciplinar de saúde diante do risco de conflito relacionado à recusa a tratamento ou à saída não consentida de um paciente do ambiente assistencial.

4. DEFINIÇÕES

Alta a Pedido: é a recusa do paciente (ou daqueles que legalmente podem tomar decisões por ele) em dar continuidade a seu tratamento no ambiente assistencial, contrariando a recomendação ou consentimento da equipe médica. Tem fundamento no direito definido pelo artigo 5º da Constituição Federal e atende ao que determina o Código de Ética Médica. Os pacientes (ou aqueles que legalmente podem tomar decisões por eles) devem ter sido informados sobre as alternativas possíveis de tratamento, todos os riscos, consequências potenciais e responsabilidades dessa decisão. Este direito só pode ser exercido se não houver risco iminente de morte do paciente ou de perda irreparável à sua saúde.

Evasão: é a saída do paciente do ambiente assistencial hospitalar sem que a assistência tenha sido concluída e sem consentimento médico. Pode ocorrer sem comunicação da decisão de saída para as equipes médica e assistencial. Pode ocorrer com a comunicação da decisão de saída, mas com recusa da assinatura do "Termo de Alta a Pedido" que deve ser impresso do Sistema de Gestão Hospitalar (SGH).

Recusa ao tratamento: é a recusa do paciente (ou daqueles que legalmente podem tomar decisões por ele) em iniciar ou dar continuidade a um determinado tratamento. Tem fundamento no direito definido pelo artigo 5º da Constituição Federal e atende ao que determina o Código de Ética Médica. Os pacientes (ou aqueles que legalmente podem tomar decisões por eles) devem ter sido informados sobre as alternativas possíveis, todos os riscos, consequências potenciais e responsabilidades dessa decisão. Este direito só pode ser exercido se não houver risco iminente de morte do paciente ou de perda irreparável à sua saúde.

Fluxo de gerenciamento de conflito: sempre que houver situações de conflito, em que o cenário evidencie um risco ao paciente/instituição/colaborador, bem como se identificar que os vínculos entre os envolvidos estão fragilizados, deve-se acionar o fluxo de gerenciamento de conflitos.

Equipe multiprofissional: consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais: nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, odontologista, assistente social.

Tratamento de sofrimento: Trata-se de transtorno somatoforme (TS) caracterizado por causas orgânicas inexplicáveis pelas condições médicas do paciente. O indivíduo possui sintomas que produzem sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas da vida do sujeito, início dos sintomas subsequente a algum evento traumático, ainda que a pessoa não seja capaz de estabelecer esta relação, histórico de

maus tratos, violência física ou sexual e/ou privação de afeto (Associação Psiquiátrica Americana, 2002; 2013).

5. APLICABILIDADE

Esta Política é aplicável a pacientes e aos que que legalmente podem tomar decisões por ele que:

- Recusam aceitar o tratamento indicado pela equipe médica responsável pela sua assistência;
- Exigem alta hospitalar ou que evadem do ambiente assistencial, contrariando a recomendação médica.

6. DESCRIÇÃO

- O "*Termos de recusa ao tratamento*" (Anexo 1) e "*Termo de Alta a Pedido*" (Anexo 2), devem ser impressos a partir do prontuário eletrônico, em três vias e, uma delas, deverá ser entregue impressa para o paciente/familiar/ acompanhante. O termo trará os dados referentes ao nome completo do paciente, número do prontuário e número do quarto , previamente preenchidos pelo sistema

- Os pacientes devem ser informados pelas equipes que os assistem sobre as alternativas possíveis (as orientações devem ser realizadas na presença de testemunha), todos os riscos, consequências potenciais e responsabilidades da decisão de não aceitar um tratamento ou cuidado. Diante desta decisão, faz-se necessário que a vontade seja registrada.

Recusa ao tratamento:

- Diante da decisão de recusa ao tratamento, faz-se necessário que a vontade do paciente seja registrada em prontuário pelo médico, enfermeiro ou membro da equipe multiprofissional envolvido no caso. É obrigatória a assinatura do formulário "*Recusa a Procedimento, Tratamento ou Medicação*", esse documento é arquivado junto ao prontuário físico do paciente.

- Quando a equipe médica e assistencial identifica que a decisão (do paciente ou de seu responsável legal) implicará em risco de morte ou de dano irreparável à saúde, o direito de recusa ao tratamento será desconsiderado. Nestas circunstâncias a instituição resguarda o direito da equipe médica e assistencial de desrespeitar a autonomia de decisão.

- A recusa ao tratamento relacionada às crenças espirituais e religiosas ou a outros motivos deve ser respeitada, desde que não implique em risco iminente de morte ou de dano irreparável ao paciente. Nos casos em que a recusa implique em risco de morte ou dano irreparável à saúde, e o paciente seja maior de idade, capaz, consciente, com cognição preservada no momento da

decisão, em tratamento eletivo, o médico responsável poderá optar por transferir a titularidade a outro médico, passando as informações necessárias para continuidade do cuidado, e não prosseguir nessa assistência, contrária à sua consciência ética. Todo registro sobre a circunstância da recusa e consequências, deverão ser registradas pelo médico, enfermeiro ou membro da equipe multiprofissional envolvido no caso.

- As crianças têm o direito à manutenção do tratamento médico em caso de risco de morte ou dano irreparável à saúde assegurado por lei, podendo as equipes médica e multiprofissional recorrer ao parecer e autorização judicial se ocorrer conflito com familiares ou responsáveis legais.

- Quando houver risco de morte ou dano irreparável à saúde e ocorrer conflito com familiares ou responsáveis legais o registro em prontuário deve ser realizado pelo médico, enfermeiro ou membro da equipe multiprofissional envolvido no caso o mais detalhado possível e deve-se realizar um Boletim de Ocorrência.

- Havendo discordância insuperável entre o médico e o representante legal do paciente em relação à proposta terapêutica a ser adotada, o médico deverá comunicar às autoridades competentes, como Ministério Público e Conselho Tutelar, objetivando o melhor interesse do paciente.

- Na recusa da assinatura do "Termo de Recusa ao Tratamento" para pacientes internados, o registro em prontuário, deve ser feito pelo médico, enfermeiro ou membro da equipe multiprofissional envolvidos no caso, deve ser o mais detalhado possível e um Boletim de Ocorrência também deve ser realizado.

- A cópia do Boletim de Ocorrência deve ser enviada e ficar sob a guarda do Departamento de Segurança Patrimonial da Sociedade.

- O médico responsável pelo paciente deve ser notificado pelo enfermeiro ou membro da equipe multiprofissional envolvido no caso e deve haver registro dessa notificação em prontuário em qualquer situação de recusa a tratamento.

- No caso de Doenças Infectocontagiosas médico ou enfermeiro compartilha o caso com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que se necessário irá notificar o agravo/doença a Secretaria de Saúde, para que o paciente não coloque em risco sua vida e de outras pessoas.

- Na recusa ao início de tratamento nas recepções ambulatoriais, recepções pré-internação, recepções das Unidades de Pronto Atendimento, Clínicas Einstein e *On Sites* a equipe deve se disponibilizar para avaliar riscos ou para encaminhar para o "*Tratamento do Sofrimento*", porém não deve infringir o direito de recusa do paciente.

- No caso de recusa à terapêutica transfusional, a autonomia do paciente sempre será respeitada. Entretanto, no caso de risco iminente de morte ou em casos de extrema necessidade a transfusão poderá administrada. O fluxo de informe de recusa e abordagem ao paciente diante da recusa transfusional do (Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) está disponível no documento "*Política de Transfusão de Hemocomponentes*". Em relação ao Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC.), os dois fluxos estão disponíveis na documentação "*Coleta de Amostra de Sangue – HMVSC*".

Alta a Pedido:

- A decisão de alta a pedido do paciente deve ser registrada no prontuário pelo médico e enfermeiro. O formulário "*Termo de Alta a Pedido*" deverá ser impresso no prontuário eletrônico, assinado pelo paciente/ responsável, arquivado junto ao prontuário físico e digitalizado para dentro do prontuário eletrônico Cerner-MiIllennium.

- Na hipótese de atendimento ao menor de idade (inclui recém-nascido), o "*Termo de Alta a Pedido*" preferencialmente deve ser assinado por ambos os responsáveis legais (genitores ou representante legal) ou, na impossibilidade, por quaisquer um deles (pai, mãe ou representante legal).

- Na recusa da assinatura do "*Termo de Alta a Pedido*" para pacientes internados, o registro em prontuário deve ser o mais detalhado possível pelo médico e enfermeiro. Também deve ser realizado "Boletim de Ocorrência" e notificação em sistema pelo médico ou enfermeiro. Este tipo de saída do paciente é caracterizado como "*Evasão*" e segue o processo descrito a seguir.

- Quando as equipes médica e assistencial identificam que a decisão (do paciente ou de seu responsável legal) implicará em risco de morte ou de dano irreparável à saúde, o direito de alta a pedido não existirá. Nestas circunstâncias a instituição resguarda o direito de desrespeitarem a autonomia de decisão Equipe médica e assistencial envolvidas no caso, devem registrar no prontuário os motivos da solicitação da alta à pedido, e orientações realizadas expondo os possíveis riscos da decisão.

- A assinatura do "Termo de Alta a Pedido" não exime o médico da responsabilidade que tal ato possa suscitar à vida ou saúde do paciente. Só possui valor quando não há risco de morte ou dano irreparável a saúde; caso contrário ele é inócuo como elemento de isenção da responsabilidade do médico.

- A *Alta a Pedido* nas unidades ambulatórias, de Pronto Atendimento, Clínicas Einstein e *On Sites* deve ser tratada como exceção, não devendo ser usada como ferramenta de direcionamento dos eventuais conflitos da equipe com pacientes ou responsáveis. A instituição preconiza que as equipes das *Unidades de Medicina Diagnóstica e Ambulatorial* - MDA , encontrem alternativas na orientação médica do paciente e ou responsável legal, como forma de promover a continuidade do tratamento e incentivar o exercício do cuidado com qualidade e segurança. Em seguimento às prerrogativas acima, deve-se acionar o "*Fluxo de Gerenciamento de Conflito*" para avaliação antes de optar pela aplicação do *Termo de Alta a Pedido*.

- O médico titular deve ser notificado pelo enfermeiro em qualquer situação de *Alta a Pedido*, deve ser realizado registro detalhado da notificação no prontuário do paciente.

Evasão:

- Toda e qualquer evasão deve ser registrada no prontuário do paciente pelo médico, enfermeiro e/ou profissional que assistiu o paciente.

- Em casos de riscos ao paciente ou sociedade, é necessário providenciar "Boletim de Ocorrência", que pode ser realizado presencial ou online, pelo profissional que assistiu o paciente.

- Na evasão de paciente internado é necessário providenciar Boletim de Ocorrência.

- A evasão de paciente com risco de morte, dano irreparável à saúde ou com alteração de nível de consciência é considerada como "*Evento Adverso*". Nesses casos, é obrigatória a "Notificação do Evento" no sistema eletrônico de notificação institucional. (Veja Política Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente).

- No caso de "*Doenças Infectocontagiosas*" o enfermeiro ou médico compartilha o caso com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que, se julgar necessário, irá notificar a doença ou agravo para a Secretaria da Saúde, a fim de que o paciente não coloque em risco sua vida e de outras pessoas.

- "*Boletim de Ocorrência*" deverá ser realizado presencialmente: Uma via do "*Boletim de Ocorrência*" relativo à evasão do paciente internado ou pacientes externos, com risco de morte ou dano irreparável à saúde, ficará sob a guarda do *Departamento de Segurança Patrimonial da Sociedade*, a outra será juntada ao prontuário físico do paciente, bem como digitalizada para dentro do prontuário eletrônico Cerner – Millennium.

- Nos casos de realização de "*Boletim de Ocorrência no formato online*": depois de analisado e deferido, o e-mail indicado no documento receberá um link para baixar o "Boletim de Ocorrência", que deverá ser anexado ao prontuário eletrônico do paciente.

- Constatada a evasão, o profissional da equipe que assistiu o paciente deve tentar contato telefônico com o mesmo , para expor o risco a que está sujeito e sugerir retorno à unidade da instituição em que ele se encontrava . O contato pode ser com o próprio paciente, responsável legal e/ ou seu médico titular (caso este seja conhecido). Os resultados das tentativas de contato telefônico devem ser registrados no prontuário eletrônico do paciente.

- Quando o paciente não aguardar atendimento médico nas salas de esperas e/ou recepções hospitalares, das "*Clínicas Einstein*", "*Clínicas On Sites*", ambulatório HMAP, pré-internação HMAP e após "*Triagem de Enfermagem nas Unidades de Pronto Atendimento*" será considerado como desistência do atendimento, quando não houver risco ao paciente detectado no momento da triagem. Na presença de risco, será considerada e tratada como "*Evasão*", conforme descrição supre mencionada.

- Nas *Unidades de Pronto Atendimento*, HMAP, *Clínicas Einstein* e *On Sites*: a saída do paciente sem "Alta", após atendimento médico, considerar como "*Evasão*" – Realizar o registro no prontuário eletrônico, e proceder o registro de "evento" no "*Sistema de Notificação Institucional*" disponível no "Meu Einstein". Para casos de alta complexidade (com presença de risco), deverá realizar contato telefônico com paciente ou responsável ou, ainda, com o médico de referência referido na admissão pelo paciente e, se não alcançar a solução do risco, será necessário realizar a formalização por meio de *Boletim de Ocorrência*.

7. RESPONSABILIDADES

Médico Titular (do paciente internado):

- Fazer a avaliação do paciente e prontuário, expor os riscos que estão presentes diante da decisão de recusa ao tratamento e saída com alta a pedido.
- Registrar em prontuário todas as orientações dadas ao paciente, família e equipe, mediante as situações de recusa ao tratamento, alta a pedido ou evasão.

- Compartilhar com o SCIH os casos de recusa ao tratamento quando o paciente for portador de doença infectocontagiosa para tratativa do caso.
- Nos casos de evasão, fazer a avaliação das informações clínicas em prontuário juntamente com a equipe assistencial. Se houver insucesso na solicitação de retorno do paciente pelo profissional que o assistiu, fazer novo contato com paciente e/ou responsável para ratificar que retorne ao hospital.
- Aplicar o "*Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento, Medicação*" ou "*Termo de Alta a Pedido"*, dependendo da situação fática.

No HMAP, o médico que deverá executar as atividades acima descritas deve ser o profissional de plantão na unidade de internação no momento da ocorrência da recusa, alta a pedido e/ou evasão.

Médicos das Unidades de Pronto Atendimento, Clínicas Einstein e *On Sites:*

- Após atendimento médico, considerar como motivo de alta a "Evasão", registrar no Prontuário Eletrônico e Notificar no Sistema Institucional.
- Para casos de alta complexidade (com risco), realizar contato telefônico com paciente ou responsável ou ainda com o médico de referência citado à admissão e posteriormente. Se não alcançar a solução do risco necessário, solicitar Boletim de Ocorrência.

Gestor, Coordenador da área:

- Acompanhar e mediar as tratativas, cumprindo todo o fluxo de escalonamento para o serviço de psicologia e responsável médico, antes de aplicar "*Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento, Medicação*" ou "*Termo de Alta a Pedido"*
- Garantir o seguimento das regras estabelecidas nesta política e gerenciamento de conflitos.
- Aplicar o "*Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento, Medicação*" ou "*Termo de Alta a Pedido"*, quando as tentativas de convencimento do paciente/familiar/responsável não lograrem sucesso.

Enfermeiro:

- Providenciar contato telefônico com o paciente e/ou acompanhante, nos casos de "evasão".
- Solicitar o retorno espontâneo do paciente (ou após a informação de que há indicação de continuidade de investigação ou tratamento). Caso não se confirme o retorno, solicitar o contato médico e avisar a liderança.
- Fazer notificação do evento em sistema e Boletim de Ocorrência se o paciente não retornar.

- Notificar o médico titular e liderança de enfermagem
- Registrar detalhadamente a recusa ao tratamento, alta a pedido e/ou evasão no prontuário eletrônico Cerner - Millennium
- Compartilhar com o SCIH o caso de recusa ao tratamento de paciente, quando portador de doença infectocontagiosa para garantir a melhor tratativa.
- Aplicar o "*Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento, Medicação*" ou "*Termo de Alta a Pedido"*, quando todas as tentativas de convencimento ao paciente não obtiverem sucesso

Equipe Multiprofissional:

- Notificar o médico titular, liderança e registrar detalhadamente nas situações de recusa ao tratamento.
- Aplicar "*Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento, Medicação*" ou "*Termo de Alta a Pedido"*, quando todas as tentativas de convencimento ao paciente não obtiverem sucesso

Segurança Patrimonial:

- Acompanhar o profissional na realização do *Boletim de Ocorrência*, nos casos em que seja necessária a realização de "Boletim de Ocorrência" presencial.
- Fazer a guarda da cópia deste documento no Departamento de Segurança Patrimonial.

No HMAP, o acompanhamento do profissional para realização do *Boletim de Ocorrência,* quando necessário*,* deverá ser realizado pela sua liderança direta.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

Código de Ética Médica:

A "*Alta a Pedido*" e "*Recusa a Procedimento, Tratamento ou Medicação*", se enquadra na questão da Autonomia, princípio básico da Bioética. O respeito à solicitação de "Alta a Pedido" é baseado nos seguintes Artigos do Código de Ética Médica:

- Capítulo IV - Direitos Humanos**.** É vetado ao médico:

Artigo 46: "Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente risco de vida".

Artigo 48: "Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar".

Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares. É vetado ao médico:

Artigo 56: "Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida".

Em situações que coloquem em risco a vida ou que haja possibilidade de dano irreparável à saúde, nenhum argumento ou documento estará acima do tratamento

Capítulo III Responsabilidade Profissional. É vetado ao médico**:**

Lei nº 10.741/03 – Estatuto do Idoso – [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm];

Lei nº 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente – [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm];

Lei nº10.406/02 – Código Civil – [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm;e]

Decreto Lei nº 2.848/40 – Código Penal [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm]
Artigo 32: "Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato médico que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal".

Conselho Federal de Enfermagem COFEN - 311/2007 artigo 25 e 41 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução Conselho Federal de Medicina CFM nº 2232/19 - Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente [https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370?fbclid=IwAR2QOo56N DTaMMBnKvnTHXWYEuQAsqw4xZZYnoICIFw6a8Yjus7vrEcL00];

Resolução do CFM nº2156/16 – Dispõe sobre os critérios para admissão e alta em unidade de terapia intensiva [https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156];

Parecer Conselho Regional de Enfermagem COREN – SP GEFIS nº 27/2010 - Evasão de Pacientes. Conceitos, responsabilidade, formas de preservação.
Parecer Conselho Regional de Medicina São Paulo CREMESP nº20589/00 – Dispõe sobre o fornecimento de receita para alta a pedido [https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2000/20589].

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Registro no prontuário eletrônico Cerner- Millennium
Notificação do evento no sistema notificação institucional.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Gerenciamento e acompanhamento de pacientes que deixam a instituição contrariando o aconselhamento médico:

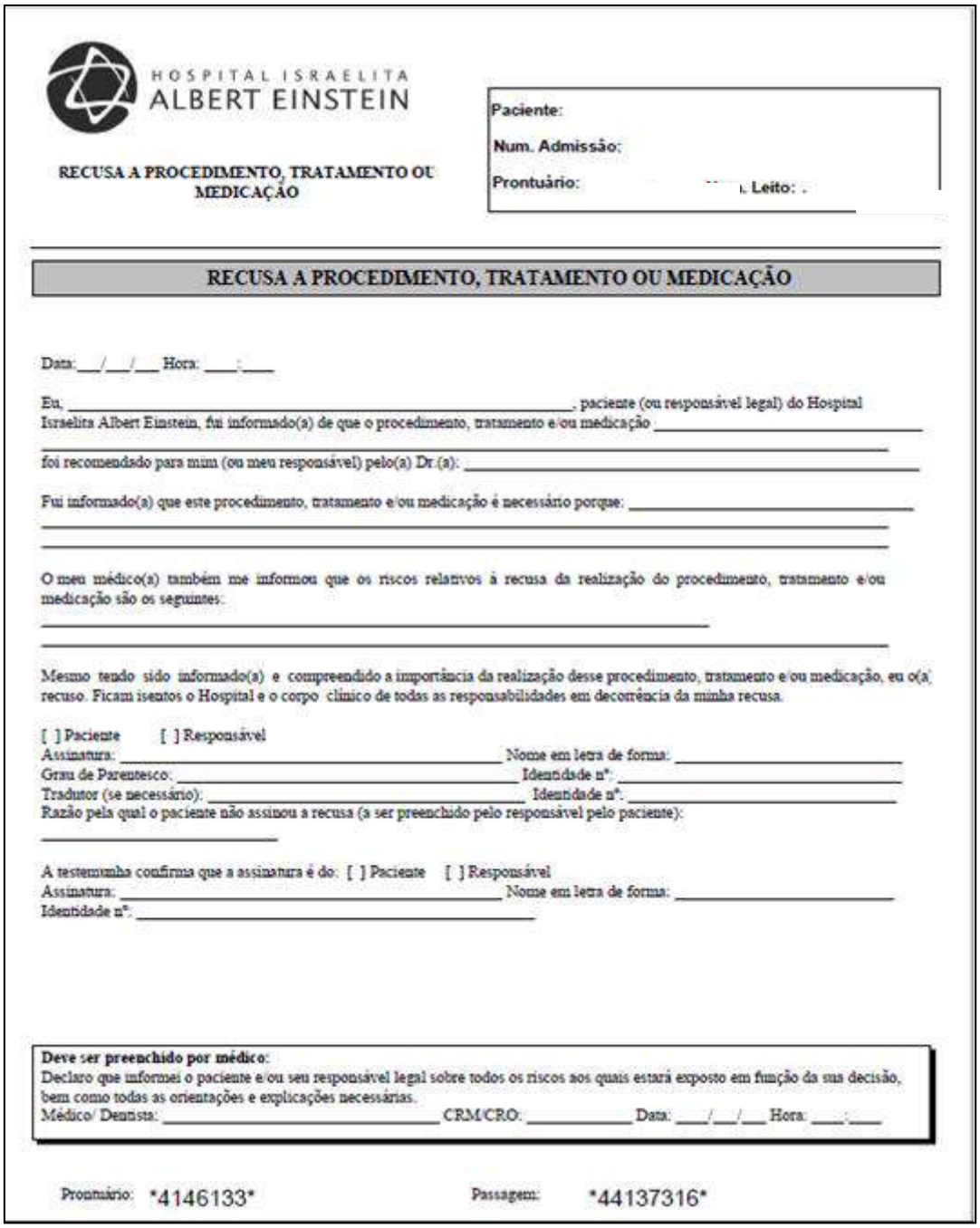
- **Pacientes internados:** Os pacientes internados que optarem por alta a pedido ou que evadiram do hospital são registrados pelas unidades de internação no prontuário eletrônico. Os dados e os motivos da Alta a Pedido e ou Evasão são encaminhados e analisados pelos gestores da área para que detalhem os motivos de "Alta a pedido", "Evasão" ou "Não aguardou atendimento" e façam o gerenciamento e o controle desses casos.
- **Pacientes Externos:** pacientes externos da Medicina Diagnóstica que após o início de exame, tendo recebido medicamentos e procedimentos e evadiram do hospital com dispositivos ou não aguardaram a continuidade do exame. Este dado está disponível pelo sistema de notificação.

Pacientes das Unidades de Pronto Atendimento. Clínicas Einstein e *On sites*: que optarem por alta a pedido, que evadiram do hospital ou que não aguardaram atendimento são registrados pela unidade no prontuário eletrônico e devem seguir o fluxo para evasões das Unidades de Pronto Atendimento, Clínicas

- **Einstein e *On Sites***. O motivo que levou o paciente a tomar esta decisão é registrado no prontuário pelos profissionais da unidade. Quando o paciente declara ter médico da família este é notificado pela equipe da unidade. Para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) HIAE o indicador relacionado ao gerenciamento dos pacientes que solicitam "Alta a pedido", "Evasão" ou "Não aguardou atendimento", é controlado e analisado pelo gestor através do *Dashboard* Evasão – UPA.

11. ANEXOS

Anexo 1: Termo de Recusa a Procedimento, Tratamento ou Medicação



HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

RECUSA A PROCEDIMENTO, TRATAMENTO OU MEDICAÇÃO

Paciente:
Num. Admissão:
Prontuário: Leito:

RECUSA A PROCEDIMENTO, TRATAMENTO OU MEDICAÇÃO

Data:__/__/__ Hora: ___:___

Eu, _____, paciente (ou responsável legal) do Hospital Israelita Albert Einstein, fui informado(a) de que o procedimento, tratamento e/ou medicação _____
_____
foi recomendado para mim (ou meu responsável) pelo(a) Dr.(a): _____

Fui informado(a) que este procedimento, tratamento e/ou medicação é necessário porque: _____
_____
_____

O meu médico(a) também me informou que os riscos relativos à recusa da realização do procedimento, tratamento e/ou medicação são os seguintes:
_____
_____

Mesmo tendo sido informado(a) e compreendido a importância da realização desse procedimento, tratamento e/ou medicação, eu o(a) recuso. Ficam isentos o Hospital e o corpo clínico de todas as responsabilidades em decorrência da minha recusa.

[ ] Paciente [ ] Responsável
Assinatura: _____ Nome em letra de forma: _____
Grau de Parentesco: _____ Identidade nº: _____
Tradutor (se necessário): _____ Identidade nº: _____
Razão pela qual o paciente não assinou a recusa (a ser preenchido pelo responsável pelo paciente):
_____

A testemunha confirma que a assinatura é do: [ ] Paciente [ ] Responsável
Assinatura: _____ Nome em letra de forma: _____
Identidade nº: _____

Deve ser preenchido por médico:
Declaro que informei o paciente e/ou seu responsável legal sobre todos os riscos aos quais estará exposto em função da sua decisão, bem como todas as orientações e explicações necessárias.
Médico/ Dentista: _____ CRM/CRO: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Prontuário: *4146133* Passagem: *44137316*

Anexo 2: Termo de Alta a Pedido

ALTA A PEDIDO | Prontuário: 741[illegible] .Jum. Leito:

ALTA A PEDIDO

Data:___/___/___ Hora: ____:____

Nesta data eu, _____, paciente do Hospital Israelita Albert Einstein, retiro-me do(a) _____ do HIAE sem ALTA MÉDICA e sem autorização da administração do(a) mesmo(a).

Desta forma, ficam isentos os médicos e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que esta minha atitude possa acarretar, inclusive sobre minha saúde.

Assumindo inteira reponsabilidade assina:

[ ] Paciente [ ] Responsável

Assinatura: _____ Nome em letra de forma:_____

Grau de Parentesco:_____ Identidade nº: _____

Tradutor (se necessário):_____ Identidade nº: _____

Razão por que o paciente não assinou a recusa (a ser preenchido pelo responsável pelo paciente): _____

A testemunha confirma que a assinatura é do: [ ] Paciente [ ] Responsável

Assinatura: _____ Nome em letra de forma: _____

Identidade nº: _____

Deve ser preenchido por médico

Declaro que informei o paciente e/ou seu responsável legal sobre todos os riscos aos quais estará exposto em função da sua decisão, bem como todas as orientações e explicações necessárias.

Médico/ Dentista: _____ CRM/CRO: _____ Data: ____/___/___ Hora: ____:____

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CFM - Código de Ética Médica https://cdn-flip3d.sflip.com.br/temp_site/issue-3b3fff6463464959dcd1b68d0320f781.pdf

CREMESP Cremesp – Guia da relação médico paciente -2001

http://www.cremesp.org.br/pdfs/eventos/eve_24092013_091147_Recusa%20de%20tratamento%20e%20alta%20a%20pedido.pdf

http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmpb/artigos/trat_arbt.htm -

https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=11

IDEC - http://www.guiadedireitos.org/downloads/guia_direito_saude.pdf

IDEC -Guia do direito À SAÚDE – 2006

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Política Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente
- Política Declaração dos Direitos e Deveres do Paciente e Familiares
- Política de Transfusão de Hemocomponentes
- Coleta de Amostra de Sangue- HMVSC

Programa de Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

INTRODUÇÃO

Essa política estabelece as diretrizes para o desenvolvimento e execução do Programa de Prevenção das infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no HUGO

O Programa de Prevenção das IRAS contempla a forma de obtenção e gerenciamento das informações e dados referentes ao risco e prevenção das IRAS. Dentro deste escopo incluem-se:

- A determinação da abrangência da vigilância das IRAS;
- As principais estratégias para interromper a transmissão de microrganismos e prevenir a aquisição de infecções;
- Metas a serem atingidas.

Em relação às metas a serem alcançados, estes devem ser revisados anualmente, baseados nos indicadores do ano anterior e alinhados ao planejamento estratégico da instituição.

OBJETIVO

Estabelecer o plano de ações voltado para a redução máxima da incidência e gravidade das IRAS entre pacientes, familiares, visitantes, profissionais de saúde, estudantes da área da saúde e demais colaboradores do HMAP, baseado nos indicadores produzidos e alinhado ao planejamento estratégico da instituição.

DEFINIÇÕES

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) atuam conjuntamente para desenvolver, implantar e executar as ações do Programa de Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no HUGO.

A CCIH tem a função normativa e é composta por representantes da administração, do corpo clínico e dos setores/serviços.

O SCIH tem o papel de executar as atividades previstas no programa. A equipe é constituída por um coordenador médico e por profissionais (médico infectologista, enfermeiro epidemiologista e pessoal administrativo) com carga horária exclusiva para desenvolver estas atividades.

O apoio da liderança, infraestrutura adequada, envolvimento de toda a organização na prevenção das infecções, a qualificação dos profissionais do SCIH, o desenvolvimento de estratégias eficazes para eliminar ou reduzir os riscos infecciosos, desenvolver e manter vigilância contínua com coleta de dados e análise e avaliação das metas, objetivos e estratégias são componentes fundamentais do programa.

O programa é avaliado periodicamente, no mínimo, anualmente. Desta forma o planejamento das atividades é revisado de acordo com os indicadores de IRAS, as metas estabelecidas, as demandas da instituição (ex. expansão das atividades assistenciais), a incidência de agentes infecciosos no hospital e de doenças infectocontagiosas emergentes na comunidade.

Os resultados obtidos, ou seja, o atingimento das ações previstas no programa e das metas deve ser apresentado na primeira reunião do ano da CCIH, assim como o planejamento das atividades para aquele ano.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

RESPONSABILIDADES

O SCIH é responsável pelas informações deste documento.

A equipe do SCIH em conjunto com a governança, gestores, outras lideranças, equipes assistenciais e de apoio compartilham a responsabilidade de execução do Programa de Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no HUGO.

As ações do Programa de Prevenção das IRAS incluem:

1. Vigilância das IRAS e de microrganismos resistentes aos antibióticos (indicadores de resultados)

- Realização da vigilância epidemiológica das IRAS por objetivos, com foco nas infecções associadas a dispositivos, a cirurgias ou procedimentos, pacientes críticos e imunocomprometidos.
- A busca ativa destas infecções deve ser realizada pelos enfermeiros epidemiologistas, seguindo os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, ANVISA.
- A vigilância de infecção é dirigida e com a seguinte abrangência:

- Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica:

✓ Taxa de infecção do trato urinário relacionado à sonda vesical de demora
✓ Taxa de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central
✓ Taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica

- Unidade de Internação Clínico-Cirúrgico:

✓ Taxa de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central
✓ Taxa de infecção do trato urinário associado à sonda vesical de demora

- Todas as unidades de internação:

✓ Taxa de infecções de sítio cirúrgico nos 30 dias após o procedimento e 90 dias para procedimentos com vigilância definida para esse período.
✓ Taxa de enterocolite por Clostridioides difficile

A vigilância é realizada de forma ativa da seguinte maneira:

- Acompanhamento dos casos de pacientes nos setores críticos diária.

- Análise diária das culturas positivas enviadas pelo laboratório diariamente.
- Comunicação do SCIH pelo laboratório de microbiologia, via e-mail, da identificação de microrganismos epidemiologicamente importantes, incluindo os resistentes a antimicrobianos, e posterior análise e classificação pelo SCIH em colonização, contaminação, infecção comunitária ou hospitalar.
- Acompanhamento dos casos de pacientes na unidade de internação do transplante diária.
- Visita ao Centro Cirúrgico e CME uma vez por semana.
- Visita no serviço de hemodiálise uma vez por semana.
- Investigação de surtos quando identificado agente microbiano não usual e/ou aumento de infecção além do esperado de pacientes, profissionais de saúde e visitantes.
- Elaboração e análise dos indicadores de IRAS (taxas e densidades) e tendências, estabelecimento de ações para a redução de IRAS.
- Divulgação mensal dos indicadores de IRAS nas reuniões da CCIH para os gestores e equipes assistenciais.
- Encaminhamento mensal aos setores dos casos de infecções e gráficos das infecções relacionadas a dispositivos invasivos. A divulgação dos dados para os colaboradores do setor é de responsabilidade do coordenador do setor.
- Envio destas informações para a Secretaria de Saúde do Município, COVISA/SP.

A vigilância de infecção passiva e pós-alta é realizada através da notificação ao SCIH por via online (sinapse), principalmente para os pacientes que retornam no ambulatório. O SCIH, após revisão do prontuário e discussão por telefone com enfermeira e médicos envolvidos, analisa o caso e considera como infecção ou descarta o caso online.
Abaixo a escala da rotina de visitas:

SETORES	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
UTI Adulto	X	x	X	x	X
Unidades de Internação	x	x	x	x	x
Centro Cirúrgico e CME					X
Ambulatório, PS	X		X		X

- OBS: A escala pode ser modificada dependendo da necessidade
- Plano de contingência: na ausência do(a) enfermeiro(a) e nas suas férias, quem substitui é o outro enfermeiro(a) e o monitor0(a) de enfermagem. Na ausência de ambos enfermeiros(as) o médico(a) é quem responde.

2. Realização de visitas técnicas e auditorias de processos assistenciais (indicadores de estrutura e processos)

- Realização de visitas técnicas às áreas assistenciais e de apoio utilizando formulário pré-estruturado, para avaliar a estrutura e os processos quanto à conformidade ou não com as políticas e procedimentos institucionais. Estas visitas técnicas incluem serviços de apoio terceiros.
- Elaboração e envio de relatório aos gestores das áreas, incluindo, se necessário, as recomendações de melhoria para a prevenção e controle da transmissão de microrganismos. Neste caso também devem ser estabelecidos prazos para correção das não conformidades.
- Deve ser estabelecido um cronograma para a realização das visitas técnicas, buscando que a maioria das áreas possua ao menos uma avaliação anual.
- Avaliação da adesão à higiene das mãos - realizada por meio dos indicadores de consumo de produto alcoólico (trimestral) e observação direta da higiene das mãos dos profissionais de saúde nas unidades assistenciais (anual).
- Acompanhamento e avaliação da análise microbiológica de água dos equipamentos de Diálise e demais unidades do hospital, assim como da análise microbiológica do ar em unidades especiais.
- Realização de visitas em reformas, sendo a engenharia da manutenção responsável por convocar o SCIH para todas as reformas antes mesmo do início, para análise da planta e depois visitas periódicas serão definidas.

Abaixo cronograma de rotina de visitas técnicas e auditorias de processos assistenciais:

	AUDITORIAS 2021											
		1° semestre/2021						2° semestre/2021				
	Setores	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
INTERNAS	Central de Materiais e Esterilização							x					
	Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto								x				
	Unidade de Terapia Intensiva - UTI pediátrica				x								
	Unidade de Terapia intensiva Neonatal							x					
	Unidade de cuidados intermediários							x					
	Centro Cirúrgico transplante						x						
	Hemodiálise									x			
	Centro Cirúrgico Geral						x						
	Centro obstétrico e PPP								x				
	Unidade de Internação - 3° A			x									
	Unidade de Internação - 3° B/C Transplante			x									
	Unidade de Internação - 3° D Oncologia			x									
	Pronto Atendimento Obstétrico								x				
	Laboratório/						x						
	Farmácia						x						
	Farmacia de Manipulação									x			
	Nutrição/ Refeitório							x					
	Ambulatório do transplante / Egressos										x		
	Diagnóstico por Imagem								x				
	Higiene					x							
	Unidade de internação pediátrica				x								
	Ambulatório de Oncologia											x	
	Ambulatório de Gestantes de Alto Risco											x	
	Maternidade/ Alojamento Conjunto 2° B/C e D		x										
	Sala de Plasmaferese						x						
	Banco de Sangue						x						
	UPA Vila Santa Catarina				x								
	Banco de leite / lactário											x	
	Broncoscopia											x	
	Endoscopia										x		
EXTERNO	Resíduo (Multilixo)											x	
	Mircobiologia (HIAE)												x
	Lavanderia											x	
	Farmácia Manipulação												x
	Lactário (HIAE)												x

Esta tabela será adaptada a realidade do Serviço - HUGO

OBS: A escala pode ser modificada dependendo da necessidade

3. Normatização e educação sobre as medidas de prevenção das IRAS

- Elaboração, desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, rotinas e procedimentos das medidas de prevenção e controle das infecções, incluindo:

- Precauções Padrão (incluindo a política de Higiene das Mãos), Precauções Específicas (Precauções durante Contato, Precauções para Gotículas e Precauções para Aerossóis);
- Cuidados com pacientes imunossuprimidos;
- Higiene ambiental e de melhores práticas na inserção e manutenção de dispositivos invasivos (pacote de medidas) e procedimentos cirúrgicos.

- Revisões periódicas podem ser realizadas para incorporar novos conhecimentos e regulamentações.
- Apoio ao setor de educação continuada para educação e treinamento dos profissionais sobre as medidas de prevenção das IRAS.

- Desenvolvimento de estratégias e atividades de prevenção de IRAS nas diferentes unidades por meio de profissionais parceiros: grupo de higiene das mãos.
- Campanha de Controle de Infecção que será realizada anual e tem como objetivo divulgar a técnica adequada de higiene das mãos, os cinco momentos para higiene das mãos e medidas de controle de infecção gerais para todos os colaboradores.

4. Racionalização do uso de antimicrobianos

- O programa de uso racional de antimicrobianos no HMAP visa promover junto ao corpo clínico, ou seja, aos prescritores de antimicrobianos, educação continuada para o uso adequado destes fármacos seguindo documento institucional.
- Está baseado na atuação dos infectologistas do SCIH e do farmacêutico clínico.
- A principal estratégia é auditoria das prescrições de antimicrobianos pelos infectologistas e farmacêuticos clínicos e intervenção.
- Antibioticoterapia terapêutica: auditorias diárias e globais, pela infectologia clínica, dos antimicrobianos definidos através da planilha da farmácia pela infectologia clínica com orientação da equipe e registro em prontuário.
- Antibioticoprofilaxia cirúrgica: controle dos antimicrobianos dispensados no centro cirúrgico pela farmácia e validação pelo SCIH. Auditoria das do uso de antimicrobiano profilático através do relatório extraído do sistema de prescrições.
- Realização de relatórios semestrais de antibiocoterapia e antibioticoprofilaxia com ações devidas e divulgação na reunião do CCIH e por e-mail para os médicos clínicos e cirurgiões.
- Estratégias adicionais:

✓ Padronização de antimicrobianos na instituição, limitando duplicatas de antimicrobianos da mesma classe.

✓ Produção de guias institucionais para o manejo e tratamento das principais síndromes infecciosas.

✓ Mensuração e monitoramento do uso de antimicrobianos em DDD pela farmácia a fim de poder ter uma comparação interna;

✓ Distribuição dos perfis de sensibilidade dos agentes etiológicos mais frequentes aos antimicrobianos das infecções hospitalares em caráter anual.

✓ Promover a educação continuada por meio de aulas e discussão de casos.

5. Notificação das doenças infectocontagiosas para as autoridades sanitárias, de acordo com a legislação vigente.

6. Elaboração de pareceres técnicos sobre casos de IRAS

7. Desenvolvimento de pesquisa e contribuição para a produção científica na SBIBAE

8. Padronização de germicidas e antissépticos.

Os produtos utilizados na limpeza, desinfecção, esterilização e antissepsia deverão ser aprovados pela SCIH e ser registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária e recomendados pela Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988. Cabe ao setor responsável notificar o SCIH antes de mudança do produto ou se efeito colateral indesejável.

9. Vigilância Microbiológica

- Análise de todas as agentes e seu perfil de susceptibilidade das infecções hospitalares notificadas com realização de relatório anual.
- O procedimento de cultura de vigilância já está definido no documento institucional e será acompanhado por auditorias de isolamento que serão determinadas periodicamente.

10. Participação das Comissões

O SCIH participa das seguintes comissões:

- Comissão gerenciamento de risco
- Comissão de Normas e Qualidade em terapia nutricional do HUGO
- Comitê de farmácia e terapêutica
- Comissão de Óbito
- Reunião Sepse
- Comissão de Integração
- Comissão de Transplante
- Comissão de meio ambiente e sustentabilidade

12. Acompanhamento de controle ambiental

- Auxílio na elaboração do cronograma de análises do ar e água, controle de pragas e limpeza dos chuveiros da instituição, na interpretação destas análises e na elaboração do plano de ação, quando ocorrerem não conformidades.
- É de responsabilidade da engenharia e da manutenção encaminhar esses relatórios para validação pela equipe do SCIH.

13. Interfaces com os serviços na prevenção das IRAS

<u>Engenharia de obras e manutenção</u>

- Avaliação e acompanhamento de construções e reformas, desde o planejamento, execução até a entrega, visando à adequação das áreas às normas e regulações vigentes, garantir a adequação dos fluxos e processos envolvidos na assistência e serviços de apoio, impedir a exposição dos pacientes à poeira e sujidade.
- Orientação dos funcionários de empresas terceirizadas envolvidas na execução de obras e reformas;

- Elaboração, desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, rotinas e procedimentos de acordo com os riscos envolvidos em demolições, construções novas ou reformas.
- Auxílio na elaboração do cronograma de análises do ar e água da instituição, na interpretação destas análises e na elaboração do plano de ação, quando ocorrerem não conformidades.
- Consultoria na avaliação de novos produtos ou tecnologias destinadas ao tratamento da água e ar, limpeza de reservatórios de água, entre outros.
- Avaliação dos ambientes com pressão negativa.

Serviços de apoio

- Avaliação e padronização de saneantes e equipamentos de limpeza, técnicas de higiene concorrente e terminal.
- Consultoria para implementação e atualização de práticas de transporte interno e externo de pacientes quanto às medidas das Precauções Padrão e das Precauções Específicas, incluindo limpeza/desinfecção de cadeira de rodas e macas após a utilização no transporte de pacientes.
- Realização de treinamentos programados ou por demanda (necessidade baseada em aumento das infecções, identificação de surtos, introdução de novos equipamentos e /ou procedimentos), de medidas de prevenção e controle de infecção dos profissionais destas áreas.
- Realização de visitas técnicas aos serviços próprios e terceirizados. Elaboração e envio dos relatórios aos gestores com os resultados e recomendações de melhoria de prevenção e controle da transmissão de microrganismos e infecções (se necessário).

Serviço de Nutrição

- Realização de visitas técnicas da aquisição, manipulação, manutenção, transporte e oferta de alimentos seguros para os pacientes, colaboradores e visitantes (serviço próprio e terceirizado). Elaboração e envio dos relatórios aos gestores com os resultados e recomendações de melhoria de prevenção e controle da transmissão de microrganismos e infecções (se necessário).
- Visita técnica das áreas de lactário. Elaboração e envio dos relatórios aos gestores com os resultados e recomendações de melhoria de prevenção e controle da transmissão de microrganismos e infecções (se necessário).
- Acompanhamento do controle de qualidade do condicionamento de alimentos e amostras para estudo em suspeitas de surtos de intoxicação/infecção por fonte alimentar.
- Treinamentos programados ou por demanda (necessidade baseada em aumento das infecções, identificação de surtos infecciosos, introdução de novos equipamentos e /ou procedimentos), de medidas de prevenção e controle de infecção dos profissionais destas áreas.

Banco de sangue /Agência Transfusional

- Consultoria para implementação e atualização de práticas de manejo e descarte de componentes de hemoterapia.
- Realização de visitas técnicas.
- Treinamentos programados ou por demanda (necessidade baseada em aumento das infecções, identificação de surtos infecciosos, introdução de novos equipamentos e /ou procedimentos), de medidas de prevenção e controle de infecção dos profissionais destas áreas.
- Avaliação e investigação das complicações infecciosas associadas ao uso de hemocomponentes (participação no fluxo de investigação de reações pirogênicas associadas a contaminação por agentes infecciosos).

Suprimentos

- Participação no processo de aquisição de novas tecnologias relacionadas à prevenção e controle de infecções, tais como desinfetadoras, autoclaves, novos dispositivos intravasculares, entre outros.
- Avaliação de estrutura de guarda, transporte e recepção de equipamentos e materiais, além de processos de gerenciamento de vencimento de datas de materiais e suprimentos. Elaboração e envio dos relatórios aos gestores com os resultados e recomendações de melhoria de prevenção e controle da transmissão de micro-organismos e infecções (se necessário).
- Treinamentos programados ou por demanda (necessidade baseada em aumento das infecções, identificação de surtos infecciosos, introdução de novos equipamentos e /ou procedimentos), de medidas de prevenção e controle de infecção dos profissionais destas áreas.

Farmácia

- Avaliação e investigação das complicações infecciosas associadas ao uso de medicamentos e infusões parenterais (participação no fluxo de investigação de reações pirogênicas).
- Participação no Comitê de Farmácia e Terapêutica visando à padronização de antissépticos e antimicrobianos.
- Elaboração e participação no programa de racionalização do uso de antimicrobianos.
- Visita técnica das áreas de produção de doses unitárias de medicamentos e de soluções para nutrição parenteral e enteral. Elaboração e envio dos relatórios aos gestores com os resultados e recomendações de melhoria de prevenção e controle da transmissão de micro-organismos e infecções (se necessário).
- Realização de treinamentos programados ou por demanda (necessidade baseada em aumento das infecções, identificação de surtos infecciosos, introdução de novos equipamentos

e /ou procedimentos), de medidas de prevenção e controle de infecção dos profissionais destas áreas.

Qualidade, Segurança e Meio Ambiente

- Consultoria e revisão de políticas, rotinas e procedimentos relacionados à prevenção das infecções.
- Consultoria e definição de classificação de resíduos sólidos de serviços de saúde.
- Consultoria na análise de eventos adversos infecciosos e na definição de medidas corretivas e preventivas de novos eventos.

Treinamento em Saúde (Ensino Corporativo):

- Participação (elaboração e execução de treinamento) na integração geral de novos funcionários em relação a prevenção de infecção.
- Participação (elaboração e execução de treinamento) para a equipe assistencial, de serviços de apoio e equipe administrativa da SBIBAE visando à educação continuada destes profissionais em relação às medidas de prevenção e controle das infecções nos treinamentos programados ou por demanda (necessidade baseada em aumento das infecções, identificação de surtos, introdução de novos equipamentos e /ou procedimentos).

Centro Cirúrgico e Central de Materiais

- Participação na seleção e padronização de materiais e equipamentos relacionados à prevenção e controle das infecções.
- Padronização de rotinas assistenciais (especialmente em relação à prevenção de infecção do sítio cirúrgico e uso de dispositivos invasivos).
- Padronização e controle de reprocessamento de materiais (limpeza, desinfecção e/ou esterilização).
- Acompanhamento do controle de esterilização (indicadores físicos, químicos e biológicos) e desinfecção (lavadora-desinfectadora e química por imersão).
- Elaboração de política de reuso de materiais de uso único.
- Participação no Comitê de Processamento do serviço de saúde.
- Treinamentos programados ou por demanda (necessidade baseada em aumento das infecções, identificação de surtos infecciosos, introdução de novos equipamentos e /ou procedimentos), de medidas de prevenção e controle de infecção dos profissionais destas áreas.
- Visita técnica das áreas do Centro Cirúrgico, Centro de Material e Recuperação Anestésica. Elaboração e envio dos relatórios aos gestores com os resultados e recomendações

de melhoria de prevenção e controle da transmissão de microrganismos e infecções (se necessário).

Medicina Diagnóstica e Preventiva:

- Interação com o laboratório clínico na padronização de antibiogramas, envio de amostras para o Instituto Adolfo Lutz em algumas doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, vigilância de microrganismos resistentes aos antimicrobianos ou de interesse específico e na condução da investigação de surtos.
- Laboratório deve informar o SCIH e a coordenação responsável sobre exames de doenças que necessitam notificação.
- Laboratório deve informar o SCIH sobre resultados de exames da infectologia de importância clínica.
- Laboratório deve informar imediatamente a unidade sobre exames críticos como hemocultura positiva.
- É de responsabilidade do laboratório treinar as unidades sobre boas práticas de coletas de exames microbiológicos com o objetivo de evitar contaminação de amostra.
- Definição e avaliação de estrutura, fluxos e processos de desinfecção de alto nível de produtos para saúde semi-críticos e esterilização de produtos críticos (endoscópios, transdutores endovaginais e radiologia invasiva).
- Visita técnica dos vários serviços que compõem MDP. Elaboração e envio dos relatórios aos gestores com os resultados e recomendações de melhoria de prevenção e controle da transmissão de micro-organismos e infecções (se necessário).
- Treinamentos programados ou por demanda (necessidade baseada em aumento das infecções, identificação de surtos infecciosos, introdução de novos equipamentos e /ou procedimentos), de medidas de prevenção e controle de infecção dos profissionais destas áreas.

Segurança do colaborador:

- Planejamento e implementação de ações preventivas em relação a acidentes perfurocortantes, à exposição a materiais biológicos, tuberculose e outras doenças mais frequentes entre os colaboradores. Elaboração, em parceria com a Medicina do Trabalho, de protocolos de conduta para profilaxia de doenças infecciosas entre os nossos colaboradores.
- Investigação de surtos de infecção envolvendo os colaboradores da instituição.
- Parceria com a Segurança do Trabalho na implementação de ações relativas à imunização dos profissionais de saúde, uso de EPIs e treinamentos.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998: dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares/IRAS, incluindo Programa de Prevenção e Controle de Infecção.
http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8c6cac8047457a6886d6d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+2.616,+DE+12+DE+MAIO+DE+1998.pdf?MOD=AJPERES.
PORTARIA Nº 1.264, DE 6 DE JUNHO DE 2014: lista de doenças de notificação compulsória. http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/
RDC 63, de 25 de novembro de 2011 - Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA.. Medidas de Prevenção e Controle de IRAS – Anvisa: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/
- World Health Organization (WHO). Core components for infection prevention and control programmes. WHO Website. 2009. 32 p. http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HSE_EPR_2009.1_eng.pdf.

- Soule, BM, Malani P, Memish ZA. Developing an Effective Infection Prevention and Control Program. In: Soule B.M., Memish ZA., Malani P. (Ed). Best Practices in Infection Prevention and Control: An International Perspective. Joint Commission International, USA, 2012. Second Edition. Pg 1-10.

PROTOCOLO DE DETERIORAÇÃO CLINICA – ADULTO

INTRODUÇÃO

A segurança da pessoa doente é uma questão que tem sido alvo de crescente preocupação em todo mundo, sendo um princípio fundamental nos cuidados de saúde com impacto importante na qualidade dos mesmos. Nesse sentido é fundamental a detecção da deterioração clínica do doente hospitalizado e consequentemente a redução da mortalidade associada à Parada Cardiorrespiratória (PCR). Alterações fisiológicas de um ou mais parâmetros, estão associadas a maior probabilidade de ocorrer PCR. É importante entender que o reconhecimento antecipado da deterioração clínica do doente hospitalizado contribui para a intervenção precoce. A detecção precoce de mudanças nesses parâmetros oferece uma oportunidade para iniciar uma resposta clínica priorizada e prevenir sérios problemas de saúde, bem como a evolução clínica desfavorável do doente, funcionando como barreira para a tomada de decisão assertiva e e antecipada.

A ferramenta a ser utilizada para detecção da deterioração clínica do paciente no HMAP (Hospital Municipal Ires Rezende), deverá ser a Escala de deterioração MEWS - Modified Early Warning Scoresa. O MEWS é uma ferramenta de estratificação a partir da pontuação de dados vitais do paciente (Aferição de pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal e nível de consciência) que deverá ser de responsabilidade do time de enfermagem e norteará a tomada de decisão de todo time interdisciplinar no manejo do doente internado.

OBJETIVO

- Garantir a identificação precoce da deterioração do paciente, fornecendo ferramentas e fluxos com o intuito de promover respostas e ações rápidas do enfermeiro prevenindo desfecho negativo;
- Implementar uma ferramenta de suporte à decisão do enfermeiro, para pacientes com parâmetros vitais, nível de consciência e componentes clínicos alterados e/ou clinicamente fora da normalidade.

RECOMENDAÇÕES

Equipe de enfermagem deve mensurar e registrar os parâmetros vitais do paciente em prontuário a cada 6 horas para que o sistema gere uma pontuação de acordo com as informações preenchidas. Todos os sinais vitais devem ser aferidos e imputados no sistema para que o cálculo seja real e a ferramenta bem aplicada. A ferramenta a ser utilizada para detecção da deterioração clínica do paciente deverá ser a Escala de deterioração MEWS - Modified Early Warning Scoresa, que deverá sre preenchida pelo técnico de enfermagem a cada rotina. Desse modo, o técnico de enfermagem identifica rapidamente o paciente com alteração da faixa de SCORE, aciona o enfermeiro da unidade para que o mesmo possa realizar uma avaliação clínica

especializada, de forma assertiva e segura para dar sequência as recomendações sugeridas de acordo com o SCORE do paciente, sua condição clínica geral e escalonamento de avaliação.

A somatório dos sinais vitais aferidos, avaliação do nível de consciência e avaliação clínica inseridos pela equipe de enfermagem no prontuário será utilizado para compor a pontuação da escala para cada paciente, este score será calculado e registrado automaticamente em intervalo de tempo determinado conforme ilustração abaixo, definindo assim o fluxo de avaliação e tomada de decisão da equipe interdisciplinar.

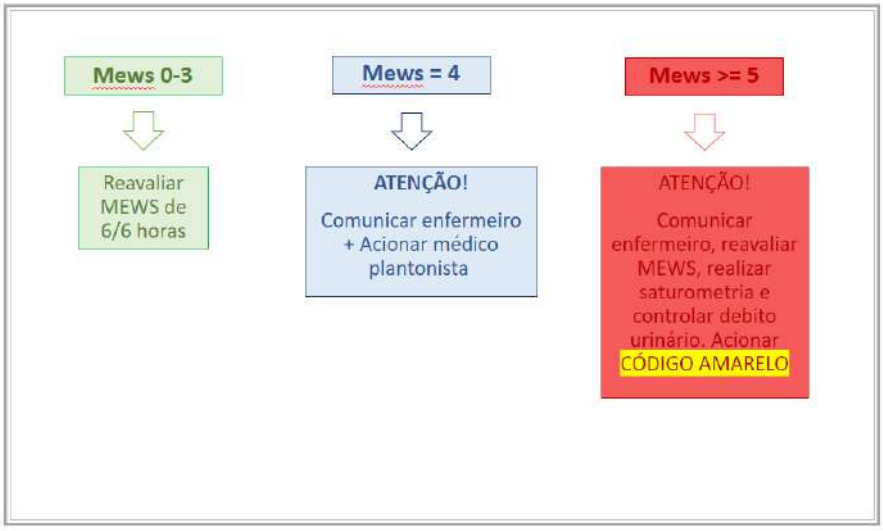
SCORE menor ou igual a 3 pontos: indica pacientes com sinais vistais dentro dos parâmetros de normalidade e ou minimamente alterados e o paciente deverá seguir a rotina de aferições conforme descrito em tabela abaixo;
SCORE maior ou igual a 4: Indica que o paciente encontra-se fora dos parâmetros de normalidade hemodinamica e precisará ser avaliado. O enfermeiro da unidade deverá ser acionada e relacionar criticamente o resultado do SCORE com as condições clínicas do paciente (doença de base, exame físico, queixas, etc) e então solicitar avaliação do médico plantonista, quando julgar necessário.
SCORE maior ou igual a 5: Indica que o paciente encontra-se fora dos parâmetros de normalidade hemodinamica e precisará ser avaliado imediatamente. O enfermeiro da unidade deve ser acionado, a saturação do paciente deve ser imediatamente aferida para melhor consciência do estado clínico geral do paciente e o código emergencial amarelo deverá ser acionado, para uma avaliação médica em até 5min.

Atenção: Independente do valor do SCORE qualquer parametro aferido que contemple as métricas indicadas nas colunas vermelhas, o médico plantonista poderá ser acionado para avaliação clínica do paciente.

Tabela 1: Escala de deterioração MEWS - Modified Early Warning Scoresa:

Parâmetros/SCORE	3	2	1	0	1	2	3
PA sistólica (mmHg)	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥200	
FC (bpm)		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
FR (rpm)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Temperatura (ºC)		<35		35-38.4		≥38.5	
Nível de Consciência			Confuso Agitado	Alerta	Letárgico	Obnubilado	Torporoso Comatoso

Fluxo de tomada de decisão após avaliação do paciente adulto (MEWS):



O médico plantonista deverá ser acionado sempre que o SCORE MEWS tiver resultado igual a 4 e/ou quando o enfermeiro se encontrar seriamente preocupado com o quadro clínico do paciente após avaliação técnica.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

N/A

RESUMO

N/A

REFERENCIAS

1) Alam N, Hobbelink EL, van Tienhoven AJ, van de Ven PM, Jansma EP, Nanayakkara PW. The impact of the use of the Early Warning Score (EWS) on patient outcomes: a systematic review. Resuscitation. 2014;85(5):587-594. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.01.013 » https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.01.013

2) van Rooijen CR, De Ruijter W, van Dam B. Evaluation of the threshold value for the Early Warning Score on general wards. Neth J Med [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 12];71(1):38-43. Available from: http://www.njmonline.nl/article.php?a=1264&d=820&i=155 » http://www.njmonline.nl/article.php?a=1264&d=820&i=155

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular no Brasil é responsável por cerca de 1/3 de todas as mortes registradas segundo dados do DATASUS.

A dor torácica aguda é um sintoma bastante comuns no Pronto Socorro e pode decorrer de situações clínicas de menor complexidade, como: dores musculares, costrocondrite, que melhoram com sintomáticos e não causam maiores complicações e preocupações; ou pode decorrer de situações clínicas mais complexas, com maior grau de gravidade e cuidado, como: na Síndrome Coronária Aguda (SCA), Dissecção Aguda de Aorta, Pneumotórax, Tromboembolismo Pulmonar, Ruptura de Esôfago.

É de fundamental importância o pronto reconhecimento da dor torácica, e de suas características, e realização do exame físico adequado e utilização correta dos exames complementares (por exemplo: troponina) para identificar os quadros sugestivos de isquemia miocárdica aguda, definindo atendimento prioritário para estes pacientes, pois a utilização de terapias que o beneficiarão depende criticamente do tempo.

Estima-se que cinco a oito milhões de pessoas com dor no peito ou outros sintomas sugestivos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sejam atendidos anualmente nas salas de emergência no país, representando cerca de 5 a 10% de todos os atendimentos de emergência.

Vale ressaltar que os principais fatores de risco para SCA são: Hipertensão Arterial (HAS), Diabetes (DM), Tabagismo, Dislipidemia (DLP), História Familiar Positiva Precoce (Mulher < 65 anos; Homem < 55 anos), Idade Avançada (> 60 anos).

A SCA envolve um largo espectro de condições clínicas desde a isquemia silenciosa, passando pela angina aos esforços, angina instável até o infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento do segmento ST.

A sincronia do atendimento garantida pelo trabalho em equipe desde os momentos iniciais da admissão dos pacientes é o ponto crucial para a excelência no atendimento.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda que todo paciente com dor torácica, visto na sala de emergência, deva ser submetido imediatamente a um Eletrocardiograma (ECG), o qual deverá ser prontamente interpretado em até 10 minutos da chegada do paciente ao hospital. Em caso de SCA com supradesnivelamento de segmento ST, a trombólise deve ocorrer em até 30 minutos da chegada do paciente ao hospital.

Este documento está dividido em:

Dor Torácica

Síndrome Coronariana Aguda sem Supra de ST / Angina Instável

Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO

- Revelar características da doença, para identificação dos casos e escolha do melhor tratamento ao paciente.
- Estabelecer o fluxo de atendimento a pacientes com queixas de dor torácica aguda ou de seus equivalentes.
- Estabelecer diretrizes para o atendimento inicial de pacientes adultos (18 anos ou mais) com quadro clínico sugestivo de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), visando:

✓ Priorizar o atendimento a pacientes com queixas de dor torácica ou outros sintomas compatíveis com síndromes coronarianas agudas (SCA).

✓ Agilizar o ECG inicial em sala de emergência dos casos com sintomas de IAM.

✓ Identificar um subgrupo de pacientes com manifestações atípicas, mas com perfil de risco cardiovascular.

✓ Identificar os pacientes com IAMST e triagem para o tratamento de reperfusão precoce.

✓ Reduzir a morbidade e mortalidade dos pacientes.

- Reconhecer causas potencialmente fatais de dor torácica que requerem atenção imediata

DEFINIÇÕES

1. Dor Torácica

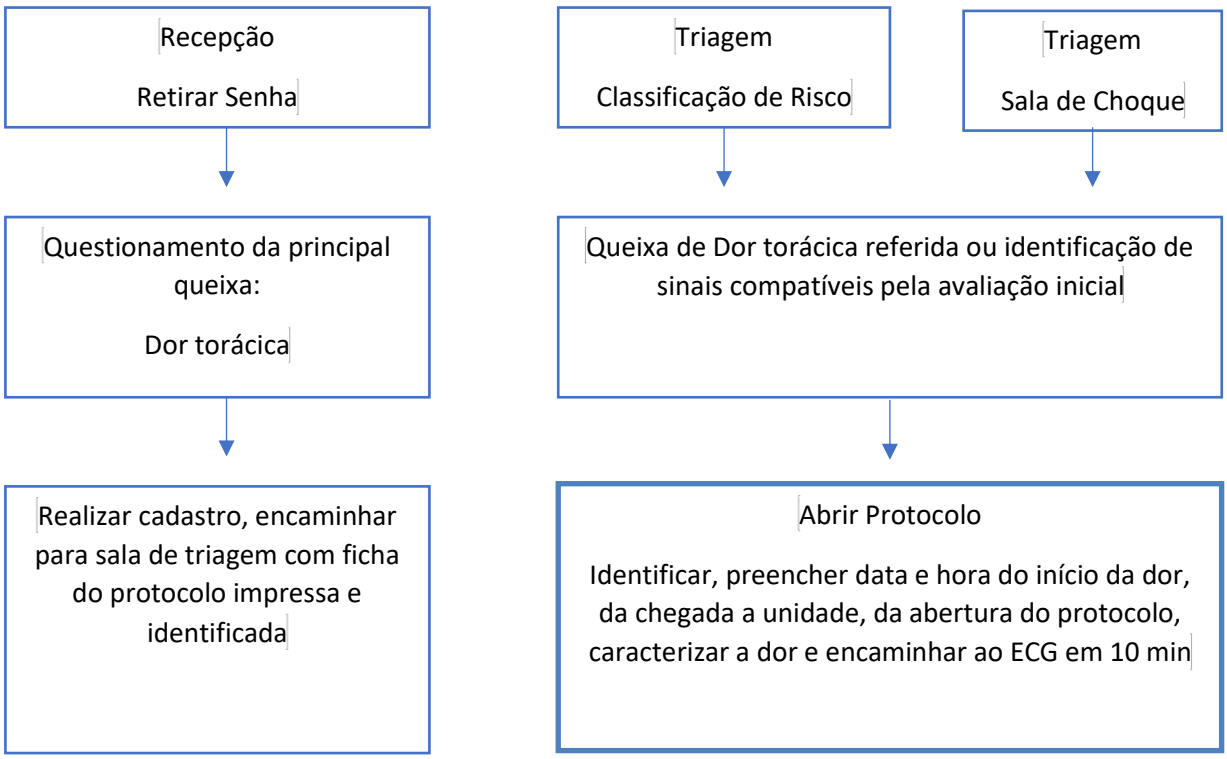
Sintoma caracterizado pelo desenvolvimento agudo ou subagudo de dor na topografia do tórax, podendo acometer também, associado ou não, outras regiões correlatas (MMSS, abdome superior, dorso, pescoço e mandíbula) e sintomas equivalentes (dispneia, sudorese fria, náuseas, vômitos, sincopes, pré-sincopes, lipotimias). Não é obrigatória para o diagnóstico de IAM.

Principais diagnósticos diferenciais:

Pericardite, dissecção de aorta, prolapso de válvula mitral, estenose aórtica, miocardiopatia hipertrófica, embolia pulmonar, pneumotórax espontâneo, refluxo e espasmo esofágico e úlcera péptica, costocondrites e dor psicogênica.

Em pacientes com dor torácica súbita, descrita como "rasgada", de forte intensidade geralmente iniciando-se no tórax anterior e com irradiação para dorso deve ser avaliada a hipótese de dissecção aguda de aorta.

1.2 Fluxo de Abertura da Ficha do Protocolo



Identificação pela Recepção do Pronto Socorro – Balcão de Informação

Caso o paciente queixar-se de dor em região torácica no momento da abertura de ficha, deverá ser encaminhado imediatamente para avaliação do enfermeiro na triagem, juntamente com a ficha de Dor Torácica impressa, com o preenchimento da identificação do paciente (nome completo e data de nascimento).

Para um atendimento ágil é necessário um cadastro breve para que a enfermagem tenha acesso ao prontuário e após o período emergencial o cadastro ser complementado.

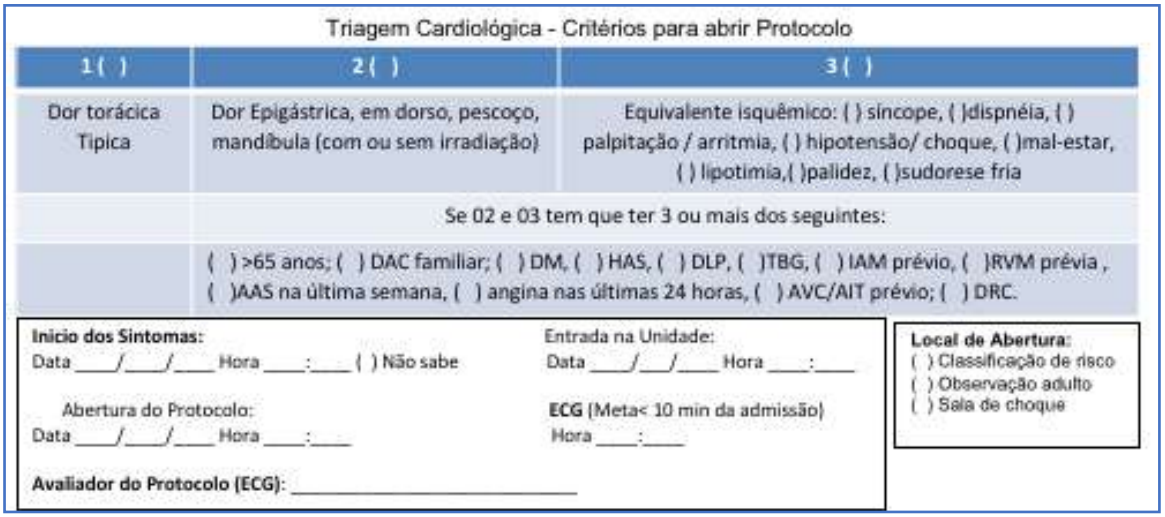
1.5 Triagem Cardiológica - Enfermagem

O paciente encaminhado a triagem já com o protocolo impresso, deverá passar pela triagem cardiológica da enfermagem. Se apenas no momento da triagem o paciente queixar-se de dor torácica ou o enfermeiro notar sinais compatíveis com SCA, deverá abrir a ficha do protocolo e preencher o campo nome completo do paciente e data de nascimento.

Nesse momento, a enfermagem deve registrar a data e hora da abertura do início dos sintomas, da entrada na unidade, da abertura do protocolo.

Em seguida deve-se caracterizar a dor por meio da realização de uma breve história clínica e investigação de fatores de risco para DAC.

Após, deve-se encaminhar o paciente para realização do ECG em até 10 minutos, e avaliação médica segundo o fluxo de atendimento de dor torácica.



Triagem Cardiológica - Critérios para abrir Protocolo

1( )	2( )	3( )
Dor torácica Tipica	Dor Epigástrica, em dorso, pescoço, mandíbula (com ou sem irradiação)	Equivalente isquêmico: ( ) síncope, ( )dispnéia, ( ) palpitação / arritmia, ( ) hipotensão/ choque, ( )mal-estar, ( ) lipotimia,( )palidez, ( )sudorese fria
	Se 02 e 03 tem que ter 3 ou mais dos seguintes:	
	( ) >65 anos; ( ) DAC familiar; ( ) DM, ( ) HAS, ( ) DLP, ( )TBG, ( ) IAM prévio, ( )RVM prévia , ( )AAS na última semana, ( ) angina nas últimas 24 horas, ( ) AVC/AIT prévio; ( ) DRC.	

Início dos Sintomas:
Data ____/____/____ Hora ____:____ ( ) Não sabe

Entrada na Unidade:
Data ____/____/____ Hora ____:____

Abertura do Protocolo:
Data ____/____/____ Hora ____:____

ECG (Meta< 10 min da admissão)
Hora ____:____

Avaliador do Protocolo (ECG): _____

Local de Abertura:
( ) Classificação de risco
( ) Observação adulto
( ) Sala de choque

1.6 Avaliação na Sala de Choque / Emergência

O médico nesse momento deve checar o ECG e com uma breve avaliação classificar o tipo de dor torácica.

1.6.1 Classificação da Dor:

- **Tipo A (definitivamente anginosa):** As características dão certeza do diagnóstico de SCA independentemente dos resultados de exames complementares. Dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroesternal, que pode ter irradiação para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispneia.
- **Tipo B (provavelmente anginosa):** As características fazem a SCA a principal hipótese, porém é necessária a complementação por exames.
- **Tipo C (Provavelmente não anginosa):** As características não fazem a SCA a principal hipótese, porém precisa de exames complementares para a exclusão.
- **Tipo D (definitivamente não anginosa):** As características não incluem a SCA como hipótese diagnóstica.

Equivalentes isquêmicos (idosos, mulheres e diabéticos): dispneia isoladamente, náusea e/ou vômitos, palpitações, síncope, ou mesmo, parada cardíaca.

Se caracterizada como Dor tipo D, deve-se encerrar o protocolo e registrar data e hora.

Se caracterizada como Dor tipo A, B ou C deve-se prosseguir com o protocolo.

1.6. Eletrocardiograma

Exame que registra oscilações elétricas que resultam da atividade do músculo cardíaco.

Os pacientes com dor típica realizarão o ECG na sala de emergência para definição de indicação de trombolise. Independentemente da ocorrência de supradesnivelamento do segmento ST, confirmando-se a tipicidade da dor, o paciente deverá permanecer em atendimento no setor de emergência.

Para os pacientes classificados como dor atípica e fatores de risco para DAC, a enfermeira da triagem deverá realizar o ECG de 12 derivações na sala de ECG. Encaminhar o exame juntamente com a Ficha do Protocolo para avaliação do médico do Choque que deverá avaliá-lo em até 10 minutos em relação à entrada. A avaliação médica precoce é realizada para verificar elevação de Supra ST ou sinais de isquemia franca, o que caracterizaria atendimento emergencial.

O eletrocardiograma deve ser identificado com a Etiqueta de identificação do paciente, data, hora, carimbo e assinatura do profissional que realizou o exame e Laudo Estruturado. Após avaliação médica é necessário também que o médico carimbe e assine no exame, confirmando a visualização e a conduta sobre aquele exame.

Achados no ECG:

ECG Francamente Isquêmico:

- ✓ Elevação de ST ≥ 1 mm (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ BRE sabidamente novo
- ✓ Infradesnivelamento de ST ≥ 0,5 mm (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ Inversão de onda T ≥ 2 mm de forma simétrica (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ Padrão "plus-minus" ST ≥ 1 mm em parede anterior
- ✓ FV e Taquicardia Ventricular

ECG Possivelmente Isquêmico:

- ✓ Elevação de ST entre 0,5 mm e 0,9 mm (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ Inversão de onda T entre 1 mm e 1,9 mm de forma simétrica (em ≥ 2 derivações contíguas)

Observação:

Atentar que em crianças e mulheres é comum ter inversão de onda T de V1 a V3, de forma **assimétrica.**

Sempre que o ECG apresentar **Supra de segmento ST em parede inferior**, deve-se fazer as fazer **derivações direitas precordiais (V3R, V4R, V5R e V6R)**, para afastar o diagnóstico de **IAM do Ventrículo Direito.**

Sempre que o ECG apresentar **Infra de segmento ST em parede inferior**, deve-se fazer as **derivações posteriores (V7-V9**), para afastar a possibilidade de IAM dorsal.
Caso ECG apresente características francamente isquêmicas, mesmo que a dor seja caracterizada como atípica, o paciente deverá ser internado no choque para monitorização e atendimento emergencial.

Se o ECG apresentar características possivelmente isquêmicas e/ou sem alterações isquêmicas, mas tiver algum fator de risco para DAC e dor atípica, deverá ser classificado como laranja, devendo ficar na sala de observação para realização troponina, ECG seriados e reavaliação.

Caso o paciente apresente característica atípica, mas sem fator de risco e ECG sem alterações isquêmicas, este deverá aguardar fluxo normal de atendimento, porém deve ser arquivada a ficha de dor torácica na ficha de atendimento para que seja documentada a abertura do protocolo e fechado devido não elegibilidade.

A depender da localização da alteração do ECG, pode-se identificar a provável parede miocárdica e artéria coronária acometida.

Derivação alterada	Parede ventricular afetada	Provável(is) artéria(s) comprometida(s)
V1-V4	Anterior	Descendente anterior
V1-V6, D1, aVL	Anterior extenso	Descendente anterior
D2, D3 e aVF	Inferior	Coronária direita ou Circunflexa
V7 e V8 (ou infra de ST em parede anterior – imagem em espelho)	Posterior	Circunflexa ou coronária direita
V3R e V4R	Ventrículo direito	Coronária direita
D1 e aVL	Lateral alto	Circunflexa

1.6.2 Marcadores de Necrose Miocárdica:

Coletar na admissão e 3 horas depois. Se positivo, coletar com 6, 12 e 24 horas, e diariamente. Pacientes com forte suspeita, mas com duas amostras negativas, colher nova amostra as 6 horas.

Troponina:
É o marcador de necrose miocárdica (MNM) de escolha para o diagnóstico de injúria miocárdica.

Começa a se elevar em 40-60 min após a oclusão arterial, pico 18-24 horas e permanece por até 7-14 dias na circulação.
Coleta inicial para diagnóstico: admissão e 3h.
Falso-positivos: insuficiência cardíaca, fibrilação atrial com resposta ventricular rápida, miocardite, cardiotoxicidade por quimioterapia, miopericardites, sepse, insuficiência renal crônica, embolia pulmonar.
Útil para detectar reinfarto

Observação: Como a troponina utilizada é ultrassensível, não é necessário a coleta de CPK, CK-MB.

1.6.3 Abordagem Inicial da Dor Torácica

Equipe de Enfermagem: Medidas Gerais

- ✓ Controle de SSVV a cada 3 horas;
- ✓ Aferir PA em ambos os membros superiores e inferiores
- ✓ Palpar pulsos em ambos os membros superiores e inferiores
- ✓ Oxigênio se Sat.O2 < 90%;
- ✓ Realizar ECG (0 - 3ª hora, ou conforme prescrição médica).
- ✓ Coleta de exames laboratoriais (0 - 3ª hora);
- ✓ Administrar medicações conforme prescrição médica;

Equipe Médica: Medidas Gerais

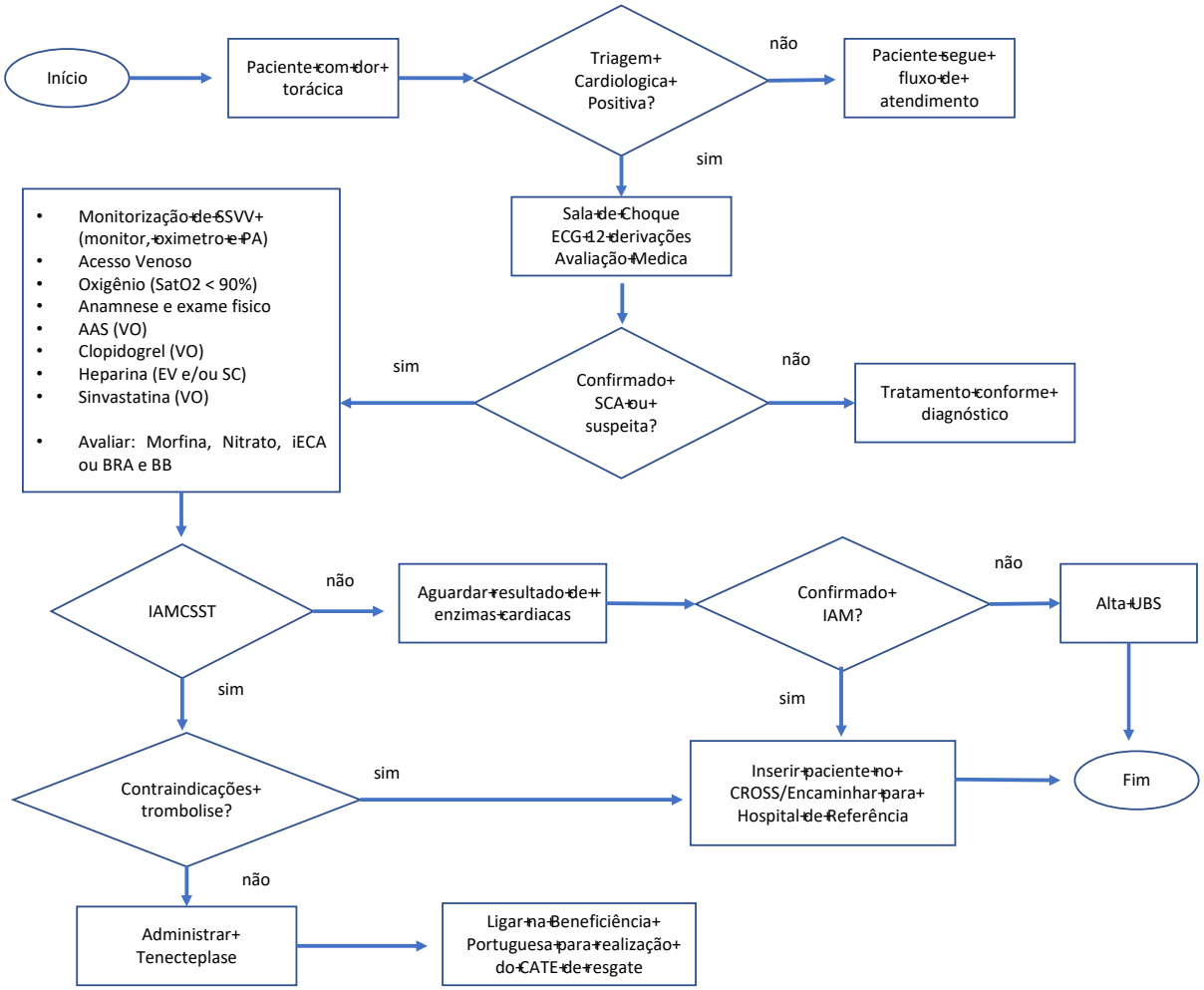
- ✓ Solicitar ECG (0 - 3ª hora);
- ✓ Solicitar Troponina ultrassensível (0 - 3ª hora) nos casos de suspeita de SCA;
- ✓ Solicitar Rx de tórax (principalmente se suspeita de dissecção de aorta e outros diagnósticos diferenciais de dor torácica)
- ✓ Checar resultado de exames (troponina, ECG e RX de tórax);
- ✓ Checar pulsos em ambos os membros superiores e inferiores;
- ✓ Checar níveis de PA em membros superiores e inferiores;
- ✓ Estratificação de Risco para SCA.

1.6.4 Estratificação de Risco:

O score Heart foi desenvolvido com características clínicas escolhidas por plausibilidade biológica e que seriam fáceis de lembrar, com o objetivo de identificar os casos de maior risco para SCA. Revelou-se como um ótimo instrumento para estratificação de risco inicial. Além de das características clássicas da angina, podemos utilizar o Heart Score para auxílio a tomada de decisão clínica.

Pontuação para Heart Score para Dor Torácica		
Fator	**Característica**	**Pontos**
História	Altamente suspeita de SCA	2
	Moderadamente suspeita de SCA	1
	Baixa Suspeita de SCA	0
ECG	Depressão Semento ST	2
	Alteração de repolarização inespecífica	1
	Normal	0
Idade	≥ 65 anos	2
	45 a 65 anos	1
	< 45 anos	0
Fatores de Risco	≥ 3 fatores de risco ou história de aterosclerose	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	nenhum fator de risco	0
Troponina	≥ 2 vezes o limite da normalidade	2
	1 - 2 vezes o limite da normalidade	1
	≤ ao limite da normalidade	0
Baixo: 0 a 3	**Médio: 4 a 6**	**Alto: 7 a 10**

1.7 Fluxo do Protocolo



2. Síndrome Coronariana Aguda (SCA)

Enfermidade caracterizada por aparecimento de manifestações clínicas e laboratoriais provocadas por isquemia miocárdica aguda, sendo classificada em duas formas:

Com Supra de ST: Isquemia miocárdica aguda ocasionada por oclusão total da artéria, apresentando supradesnivelamento do segmento ST no ECG, ocasionando o IAM, e necessitando de trombólise emergencial. Sempre evolui com aumento de troponina, por tanto, não é necessário esperar esse exame para o diagnóstico. O ECG é o exame mais importante nesse cenário, e por isso deve ser realizado em 10 minutos.

Sem Supra de ST: Isquemia miocárdica aguda ocasionada por oclusão parcial da artéria, não apresentando supradesnivelamento do segmento ST no ECG, sem indicação de trombólise. Pode apresentar-se de duas formas:

- Infarto agudo do miocárdio (IAM) é definido como um evento clínico causado por isquemia miocárdica, no qual existe evidência de injúria ou necrose miocárdica, ou seja, sempre há aumento dos biomarcadores cardíacos (troponina).
- Angina instável é considerada quando pacientes apresentam sintomas isquêmicos sugestivos de uma SCA, sem elevação dos biomarcadores de necrose miocárdica, na presença ou não de alterações eletrocardiográficas indicativas de isquemia. A mesma deve ser classificada conforme sintomas, circunstância e intensidade de tratamento, utilizando a Classificação de Braunwald, a seguir:

Pacientes com suspeita de SCA (com ou sem Supra de ST) que apresente algum fator de risco

CLASSIFICAÇÃO DE BRAUNWALD PARA ANGINA INSTÁVEL

1 – Gravidade dos Sintomas
Classe I – Angina de início recente (menos de 2 meses), frequente ou grande intensidade (3 ou mais vezes ao dia), acelerada (evolutivamente mais frequente ou desencadeada por esforços progressivamente menores)
Classe II – Angina de repouso subaguda (1 ou mais episódios em repouso nos últimos 30 dias, o último episódio ocorrido há mais de 48 horas)
Classe III- Angina de repouso aguda (um ou mais episódios em repouso nas últimas 48 horas).

2- Circunstâncias das Manifestações Clínicas
Classe A – Angina instável secundária (anemia, febre, hipotensão, hipertensão não controlada, emoções não rotineiras, estenose aórtica, arritmias, tireotoxicoses, hipoxemia, etc).
Classe B – Angina instável primário
Classe C- Angina pós-infarto do miocárdio (mais de 24 horas e menos de 2 semanas)
3 – Intensidade do tratamento
Classe 1 – Sem tratamento ou tratamento mínimo
Classe 2 – Terapia antianginosa usual
Classe 3 – Terapia Máxima

Para DAC deverão realizar Troponina + ECG seriada (no momento de entrada e na 3ª hora da internação). Caso o paciente esteja internado na medicação e houver alteração da primeira troponina, deverá ser encaminhado a sala de CHOQUE para nova coleta no setor e monitorização.

ATENÇÃO:

- Idosos, diabéticos e mulheres tem maior chance de apresentar dor atípica
- Dor atual (mesmo que atípica) semelhante a episódio anginoso prévio: maior chance de nova SCA

OBSERVAÇÃO: Desde o advento da troponina ultrassensível, não está mais indicado seriar, com CKMB e CPK ((nível de evidência III).

2.1 Abordagem Inicial da SCA | Cuidados na Sala de Emergência

Para os casos confirmados de SCA

Equipe de Enfermagem: Medidas Gerais

✓ Monitorização cardíaca contínua | PA não invasiva | Oximetria;

✓ Oxigênio se Sat. < 90% ou sinais de insuficiência respiratória, ou qualquer risco de hipoxemia;

✓ Administração das medicações iniciais para SCA, conforme prescrição médica;

✓ Obtenção de 2 Acessos venosos periféricos calibrosos (jelco 18, se possível) – pacientes submetidos a trombólise

✓ Coleta de exames laboratoriais.

OBS: Os tubos deverão conter etiqueta do paciente e descrever no pedido qual setor realizou a coleta.

Equipe Médica: Medidas Gerais

✓ Orientar repouso absoluto

✓ Definir rapidamente os casos com SUPRA e necessidade de Trombólise

✓ Prescrever Ataque de AAS, Clopidogrel, Anticoagulação e Estatina

✓ Avaliar possibilidade de já iniciar betabloqueador e iECA ou BRA

✓ Solicitação de exames laboratoriais: Hemograma completo, Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina, Tempo de Protrombina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Troponina

✓ Estratificação de Risco para SCA

2.2 Pacote de Medicações de SCA

A SCA é tratável, se diagnosticada rapidamente. O tratamento pode incluir medicamentos, como anticoagulantes ou betabloqueadores.

A aspirina (AAS) inibe a agregação plaquetária. Há uma redução de 30% nos eventos vasculares de pacientes com infarto agudo não fatal com uso de AAS. Os efeitos colaterais mais frequentes estão relacionados ao trato gastrointestinal, os quais podem ser reduzidos através do uso de protetores gástricos (omeprazol ou ranitidina). Deve-se administrar aspirina a todos os pacientes, exceto se alergia, o mais precocemente possível, na chegada ao hospital, em dose de ataque nos pacientes com SCA (160 a 325mg). Manter o seu uso contínua e indefinidamente (100mg/dia).

O Clopidogrel é um anti-agregante plaquetário, que atua com maior rapidez quando usado em dose de ataque. Se confirmada Síndrome Coronariana Aguda, deve ser realizado em dose de ataque (a depender da idade do paciente, da presença de supra no ECG, e da estratégia utilizada de reperfusão) e mantido em dose de manutenção diária, por um ano após a SCA, independente do tratamento de reperfusão utilizado. Pode também ser utilizado como substituto à aspirina nos casos de reação de hipersensibilidade.

Os Nitratos são vasodilatadores e ajudam no alívio da dor, recomenda-se o uso nas primeiras 24/48h de evolução da SCASST, na presença de dor torácica recorrente, ICC ou hipertensão. Na fase aguda de SCA com

supra de ST são utilizados como coadjuvante a trombólise quando não há evidência de reperfusão com o objetivo de redução da área de infarto e melhora funcional de área lesada. Porém não devem ser utilizados na suspeita de infarto de Ventrículo Direito, pois podem causar instabilidade clínica e agravamento do infarto. Assim, a suspeita de infarto de parede inferior (acometimento de derivações aVF, DII e DIII), independente do acometimento de derivações direitas (V3R e V4R) os nitratos devem ser evitados. Portanto, são contra-indicados na presença de: hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg ou queda > 30 mmHg da PA basal), uso de inibidor da fosfodiasterase (por exemplo, sildenafil) nas últimas 24h (48h se tadalafila), infarto do ventrículo direito e IAM de parede inferior.

O uso de ß bloqueadores é baseado em evidências de redução de mortalidade de 10 a 15% na era pré-trombolítica, posteriormente confirmados na era pós trombolíticos com redução de mortalidade em até 40%. Está indicada a sua introdução precocemente após IAM independente de trombólise concomitante. Principalmente quando há isquemia recorrente e ocorrência de taquiarritmias.

De acordo com os Anticoagulantes, nos pacientes de alto risco deve ser utilizada a heparina de baixo peso molecular (HBPM), como enoxaparina, ou a heparina não fracionada (HNF). Uma vez optado por um tipo de heparina, esta deve ser mantida durante toda a duração do tratamento,

se possível, visando reduzir o risco de sangramento. A mudança de um tipo para outro, aumento o sangramento desses pacientes.

Os **IECA ou BRA** reduzem a mortalidade em pacientes com IAM com disfunção ventricular esquerda sistólica sintomáticos ou assintomáticos e em pacientes com doença arterial coronária sem disfunção ventricular. Portanto, devemos introduzir IECA em pacientes com disfunção ventricular esquerda assintomática (FE < 40%) ou sintomática, diabetes mellitus ou hipertensão arterial.

As **Estatinas** estão indicadas para os indivíduos portadores de angina instável de alto risco e IAM independente do nível de colesterol, por reduzir mortalidade nesses pacientes. Lembrando que o alvo de LDL-c a ser atingido nesses pacientes é mais rigoroso, devendo ser menor que 50mg/dL, segundo a nova Diretriz da Sociedade Brasileira.

OBSERVAÇÃO: Paciente usuário de cocaína com Dor Torácica Aguda, devem ser inicialmente conduzidos com Diazepam e Bloqueador de Canal de Cálcio por maior probabilidade de ser relacionado a Vasoespasmo coronariano. Caso não melhore, pensar em aterosclerose como causa da Dor.

PACOTE MEDICAÇÕES DE SCA	
Oxigênio	Apenas se Sat O2 < 90%
Nitratos	Para alívio imediato – Dinitrato de Isossorbida 5mg V.O (repetir até 3 doses de 15/15 min)
	Para manutenção – Mononitrato de Isossorbida 20 a 40mg de 12/12h ou às 8h, 14h e 20h (3x/dia) V. O
	Endovenoso – Nitroglicerina 50mg diluída em SG 5% 250ml – iniciar em 3 ml/h em BIC e aumentando de 3 3m 3 ml/h
Morfina	2 a 8mg Endovenoso, se dor intensa ou Edema Agudo de Pulmão
Ácido Acetilsalicílico	Dose de ataque – 300mg V.O. (nos pacientes em uso prévio e correto da medicação, não é necessário ataque) Dose de manutenção – 100mg/dia V. O
Clopidogrel	Dose de ataque – 300mg V.O. (se paciente maior 75 anos e necessidade de trombólise, fazer 75mg V.O.) Dose de manutenção – 75mg/dia V. O
Anticoagulantes	Enoxaparina:

	< 75 anos: 30mg EV e bolus seguidas 1mg/kg subcutâneo (SC) a cada 12/12 hs ☐ 75 anos: não fazer dose de ataque EV, manter dose de 0,75mg/kg 12/12hs Se ClCr < 30ml/min, dose 1 mg/kg 24/24 hs, independente da idade
	HNF: Dose de ataque de 60 UI/Kg/IV em bolus (máximo 4000 U) e dose de manutenção 12U/Kg/h EV em BIC (máximo de 1000 U/h) (deve se ajustar dose com valores de TPPa entre 50 e 70 segundos)
Betabloqueadores	Se FE preservada - Atenolol 25 mg a 50mg 12/12h ou 24/24hs V.O. Se FE reduzida – Carvedilol 3,125mg a 25mg 12/12hs V.O. Progressão de dose conforme frequência cardíaca e tolerância
Estatinas	Sinvastatina 40mg V.O. à noite inicialmente Após ajustar para alvo de LDL-c inferir a 50mg/dL
iECA ou BRA	Enalapril 5mg a 20mg 12/12hs VO Losartana 25mg a 50mg 12/12hs VO (para os intolerantes ao iECA) Progressão de dose conforme pressão arterial e tolerância

2.3 Estratificação de Risco na SCA

A estratificação do risco para os pacientes com SCA SST é fundamental para definição das etapas seguintes de manejo clínico, identificando aqueles que necessitam de investigação invasiva com cateterismo cardíaco. Assim todo paciente com SCA SST, após manejo inicial, deve ter seu risco calculado utilizando o Escore TIMI e GRACE.

Para os pacientes com SCA SST com risco alto e intermediário deve ser solicitado leito emergência/observação no CROSS e cateterismo cardíaco para realização idealmente em 24 a 48 horas. Já os de baixo risco, poderá avaliar o caso e optar por estratégia não invasiva e conservadora.

2.3.1 Escore de Risco TIMI (AI e IAMSSST):

A cada uma das sete variáveis dicotômicas preditoras independentes de desfechos em pacientes com angina instável e IAM sem supra de ST é atribuível o valor de 1 em caso de presente e zero em caso de ausente, variando o escore de 0 até 7 (sendo 7 o maior risco).

1.	**Idade ≥ 65 anos**	**1 ponto**
2.	**Presença de ao menos 03 fatores de risco para DAC**	1 ponto
3.	**Estenose coronariana prévia ≥ 50%**	1 ponto
4.	**Presença de desvio do segmento ST no ECG da admissão**	1 ponto

5. Ao menos dois episódios anginosos nas 24 horas prévias	1 ponto
6. Biomarcadores cardíacos de necrose miocárdica séricos elevados	1 ponto
7. Uso de Aspirina nos últimos 7 dias	1 ponto
0-2 pontos: Baixo Risco 3,4 pontos: Risco Intermediário 5-7 pontos : Alto Risco	

2.3.2 Escore de Risco Grace:

O Score de Risco de Grace deve ser realizado para estratificação de risco de SCA com ou sem Supra ST, sendo utilizado para determinar a conduta e o momento da indicação de CATE, além da avaliação da probabilidade de óbito intra Hospitalar.

Killip	Pontos	PAS (mmHg)	Pontos	FC (bpm)	Pontos	Idade (anos)	Pontos	Creatinina (mg/dl)	Pon
I	**0**	< 80	**58**	≤ 50	**0**	≤ 30	**0**	0 - 0,39	**1**
II	**20**	80 - 99	**53**	50 - 69	**3**	30 - 39	**8**	0,40 - 0,79	**4**
III	**39**	100 - 119	**43**	70 - 89	**9**	40 - 49	**25**	0,80 - 1,19	**7**
IV	**59**	120 - 139	**34**	90 - 109	**15**	50 - 59	**41**	1,20 - 1,59	**10**
		140 -159	**24**	110 - 149	**24**	60 - 69	**58**	1,60 - 1,99	**13**
		160 - 199	**10**	150 - 199	**38**	70 - 79	**75**	2,00 - 3,99	**21**
		≥ 200	**0**	≥ 200	**46**	80 - 89	**91**	> 4,00	**28**
						≥ 90	**100**		

Fatores de Risco	Pontos
PCR na Admissão	**39**
Desnivelamento do Seguimento ST	**28**
Enzimas Cardíacas Alteradas	**14**

Categoria	Pontos
Baixo	≤ 108
Intermediário	109 - 140
Alto	> 140

2.3.3 Classificação de Killip:

Classificação baseada em dados clínicos que permite estudar a gravidade da insuficiência ventricular nos pacientes com IAM é bastante usada na avaliação da mortalidade em geral.

Killip I	**sem dispneia, terceira bulha ou estertoração pulmonar**
Killip II	dispneia e estertoração pulmonar nos terços inferiores do tórax
Killip III	edema agudo de pulmão
Killip IV	choque cardiogênico

Observação:

Pacientes com SCA, sem supra de ST e com os seguintes aspectos são considerados de alto risco e devem ser encaminhados para angiografia coronariana imediata, sem atrasos:

- Choque cardiogênico
- Insuficiência cardíaca ou disfunção ventricular esquerda severa
- Angina de repouso refratária (persistente ou recorrente) apesar da terapia médica ótima
- Instabilidade hemodinâmica devido a complicações mecânicas (insuficiência mitral aguda, defeito do septo ventricular)
- Arritmias ventriculares instáveis.

3. Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST

Todo paciente com SCA com Supra de ST é caracterizado como de Alto Risco necessitando de internação emergencial e monitorização por pelo menos 48 horas dentro da emergência ou UTI. A utilização do Score de Risco de Grace pode ser feita para estimar a probabilidade de óbito intra-hospitalar.

Todo paciente com SCA com Supra de ST deverá realizar CATE durante a internação.

3.1 Trombólise

3.1.1 Indicações de Trombólise

- Duração < 12 horas não responsiva a nitrato sublingual;
- Elevação do segmento ST (>1mm) em duas derivações precordiais contíguas ou duas periféricas adjacentes, Δt < 12 horas;
- BRE novo, Δt < 12 horas (sugerido usar critérios de Sgarbossa);
- Ausência de contraindicações absolutas
- Início ou piora da dor < 12 horas

3.1.2 Contraindicações Absolutas de Trombólise

Qualquer hemorragia intracraniana prévia
Conhecida lesão vascular cerebral estrutural (por exemplo, MAV)
Conhecida neoplasia maligna intracraniana (primária ou metastática) AVC isquêmico dentro de 3 meses, salvo acidente vascular cerebral isquêmico em até 3 horas
Suspeita de dissecção aórtica
Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (excluída menstruação)
Traumatismo craniano significativo ou traumatismo facial nos últimos 3 meses

3.1.3 Contraindicações Relativas de Trombólise

História da hipertensão arterial crônica, grave, mal controlada
Hipertensão arterial grave não controlada, na apresentação (PAS 180mmHg ou PAD 110mmHg)
História de AVC isquêmico prévio de 3 meses, demência, ou patologia intracraniana conhecida não abrangida nas contraindicações
Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (10 minutos) ou cirurgia de grande porte (3 semanas)
Hemorragia interna recente (dentro de 2 a 4 semanas)
Punções vasculares não compreensíveis
Para estreptoquinase/anistreplase: exposição prévia (5 dias antes) ou reação alérgica prévia a estes agentes

OBS: Recomenda-se o acionamento da Telemedicina exceto em situações que o tempo para acionamento possa comprometer o intervalo de tempo para realização da trombólise, quando o sistema estiver disponível.

3.1.4 Regime de Doses dos Fibrinolíticos – Se elegível a trombólise

Droga de escolha: Tenecteplase E.V (Metalyse®)

- Administração única em bolus EV
- Tempo de infusão: 5 a 10 segundos
- Dose ajustada pelo peso do paciente

Dose Conforme peso do paciente – Administração de Tenecteplase			
Peso	**Tenecteplase**		**Volume solução**
< 60 Kg	6000 U	30 mg	6 mL

≥ 60 a < 70 Kg	7000 U	35 mg	7 mL
≥ 70 a < 80 Kg	8000 U	40 mg	8 mL
≥ 80 a < 90 Kg	9000 U	45 mg	9 mL
≥ 90 Kg	10.000 U	50 mg	10 mL

Observações:

Deve-se utilizar acesso exclusivo (pode ser feito em acesso preexistente desde que tenha sido usado somente para a administração de NaCl 0,9%. Incompatível com solução glicosada.

A dispensação do Tenecteplase só deverá ocorrer se houver prescrição da droga.

Após o uso do Tenecteplase deve-se preencher o documento da Secretaria Municipal de Saúde (em anexo) com a justificativa do uso, anexar cópia do ECG e encaminhar à farmácia.

Recomendações e controles realizados após a trombólise

O paciente trombolisado deve permanecer em ambiente de cuidados intensivos (Sala de Emergência) por pelo menos 48 horas, monitorizado e reavaliado constantemente. Deve-se buscar controle glicêmico e pressórico rigoroso, além da detecção precoce de sinais e sintomas clínicos sugestivos de sangramentos decorrentes da trombólise.

CUIDADOS

- Controle de SSVV a cada 2 horas.
- Instituir medidas para hipertermia S/N;
- O controle pressórico deve ser mais estrito, evitando-se de toda forma PAS >185mmHg e/ou PAD >110mmHg.
- Iniciar insulina EV S/N.
- Seguir protocolo de TEV institucional (DINST.PT.0019) para prevenção de TVP.
- Manter decúbito entre 30 e 45°
- Manter paciente euvolêmico.
- Manter o paciente em jejum por 24 horas pelo risco de hemorragia e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.
- Não realizar passagem de SNE/SNG nas primeiras 24 horas após a trombólise
- Não passar sonda vesical de demora (SVD) nas primeiras 24 horas após a trombólise
- Não utilizar antiagregantes plaquetários ou anticoagulante nas primeiras 24 horas após uso de rtPA;
- Após as 24 horas do tratamento trombolítico, o tratamento de SCA segue as mesmas orientações do paciente que não recebeu trombólise, isto é, antiagregante plaquetário e anticoagulação.
- Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas.

3.3 Critérios de Reperfusão

A Reperfusão é o restabelecimento do fluxo sanguíneo. Para verificar se a trombólise foi eficaz é necessário o acompanhamento dos sinais e sintomas:

- Melhora da dor (2 pontos em uma escala de 0 a 10)
- Redução do supra de ST de pelo menos 50% em relação a derivação que tem o maior Supra no ECG anterior, após 2 horas da trombólise
- Aparecimento de R.I.V.A (Ritmo Ideoventricular Acelerado)
- Pico precoce de marcadores de necrose miocárdica
- Manutenção da estabilidade hemodinâmica

3.4 Transferência BP – Paciente com SCA Com Supra de ST

Conforme acordado com a Secretária da Saúde, todo paciente diagnosticado com SCA com Supra de ST com até 12 horas de início de sintomas será encaminhado à Beneficência Portuguesa (BP) para tratamento e conduta. O caso deverá ser discutido entre médicos (VSC e BP) via telefone (11)94478-8628 ou (11)3285-1614 o mais rápido possível. Após alinhamento é necessário encaminhamento do caso via e-mail (anselmoasalgado@hotmail.com) com documentação completa preenchida no formulário (abaixo), ECG E scaneado e inserir o caso no CROSS informando que o caso já foi discutido.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Inclusão: Pacientes com suspeita de IAMSSST, IAMCSST e angina instável.

Exclusão: pacientes que não tem sinais de dor torácica sugestivo de síndrome coronariana aguda.

RESPONSABILIDADES

Equipe médica e assistencial

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Não se aplica

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Realização do ECG em até 10 minutos após a classificação.

Realização de AAS em até 24 horas da admissão

Tempo porta-agulha de até 30 minutos.

Letalidade

ANEXOS

Anexo 1. Formulário Protocolo Síndrome Coronariana Aguda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Dor torácica Tipica	Dor Epigástrica, em dorso, pescoço, mandíbula (com ou sem irradiação)	Equivalente isquêmico: ( ) síncope, ( )dispnéia, ( ) palpitação / arritmia, ( ) hipotensão/ choque, ( )mal-estar, ( ) lipotimia,( )palidez, ( )sudorese fria
	Se 02 e 03 tem que ter 3 ou mais dos seguintes:	
	( ) >65 anos; ( ) DAC familiar; ( ) DM, ( ) HAS, ( ) DLP, ( )TBG, ( ) IAM prévio, ( )RVM prévia , ( )AAS na última semana, ( ) angina nas últimas 24 horas, ( ) AVC/AIT prévio; ( ) DRC.	

Inicio dos Sintomas:
Data ____/____/____ Hora ____:____ ( ) Não sabe

Entrada na Unidade:
Data ____/___/____ Hora ____:____

Abertura do Protocolo:
Data ____/____/____ Hora ____:____

ECG (Meta< 10 min da admissão)
Hora ____:____

Avaliador do Protocolo (ECG): _____

Local de Abertura:
( ) Classificação de risco
( ) Observação adulto
( ) Sala de choque

_____
Enfermeiro

Avaliação da Sala de Choque / Emergência

( ) Dor tipo A ( ) Dor tipo B ( ) Dor tipo C

( ) Dor tipo D

Checagem de ECG
Solicitação e Coleta de Troponina e exames subsidiários
Aferição de Pulso , Pressão Arterial em ambos os MMSS e Avaliar Sopro Cardíaco

Descartado SCA
Outras causas :

Gastrite, Pneumonia, Angina Estável, Estresse, Refluxo, Costocondrite, etc.

Encerrar Protocolo
Hora ___:____

( ) IAM com Supra ST

( ) IAM sem Supra ST
( ) Angina Instável

( ) Suspeita de Dissecção de Aorta

AAS 300 mg ( ) sim ( ) não
Hora:_____:_____
Alergia ( )

Clopidogrel 300 mg ( ) sim ( ) não
Hora:_____:_____
Alergia ( )

Heparina ( ) sim ( ) não
Qual?
Dose: _____
Hora:_____:_____

Sinvastattina 40 mg ( ) sim ( ) não
Hora:_____:_____
Alergia ( )

Solicitar Tomografia de Tórax com contraste arterial (via CROSS)

Enzimas Cardíacas Seriadas
0, 3, 6 e 12 horas
1º coleta: Hora:____:___
Valor:_____
2º coleta: Hora:____:___
Valor:_____
3º coleta: Hora:____:___
Valor:_____
4º coleta: Hora:____:___
Valor:_____

Trombólise
(< 30 min da admissão)
Tenecteplase _____ mg Peso:_____kg
Hora:_____ ( ) Não realizado
Pq?_____
Critério de Reperfusão: ( ) sim ( ) não
Acionado Protocolo BP: ( ) sim ( ) não

Inclusão do Paciente no CROSS

Desfecho: Data ____/____/____ Hora: ____:____
( ) Alta com encaminhamento
( ) Transferência para Hospital Local: _____
( ) Óbito

Medico Responsável:_____ Data_____/_____/_____ Hora: _____:_____

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GRACE SCORE	
Categoria	Pontos
Baixo	≤ 108
Intermediário	109 - 140
Alto	> 140
TOTAL do Paciente =	

CLASSIFICAÇÃO KILLIP	
Killip I	Sem dispneia, B3, ou estertoração
Killip II	Dispneia, B3, e estertoração
Killip III	Edema Agudo de Pulmão
Killip IV	Choque Cardiogênico
TOTAL do paciente =	

TIMI RISK	
Idade ≥ 65 anos	1 ponto
Presença de ao menos 03 fatores de risco para DAC	1 ponto
Estenose coronariana prévia ≥ 50%	1 ponto
Presença de desvio do segmento ST no ECG da admissão	1 ponto
Ao menos dois episódios anginosos nas 24 horas prévias	1 ponto
Biomarcadores cardíacos de necrose miocárdica séricos elevados	1 ponto
Uso de Aspirina nos últimos 7 dias	1 ponto
0-2 pontos: Baixo / 3,4 pontos: Intermediário / 5-7 pontos : Alto	
TOTAL do Paciente =	

Terapia Adjuvante
Morfina solução decimal
O2 se Sat < 90%
Beta bloqueador
iECA ou BRA
Nitrato : Não fazer se infarto de VD

Exames Subsidiários
RX tórax
Hemograma
Creatinina / Uréia
Na / K
TP / TTPA

Dose Conforme peso do paciente – Administração de Tenecteplase

Peso	Tenecteplase		Volume solução
< 60 Kg	6000 U	30 mg	6 mL
≥ 60 a < 70 Kg	7000 U	35 mg	7 mL
≥ 70 a < 80 Kg	8000 U	40 mg	8 mL
≥ 80 a < 90 Kg	9000 U	45 mg	9 mL
≥ 90 Kg	10.000 U	50 mg	10 mL

Anticoagulação:

1) HNF: 60UI/kg, EV, bolus (máx. 4000UI)
12UI/Kg/h (máx. 1000UI/h)
(controle com TPPA 50-70 seg)

2) Enoxaparina:
< 75 anos: 30mg EV bolus
1mg/Kg SC de 12/12h
≥75 anos: sem bolus
0,75 mg/kg de 12/12h
Se ClCr < 30 : 1mg/kg de 24/24h

Terapia Fibrinolítica – Contraindicações absolutas:

Qualquer hemorragia intracraniana prévia
Conhecida lesão vascular cerebral estrutural (por exemplo, MAV)
Conhecida neoplasia maligna intracraniana (primária ou metastática) AVC isquêmico dentro de 3 meses, salvo acidente vascular cerebral isquêmico em até 3 horas
Suspeita de dissecção aórtica
Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (excluída menstruação)
Traumatismo craniano significativo ou traumatismo facial nos últimos 3 meses

Terapia Fibrinolítica – Contraindicações relativas:

História da hipertensão arterial crônica, grave, mal controlada
Hipertensão arterial grave não controlada, na apresentação (PAS 180mmHg ou PAD 110mmHg)
História de AVC isquêmico prévio de 3 meses, demência, ou patologia intracraniana conhecida não abrangida nas contraindicações
Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (10 minutos) ou cirurgia de grande porte (3 semanas)
Hemorragia interna recente (dentro de 2 a 4 semanas)
Punções vasculares não compreensíveis
Para estreptoquinase/anistreplase: exposição prévia (5 dias antes) ou reação alérgica prévia a estes agentes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013;**101(2):52-65.**

2. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2009;93(6 supl.2):e179-e264.

3. Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timerman A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arq Bras Cardiol. 2002;79 (supl II):1.

4. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST - Sociedade Brasileira de Cardiologia – Volume 105, nº2, suplemento 1, Agosto 2015.

5. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) Arq. Bras. Cardiol. 2007;89(4): e 89-e131.

6. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2017) – Atualização 2013/2014

7. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência - Sociedade Brasileira de Cardiologia - Arq Bras Cardiol - volume 79, (suplemento II), 2002.

8. 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary. Circulation. 2014; 130:2354-2394.

9. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology.

10. ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction—Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol 2007 50 : 652-726

11. ACC/AHA/ASE 2003 Guideline Update for the Clinical Application of Echocardiography A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASE Committee to Update the 1997 Guidelinesfor theClinical Application of Echocardiography). J. Am. Coll. Cardiol., Sep 2003; 42 : 954 - 970

12. Borja Ibanez Stefan James Stefan Agewall Manuel J AntunesChiara Bucciarelli-Ducci Héctor Bueno Alida L P Caforio Filippo CreaJohn A Goudevenos Sigrun Halvorsen. European Heart Journal, Volume 39, Issue 2, 7 January 2018, Pages 119–177,https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393Published: 26 August 2017 https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/2/119/4095042

1. Nicolau JC, Timerman A, Piegas LS, Marin-Neto JA, Rassi A. Jr. Guidelines for Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction of the Brazilian Society of Cardiology (II Edition, 2007). Arq Bras Cardiol 2007; 89 (4): e89-e131.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

INTRODUÇÃO

Lesão por pressão (LP) é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

OBJETIVOS

Principais

- Descrever as melhores práticas assistenciais para prevenção de lesão por pressão;
- Padronizar os processos assistenciais da equipe multiprofissional para a manutenção da integridade da pele e suas funções.

Secundários

- Estabelecer processos assistenciais que auxiliem a equipe multiprofissional na identificação precoce das alterações da integridade da pele;
- Prevenir o desenvolvimento de LP e outras alterações da pele;
- Direcionar a escolha das medidas preventivas de forma individualizada;
- Diminuir a morbidade e mortalidade hospitalar por LP;
- Evitar infecções e complicações secundárias as alterações da pele;

- Divulgar recomendações internacionais sobre prevenção das lesões por pressão, baseadas em evidências científicas.

APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão:

- Todos os pacientes internados, para tratamento clínico ou cirúrgico;
- Pacientes admitidos no hospital.

Critérios de Exclusão

- NA

AVALIAÇÃO DE RISCO E FATORES DE RISCO

Recomendações

Realizar uma avaliação estruturada do risco com a maior brevidade possível, no período máximo de oito horas após a admissão, para identificar os indivíduos em risco de desenvolver LP. Utilizar

uma abordagem estruturada para a avaliação do risco, que seja refinada pelo juízo crítico e suportada pelo conhecimento dos principais fatores de risco.

Escalas de Avaliação de Risco

Pacientes maiores que 5 anos:

Desenvolvida nos Estados Unidos, a escala de **Braden** é a mais amplamente utilizada e sua validade foi verificada. A escala é composta por seis fatores: sensorial função, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, força de cisalhamento e atrito. A pontuação varia de 6 a 23. O ponto de corte 16, sendo desejável elevar o ponto de corte para 18 ao avaliar pacientes idosos. O risco é inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos menor é a classificação de risco para desenvolver LP.

Pacientes menores que 5 anos:

A partir de uma adaptação da Escala de Braden, Quigley e Curley, desenvolveram a **Escala de Braden Q** para avaliar o risco de LP na população pediátrica. A Escala de Braden Q inclui a seis subescalas originais da Braden (mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, e nutrição), e acrescenta a avaliação da perfusão tecidual / oxigenação.

Pacientes neonatal:

A escala **Braden QD** foi criada em 2018 e é uma versão revisada e simplificada da Braden Q para abordar algumas limitações. A escala Braden QD aborda o risco de LP relacionada a dispositivos médicos bem como o risco de imobilidade em pacientes pré-termos. Com uma pontuação de corte de 13 a escala Braden QD apresentou uma sensibilidade de 86% e uma especificidade de 59%. A escala Braden Qd possui 7 subescalas: mobilidade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição, avaliação da perfusão tecidual / oxigenação e **acrescenta a avaliação de dispositivos médicos**.

Aplicação na Prática: ***Todo paciente*** deverá ser avaliado para o risco de desenvolver LP sistematicamente na **admissão com prazo máximo em até 8 horas** desta. Além disso a reavaliação de risco deverá ser realizada a cada 48h ou antes se houver mudança do quadro clínico do paciente.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

- **PS:** Todos os pacientes admitidos na observação do PS deverão ser avaliados para risco de LP.

Registro: A avaliação da pele deve ser registrada na Anotação de Enfermagem ou Evolução de Enfermagem todas as vezes em que for realizada.

AVALIAÇÃO DA PELE

Aplicação na Prática

- Avaliar a pele de forma contínua, com base no contexto clínico e no grau de risco do indivíduo (risco baixo, moderado, alto e muito alto);
- Documentar no prontuário os resultados de todas as avaliações da pele;
- Se necessário aumentar a frequência das avaliações da pele em resposta a qualquer deterioração do estado geral;
- Avaliar a pele com especial atenção às áreas cutâneas sobrejacentes às proeminências ósseas, incluindo occipital, cotovelos, sacro, os ísquios, os trocânteres e os calcâneos;
- Aproveitar cada reposicionamento do paciente para reavaliar a pele;
- Diferenciar a causa e o grau de eritema da pele se é branqueável ou não branqueável;
- Incluir os seguintes fatores em todas as avaliações da pele: temperatura da pele, edema, alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante. Atenção à avaliação de peles escuras;
- Avaliar a presença de dor;
- Inspecionar a pele sob e ao redor dos dispositivos a cada mudança de decúbito para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante. Uma descrição mais detalhada será abordada mais adiante no item Dispositivos Médicos;
- Alterações no volume dos fluidos ou estados hipoproteícos podem resultar em edemas localizados ou generalizados e fazer com que um determinado dispositivo médico que foi inicialmente encaixado de forma adequada exerça pressões externas na pele que provoquem o desenvolvimento das lesões por pressão. Em pacientes com a pele vulnerável a alterações de fluidos e/ou com sinais de edema localizado/generalizado, a avaliação da pele nos locais de interface com dispositivos médicos deve ser avaliada a cada 2/2h ou mais vezes se necessário.

FREQUÊNCIA DE AVALIAÇÃO DA PELE

Aplicação na Prática

O intervalo para a inspeção e registro das condições da pele, deverá ser realizado de acordo com o risco para desenvolvimento de LP:

- Baixo risco: 1 vez ao dia
- Moderado risco: 2 vezes ao dia
- Alto risco e risco muito alto: 3 vezes ao dia

PS: O intervalo para a inspeção e registro das condições da pele, deverá ser realizado de acordo com o risco para desenvolvimento de LP:

- Baixo risco: 1 vez dia
- Moderado risco: 2 vezes dia
- Alto risco e risco muito alto: 3 vezes dia

Registro: a avaliação da pele deve ser registrada na Evolução de Enfermagem e no impresso de Avaliação de Risco Multiprofissional, todas as vezes que for realizada. As lesões por pressão identificadas deverão ser notificadas em sistema informatizado SINAPSE, avaliadas pelo enfermeiro do GAEFE ou estomaterapeuta, que prescreverá a melhor conduta. Também deverão ser inseridas no plano terapêutico do paciente com metas estabelecidas para a recuperação da lesão, juntamente com o preenchimento do plano educacional.

PREVENÇÃO DE LP:

Higienização e Hidratação da pele

- Manter a pele limpa e seca;
- Limpar a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. Utilizar água morna e um produto de limpeza com pH equilibrado. Caso o paciente apresente evacuações líquidas, prescrever a higienização com Cavilon® Limpador de pele sem enxágue.
- Hidratar a pele seca e áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia. Sugestão de hidratante corporal: Primoderme®. Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas pois pode provocar lesão tecidual e/ou reação inflamatória. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares

Manejo da umidade

- Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência para prevenção de Dermatite Associada à Incontinência (DAI) de acordo com suas características;
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão;
- A decisão pelo uso de fraldas ou absorventes é do enfermeiro, com base na aplicação da escala de Braden e Braden Q – itens Umidade, Atividade e Mobilidade. Na instituição, estão disponíveis as fraldas: Molicare com capacidade para 2.350ml e ABENA - que comporta até 4 litros;
- Desencorajar o uso de fralda quando não há indicação formal de controle da umidade;
- Atenção a outras fontes de umidade, como, extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potenciais irritantes para a pele;
- Oferecer uma comadre ou papagaio em conjunto com os horários de mudança de decúbito.

Registro: as ações para controle da umidade devem estar registradas no impresso de Anotação/Evolução de Enfermagem e Prescrição de Enfermagem.

Manejo da Temperatura

- Ao selecionar uma superfície de apoio, considerar fatores como a capacidade de controlar a umidade e a temperatura;
- Não aplicar dispositivos de aquecimento (por exemplo, sacos de água quente, almofadas térmicas, sistemas integrados de aquecimento das superfícies de apoio) diretamente sobre a pele ou sobre lesões por pressão.O calor aumenta a taxa metabólica, induz a transpiração e diminui a tolerância do tecido à pressão;
- Manter o paciente em normotermia;

Registro: a temperatura do paciente deve ser registrada na visualização interativa/balanço hídrico /controles de sinais vitais.

Manejo da Dor

- Avaliar a dor localizada como parte integrante de cada avaliação da pele.
- A dor pode, comumente, fazer parte da experiência do paciente e quando não é devidamente aliviada tem efeitos físicos e psicológicos negativos. No contexto da prevenção de LP a dor pode ser uma das causas da imobilidade do paciente no leito. O paciente deve ser questionado/avaliado com a escala adequada para suas condições clínicas e um tratamento para dor deve ser estabelecido.

Registro: deve ser feito no quadro de manejo da dor conforme descrição na política de Gerenciamento da Dor.

DISPOSITIVOS MÉDICOS

Existem muitos estudos focados na prevenção de LP utilizando as camas especializadas, colchões, almofadas e reposicionamento. Isto porque a maioria das LP ocorre sobre proeminências ósseas. No entanto, são poucas as evidências na literatura que abordam especificamente lesões por pressão relacionadas com a utilização de dispositivos médicos, e esta tem se mostrado cada vez mais prevalentes. Assim, é importante sensibilizar a equipe multiprofissional sobre a importância de se sistematizar rotinas quanto aos cuidados com os dispositivos para prevenção de LP.

As LP relacionadas a dispositivos médicos podem ocorrer devido:

- Mau posicionamento do dispositivo;
- Fixação inadequada;
- Escolha errada do dispositivo;
- Falha no monitoramento da pele onde está localizado o dispositivo;
- Ausência coberturas protetoras da pele sob os pontos de pressão, quando aplicável;
- Falta de rodízio no posicionamento dos dispositivos médicos.

Recomendações:

- Considerar adultos e crianças com dispositivos médicos como estando em risco de desenvolver LP, **independente da pontuação das escalas de avaliação de risco**, ou seja, se o paciente for classificado como sem risco pelos critérios das escalas e estiver com dispositivos médicos em contato com a pele será considerado como risco havendo necessidade de implantar medidas de prevenção relacionadas a este fator especificamente;
- Considerar a utilização de uma cobertura de proteção para prevenir lesões por pressão relacionadas com dispositivos médicos;
- Analisar e selecionar os dispositivos médicos disponíveis na instituição de acordo com a sua capacidade para induzir o mínimo grau de dano provocado por forças de pressão e/ou cisalhamento;
- Inspecionar a pele em contato com o dispositivo diariamente pelo menos DUAS VEZES POR DIA para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante;
- Em pacientes com a pele vulnerável a alterações de fluidos e/ou com sinais de edema localizado/generalizado, a avaliação da pele nos locais de interface com dispositivos médicos deve ser mais frequente (MAIS DE DUAS VEZES POR DIA);
- No departamento de Pacientes Graves a inspeção da pele ao redor de dispositivos médicos deve ser a cada 2 horas, durante a mudança de decúbito, exceto no paciente lúcido que seja capaz de sinalizar desconforto ou dor no local, que deve ser uma vez por plantão.

Aplicação na Prática

- Escolha o tamanho correto do dispositivo médico;
- Mantenha a pele limpa e seca sob os dispositivos médicos.
- Mova os dispositivos diariamente para avaliar a pele;
- A frequência de avaliação do local do dispositivo deve ocorrer conforme a classificação do risco.

ATENÇÃO:

No momento da avaliação do local do dispositivo se identificada qualquer alteração na pele deve ser realizado o rodízio do local de fixação, afrouxamento ou troca da fixação para alívio da pressão local ou troca do dispositivo, além do uso de películas/coberturas protetoras;

- Amortecer e proteger a pele com coberturas/curativos em áreas de alto risco (por exemplo, ponte nasal, orelhas, asa nasal etc.) utilizando um adesivo adequado para fixação e espuma com silicone;
- Muitas vezes o um dispositivo médico selecionado inicialmente pode não servir mais para o paciente no que diz respeito ao seu tamanho, comprimento, largura ou diâmetro devido às alterações do quadro clínico do paciente como, por exemplo, surgimento de edemas ou perda de massa corpórea. Nesses casos o dispositivo deve ser substituído por outro de dimensões adequadas ao paciente;

- Se for decidido pela utilização de uma película/cobertura protetora da pele deve-se ter em conta os seguintes aspectos:

➢ Capacidade de controlar a umidade e o microclima, principalmente quando utilizado com um dispositivo médico que possa estar em contato com fluídos corporais/drenagem (por exemplo, sonda de gastrostomia endoscópica percutânea);

➢ Facilidade de aplicação e remoção;

➢ Capacidade de avaliar regularmente a condição da pele;

➢ Espessura do curativo por baixo de dispositivos de colocação muito apertada;

➢ Localização anatômica do dispositivo médico e tipo/finalidade do dispositivo médico:

- Evitar colocar dispositivos em locais com risco de LP ou com LP presente;
- Atenção à presença de edema sob o(s) dispositivo(s) e potencial de ruptura da pele;
- Confirmar que os dispositivos não são colocados diretamente sob o paciente;
- Orientar a equipe sobre o uso correto dos dispositivos e prevenção de lesões na pele;
- Reposicionar o indivíduo e/ou dispositivo médico para redistribuir a pressão e diminuir as forças de cisalhamento;
- Rodiziar os dispositivos médicos, com atenção para não os deslocar;
- Atenção ao refazer a fixação dos cateteres nasais (gástricos, enterais, de oxigênio etc.) para não exercer pressão excessiva, e utilize fixações apropriadas;
- Garantir que é possível visualizar toda extensão do dispositivo;
- Registrar em prontuário as avaliações realizadas do local de dispositivos bem como e as ações para prevenção de LP relacionadas ao dispositivo.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

Ventilação Não Invasiva (VNI):

- Atenção para a necessidade de corrigir o posicionamento da interface devido a presença de eritema na pele. Caso necessário rodiziar tipos de interfaces.
- Para crianças pequenas e recém-nascidas, o reposicionamento só é feito se a criança agita, se há escape de ar excessivo ou por pelo menos uma vez por período (6 horas) durante o atendimento de fisioterapia ou caso haja necessidade;
- Na presença de lesão realizar o rodízio de interfaces, para evitar compressão na área lesada e comunicar a equipe multiprofissional, para definir o tratamento adequado com medicações tópicas;
- Utilizar película protetora nos pontos de maior pressão a depender do tipo de interface;
- Questionar sempre o paciente quanto à sensação de desconforto e reposicionar caso seja necessário;
- Não fixar excessivamente, pois pode haver um pouco de escape.
- Manter pele e cavidade oral limpa e hidratada;

- Instalar película protetora em pontos de maior pressão nos paciente dependentes de VNI (sugestão: região superior do nariz, bochechas e queixo);
- Avaliar qual melhor tipo de interface para cada paciente: nasal, facial ou total e manter a interface sem sujidade;
- Caso necessário intercalar tipos de interface de VNI;

Intubação Traqueal:

- No momento da intubação ou admissão de um paciente intubado, o enfermeiro e fisioterapeuta em conjunto com a equipe médica discutem sobre a previsão do tempo em ventilação mecânica. As condições da pele e risco de extubação acidental devem ser avaliados para a tomada de decisão sobre o tipo de fixação e cobertura de proteção da pele a ser escolhida. Vide fluxograma de fixação de tubo orotraqueal.
- Avaliar a necessidade de aplicar películas/coberturas nos pontos onde a fixação do tubo traqueal possa causar pressão, como por exemplo, região posterior da cabeça, zigomático, orelhas, lábio superior e região supralabial;
- Podem ser alternados em relação ao local de pressão na cabeça, face, cavidade oral e lábios.
- Troca diária na presença de sujidade, umidade excessiva ou fixação apertada causando pressão na pele;
- Fixação com "Tensoplast", por se tratar de um adesivo, a troca excessiva pode propiciar a lesão labial e facial. Recomendamos trocar diariamente e na presença de sujidade ou descolamento parcial do adesivo. Usar Convacare® para remoção não traumática do adesivo. A cada troca, a pele deverá estar limpa e seca, livre de pêlos e ser aplicado o "Cavilon Spray", que forma uma película protetora e auxilia na proteção da pele.

Órteses:

- Órtese de MMSS e II: No primeiro dia, usar por 1 hora pela manhã e 1 hora à tarde, se o paciente não apresentar desconforto, piora da hipertonia, edema ou cianose no membro, agitação com risco de lesões, pontos de hiperemia na pele;
- Retirar a (s) órtese (s) e as meias e observar se há pontos de hiperemia ou algum outro sinal que não se observou antes (ex.: irritação da pele) que permaneça por mais de 20 minutos;
- Se não houver nenhuma alteração, voltar a utilizar por mais de 1 h no próximo período;
- Não utilizar a noite no período de adaptação (nos 3 primeiros dias);
- No segundo dia aumentar o uso para 2 horas por período e observar se ocorrem alterações na pele;
- No terceiro dia aumentar o uso para 4 horas e observar se ocorrem alterações na pele;
- A partir do quarto dia, pode-se utilizar a órtese durante o maior tempo possível, inclusive à noite, se não atrapalhar o sono do paciente. Sempre observar os sinais citados acima;

- Caso qualquer membro da equipe multiprofissional perceba ponto de pressão ou qualquer outra inadequação no uso ou colocação da órtese durante a internação, deve-se marcar o ponto com caneta demarcação da pele, descontinuar o uso da órtese e solicitar uma reavaliação com o técnico que confeccionou a órtese;
- Compartilhar com a equipe médica a ocorrência de pressão /ou desconforto relacionado ao uso da órtese;
- Enquanto é aguardada a reavaliação da órtese aplique película protetora na pele.

Pacientes submetidos à posição prona: Manobra de rotação do paciente da posição supina para decúbito ventral com o objetivo de melhorar a oxigenação e a acidose respiratória do paciente com síndrome do desconforto respiratório agudo.

Cuidados gerais:

- Utilize coxins para aliviar pontos de pressão;
- Reposicione o paciente em posição nadador, alterando o lado da cabeça e MMSS;
- Pequenas descompressões e mudanças de posição devem ser realizadas enquanto pronado;
- Planeje com todos os membros da equipe (6 profissionais: 2 de cada lado da cama, 1 cabeceira, 1 volante)
- Ao alternar a posição do braço e cabeça (posição nadador), avalie a integridade da pele do braço, cabeça, face e pontos de pressão de dispositivos;
- **REGISTRE** todas as medidas preventivas e avalições de pele.
- Avalie em conjunto com o plantonista a remoção temporária da extensão da pressão arterial invasiva para realizar a prona com a técnica de envelopamento;
- Em posição prona, verifique a distribuição desigual da pressão e o posicionamento dos dispositivos médicos;
- Use uma espuma de silicone embaixo dos dispositivos médicos;
- Gire ou reposicione regularmente o dispositivo;
- Ao retornar para a posição supina, realize a avaliação da pele e siga o fluxo de mobilização do paciente instável – use o posicionador de 15º para mudança de decúbito.

Cabeça:

- Utilize 2 alturas de colchão caixa de ovo com orifício no centro (alivio de pressão da orelha) OU posicionador fluidizável.
- Realize **DUPLA** fixação com cadarço, protegendo os pontos de contato do fixador com espuma;
- Aplique película líquida no rosto para proteção;
- Hidrate os lábios com vitamina E alternando com dexpantenol;
- Aplique lubrificantes oftálmicos e feche as pálpebras com fita de silicone;
- Posicione a língua dentro da boca;

- Reposicione a cabeça do paciente a cada 2h.

Tórax:

- Remova os eletrodos da face anterior do tórax. Reposicione na face posterior;
- Aplique espuma com silicone associado ao uso de placa de hidrogel na região da CLAVÍCULA, REBORDO COSTAL, CRISTA ILÍACA, JOELHOS e DORSO DOS PÉS.
- Confira conexões de todos os dispositivos (cateteres, drenos, tubos). Aplique coberturas de silicone para alívio da pressão sob os dispositivos. Acolchoe áreas peri-estomais COM ESPUMA (colchão caixa de ovo);
- Coloque fralda com os feixes para cima. Considere o uso de sonda retal em pacientes com diarreia;
- Pause a dieta durante o posicionamento do paciente;
- Faça mini descompressões no tórax, reposicionando os coxins a cada 2h.

MMII:

- Aplique placas de hidrogel e espumas de silicone na região dos joelhos. Finalize com atadura elástica de 15 cm para segurar o curativo profilático.
- Alinhe a extensão do cateter vesical de urina / dispositivo de controle fecal em direção ao pé da cama.
- Utilize coxins para posicionamento das pernas e alivio de pressão dos pés;
- Realize descompressões e reposicionamento dos membros inferiores a cada 2h;

Posição nadador:

- Cabeça lado oposto do membro elevado;
- Coxins: cabeça, clavícula, crista ilíaca, coxa e região tibial;
- Dupla fixação de IOT (cadarço);
- Alivie os pontos de pressão da fixação do tubo orotraqueal com espumas com silicone.
- Troca da fixação do cateter nasoenteral;
- Fixação da cobertura profilática com atadura;
- Fralda com os fechos para região posterior.

PACIENTES GRAVES

Instabilidade hemodinâmica

A instabilidade hemodinâmica é tipicamente caracterizada por variação da pressão sanguínea, bradicardia, taquicardia, hipotensão, hipoxemia e hipoperfusão que pode ser causada por perda sanguínea, redução da resistência vascular por sepse, diminuição do débito cardíaco e uso de dispositivo de circulação extracorpórea.

Algumas pesquisas sugerem que pacientes que não são mobilizados no leito desenvolvem alterações relacionadas ao efeito da gravidade no corpo - chamado de "equilíbrio gravitacional"

por Vollman- resultando intolerância e em dificuldade do corpo para se adaptar as mudanças de posição.

Além da ocorrência de LP a imobilidade no leito oferece vários outros efeitos indesejáveis para o paciente como atelectasia, pneumonias, fraqueza muscular, hipotensão ortostática, prejuízo da função cardíaca, redução da captação de oxigênio, redução da massa de células vermelhas do sangue, doença tromboembólica, aumento da resistência à insulina, aumento da glicose sanguínea e contraturas musculares.

Em contrapartida, estudos realizados nas unidades de terapia intensiva descrevem uma variedade de benefícios com a mobilização progressiva como, por exemplo: diminuição do tempo de permanência na UTI, menos dias em ventilação mecânica, diminuição do risco de pneumonia associada a ventilação mecânica e redução do tempo de internação hospitalar.

Por todos os motivos descritos anteriormente recomenda-se a mobilização/reposicionamento do paciente no leito, inclusive dos pacientes considerados graves e instáveis hemodinamicamente, de forma lenta, cuidadosa e com constante supervisão.

Recomendações: Considerar virar o paciente de forma lenta e gradual, dando tempo suficiente para estabilizar a condição hemodinâmica e a oxigenação**.**

Serão considerados pacientes hemodinamicamente instáveis ou com potencial de instabilidade com contraindicação para mobilização no leito:

- Desenvolvimento de arritmia com risco de morte (taquicardia ventricular, taquicardia supraventricular, fibrilação ventricular);
- Paciente em ressuscitação volêmica;
- Hemorragia ativa, por exemplo, hemorragias digestivas alta e/ou baixa;
- Mudanças nos parâmetros vitais sem retorno a linha de base em até 10 minutos após a mobilização/reposicionamento. O mais importante aspecto da avaliação da resposta do paciente a mobilização no leito inclui a compreensão do que seria o seu estado basal de acordo com o diagnóstico do paciente;
- Presença de fraturas instáveis;

Os pacientes identificados como hemodinamicamente instáveis com contraindicação de mobilização/reposicionamento no leito devem ser reavaliados quanto esta condição **a cada 8 horas** com objetivo de iniciar a mudança de decúbito a cada duas horas conforme indicado no protocolo. Esta reavaliação deve ser feita da seguinte forma:

- Realize "mini" mudanças de decúbito, utilizando coxins à 15°;
- Mantenha os calcâneos elevados com posicionadores;
- Quando for mobilizar o paciente faça-o LENTAMENTE! Durante mudança de roupa de cama, higiene, reposição de coxins e travesseiros mobilize o paciente;

- Na presença de fraturas instáveis os pacientes só poderão ser mobilizados com autorização do médico. Os dispositivos de imobilização de fraturas não devem ser retirados. Deve-se avaliar a pele ao redor da imobilização e questionar o paciente quanto ao conforto no local (quando aplicável);

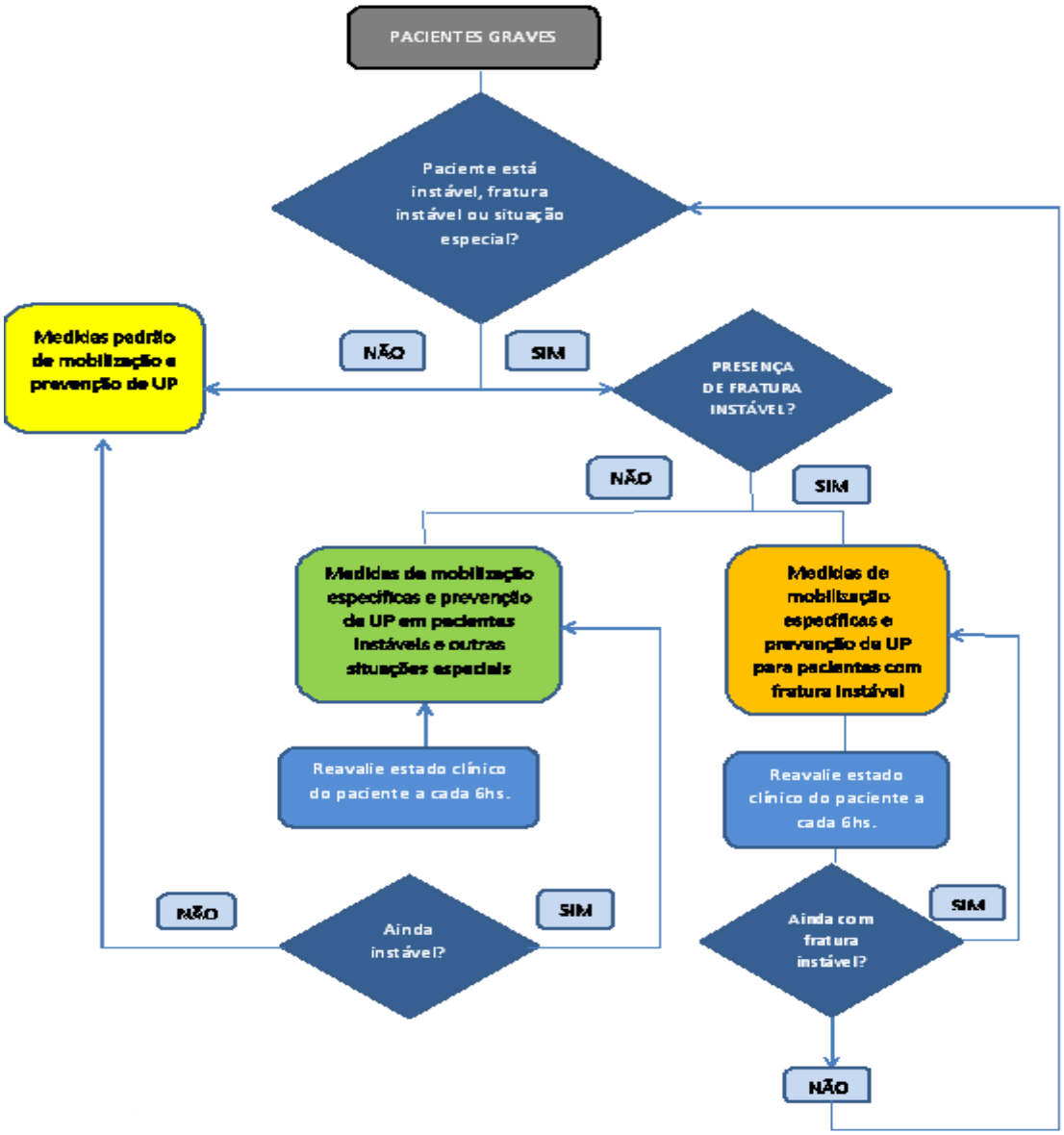
Quanto mais cedo o paciente for mobilizado no leito menos chance apresentará de desenvolver intolerância ao reposicionamento. A mobilização deve ser feita lentamente, pois uma resposta ortostática "negativa" pode ocorrer quando a equipe move rapidamente o paciente. Passos para mobilização segura do paciente instável:

- Vire o paciente LENTAMENTE!
- Vire o paciente até 10° a 15° e aguarde por 15 segundos;
- Observe as respostas do paciente e dos sinais vitais no monitor;
- **Para mudança de decúbito,** continue virando o paciente até a alcançar 30° lateralizado e aguarde 15 segundos;
- **Para realizar procedimentos,** vire o paciente até 45° e aguarde 15 segundos, terminados os procedimentos volte o paciente LENTAMENTE para 30° lateralizado;
- Providencie os apoios para manter o decúbito;

ATENÇÃO: Uma mudança inicial dos parâmetros vitais é esperada e não deve ser motivo para interromper a mobilização do paciente grave.

Pacientes intolerantes até as "minis" mudanças de decúbito (aqueles que não retornam os sinais vitais a linha basal após 10 minutos de lateralização mesmo após intervenção direcionada para a clínica) **deverão ter cabeça, membros superiores e inferiores reposicionados a cada 2 horas até serem novamente avaliados após 8h.** REGISTRE cada tentativa, avaliação e discussão com a equipe médica repetindo o processo a cada 8h.

FLUXOGRAMA PARA MOBILIZAÇÃO E PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NO PACIENTE GRAVE



Estratégias para prevenir LP no paciente hemodinamicamente instável que não pode ser totalmente mobilizado:

- **Colchão de superfície especializada:** indicado para os pacientes clinicamente instáveis ou cuja integridade da pele começou a deteriorar-se em um curto período (2 horas) na mesma posição. Se esta situação está prevista para permanecer inalterado ou deteriorar-se ainda mais no futuro próximo, ou seja, 12 horas;
- **Mobilização progressiva:** realizar a mobilização progressiva lenta e gradual, iniciando com 15° até 30° inicialmente. Pacientes que não toleram a mobilização a 15 °, devem ser reavaliados a cada 2 h**;**

- **Movimentação passiva:** consiste na movimentação das articulações dos membros superiores e inferiores em várias direções sem causar contração muscular. Esse procedimento é realizado pelo fisioterapeuta 2 vezes por dia (manhã e tarde).

REPOSICIONAMENTO

Recomendações:

- Estabelecer planos de reposicionamento onde constem a frequência e a duração da alternância do posicionamento;
- Reposicionar todos os indivíduos que estejam em risco de desenvolver ou que já tenham desenvolvido LP, a menos que contraindicado;
- Ter em conta a condição clínica do indivíduo e a superfície de apoio de redistribuição da pressão em uso no momento de decidir se o reposicionamento deve ser implementado como estratégia de prevenção;
- Não posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia. O rubor indica que a pele ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.

ATENAÇÃO: nenhuma superfície de apoio permite o alívio total da pressão.

Frequência do Reposicionamento

- Os pacientes identificados com risco para o desenvolvimento de LP deverão ser reposicionados a cada 2h; (TODOS PACIENTES INDEPENDENTE DO RISCO);
- Justificar em prontuário quando houver restrição à mudança de decúbito;

Aplicação na Prática

No Leito

- Utilizar uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente para o lado direito, para o lado dorsal e para o lado esquerdo) ou para a posição de pronação se o indivíduo assim o tolerar e a condição clínica o permitir.
- Incentivar os indivíduos capazes de se reposicionar a dormirem deitados de lado entre 30° a40° ou na horizontal se tal não for contraindicado;
- Evitar posturas deitadas que aumentem a pressão, tais como estar deitado de lado a 90° ou estar semi reclinado;
- No caso de um indivíduo em repouso no leito, limitar a elevação da cabeceira da cama a 30° salvo contraindicação devido à condição clínica ou a aspectos digestivos e relacionados com a alimentação. Se for necessário ficar sentado na cama, evitar elevar a cabeceira e evitar posições incorretas que centrem a pressão e o cisalhamento ao nível do sacro e do cóccix;
- Na posição de Pronação utilizar superfície de redistribuição de pressão e avaliar a região frontal do corpo a cada 2 horas, protegendo as proeminências ósseas: ombros, mamas quando mulher, crista ilíaca, joelhos e dorso do pé com hydrosorb e cobrir com placa de silicone;

- Realizar o posicionamento do paciente a cada 2 horas na posição de nadador e rodiziar o posicionamento da cabeça com a mesma frequência;
- Nas áreas onde for possível retirar a placa de silicone para avaliação da pele, realizar de 2/2h.
- Atenção especial aos dispositivos evitando tracioná-los e mantê-los longe de pressão.

Sentado

- Quando estiver sentado o paciente deve sentir-se confortável e estável na posição;
- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira acima de 30º, evitando a centralização e aumento da pressão ao nível do sacro e cóccix;
- O tempo de permanência em poltrona é de até 2h consecutivas, com uso obrigatório de superfície especializada de redistribuição de pressão, exceto para os pacientes com independência completa.
- Pacientes com LP em proeminências ósseas na região dorsal e/ou pélvica deverão permanecer sentado por até 1h, no máximo 3x/dia.
- Garantir que o paciente que não têm independência completa esteja previamente em decúbito lateral nas últimas 2h antes da transferência para a poltrona. Este cuidado garante o alívio de pressão adequado às proeminências ósseas;
- Posicione o paciente em decúbito lateral sempre que retornar a cama e estimule este cuidado nos pacientes com independência completa. Este cuidado evita a pressão sobre as mesmas proeminências ósseas;
- Se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, impedindo que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal;
- Evitar a utilização de apoios para elevação das pernas em indivíduos com comprimento inadequado dos ísquios, pois aumenta a pressão no cóccix e/ou sacro;
- Após utilizar dispositivos eletrônicos para transferência do paciente, retirar a esteira;
- Quando sentados, os pacientes sob risco de desenvolver LP devem estar posicionados sobre um dispositivo de redistribuição de pressão por no máximo 2h. Estimule o paciente sentado (sem déficit cognitivo e que seja capaz de realizar mudanças de posição) a reposicionar o corpo frequentemente para minimizar os pontos de pressão. Durante orientação, **ATENÇÃO A EXISTÊNCIA DE RISCO DE QUEDA!**

Reposicionamento do paciente com LP

- Não posicionar um indivíduo diretamente sobre uma lesão por pressão;
- Não posicionar o indivíduo sobre a(s) área(s) com suspeita de lesão profunda dos tecidos com pele intacta;

- Se o paciente já tem uma LP, considerar períodos de repouso no leito para promover a cicatrização das úlceras na região sacrococcígea e isquiática;
- Se um indivíduo com LP sobre o sacro/cóccix ou região isquial tiver de estar sentado, limitar a posição de sentado a três vezes por dia em períodos iguais ou inferiores a 60 minutos. Utilizar uma superfície adequada para o indivíduo se sentar e/ou técnicas de posicionamento para evitar ou minimizar a pressão sobre a lesão. Sugestão de superfície aliviadora de pressão em poltrona: Almofada Quadrada em Gel;
- Continuar a virar e a reposicionar o indivíduo independentemente da superfície de apoio em uso. Definir a frequência de reposicionamento com base nas características da superfície de apoio e na resposta do indivíduo;
- Evitar sentar um indivíduo com uma lesão isquiática numa postura totalmente ereta (na cadeira ou na cama);
- Modificar os horários para estar sentado e reavaliar a superfície de apoio e a postura do indivíduo se a lesão agravar ou se não melhorar;
- Não utilizar dispositivos em forma de anel ou argola.

Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

- Nunca arrastar o paciente sobre o leito. Levantar o paciente, **NÃO** o arrastar;
- Se o paciente for sobrepeso ou obeso movimentá-lo em duas pessoas;
- Utilizar dispositivos eletrônicos para transferência;
- Usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito;
- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral;
- Limitar o tempo de cabeceira elevada, e não elevar acima de 30º, pois o corpo do paciente tende a escorregar ocasionando fricção e cisalhamento;
- Sempre inspecionar o leito e verificar se foram esquecidos objetos sob o paciente;
- Para paciente sob intubação traqueal ou mantendo sondas gástricas é recomendado manter a cabeceira elevada entre 30° e 45 ° com o objetivo de reduzir o risco de Pneumonia Associada à Ventilação mecânica ou aspiração de conteúdo gástrico;
- Considerar a aplicação de curativos para prevenção de LP nos locais de proeminências ósseas (por exemplo, calcâneo ou sacro) frequentemente submetidas à fricção e cisalhamento.

Os cuidados diários para o paciente em uso da película de silicone sacral são:

- Aplicar a película na região sacral;
- Colocar a data na película;
- Retirar a película diariamente, avaliar a pele e fechar novamente;
- Registrar o aspecto da pele;
- Remover e descartar a cada 3 dias;

- Reaplicar a película de acordo com os critérios de inclusão;
- Se o paciente é incontinente não troque a película. Se a parte externa da película estiver suja basta limpá-la;
- Se devido à incontinência no prazo de 24h não for possível manter a película fixa na pele, descontinue o uso desta e aplique um creme barreira ou outra medida para manutenção da integridade da pele.

SUPERFICIES DE APOIO E REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO

As superfícies de apoio são "dispositivos especializados de redistribuição da pressão concebidos para gerir as cargas teciduais, o microclima e/ou outras funções terapêuticas (ou seja, colchões, sistema integrado na cama, substituição de colchões, colchões de sobreposição, almofadas de assento ou sobreposições de almofadas de assento)".
Selecionar uma superfície de apoio que atenda às necessidades do paciente e a necessidade de redistribuição de pressão com base nos seguintes fatores:

- Nível de imobilidade e inatividade;
- Necessidade de controle do microclima e redução do cisalhamento;
- Altura e peso do indivíduo;
- Risco de desenvolvimento de novas lesões por pressão;
- Número, gravidade e localização de lesão(ões) de pressão existente(s).

Camas e colchões

Recomendações:

- Utilizar colchões de espuma reativa e de alta especificidade em vez de colchões de espuma reativa que não sejam de alta especificidade em indivíduos avaliados como estando em risco de desenvolver lesões por pressão;
- Antes de utilizar uma superfície de apoio, verificar se esta encontra-se dentro do tempo de vida útil funcional com base no método de avaliação recomendado pelo fabricante (ou através de outros métodos de avaliação reconhecidos pela indústria);
- Sempre que não for possível um reposicionamento manual frequente, utilizar uma superfície de apoio dinâmica (colchão normal ou colchão de sobreposição) em indivíduos com alto risco de desenvolver lesões por pressão;
- Continuar a reposicionar os indivíduos colocados numa superfície de apoio de redistribuição da pressão;
- Nas unidades de internação da SBIBAE existem colchões de redistribuição de com diferentes especificidades. O enfermeiro deve direcionar o uso de acordo com o risco do paciente em desenvolver LP;

ATENÇÃO: O uso de superfícies de redistribuição de pressão não substitui a obrigatoriedade da mudança de decúbito.

Almofadas

Recomendações:

- Optar por uma cobertura de almofada flexível/respirável que assente de forma solta na parte superior da almofada e que seja capaz de se ajustar aos contornos do corpo;
- Avaliar a almofada e respectiva cobertura em termos de dissipação de calor. Escolher uma almofada e uma cobertura que permitam a circulação de ar de forma a reduzir a temperatura e a umidade na região dos glúteos;
- Utilizar uma almofada de redistribuição da pressão para indivíduos com mobilidade reduzida sentados numa cadeira.

NUTRIÇÃO

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA PREVENÇÃO DAS LP

- O enfermeiro é o profissional responsável por acionar o nutricionista quando há risco ou presença de LP e também quanto a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (<60% das necessidades nutricionais entre cinco a sete dias), a equipe discutirá a possibilidade de colocar uma sonda para dieta.
- Nutricionista e médico avaliam a necessidade de incluir suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão.

Rastreio do Estado Nutricional: Triagem nutricional de cada indivíduo em risco de desenvolver ou com presença de lesão por pressão (reforçar treinamento Avaliação de Risco da Equipe Multiprofissional – Notificação do Risco Nutricional):

- No momento da admissão;
- Em cada alteração significativa da condição clínica (ocorre a cada 48h a reavaliação);
- Quando não se verificam progressos em termos de cicatrização da LP.

Uma vez notificado Risco Nutricional: avaliação do nutricionista.

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES COM RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LP

- Considerar os pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição, que estejam acamados ou imobilizados no leito, em risco para desenvolvimento de LP.

- Avaliar e monitorar estes pacientes de acordo com o protocolo de conduta nutricional do HIAE, classificando-os em nível de assistência secundário ou terciário:
- Avaliar o peso, respectiva história de perda de peso (>5% em 30 dias ou >10% em 180 dias);
- Avaliar a capacidade do indivíduo para comer de forma independente;
- O foco da avaliação nutricional deve recair sobre a avaliação do consumo de energia, a alteração de peso, velocidade de perda de peso, e o impacto do stress psicológico ou de problemas neuropsicológicos;
- Analisar a adequação da via de alimentação (oral, enteral, parenteral ou mista);
- Adequar a dieta às características individuais não deixando de considerar o risco para LP;
- Vigiar o estado de hidratação do paciente, eventuais sinais e sintomas de desidratação nos indivíduos, incluindo alteração de peso, turgor da pele, diurese, níveis séricos de sódio elevados. Providenciar líquidos adicionais em caso de desidratação, com temperaturas elevadas, vômitos, sudorese, diarreias, feridas exsudativas.

Registro: Evolução da nutricionista o acompanhamento, evolução da LP (sobre a cicatrização). Enfermeiros e nutricionistas devem compartilhar e trocar informações.

PRESCRIÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA LP – ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q.

Ao realizar a prescrição de enfermagem, o enfermeiro deverá elaborar o plano de cuidados do paciente de acordo com os fatores de risco identificados e a classificação do risco. Os itens em negrito correspondem aos cuidados mínimos a serem adotados para a manutenção da integridade da pele e prevenção de LP a todos os pacientes identificados com risco, independentemente da classificação. Demais cuidados serão selecionados pelo enfermeiro, baseado nas necessidades do paciente e no julgamento clínico.

Modelo de Prescrição de Enfermagem para Prevenção de LP

Os itens podem ser selecionados de acordo com o risco do paciente em desenvolver LP e presença de dispositivos médicos.

- **Baixo / Moderado Risco:**
  - Estimular a mobilização no máximo a cada 2/2h OU
  - Auxiliar a mudança de decúbito a cada 2/2h;
  - Manter os calcâneos livre de pressão (com travesseiro ou posicionador de calcâneo);
  - Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
  - Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
  - Manter o paciente com a cabeceira a 30°;
  - Manter o paciente a 30° quando lateralizado à direita ou esquerda;
  - Estimular paciente a sentar em poltrona;
  - Monitorar presença de dor em proeminências ósseas e locais com dispositivos médicos;

- Pesar paciente 1x ao dia;
- Monitorar e comunicar aceitação alimentar;
- Manter paciente em normotermia;
- Rodiziar dispositivo: _____ de _____
- Proteger local de dispositivo: _____ com _____na(s) região (s)_____
- Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s)_____
- Realizar troca em: _____
- Estimular uso de papagaio/ comadre/ vaso;
- Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
- Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
- Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;
- Utilizar quadro balcânico para facilitar a mobilização do paciente;
- Sentar o paciente três vezes por dia por 60 minutos;
- Manter os pés apoiados no chão;

- **Alto / Muito alto Risco:**

- Auxiliar a mudança de decúbito a cada 2/2h OU
- Realizar a mudança de decúbito a cada 2/2h;
- Manter os calcâneos livre de pressão (com travesseiro ou posicionador de calcâneo);
- Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
- Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
- Manter o paciente com a cabeceira a 30°;
- Manter o paciente a 30° quando lateralizado à direita ou esquerda;
- Manter os joelhos ligeiramente dobrados de 5° a 10°;
- Monitorar presença de dor em proeminências ósseas e locais com dispositivos médicos;
- Pesar paciente 1x ao dia;
- Monitorar e comunicar aceitação alimentar;
- Mover dispositivos para avaliar a pele 2/2h;
- Manter paciente em normotermia;
- Rodiziar dispositivo: _____ de _____;
- Proteger local de dispositivo: _____ Com _____na(s) região (s)_____;
- Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s)_____;
- Realizar troca de_____a cada _____;
- Intensificar troca de fraldas;
- Utilizar fralda com capacidade de _____ml;
- Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
- Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
- Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;

- Utilizar quadro balcânico para facilitar a mobilização do paciente;
- Sentar o paciente três vezes por dia por 60 minutos;
- Manter os pés apoiados no chão;

- **Pacientes instáveis**

- Reavaliar a condição clínica a cada 6 horas;
- Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
- Realizar mobilização progressiva (15° a 30°) para realizar procedimentos ou iniciar lateralização do paciente;
- Utilizar coxins de 15° - 30° para manter a lateralização do paciente;
- Manter os calcâneos livre de pressão (com travesseiro ou posicionador de calcâneo);
- Manter os joelhos ligeiramente dobrados de 5° a 10°;
- Reposicionar a cabeça, braços e pernas do paciente a cada 1 hora;
- Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
- Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
- Manter paciente em decúbito de 30°;
- Pesar paciente a cada _____;
- Mover dispositivos para avaliar a pele 2/2h;
- Manter paciente em normotermia;
- Rodiziar dispositivo: _____ de _____;
- Proteger local de dispositivo: _____ com _____na(s) região (s)_____;
- Aplicar a película de silicone na região _____;
- Remover a película para avaliação da pele a cada_____;
- Substituir a película em _____dias;
- Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s) _____;
- Realizar troca de _____a cada_____;
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva com_____ na (s) região (ões): _____;
- Intensificar troca de fraldas;
- Utilizar fralda com capacidade de _____ml;
- Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
- Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
- Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;

- **Dispositivos Médicos:**

- Avaliar a pele em contato com o dispositivo uma vez por plantão;
- Rodiziar dispositivo: _____ de _____
- Proteger a pele em contato com o dispositivo _____ com _____na(s) região(s) _____

- Verificar se o tamanho do dispositivo está adequado – aplicável a pacientes sujeitos a edema/anasarca;
- Rodiziar o local de fixação dos dispositivos:_____ (de acordo com a classificação de risco do paciente);
- Rodiziar o local de fixação do cateter vesical;

RECUSA DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Nos casos de recusa de mudança de decúbito pelo paciente ou familiar/acompanhante, a equipe assistencial poderá acionar a equipe da psicologia através da avaliação **do risco psicológico,** pelos fatores de: **dificuldade de aderir ou falha na adesão ao tratamento/dificuldade de compreensão as orientações**, onde o psicólogo fará avaliação do paciente, reforçando a importância da mudança de decúbito.

Além do acionamento da psicologia, **o fluxo de resolução de conflitos na assistência ao paciente**, poderá ser acionado.

Mesmo diante dos fluxos acima se a recusa ainda persistir devemos entregar o **termo de recusa ao tratamento**.

GERENCIADO

A incidência e prevalência de lesão por pressão é monitorada através das notificações de eventos adversos e auditoria de busca ativa que inclui avaliação do prontuário e avaliação da pele do paciente por enfermeiros treinados para coleta de dados sobre LP conforme descrição do *The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI®).* Ambos os dados são tratados pelo setor de Epidemiologia, analisados e apresentados à Instituição, cujas ações de melhorias são discutidas no Comitê Multiprofissional de Prevenção e Tratamento de LP.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Número de pacientes que adquiriram lesão por pressão após admissão no hospital/ Número total de pacientes na população estudada = Taxa de LP adquirida no hospital

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Resolução de Conflitos na Assistência ao Paciente
- Recusa ao tratamento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick

Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). 3ª Ed. EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. Disponível em: http://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick_Reference_Guide-10Mar2019.pdf

2. Noonan C, Quigley S, Curley MAQ. Using the Braden Q Scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. The Journal of Pediatric Nursing. 2011; Capítulo 26 (6); p. 566-75.

3. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden scale. September/October 1998 - Volume 47 - Issue 5 – p. 261-269.

4. Quigley SM1, Curley MA. Skin integrity in the pediatric population: preventing and managing pressure ulcers. J Soc Pediatr Nurs. 1996; Capítulo 1(1): 7-18.

5. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; Capítulo 59(3); p. 279-84.

6. Schub T, Avital O. Pressure Ulcers: Assessment of Risk. CINAHL Nursing Guide, EBSCO Publishing. Ipswich, Massachusetts; 2015 Jun 12. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703890&site=nrc-live

7. Jaffe SE, Pravikoff D. Pressure Injuries: Prevention. CINAHL Nursing Guide, EBSCO Publishing; Quick Lesson – CEU; 2014 Nov 07. Available from: http://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=5&sid=cf20087c-7b83-45b9-8acb-dafdc0f09307%40sessionmgr111&hid=124&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T702546.

8. Protocolo de Dor

9. Dyer A. Ten Top Tips: preventing device-related pressure ulcers. Wounds International; 2015;

10. Fletcher J. Device related pressure ulcers. Wounds UK. 2012 June;

11. Cooper KL. Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. Critical Care Nurse 2013.

12. Brindle CT, Malhotra R, O'Rourke S, Currie L, Chadwik D, Falls P, Adams C, Swenson J, Tuason D, Watson S, Creehan S. Turning and Repositioning the Critically Ill Patient With Hemodynamic Instability: A Literature Review and Consensus Recommendations. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013; Capítulo 40 (3); p.254-267.

13. Vollman K. Introduction to progressive mobility. Crit Care Nurse; 2010; Capítulo 30; p. 3-5.

14. Ciasulli K, Pravikoff D. Bed Rest, Prolonged: Preventing Complications - an Overview (Nursing Practice and Skill). Cinahl Nursing Guide, EBSCO; 2015. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T706703&site=nrc-live

15. Jill Cox. Pressure Ulcer Development and Vasopressor Agents in Adult Critical Care Patients: A Literature Review. Ostomy Wound Manage; 2013. Capítulo 59(4); p.50–60. Available

from: http://www.o-wm.com/article/pressure-ulcer-development-and-vasopressor-agents-adult-critical-care-patients-literature-re#sthash.HNKqr1Yo.dpuf

16. Anna E. Krupp & Jill Monfre. Pressure Ulcers in the ICU Patient: An Update on Prevention and Treatment. Curr Infect Dis Rep; 2015.

17. Nathalie Smith, Sara Richards. Skin Assessment: Performing. CINAHL Nursing Guide, EBSCO; Ipswich, Massachusetts; 2015. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703887&site=nrc-live

18. Castilho LD, Caliri MHL. Úlcera de decúbito e estado nutricional: revisão da literatura. Rev Bras Enferm; 2005. Capítulo 58(5); p. 597-601.

19. Domansky RC, Borges EL. Manual para prevenção de lesões de pele. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.

20. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

21. Why Prone? Why Now? Improving Outcomes for ARDS Patients. Crit Care Nurse, 2019. 39(5): p. 84.

22. National Pressure Injury Advisory Panel. Pressure Injury Prevention - PIP Tips for Prone Positioning, 2020.

ANEXOS

N/A

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Intervenção nutricional na LP.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO PACIENTE ADULTO

Objetivo - População Alvo
Escopo

Essa diretriz é destinada a pacientes com idade acima de 18 anos, com presença de sepse suspeita ou confirmada decorrente de uma infecção clinicamente relevante, atendidos nos diversos setores envolvidos no cuidado e na experiência do paciente no hospital.

Destaques e fluxogramas
A sepse é definida pela presença de uma disfunção orgânica ameaçadora a vida, devido uma resposta desregulada do organismo à infecção;

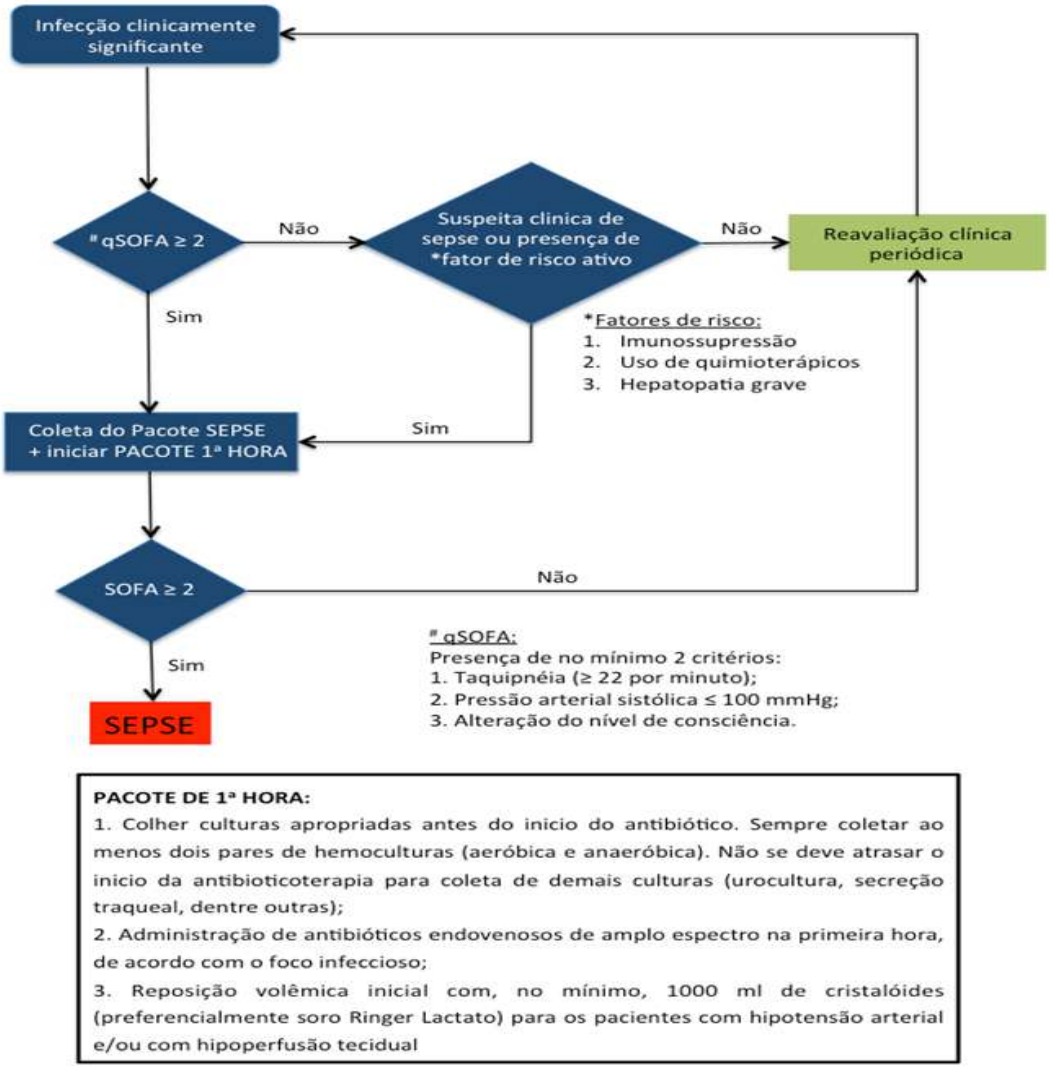
Todos os pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escorem qSOFA positivo suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos (imunossupressão, uso de quimioterápicos ou hepatopatia grave) devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do Pacote SEPSE e inicio do PACOTE DE 1a HORA;

No PACOTE DE 1a HORA, deve-se garantir a coleta de lactato sérico, coleta de culturas e início de antibiótico endovenoso apropriado dentro de 1 hora. Os pacientes que apresentem hipotensão arterial ou hipoperfusão tecidual (lactato sérico maior que 36 mg/dL), devem receber expansão volêmica inicial com, 30ml/kg de cristaloides(preferencialmente soro Ringer lactato) em 1 hora em paciente, pacientes cardiopatas, insuficiência renal crônica ou já em terapia intensiva, deverá ser avaliado a necessidade de infusão de volume.

As evidências atuais apontam para redução das taxas de mortalidade hospitalar quanto mais precocemente for realizado o início da antibioticoterapia, a coleta de culturas e do lactato sérico;

Os pacientes que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada após a expansão volêmica inicial ou lactato inicial maior ou igual a 36 mg/dL, devem ser conduzidos dentro do PACOTE DE 6 HORAS.

Fluxograma de atendimento inicial dos pacientes com suspeita de sepse



3. DETERMINANTES DA DOENÇA

A sepse é uma síndrome clinica desenvolvida a partir da interação entre fatores do patógeno e do hospedeiro (como idade, sexo, comorbidades e fatores ambientais), levando a uma nova disfunção orgânica decorrente de uma resposta desregulada do organismo a infecção [1].
A disfunção orgânica induzida pela sepse também pode ser oculta, principalmente na presença de alguns fatores de risco, como uso de quimioterapia, pacientes imunossuprimidos ou com hepatopatia grave.

4. APRESENTAÇÃO CLINICA E ACHADOS FÍSICOS

Os critérios de síndrome de resposta inflamatória sistêmica não devem ser utilizados para identificar pacientes com sepse, devido sua baixa sensibilidade e especificidade [1]. Assim, para adequada identificação dos pacientes com suspeita de sepse, deve-se atentar para a presença

de sinais e sintomas que possam sugerir a presença de uma disfunção orgânica nova. Dessa forma, destaca-se a seguinte definição:

Suspeita clínica de sepse: pacientes com infecção presumida ou confirmada com sinais clínicos de disfunção orgânica nova, como hipotensão arterial, saturação de oxigênio baixa pela oximetria de pulso, dispneia com aumento da necessidade de oxigênio/suporte respiratório, alteração do nível de consciência ou oligúria [5].

Adicionalmente, a presença de alguns sinais clínicos pode auxiliar na identificação dos pacientes com infecção com maior risco de gravidade clínica. Com esse objetivo, recomenda-se utilizar o escore quick-SOFA (qSOFA) como ferramenta de rastreamento para identificar os pacientes que apresentam risco elevado de apresentar desfechos clínicos desfavoráveis [1]. O escore qSOFA é considerado positivo quando o paciente apresenta pelo menos dois dos seguintes critérios clínicos:

Frequência respiratória maior ou igual a 22 incursões por minuto;

Alteração do nível de consciência (escore segundo a Escala de Coma de Glasgow inferior a 15);

Pressão arterial sistólica menor ou igual a 100mmHg.

5. DIAGNÓSTICO

Todos os pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escore qSOFA positivo ou suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do PACOTE SEPSE ADULTO.

Os exames do PACOTE SEPSE ADULTO são:

Gasometria (arterial ou venoso), Lactato (arterial ou venoso), glicose, Sódio, Potássio, Cálcio Iônico;

Hemograma Completo (incluído plaquetas);

Uréia e Creatinina;

Bilirrubinas totais e frações (BTF);

RNI;

Culturas apropriadas

2 pares de hemocultura

Atualmente, a sepse é definida pela presença de uma infecção associada a uma disfunção orgânica nova, que é determinada pelo aumento maior ou igual a 2 pontos do escore total do SOFA basal do paciente (Sequential Organ Failure Assessment) (Tabela 1) [1].

Para o diagnóstico de choque séptico, utiliza-se como critério a presença de hipotensão arterial com necessidade de vasopressor para manter a pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e lactato sérico acima de 18 mg/dL, após ressuscitação volêmica adequada [1].

Tabela 1. Escore SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

Escore SOFA	0	1	2	3	4
Respiratório					
PaO2/FiO2, mmHg	≥ 400	< 400	<300	< 200 e em VM	< 100 e em VM
Coagulação					
Plaquetas, x10^3/mm	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Hepático					
Bilirrubinas totais, mg/dL	< 1,2	1,2 - 1,9	2 - 5,9	6 - 11,9	> 12
Cardiovascular					
PAM, mmHg ou catecolaminas (mcg/Kg/min)	PAM ≥ 70	PAM < 70	Dopamina < 5 ou dobutamina (qualquer dose)	Dopamina 5,1 – 15 ou Adrenalina ≤ 0,1 ou Noradrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou Adrenalina> 0,1 Noradrenalina >0,1
Sistema nervoso central					
Escala de coma de Glasgow	15	13 - 14	10 - 12	6 - 9	< 6
Renal					
Creatinina, mg/dL	< 1,2	1,2 - 1,9	2 - 3,4	3,5 - 4,9	> 5
Débito urinário, ml/24h	-	-	-	< 500	< 200

Observações:

Deve-se considerar o SOFA basal do paciente como zero nos casos de disfunção orgânica prévia não conhecida, ou caso o paciente já possua exames prévios alterados no decorrer da internação.

Em casos de disfunção orgânica ambulatorial (por exemplo, doença renal crônica não dialítica, hepatopatia, DPOC) deve-se considerar o aumento de pelo menos 2 pontos para o diagnóstico de sepse, na presença de infecção, ou seja, se o paciente tiver alteração previa de creatinina, deverá ser zerada no momento do calculo e considerar se ele apresentar mais alguma disfução. Pacientes cardiopatas que possuem hipotensão, deve-se seguir a mesma orientação dos paciente com disfunção orgânica laboratórial.

6. ESCORE DE GRAVIDADE E INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

6.1 Escore de gravidade

Os pacientes com suspeita de sepse com escore qSOFA positivo apresentam maior probabilidade de apresentar desfechos clínicos desfavoráveis, como maior tempo de internação na UTI e mortalidade hospitalar. O subgrupo de pacientes com sepse que evoluem com choque séptico ou hiperlactatemia também apresentam maior probabilidade de mortalidade hospitalar [1].

6.2 Indicação de internação

Atualmente, entende-se que a sepse é uma condição grave, caracterizada pela presença de ao menos uma disfunção orgânica potencialmente fatal decorrente de um quadro infeccioso, com necessidade de internação hospitalar.
Assim, para adequada alocação e fluxo de pacientes com sepse no HMAP, deve-se atentar para os critérios de admissão na unidade de internação e na UTI:

Unidade de Terapia Intensiva:

Critérios de admissão na UTI:

Pacientes com sepse com hipotensão arterial, necessidade de vasopressor ou valores de lactato maior ou igual a 36mg/dl;

Pacientes com sepse e disfunção respiratória com necessidade de ventilação mecânica não-invasiva ou invasiva;

Pacientes com sepse com outras indicações de UTI contempladas na politica institucional de admissão em UTI:

Pacientes com suspeita de infecção e presença de escore qSOFA positivo que se jugue apresentar alto risco de deterioração clinica;

Pacientes com sepse que não apresentem os critérios acima para internação na UTI, porém que se julgue apresentar alto risco de deterioração clínica subsequente, conforme discussão com equipe médica titular e/ou médico do Código Amarelo.

Unidade de Internação:

Critérios de admissão na Unidade de Internação:

Pacientes com sepse que revertem a disfunção orgânica após tratamento inicial .

Paciente que a equipe médica jugar naõ apresentar risco de deterioração clinica subsequente.

7. TRATAMENTO

Nos casos de pacientes com suspeita de infecção e qSOFA positivo, o protocolo SEPSE dever ser aberto imediatamente e as medidas do PACOTE DE 1a HORA prontamente iniciadas, caso ainda não tenham sido realizadas. Esse grupo de pacientes apresenta risco elevado de desfecho clinico desfavorável, assim, toda atenção situacional da equipe multidisciplinar envolvida nos cuidados desses pacientes deve ser dispendida para identificação precoce de eventual deterioração clinica e cumprimento efetivo das recomendações presentes nos PACOTES DE 1a e DE 6 HORAS. Os pacientes que não apresentarem qSOFA positivo, porém tiverem suspeita clínica de sepse ou possuírem fatores de risco ativos, também devem ter o protocolo sepse aberto imediatamente, com o início do pacote de 1a hora.

No PACOTE DE 1a HORA, deve-se garantir a coleta de lactato sérico (dentro de 30 minutos), coleta de culturas e início de antibiótico endovenoso apropriado dentro de 1 hora. Os pacientes que apresentem hipotensão arterial ou hipoperfusão tecidual (lactato sérico maior que 36 mg/dL), devem receber expansão volêmica inicial com, no mínimo, 1000 ml de cristaloides em 1 hora [6], preferencialmente soro Ringer lactato. Deve-se atentar também, adicionalmente ao início da antibioticoterapia, à necessidade de procedimentos cirúrgicos para controlar o foco da infecção se indicado, como drenagem de abscessos, retirada de dispositivos invasivos, desbridamentos de feridas, dentre outros.

Os pacientes que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada após a expansão volêmica inicial ou tiverem lactato inicial maior ou igual a 36 mg/dL, devem ser conduzidos dentro do PACOTE DE 6 HORAS [3]. Nesse pacote, após expansão volêmica inicial, deve-se reavaliar constantemente o paciente para definir nova necessidade de expansão volêmica adicional, com 500-1000 ml de cristaloides, conforme a presença de sinais de má perfusão periférica (sinais vitais, tempo de enchimento capilar > 3 segundos, extremidades frias ou presença de livedo) e/ou hipotensão arterial. Vale lembrar que a Surviving Sepsis Campaign preconiza a expansão volêmica nas primeiras 3 horas com 30 ml/Kg de cristaloides [3]. Dessa forma, caso o paciente apresente sinais de má perfusão periférica (tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, presença de livedo ou frialdade cutânea) ou hipotensão arterial nas reavaliações clinicas seriadas, é razoável receber alíquotas de fluidos que totalizem uma expansão volêmica de no mínimo 30 ml/kg de cristaloides durante as 3 primeiras horas de atendimento, salvaguardado contraindicações clinicas para ressuscitação volêmica agressiva.

Caso a hipotensão arterial persista em detrimento da expansão volêmica, deve-se iniciar Noradrenalina, como vasopressor de primeira escolha, com objetivo de manter a PAM acima de 65 mmHg. Em casos de hipotensão arterial ameaçadora a vida (como PAS abaixo de 70 mmHg), pode-se considerar o início de Noradrenalina enquanto se realiza a expansão volêmica.

Não há evidências atuais que a utilização de monitorização invasiva com a presença de cateter venoso central para aferição de pressão venosa central e da saturação venosa central seja superior aos critérios clínicos (tempo de enchimento capilar > 3 segundos, extremidades frias e presença de livedo) para adequada ressuscitação hemodinâmica em pacientes com sepse [7]. Dessa forma, recomendam-se os critérios clínicos para reavaliações subsequentes dos pacientes com sepse.

Deve-se garantir também a coleta de nova dosagem de lactato sérico dentro do PACOTE DE 6 HORAS, nos pacientes que tenham valor de lactato elevado inicialmente. A tendência de normalização do lactato sérico em pacientes com sepse e choque séptico após a reanimação inicial é relevante, pois é associado a melhores desfechos clínicos [3].

Dessa forma, podemos resumir as recomendações dos PACOTES DE 1a HORA e de 6 HORAS abaixo:

8. RECOMENDAÇÕES

PACOTE 1a HORA: para pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escore qSOFA positivo ou suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos:

1. Coletar lactato sérico. Nos pacientes que não tenham indicação de coleta de gasometria arterial, a coleta deve ser realizado do sangue venoso periférico, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;
2. Coleta do tempo de protrombina, o tempo de liberação do resultado será de 60 minutos a partir da entrada no laboratório;
3. Coleta do Hemograma com plaquetas, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;
4. Perfil emergêncial Arterial, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;
5. Bilirrubina total e frações, o tempo de liberação do resultado será de 60 minutos;
6. Creatinina, o tempo de liberação do resultado será de 30 mintos a partir da entrada no laboratório;

7. Colher culturas apropriadas antes do inicio do antibiótico. Sempre coletar ao menos dois pares de hemoculturas (aeróbico e anaeróbico). Não se deve atrasar o inicio da antibioticoterapia para coleta de demais culturas (urocultura, secreção traqueal, dentre outras);
8. Administração de antibióticos de amplo espectro na primeira hora, de acordo com o foco infeccioso;
9. Reposição volêmica de, no mínimo, 1000 ml de cristaloides em 1 hora, para os pacientes com hipotensão arterial sistêmica e/ou com hipoperfusão tecidual, que não possuirem contra indicação;

A. Hipoperfusão tecidual: lactato sérico maior que 36 mg/dL;
B. Hipotensão arterial sistêmica: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial média menor que 65 mmHg.

É importante destacar que as evidências atuais apontam para redução das taxas de mortalidade hospitalar quanto mais precocemente for realizado o início da antibioticoterapia, a coleta de culturas e do lactato sérico [8].

PACOTE 6 HORAS: para pacientes com lactato sérico maior que 36 mg/dL ou que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada (PAM abaixo de 65 mmHg) após expansão volêmica inicial:

1. Reavaliar a volemia e a perfusão tecidual para definição da necessidade de nova expansão volêmica de 500-1000 ml de cristaloides:

Deve-se utilizar parâmetros clínicos, como sinais vitais, tempo de enchimento capilar (> 3 segundos), presença de livedo e temperatura de extremidades;

Pode-se também utilizar, alternativamente, parâmetros avançados de monitorização, como ecocardiografia point-of-care e ou métodos dinâmicos de avaliação de fluido-responsividade (leg raising);

2. Iniciar Noradrenalina para manter pressão arterial média acima de 65 mmHg nos pacientes que não apresentaram resposta à expansão volêmica;
3. Nova coleta de lactato sérico se a medida inicial estiver elevada. Nos pacientes que não tenham indicação de coleta de gasometria arterial, a coleta deve ser realizado do sangue venoso periférico;

9. INDICADORES DE QUALIDADE

Os protocolos gerenciados buscam, por meio da instituição de diretrizes assistenciais e da monitorização contínua de indicadores de qualidade, garantir a implementação de ações específicas baseadas na melhor evidência científica disponível.
Dessa forma, foi estabelecido indicadores de processo e de desfecho que avaliam a qualidade assistencial do atendimento aos pacientes com sepse monitorizados pelo protocolo na nossa instituição.

Indicadores de processo:

1. Tempo médio de coleta do lactato sérico (meta 60 minutos);
2. Tempo médio da administração do antibiótico (meta 60 minutos
);
3. Adesão ao Pacote de 1 hora e de 6 horas;
4. Acurácia dos triggers de entrada (escore qSOFA, suspeita clinica de sepse ou presença de fatores de risco) no protocolo em predizer sepse;
5. Mediana da quantidade de fluidos administrados no pacote de 6 horas.
6. Numero de resultados liberados fora do prazo por tipo de protocolo pelo laboratório

Indicadores de desempenho:
1. Mortalidade por sepse estratificada pela presença do escore qSOFA positivo;

A coleta dos dados deve er realizada a seguinte forma:

Pacientes alocados na UTI, a coleta é realizada mediante o acompanhamento do SOFA por 72hs até aprensentar SOFA ≥2 , é realizado a conferência dos itens do pacote e registrado a evidência e armazenados em banco de dados, do qual são gerados relatórios de monitorização. Estes relatórios serão, posteriormente, divulgados para as equipes envolvidas (feedback);

Paciente que são atendidos pelo TRR com Qsofa positivo e não possuem critérios de alocação na UTI, se SOFA ≥2 , inserir a informação no banco de daedos e reporte pra as euquipes envolvidas

Ações: A partir dos resultados dos indicadores são desenhadas ações conjuntas para garantir a melhoria contínua da prática clínica

referencias bibliograficas

1. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10

2. Taniguchi LU, Bierrenbach A, Toscano CM, Schettino G, Azevedo L. Sepsis-related deaths in Brazil: an analysis of the national mortality registry from 2002 to 2010. Crit Care. 2014;18:608.

3. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W et al (2017) Surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of sepsis and septic shock—2016. Int Care Med. doi:10.1007/s00134-017-4683-6

4. Machado FR, Carrara FS, Bozza FA, Lubarino J, Azevedo LC, Salomão R. Prevalência e mortalidade por sepse grave e choque séptico em unidades de terapia intensiva brasileiras. Rev Bras Terapia Intensiva.
Supl 1:S14.

5. Machado FR, de Assunção MSC, Cavalcanti AB, Japiassú AM, de Azevedo LCP, Oliveira MC. Getting a consensus: advantages and disadvantages of Sepsis 3 in the context of middle-income settings. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2016;28(4):361-365. doi:10.5935/0103-507X.20160068.

6. The ARISE Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group . Goal-directed resuscitation for patients with early septic shock . N Engl J Med 2014;371:1496-1506.

7. The PRISM Investigators. Early, goal- directed therapy for sep

tic shock — a patient-level meta-analysis. N Engl J Med 2017;376:2223-34.

8. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, et al. Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. N Engl J Med. 2017;376(23):2235–44. Epub 2017/05/23. pmid:28528569.

resumo

Protocolo de sepse

ANEXOS

NA

Documentos relacionados

NA

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS - PACIENTES EXTERNOS

INTRODUÇÃO

O presente documento descreve as ações para identificação do risco e prevenção de quedas de acordo com as características das unidades/setores que atendem pacientes externos.

Queda é definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil.

OBJETIVO

Identificar a população de risco, por meio da observação dos riscos para queda, em pacientes externos e implementar as seguintes ações:

- Promoção de segurança no ambiente;
- Planejamento de intervenções para prevenção de quedas de acordo com os fatores de risco relacionados aos recursos físicos e equipe profissional no local da assistência;
- Prevenir e reduzir a recorrência de quedas em pacientes externos;
- Reduzir o dano decorrente do evento de queda.

São considerados pacientes externos os clientes que frequentam:

Consultórios, Medicina Diagnóstica Ambulatorial, Unidades de Pronto Atendimento, Hemodinâmica e Centro de Reabilitação;

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de inclusão: pacientes externos.

Critérios de exclusão: pacientes internados.

RECOMENDAÇÕES

CUIDADOS UNIVERSAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Os Cuidados Universais para Prevenção de Quedas são medidas preventivas que incluem cuidados mínimos que deverão ser prestados aos visitantes/clientes/pacientes, que frequentam áreas comuns e/ou áreas de assistência, independente do fator de risco, que este apresente. Estas medidas devem ser seguidas por todos os profissionais que tem contato com o visitante/cliente/paciente, e não somente pela equipe assistencial. Estes cuidados estão em sua maioria relacionados ao ambiente de circulação. Os Cuidados Universais para Prevenção de Quedas estão descritos no quadro abaixo:

CUIDADOS UNIVERSAIS PARA	Propiciar iluminação adequada;
	Retirar mobiliário que necessite de manutenção da área de circulação dos clientes;

PREVENÇÃO DE QUEDAS	Orientar e/ou auxiliar no trajeto, sempre que necessário (oferecer cadeira de rodas e/ou, mensageiro para auxiliar no trajeto);
	Manter cadeira de rodas em locais fixos nas recepções e próximos às áreas de atendimento;
	Atentar-se ao paciente identificado com a pulseira laranja, orientando-o, auxiliando-o e oferecendo suporte, sempre, do momento em que o paciente é identificado na recepção até a retirada do veículo no estacionamento;
	Manter ambiente organizado;
	Manter área livre para deambulação;
	Manter o chão limpo e seco, providenciar a limpeza imediata de qualquer derramamento visualizado, seguindo política institucional;
	Orientar o paciente/acompanhante sobre o uso de corrimão e barras de proteção;
	Orientar paciente/família da disposição e funcionamento, dos móveis e equipamentos e localização de banheiros.

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS

- Idade menor ou igual a 6 anos e maior ou igual a 75 anos;
- Jejum prolongado;
- Necessidade de realizar diversas terapias/exames no mesmo dia;
- Ter dificuldade para andar ou estar em uso de muletas, bengalas ou andadores; robofoot.
- Ser portador de deficiência auditiva, visual e/ou cognitiva;
- Estar em uso de medicamentos que causem sonolência, tontura ou perda de consciência;
- Realizar exames ou procedimentos com sedação.
- Gestantes

IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM RISCO PARA QUEDAS

Na admissão do paciente, o técnico administrativo identificará o paciente com pulseira laranja, mediante os fatores de risco descritos anteriormente. Esta identificação acontece nas recepções internas de cada serviço no guichê de atendimento, no momento do cadastro e abertura de passagem do paciente. Em situações de recusa do paciente ou dúvidas a equipe de enfermagem será acionada.

Nas unidades de pronto atendimento, a identificação do risco de queda é realizada pelo enfermeiro na sala de triagem, por ser o primeiro profissional em conato o paciente, acolhendo

suas queixas e avaliando-o quanto aos riscos, considerando além dos riscos descritos anteriormente dados de história e queixa que possam levar ao risco de quedas.

AÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Nas recepções

Após a identificação do paciente em risco, o assistente de atendimento colocará a pulseira laranja no paciente, entregará o folder de orientação para Prevenção de Queda (código: 308102) e orientará sua leitura.

O paciente identificado com a pulseira laranja deverá ser orientado a mantê-la em seu pulso até o momento da saída da instituição no estacionamento. A equipe de manobristas nos estacionamentos estará atenta a esta sinalização e providenciará a entrega do veículo de forma prioritária na saída da unidade de atendimento.

Após a identificação do risco de quedas, os profissionais tanto administrativos como assistenciais devem seguir as intervenções abaixo:

- Orientar o paciente/acompanhante quanto aos riscos para queda. Fornecer orientações sobre a localização e direção do local onde o paciente será atendido;
- Oferecer auxílio do mensageiro, quando necessário, para serem encaminhados aos locais de atendimento (ex: exames, consultas), em cadeira de rodas se necessário;
- Oferecer cadeira de rodas exceto para os deficientes visuais quando possuírem seus próprios dispositivos para deambular;
- Nos casos de deficiência visual, o assistente de atendimento deverá ler o folheto para o paciente que estiver desacompanhado;
- Orientar os acompanhantes de crianças sobre a necessidade de supervisão constante;
- Orientar os acompanhantes de crianças sobre os cuidados com o uso do bebê conforto; não deixar apoiado em muretas, poltronas ou cadeiras correndo o risco de cair;
- Verificar se o paciente/família/acompanhante compreendeu as orientações.

Nas áreas assistenciais junto à equipe multiprofissional

Durante o atendimento ao paciente com risco de quedas:

- Orientar o cliente e/ou familiar/responsável, sobre o risco para queda;
- Caso o paciente não tenha sido identificado como risco para queda pela equipe da Recepção, essa identificação deve ser estabelecida pela equipe de enfermagem;
- Orientar o paciente em risco a solicitar auxílio da enfermagem para deambulação e ao sair do leito;
- Orientar o cliente quanto ao risco de quedas nas poltronas de infusão. Ao sentar e se levantar a poltrona deve estar com as perneiras abaixadas e o paciente deverá solicitar auxílio para esta movimentação;

- Orientar pacientes com dispositivos de assistência como suporte de soro, bombas de infusão, sondas e drenos a solicitar auxílio para sair do leito ou poltrona de infusão;
- Durante o atendimento manter as macas travadas, verificar se o colchão está afixado, grades elevadas e campainha próxima (quando disponível na unidade);
- Orientar pacientes sob observação da enfermagem com quadro de diarreia ou urgência miccional a solicitar auxílio para encaminhamento e supervisão quando no banheiro;
- A equipe de enfermagem deverá orientar sobre os efeitos da medicação que será administrada quando houver risco aumentado para queda;
- Orientar o levantar progressivo (elevar a cabeceira a 30º e sentar-se no leito com os pés no chão por 5 minutos) antes de sair da maca/cama;
- Orientar sobre a necessidade da presença de um acompanhante enquanto permanece em observação; Pacientes com alterações cognitivas/confusão mental com agitação psicomotora devem permanecer acompanhados por familiar ou responsável em tempo integral. A impossibilidade de se manter um acompanhante em tempo integral deve ser discutida entre a equipe multiprofissional e coordenação da unidade para busca de alternativas e reforço junto aos familiares. Pacientes em agitação e confusão mental devem ser considerados como pacientes "Watchers" para o risco de queda.
- Como medida imediata pacientes em estado de agitação ou confusão mental devem permanecer em observação em leito que seja próximo ao posto de enfermagem em campo de visão de alcance da equipe assistencial.
- Orientar o responsável pela criança sobre a necessidade de supervisão constante;
- Orientar o responsável pela criança sobre cuidados com bebê conforto (quando aplicável);
- Verificar se o paciente/família/acompanhante compreendeu as orientações;
- Caso a pulseira laranja tiver sido retirada por qualquer motivo, a mesma deverá ser recolocada antes de encaminhar o paciente ao próximo destino;
- Acompanhar o cliente ao destino em cadeira de rodas ou auxiliá-lo na deambulação, quando necessário;
- Alertar secretárias e/ou médico sobre a necessidade de auxílio e disponibilidade da equipe de enfermagem durante sua mobilização/transferência e/ou trânsito no setor;
- Oferecer cadeira de rodas para os responsáveis por crianças com idade menor ou igual 3 anos, pois estas devem ser transportadas no colo do responsável;
- Registrar em prontuário eletrônico todas as orientações fornecidas aos pacientes/ familiares e acompanhantes;
- A equipe médica atuante junto aos pacientes externos nas diversas unidades deve estar atenta para a continuidade dos cuidados estabelecidos para prevenção de quedas como, por exemplo, manter as grades das macas/camas elevados ou solicitar auxílio para mobilizar o paciente, não autorizar que o paciente circule desacompanhado pelos setores ou que as crianças

fiquem sem supervisão dos pais; reforçar junto ao paciente/acompanhante a importância de seguir as orientações para prevenção de quedas;

- Ao término do atendimento, encaminhar o paciente de alta ambulatorial em cadeira de rodas com mensageiro ou transporte de acordo com a avaliação do enfermeiro, considerando as condições de mobilidade e de transferência do mesmo no momento da saída;

Pacientes submetidos à sedação ou indução anestésica:

Todos os pacientes submetidos a procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos que utilizam sedação ou indução anestésica serão considerados de risco para queda, e durante sua recuperação, deverão ser seguidos os seguintes cuidados:

1. Após o procedimento com sedação o paciente deve sair de alta em cadeira e acompanhado por um profissional da instituição (assistencial, profissional do transporte ou da equipe "Posso Ajudar");
2. Ao término do procedimento e prescrição de alta do paciente, os pacientes e acompanhantes serão orientados quanto aos cuidados pós-alta, de acordo com o documento "Orientação de alta ao paciente submetido a procedimentos com Anestesia ou Sedação"
3. Além destas medidas, a alta do paciente submetido à sedação ou indução anestésica está condicionada à presença de um acompanhante maior de 18 anos. Na ausência deste, será seguida orientação do médico anestesista.

CLASSIFICAÇÃO DA QUEDA

As quedas podem ser classificadas quanto ao tipo e dano. A descrição que se segue sobre a classificação das quedas quanto ao tipo e dano é utilizada em todo o HMAP não havendo diferenças de acordo com unidades de atendimento.

Classificação das quedas quanto ao tipo:

1. Queda Extrínseca/Acidental: ocorre quando um paciente cai involuntariamente, geralmente como resultado de tropeçar ou escorregar, como resultado da falha do equipamento ou outros fatores ambientais; não é possível classificar com tendo risco de queda antes do evento ocorrer;
2. Queda Intrínseca/Imprevisíveis por causa fisiológica: não há relato de queda anterior ou identificação de risco para queda durante a avaliação do paciente, porém após a análise do evento é possível relacionar a causa com alterações fisiológicas (por exemplo, o doente desmaia de repente e isso não foi previsto por nenhum fator de risco);
3. Queda Intrínseca/Previsíveis por causa fisiológica: ocorre em pacientes classificados com risco de queda, através da utilização de uma ferramenta de avaliação de risco;

Observação: após a queda, se esta é classificada como uma queda do tipo imprevisível por causa fisiológica, dependendo da causa, esta não poderia ser prevenida. Nestes tipos de eventos o

objetivo é proteger o paciente do dano, mesmo que a queda ocorra. Estratégias para proteção e consequentemente, minimizar o dano decorrente da queda, devem ser individualizadas e incluem medidas de orientações aos pacientes e família, sobre os cuidados necessários para prevenção da queda; qual a melhor maneira de movimentar-se e realizar transferências.

Classificação da queda quanto ao dano:

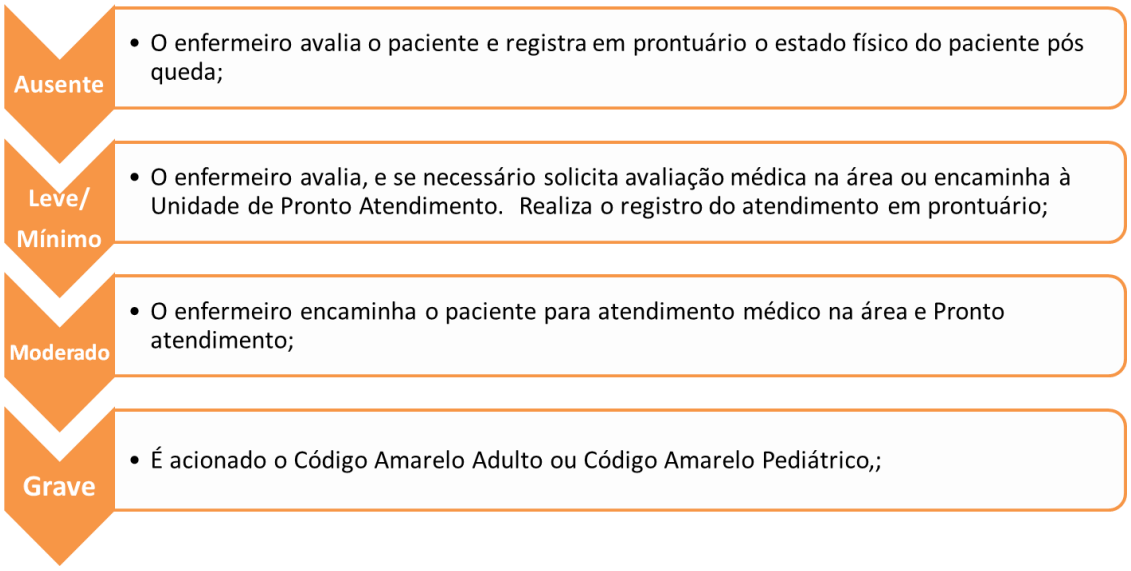
A gravidade do dano é um componente necessário para o cálculo do indicador de taxa de gravidade do dano em decorrência de quedas. De acordo com a National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) as definições da gravidade do dano estão classificadas em:

- Ausente: refere-se a uma queda que não ocasionou nenhuma lesão após avaliação pós-queda, mesmo que inclua exames adicionais.
- Leve: pode resultar em pequenos procedimentos, tais como aplicação de um curativo ou de gelo, limpeza de uma ferida, elevação do membro ou uso de medicação tópica. Dor local sem comprometido dos tecidos, hematoma, laceração e/ou escoriação, skin tears, abrasão, contusão mínima, "inchaço" local, perfuração mínima, presença de pele "avermelhada", podem ser classificados nessa categoria.
- Moderado: quando há ocorrência de danos que necessitam de intervenção do tipo sutura, aplicação de cola, steri-strip (para aproximação das bordas), fissuração ou tensão muscular / articular.
- Grave: quando há a ocorrência de danos que resultam em cirurgia, fundição, tração, consultas com especialistas em neurologia e neurocirurgia (como fratura de crânio basilar, hematoma subdural), lesão interna (como fratura de costela, pequena laceração hepática) pacientes que apresentem qualquer tipo de fratura, independentemente do tratamento instituído e pacientes com coagulopatia que necessitem de hemoderivados, em decorrência da queda.
- Morte: em consequência de danos causados pela queda.

MANEJO PÓS QUEDA

A descrição das ações abaixo aplica-se a todas as unidades de pacientes externos e são desencadeadas após a ocorrência de queda. Sendo que as ações específicas de fluxo de atendimento de urgência/emergência após uma queda apresentam algumas particularidades e serão descritas por área no decorrer do documento.

Seguir fluxo de atendimento de emergência/urgência de acordo tipo de dano (ausente, leve, moderado ou grave).



* As unidades que não são atendidas pelos códigos seguirão fluxo específico para atendimentos de urgência.

O enfermeiro da unidade após atendimento do paciente e realização das intervenções necessárias no momento da queda deverá proceder com o registro em prontuário eletrônico no campo Notas e prosseguir com a análise do evento com o objetivo de identificar como e porque a queda ocorreu. Esta análise auxiliará na nova avaliação dos riscos para queda do paciente e resultará em um plano de assistência interdisciplinar (se necessário) para reduzir o risco de futuras quedas. Além disso, deverão ser considerados nas intervenções os cuidados dirigidos aos pacientes classificados como alto risco para queda;

É aconselhável, se possível, pedir que o paciente tente se lembrar da sensação no momento da queda, a fim de identificar episódios de síncope. Investigar a localização e o momento da queda, o que o paciente estava fazendo imediatamente antes da queda e os mecanismos da queda (escorregou, vertigem, tontura, perda da consciência, entre outros);

Pode-se também obter as informações necessárias dos acompanhantes, visitantes, e/ou de quem acompanhou o episódio de queda;

Realizar a reavaliação dos fatores de risco do paciente;

A análise das ações pode contemplar orientações ao paciente/família, introdução de novos procedimentos e/ou rotinas, adequação de ambiente e/ou equipamento;

Comunicação à equipe assistencial, familiares e cuidadores do evento ocorrido com o paciente, e do plano de assistência estabelecido ao paciente após a queda;

O terapeuta responsável pelo paciente deve documentar o evento de queda em evolução multiprofissional, as circunstâncias em que a queda ocorreu, as avaliações clínicas realizadas, os danos decorrentes do evento (caso exista) e o estado clínico do paciente no momento;

Proceder à notificação do evento via intranet no SINAPSE, mesmo que não haja dano aparente; Registrar como Evento de Queda ou EAG (dependendo da gravidade do dano decorrente da queda). É desejável que a notificação contemple as informações relatadas na evolução de enfermagem relacionadas ao evento, quando pertinente;

Os eventos notificados serão investigados e analisados pelo Gerenciamento e Vigilância do Risco, com o objetivo de identificar os fatores causais e possíveis ações de melhoria. A análise dos fatores causais é uma das principais ferramentas para favorecer a aprendizagem organizacional, adequação de práticas e políticas, com foco na prevenção de quedas futuras.

MONITORAMENTO DOS EVENTOS DE QUEDA

O monitoramento das ocorrências de quedas na instituição é feito através da notificação de eventos adversos e eventos adversos graves via Sistema de Notificação de Aprendizagem em Segurança (SINAPSE).

Os dados gerados pela notificação dos eventos são recebidos e analisados pela equipe do Gerenciamento e Vigilância do Risco da Diretoria do IIRS.

A evolução dos eventos de queda bem como o acompanhamento das ações para redução de quedas e da gravidade da queda são apresentados e discutidos no Comitê de Prevenção de Quedas pela equipe do Gerenciamento e Vigilância do Risco e Práticas Assistenciais do HMAP.

Nos casos em que o paciente se recusar às intervenções para prevenção de queda, a equipe de enfermagem deve ser comunicada e essa deverá abordar o paciente explicando a importância das medidas de prevenção e na persistência da recusa anotar em prontuário eletrônico no campo Notas.

Identificar o envelope/prontuário de documentos da passagem (quando houver) com etiqueta laranja (“Prevenção de Quedas”);

ESPECIFICIDADES DE ACORDO COM A CARACTERÍSTICA DE ALGUMAS UNIDADES AMBULATORIAIS:

Unidade de Pronto Socorro	A identificação do risco é feita na triagem pelo enfermeiro, que além dos fatores de risco, investigam queda anterior e levam em conta o quadro clínico do paciente. Quando o paciente é admitido na área de emergência proveniente de transporte por ambulância, especial atenção é dada para o risco de queda durante as transferências entre macas até a sala de atendimento, devendo a equipe assistencial agir em conjunto com a equipe que transportou o paciente para a prevenção de quedas durante riscos situacionais.

	Para os pacientes que permanecem em observação em atendimento de enfermagem, a equipe de enfermagem deverá registrar o risco para quedas no prontuário com o preenchimento do risco de queda:
Consultórios	Médicos do corpo clínico aberto e secretárias deverão estar envolvidos nas ações de prevenção de quedas. Poderão solicitar apoio da equipe de enfermagem para acompanhamento do paciente e transferências de cadeira de rodas para maca e posicionamento dentro do consultório. Pacientes com risco de quedas não devem permanecer sem supervisão na sala de exames dentro dos consultórios e recomenda-se a transferência da maca de exames supervisionada e com apoio do profissional. As quedas que ocorrerem dentro do consultório ou nas salas de espera deve ser imediatamente comunicado à enfermeira responsável do andar para andamento do manejo pós-queda.
Medicina Diagnóstica	Se o paciente estiver em cadeira de rodas, poderá ser mantido na posição caso não comprometa a realização do exame. Ex. Coleta de sangue no laboratório. Para crianças em maca que possam estar agitadas, permitir que o acompanhante se deite ao lado da criança na maca para acalmá-la. Pacientes que realizam exames com sedação e exames que necessitem de período de repouso e observação entre uma coleta e outra de amostra, nas unidades de laboratório, devem ser orientados quanto ao risco de quedas e o profissional assistencial deve registrar em prontuário com o preenchimento do risco de queda.

Intervenção cardiovascular	Todos os pacientes são considerados com risco de queda. A transferência do paciente da maca para a mesa angiográfica é um procedimento de risco. É preciso garantir os equipamentos de segurança: faixa de segurança e faixa restritora de MMSS antes do início da transferência. Aproximar a maca na mesa angiográfica, travar as rodas e manter a maca no mesmo nível da mesa. Garantir que outro profissional de enfermagem esteja do outro lado da mesa para posicionar o paciente. Se o paciente estiver sonolento ou apresentar déficit de mobilidade utilizar o *transfer* (pacientes acima de 6 anos). Ao término do exame, após a transferência da mesa angiográfica para a maca, destravar a maca e elevar as grades da mesa após a transferência para a Recuperação da Hemodinâmica. **Para pacientes sob sedação** um profissional assistencial e / ou o anestesista deverá permanecer ao lado do paciente até o seu despertar completo. **Pacientes pediátricos,** avaliar a necessidade dos pais permanecerem na sala de exames, bem como para pacientes RN até o início da indução anestésica. Colocar os itens de segurança: faixa abdominal e MMII envolvendo a mesa angiográfica. Para RN avaliar a adequação da faixa abdominal, podendo ser usado também o Coban®.
Ambulatório	A identificação de risco para queda com pulseira laranja deve ocorrer no momento da admissão do paciente, pelo profissional administrativo e/ou pelas voluntárias, ou pelo enfermeiro no momento da avaliação do paciente quando será identificado o fator de risco durante a avaliação clínica. O enfermeiro registra o risco de quedas no prontuário eletrônico no campo: **Avaliação de risco > Risco de Quedas pacientes externos e Preenche o Plano educacional > Protocolo de Quedas pacientes externos** no momento da avaliação de enfermagem.

	As reavaliações são mensais no ambulatório de quimioterapia e semanais no ambulatório de radioterapia, e/ou na mudança de quadro clínico do paciente. Existe um ícone de sinalização de risco de queda, inserido no sistema local após a realização da avaliação de risco pelo enfermeiro, que é visualizado por toda a equipe multiprofissional, e somente será retirado por um enfermeiro conforme as reavaliações do risco de queda.

GERENCIADO

Trata-se de um protocolo gerenciado.

INDICADOR INSTITUCIONAL

- Taxa de queda com dano (Paciente Ambulatorial)
- Nº total de queda com dano / Nº de volume paciente dia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÉFICAS CONSULTADAS

1.Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):132-6.

2.Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm. 2010 nov-dez; nov-dez; 63(6): 991 -7.

3.Correa AD et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1):67-74.

4.Diccini S, Pinho PG, Silva FO. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurológicos. Rev Lat Am Enfermagem.2008;julho-agosto;16(4).

5. Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Rev Enf Ref. 2010;v.2:163-172.

6.Pereira R. Queda em Pediatria: um desafio para a equipe multidisciplinar. Blucher Medical Proceedings. 2014 1(4): 1-6.

7.World Health Organization. Who Global Report on Falls Prevention in Older Age. 1-53, 2007. [cited 2019 Aug 13].Available from: https://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/

8.Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 7ª edição. 2021.

9.Luzia MF, Cassola TP, Suzuki LM, Dias VLM, Pinho LB, Lucena AF. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. Rev Esc Enferm USP.2018;52:e03308. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017024203308

10.Guerra HS, Sousa RA, Bernardes DC, Santana JA, Barreira LM. Prevalência de quedas em idosos na comunidade. Revista Saúde e Pesquisa. 2016; v.9(3):p.547-555.

11. Abreu DROM, Azevedo RCS, Silva AMC, Reiners AAO, Abreu HCA. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. Cien Saude Colet. 2016; 21(11):3439-46.

12. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Neira WF, Rojas Huayta VM, Robazzi MLCC. Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(6):1003-1010. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700018

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA – ADULTO

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO

- Identificar a população de risco, por meio da avaliação de risco e escalas definidas para queda, em pacientes hospitalizados adultos;
- Planejar intervenções para prevenção da queda de acordo com os fatores de risco identificados para cada paciente;
- Prevenir e reduzir a ocorrência e dano decorrente de queda na população adulto.

APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão:

- Pacientes hospitalizados/internados (unidades de internação e pré-internação);
- Pacientes adultos hospitalizados/internados que irão realizar procedimentos cirúrgicos;

Critérios de Exclusão:

- Unidades ambulatoriais e medicina diagnóstica avançada;

INTRODUÇÃO

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade corporal.

Esta definição considera como queda as seguintes situações:

- Paciente escorregar de uma cadeira para o chão;
- Encontrar o paciente no chão;
- Amparar o paciente durante a queda (mesmo que não chegue ao chão).
- Manter-se apoiado sobre o mobiliário ou no chão.

Trata-se de um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e declínio da saúde.

Estudos apontam que as quedas se constituem em um dos eventos adversos mais prevalentes no ambiente hospitalar, representando cerca de 70% dos casos, com índices que variam de 1,4 a 10,7 quedas para cada 1.000 pacientes/dia, dependendo do hospital e do tipo de paciente.

Na maioria dos países, as quedas são a causa mais comum de ferimentos na infância, e representam de 25% a 52% das avaliações nos setores de emergência hospitalar.

Já na população idosa, que atualmente representa 12% da população mundial, esses eventos são responsáveis por 75% das mortes. Os idosos, bem como a população infantil com menos de 10 anos, tem taxas aproximadamente duas vezes maiores que o total da população.

RECOMENDAÇÕES

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM PACIENTES ADULTOS

Para pacientes adultos internados foi estabelecido institucionalmente o uso da escala de queda Johns Hopkins, que classifica o risco de queda em diferentes níveis de gravidade: baixo, moderado e alto risco. Esta classificação é realizada inicialmente pela avaliação de quatro situações determinantes para a classificação do risco. São elas: paralisia completa ou imobilização completa com direcionamento automático para implementação das intervenções de baixo risco de queda; paciente com duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão; paciente apresentar uma queda durante a internação atual e presença de protocolos específicos, como por exemplo: risco de sangramento, fragilidade óssea e procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas. Para as últimas três situações específicas devem-se considerar implementações das intervenções de alto risco de queda e desconsiderar o restante da escala.

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	
( )	Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrição). Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda).
( )	Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação.
( )	Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período da internação.
( )	Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.

Caso o paciente não apresente nenhuma das situações mencionadas acima, o protocolo deve ser direcionado por meio de uma pontuação através dos seguintes fatores de risco: idade, história de queda, eliminações, uso de medicamentos de alto risco, uso de equipamentos assistenciais, mobilidade e cognição. Desta forma é possível direcionar as intervenções a partir dos riscos identificados, com o objetivo de prevenir a queda.
De acordo com avaliação clínica do enfermeiro, o risco do paciente poderá ser ajustado segundo a aplicação da escala preditiva, entretanto se faz necessário uma justificativa.
A avaliação do risco para queda deve ocorrer no momento da admissão do paciente. A reavaliação do paciente deve ocorrer a cada 48 horas, mediante mudança do estado clínico ou após episódio de queda.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM PACIENTES PEDIÁTRICO

Para pacientes pediátricos internados foi estabelecido institucionalmente o uso da escala de queda Humpty Dumpty, que classifica o risco de queda em três níveis de gravidade: sem risco, risco e alto risco. Esta classificação é composta por sete dimensões, que resultam em um score

de risco, divididos em: idade, gênero, diagnóstico, comprometimento cognitivo, fatores ambientais, procedimentos cirúrgicos, sedação ou anestesia e medicamentos. Desta forma é possível direcionar as intervenções a partir dos riscos identificados, com o objetivo de prevenir a queda.

Assim como no adulto, a avaliação do risco para queda deve ocorrer no momento da admissão do paciente. A reavaliação do paciente deve ocorrer a cada 48 horas, mediante mudança do estado clínico e após episódio de queda.

PREVENÇÃO DE QUEDA - ADULTO

Para todos os pacientes internados são implementados cuidados universais para prevenção de queda com o objetivo de reduzir a ocorrência do evento, bem como o dano, sendo eles:

- Deixar a campainha, mesa auxiliar, telefone, e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente, de acordo com as condições clínicas do paciente.
- Propiciar iluminação adequada e utilizar "luz noturna".
- Manter cama baixa e travada.
- Manter as grades superiores da cama elevadas.
- Manter área livre para deambulação.
- Uso de sapatos adequados (solado de borracha, fechado e sem salto alto).

Nos pacientes com baixo e moderado risco além dos cuidados universais também pode ser implementado o Plano – Prevenção de queda adulto que consta no prontuário eletrônico e apresenta as seguintes medidas: checar o entendimento das orientações para prevenção de queda e manter pulseira laranja no paciente, (somente nos casos de moderado risco). Já no paciente com alto risco deve-se checar rondas para avaliar o conforto e segurança do paciente de 2/2 horas e auxiliar/acompanhar paciente nas movimentações, obrigatoriamente.

ATENÇÃO: Caso o paciente apresente queda durante a internação, ele deverá ter as mesmas intervenções aplicadas aos pacientes com ALTO RISCO para queda.

As intervenções de queda com foco nos fatores de risco alterados estão relacionadas a:

Fator de Risco	Intervenções
HISTÓRIA DE QUEDA	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; Avaliar nível de confiança para deambulação;

ELIMINAÇÕES	• Orientar o paciente a não se movimentar sem auxílio. • Levar o paciente ao banheiro em horários previamente definidos e oferecer fralda quando urgência intestinal/miccional.
MEDICAÇÕES	• Orientar, o paciente e/ou família/acompanhante quando em uso de medicamentos que aumentam o risco para queda. • Orientar sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas como: vertigens/tonturas/sonolência/sudorese excessiva/palidez cutânea/mal estar geral/alterações visuais/alteração dos reflexos que aumentam o risco para queda. • Solicitar a avaliação farmacêutica clínica
USO DE EQUIPAMENTOS	Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos/dispositivos, para planejamento da assistência relacionado a mobilização deste paciente.
MOBILIDADE/ EQUILÍBRIO/ COGNITIVO	• Levantar do leito acompanhado pela enfermagem; • Orientar o paciente/família para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo, sempre que for sair da cama. • Manter as duas grades superiores elevadas e inferiores esquerdas ou inferiores direito, e caso necessário optar em manter as quatro grades elevadas. • Checar a permanência de acompanhante ou familiar. • Avaliar a necessidade do uso de restrição em caso de pacientes incapazes ou que recusam as orientações. • Em caso de hipotensão postural - Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 min), antes de sair da cama. • Solicitar a avaliação do fisioterapeuta.

PREVENÇÃO DE QUEDA – PEDIÁTRICO

Para a população pediátrica internada, independente do risco de queda registrado, são implementados os cuidados universais supracitados, além dos descritos abaixo:

- Deixar a campainha e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente de acordo com o estágio de desenvolvimento e/ou condições clínicas que o paciente se encontra.
- Acompanhar a criança sempre que for ao banheiro.

- Quando em uso de bebê conforto, sempre utilizar cinto de segurança e não deixar sobre o sofá.
- Manter vigilância para evitar que as crianças durmam com os responsáveis no sofá e/ou colo.
- Permanecer com acompanhante em tempo integral, independente da faixa etária.

Nos pacientes com risco também pode ser implementado o Plano – Prevenção de queda Pediátrico que consta no prontuário eletrônico e apresenta as seguintes medidas: manter área de deambulação livre, manter uso da pulseira laranja no paciente e checar o entendimento das orientações para prevenção de queda. Para os pacientes de alto risco, devem-se considerar os seguintes cuidados: rondas para avaliar conforto e segurança do paciente, auxiliar/acompanhar pacientes nas movimentações, orientar paciente a não se movimentar sem auxílio, manter grades elevadas, usar protetores de grades lateral e quando pertinente utilizar prescrições necessárias relacionados ao uso de medicamentos anestésicos/sedação.

As intervenções de queda com foco nos fatores de risco alterados estão relacionadas a:

Fator de Risco	Intervenções
IDADE	• **≤ 36 meses** (3 anos), devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima *Exceto crianças sem mobilidade, estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação clínica da enfermeira*. • **> 36 meses**, devem ser acomodadas em cama com as 4 grades elevadas.

	• **≤ 6 meses**, devem ser transportadas no colo do responsável e esta em cadeira de rodas.
	• **> 6 meses ≤ 36 meses**:
	  ○ Maca deitado junto com o responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação.
	  ○ Cadeira de rodas no colo do responsável.
	• **> 36 meses:** em maca (deitado ou não com o responsável) ou em cadeira de rodas no colo do responsável, dependendo da avaliação clínica da enfermagem.

	• Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).
DIAGNÓSTICO	• Não levantar do leito sozinho (de acordo com a idade e condições clínicas); • Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente, registrar e orientar para a

	família/responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular. • Acompanhar sempre a criança na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor); • Avaliar o uso de grade e protetores; • Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar-se progressivamente
HISTÓRIA PREGRESSA/ATIVIDADE	• Não levantar do leito sozinho e ou quando história de queda pregressa com dano grave.
CIRURGIA/SEDAÇÃO/ANESTESIA	• Orientar o paciente e/ou família/responsável do risco para queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico. • Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar-se progressivamente • Sair do leito acompanhado pela enfermagem. • Se paciente em cama permanecer com as 4 grades elevadas (pré cirúrgico e POI).
MEDICAÇÕES	• Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio. • Orientar paciente e/ou família/acompanhante, quando houver mudança na prescrição, de medicamentos associados ao risco para queda. • Não levantar do leito sozinho; • Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou família/acompanhante quanto aos efeitos colaterais. • O enfermeiro pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e risco para queda.

ORIENTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE QUEDA

O objetivo da orientação ao paciente/acompanhante a respeito de quedas é garantir a adesão do mesmo em relação às medidas preventivas. Deste modo, devem ser registradas no plano educacional as seguintes informações:

- Manter o uso da pulseira laranja (moderado e alto risco de queda, além dos pacientes pediátricos de acordo com a classificação).

- Apresentar o guia/vídeo de prevenção de quedas e assinar termo de ciência.
- Manter todas as grades da cama elevadas.
- Manter a cama baixa e rodas travadas.
- Solicitar ajuda para deambulação.
- Solicitar a campainha para chamar a enfermagem
- Utilizar óculos e aparelho auditivo quando aplicável.
- Manter luzes noturnas acesas
- Utilizar calçado antiderrapante.
- Manter objetos pessoais próximos.
- Manter área de circulação livre de objetos.
- Orientar quanto precauções para alto risco de queda.
- Seguir orientações para prevenção de queda
- Fatores de risco de queda e específicos do paciente.
- Orientar paciente/família sobre a ronda
- Envolver família nas medidas preventivas de queda.

A periodicidade de orientação deve ocorrer sempre que houver alteração dos fatores de risco contemplados na avaliação do risco para queda e após episódio de queda.
A validação do entendimento do paciente/familiar deve verificar o nível de compreensão em relação aos seguintes questionamentos: Quais os motivos que levaram você a estar no protocolo para prevenção de queda? Quais cuidados devem ser tomados para evitar a queda, de acordo com o que foi orientado anteriormente? Você sabe o que significa essa pulseira laranja?
Nos casos em que o profissional de saúde identifique um comportamento resistente ou não adesão as orientações por parte do paciente, familiar ou acompanhante, o enfermeiro deverá acionar o fluxo de recusa e não adesão às medidas de prevenção de queda que contempla a solicitação da avaliação do psicólogo, o envolvimento
do médico e o termo de recusa. Se houver recusa para a assinatura deste impresso, o profissional deverá registrar suas observações em evolução. (vide anexo)

Para a população adulta, quando avaliados em ALTO RISCO DE QUEDA, utilizar placa de "Risco de Queda" na porta do quarto como um sinalizador para equipe multiprofissional sobre as medidas de atenção para com esse paciente durante as terapias ou visitas.

Para a população pediátrica, quando avaliados como RISCO DE QUEDA somado do fator dos acompanhantes não aderentes às medidas de prevenção, utilizar placa de "Risco de Queda" na porta do quarto como um sinalizador para equipe multiprofissional sobre as medidas de atenção para com esse paciente durante as terapias ou visitas.

Dispositivos utilizados para prevenção de quedas:

- Cinto pélvico (critérios de utilização na política de Restrição Mecânica do Paciente - PO.ASS.ENFE.55.10).
- Abraço seguro.
- Cinto para deambulação (dispositivo utilizado durante os atendimentos de fisioterapia).
- Meia com solado antiderrapante.
- Alarme da cama (sinalizador de saída do leito).
- No ambiente cirúrgico, o uso da faixa de segurança em todas as etapas cirúrgicas é a principal medida de prevenção de queda.

MANEJO PÓS-QUEDA ADULTO E PEDIÁTRICO

Nos casos de queda presenciada por Profissional da Assistência com dano ausente ou leve - o enfermeiro comunicará o médico do paciente (titular ou assistente) sobre a ocorrência da queda, na impossibilidade deste proceder à avaliação, a enfermeira comunicará o médico plantonista da UTI adulto ou UTI pediátrica sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda.
Nos casos de queda NÃO presenciada por Profissional da Assistência com dano ausente ou leve - o enfermeiro comunicará o médico plantonista da UTI adulto ou UTI pediátrica sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda.
Nos casos de queda com dano moderado ou grave o enfermeiro acionará o Código Amarelo Adulto ou Pediátrico, que tem 5 minutos para avaliar o paciente conforme politica estabelecida do acionamento do código amarelo.
Após atendimento do paciente e realização das intervenções necessárias, o enfermeiro deve proceder à análise do evento com o objetivo de identificar como e porque a queda ocorreu. Esta análise auxiliará na reavaliação dos riscos para queda do paciente, e resultará em um plano de assistência interdisciplinar (se necessário) para reduzir o risco de futuras quedas, além disso, deverão ser considerados nas intervenções os cuidados dirigidos aos pacientes classificados como alto risco para queda.
É aconselhável, se possível, pedir que o paciente tente se lembrar da sensação no momento da queda, a fim de identificar episódios de síncope. Investigar a localização e momento da queda, o que o paciente estava fazendo imediatamente antes da queda, os mecanismos da queda (escorregou, vertigem, tontura, perda da consciência, entre outros).
Pode-se também obter as informações necessárias dos acompanhantes, visitantes, e/ou de quem acompanhou o episódio de queda.
As ações podem contemplar orientações ao paciente/família, introdução de novos procedimentos e/ou rotinas, adequação de ambiente e/ou equipamento, introdução de outros profissionais na assistência ao paciente para minimizar o risco de queda (tais como fisioterapeuta).

Deve-se comunicar a equipe assistencial, familiares e cuidadores do evento ocorrido com o paciente, e o plano de assistência estabelecido ao paciente após a queda.

A enfermeira responsável pelo paciente deve documentar em evolução de enfermagem, as circunstâncias em que a queda ocorreu, as avaliações clínicas realizadas, os danos decorrentes do evento (caso exista) e o estado clínico do paciente no momento.

Proceder à notificação do evento via intranet, mesmo que não haja dano aparente. Registrar como Evento de Queda ou EAG (dependendo da gravidade do dano decorrente da queda). É desejável que a notificação contemple as informações relatadas na evolução de enfermagem relacionadas ao evento.

Os eventos notificados serão investigados e analisados pela Diretoria de Qualidade de Segurança com o apoio da Diretoria de Padrões e Práticas Assistenciais, com o objetivo de identificar os fatores causais e possíveis ações de melhoria necessárias. A análise dos fatores causais é uma das principais ferramentas para favorecer a aprendizagem organizacional, adequação de práticas e políticas, com consequente prevenção de quedas futuras.

CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE QUEDA

Quedas Extrínseca/Acidental: ocorre quando um paciente cai involuntariamente, geralmente como resultado de tropeçar ou escorregar, como resultado da falha do equipamento ou outros fatores ambientais; não é possível classificar com tendo risco de queda antes de o evento ocorrer;

Quedas Intrínseca/Imprevisíveis por causa fisiológica: não há relato de queda anterior ou identificação de risco para queda durante a avaliação do paciente, porém após a análise do evento é possível relacionar a causa com alterações fisiológicas.

Quedas Intrínseca/Previsíveis por causa fisiológica: ocorre em pacientes classificados com risco de queda, através da utilização de uma ferramenta de avaliação de risco.

Quedas associadas ao desenvolvimento: são quedas não acidentais, que ocorrem durante o desenvolvimento da criança, comum durante o período de aprendizagem da deambulação.

CLASSIFICAÇÃO DO DANO APÓS QUEDA

A gravidade do dano é classificada de acordo com a National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) em:

- Ausente: refere-se a uma queda que não ocasionou nenhuma lesão após avaliação pós-queda, mesmo que inclua exames adicionais.
- Leve: pode resultar em pequenos procedimentos, tais como aplicação de um curativo ou de gelo, limpeza de uma ferida, elevação do membro ou uso de medicação tópica. Dor local sem

comprometido dos tecidos, hematoma, laceração e/ou escoriação, skin tears, abrasão, contusão mínima, "inchaço" local, perfuração mínima, presença de pele "avermelhada", podem ser classificados nessa categoria.

- Moderado: quando há ocorrência de danos que necessitam de intervenção do tipo sutura, aplicação de cola, steri-strip (para aproximação das bordas), fissuração ou tensão muscular / articular.
- Grave: quando há a ocorrência de danos que resultam em cirurgia, fundição, tração, consultas com especialistas em neurologia e neurocirurgia (como fratura de crânio basilar, hematoma subdural), lesão interna (como fratura de costela, pequena laceração hepática) pacientes que apresentem qualquer tipo de fratura, independentemente do tratamento instituído e pacientes com coagulopatia que necessitem de hemoderivados, em decorrência da queda.
- Morte: em consequência de danos causados pela queda.

MONITORAMENTO DOS EVENTOS DE QUEDA

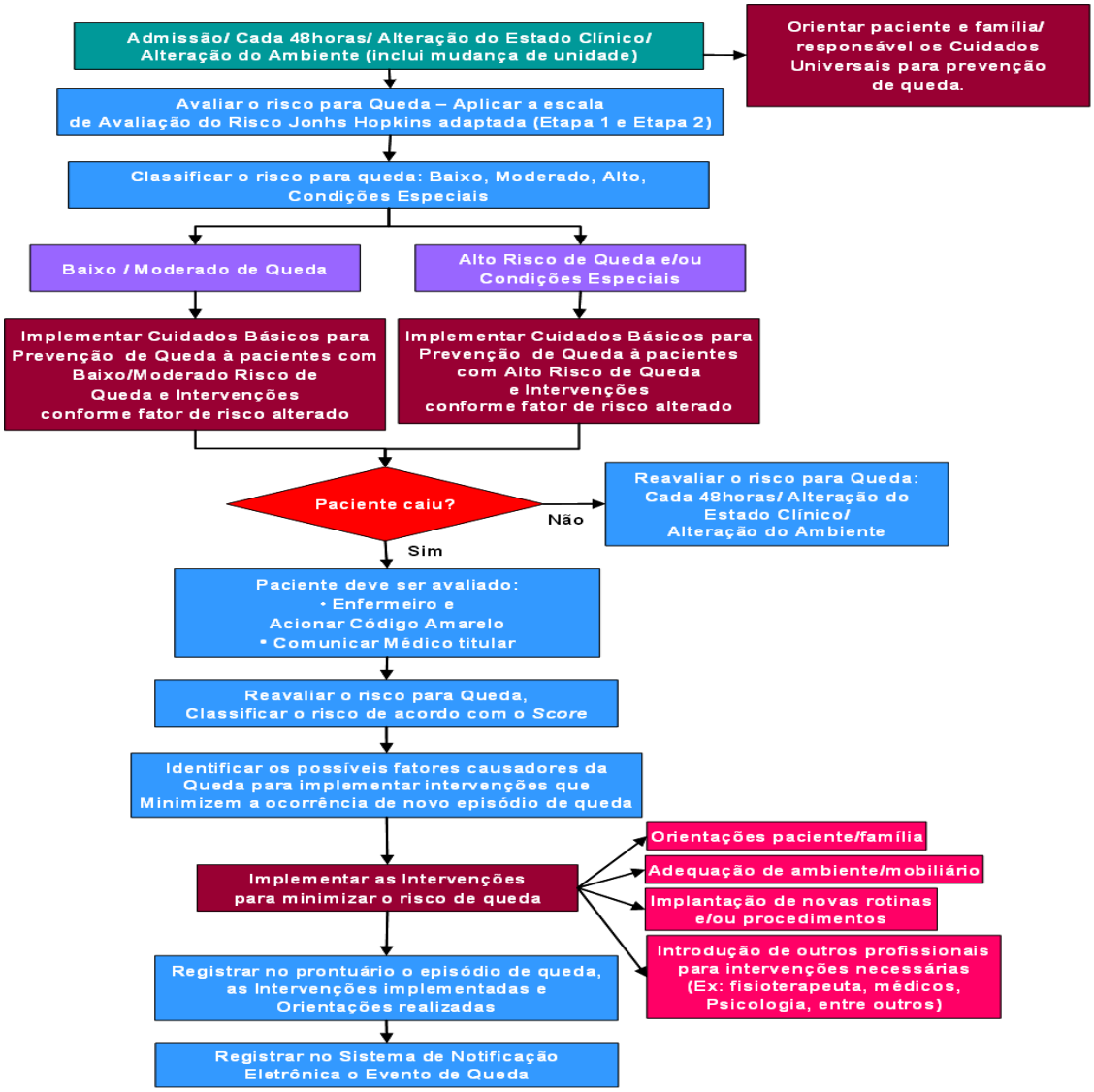
O monitoramento das ocorrências de quedas na instituição é feito através da notificação de eventos adversos e eventos adversos graves via SINAPSE.

Os dados gerados pela notificação dos eventos são coletados e analisados pela equipe do Gerenciamento e Vigilância do Risco da Diretoria de Qualidade de Segurança.

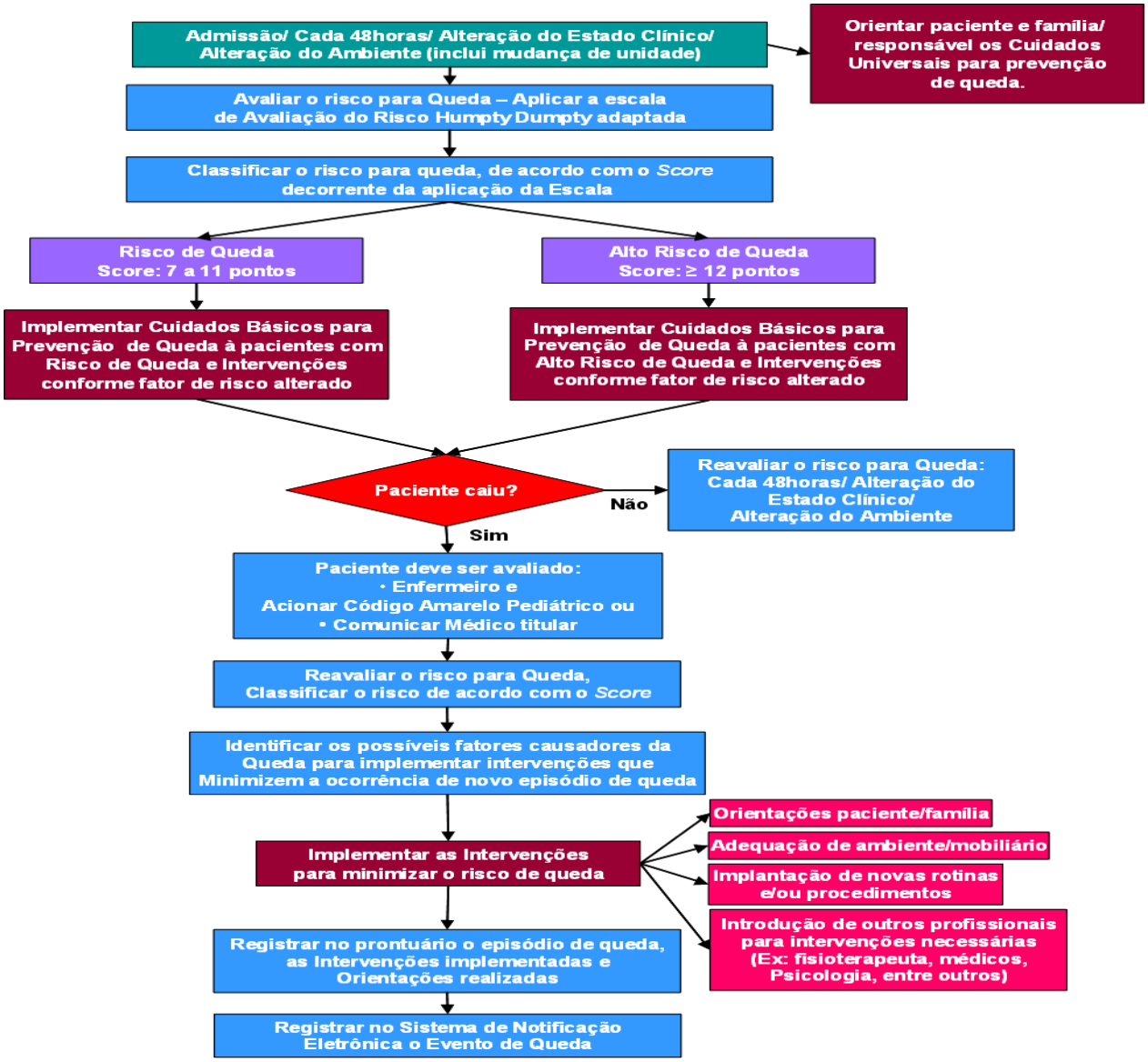
A evolução dos eventos de queda bem como o acompanhamento das ações para redução de quedas e da gravidade são apresentados e discutidos nas áreas e no Comitê de prevenção de quedas.

FLUXOS

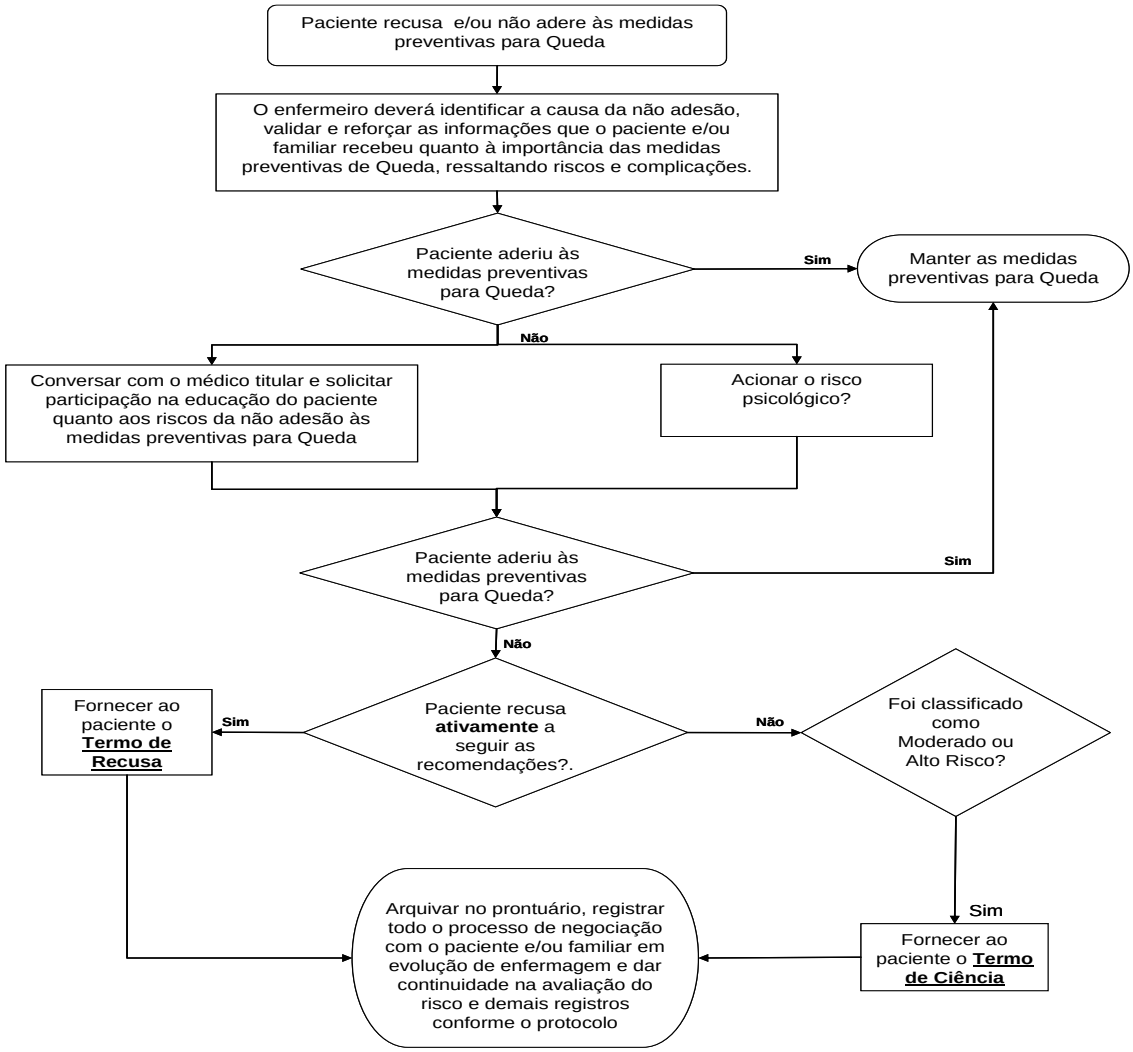
ANEXO 1: FLUXOGRAMA PARA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS ADULTO (PACIENTE HOSPITALIZADO)



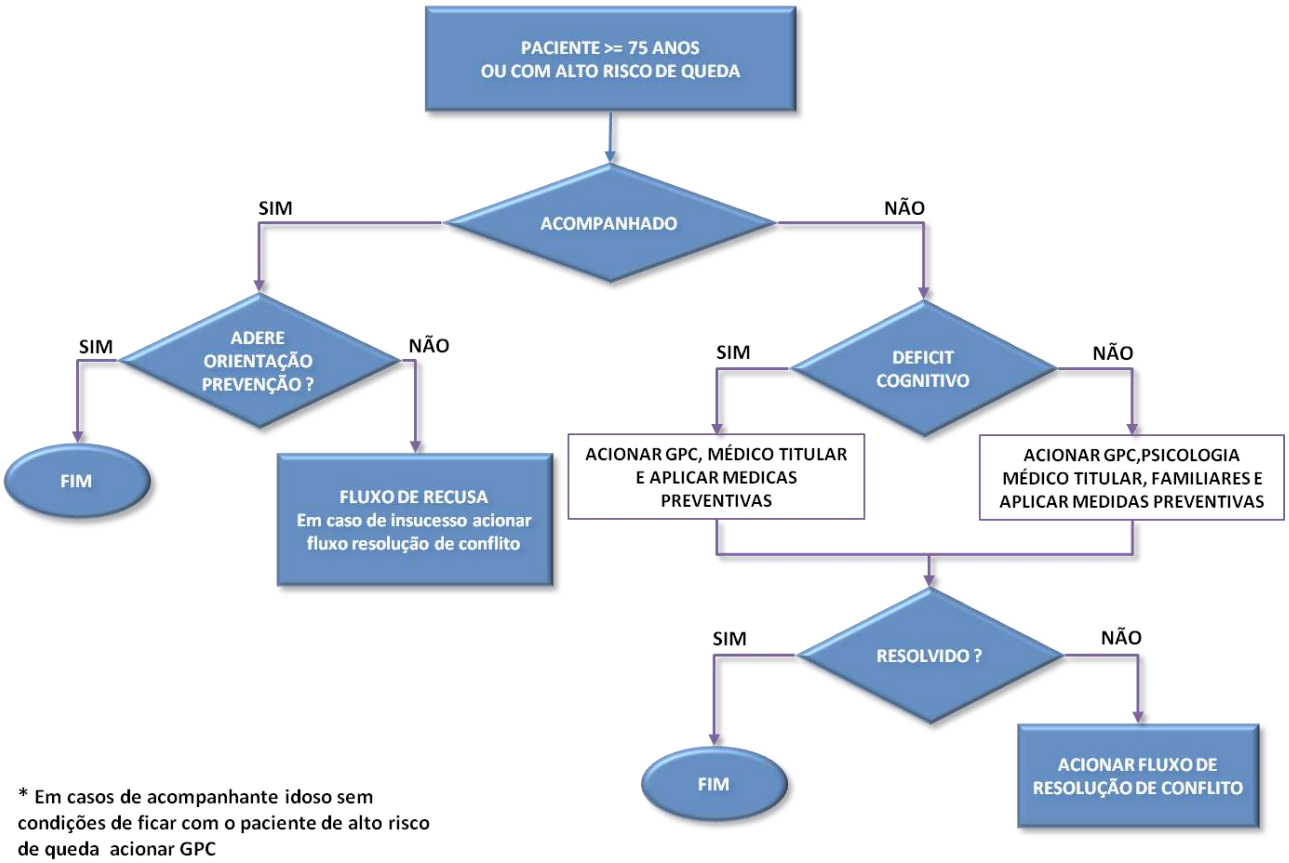
Anexo 2: Fluxograma para aplicação do Protocolo de Prevenção de Quedas Pediátrico



Anexo 3: Fluxo de Recusa e de Não Adesão às Medidas Preventivas de Queda



Anexo 4: Fluxograma de Prevenção de Queda para Pacientes sem Acompanhante



NIVEL DE EVIDENCIA

Não aplica

GERENCIADO

Protocolo de Queda é gerenciado a partir da adesão as medidas preventivas avaliadas através da auditoria das Metas Internacionais, acompanhamento do desfecho das ocorrências de queda, por meio do monitoramento e análise dos eventos, cujas oportunidades de melhoria são discutidas e estabelecido planos de ação perante a causa raiz e os principais detratores junto ao Comitê de prevenção de quedas.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Os indicadores institucionais relacionados ao monitoramento do protocolo de quedas são: Taxa de queda com dano ambulatorial, Taxa de queda com dano em internado, Índice conformidade na prevenção de quedas. Total de pacientes que apresentaram quedas com dano grave notificada durante o mês vigente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cameron Ian D, Murray Geoff R, Gillespie Lesley D, Robertson M Clare, Hill Keith D, Cumming Robert G, Kerse Ngaire. Interventions for Preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12, 2010.

2. Maia VC, Viana PS, Arantes PMM, Alencar MA. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2011; 14(2):381-393.

3. Luzia MF, Victor MA, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.22 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2014

4. Hasegawa J, Kuzuya M, Iguchi A Urinary incontinence and behavioral symptoms are independent risk factors for recurrent and injurious falls, respectively, among residents in long-term care facilities. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Jan-Feb;50(1):77-81.

5. National Database of Nursing Quality Indicators. Guidelines for Data Collection on the American Nurses Association's National Quality Forum Endorsed Measures: Nursing Care Hours per Patient Day, Skill Mix, Falls, Falls with Injury. USA: American Nurse Association; [atualizada em 2010; acesso em 2010 Oct 01]. Disponível em: https://www.nursingquality.org.

6. National Patient Safety. Slips, trips and falls. UK: National Service Health. [atualizada em 2010; acesso em 2010 Oct 01]. Disponível em: http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821.

7. National Patient Safety Agency. Using Bedrails Safely and effectively. UK. [atualizada em 2009 Sept 17; acesso em 2010 Oct 05]. Disponível em: http://www.npsa.nhs.uk/nrls/alerts-and-directives/notices/bedrails/?locale=en.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROGRAMA DE RACIONALIZAÇÃO DE ANTIMICROBIANO

1. DEFINIÇÃO

O programa de controle de antimicrobianos é a regulamentação interna dos fluxos e diretrizes que viabilizam a racionalização de antimicrobiano intra-hospitalar. A seguir algumas definições:

- Antimicrobiano: medicamento capaz de eliminar os microrganismos ou inibir seu crescimento.
- Uso racional de antimicrobianos: é a prescrição de antimicrobianos baseada em critérios clínicos e laboratoriais rigorosos para definição da sua indicação.
- Terapêutica: utilização do antimicrobiano com a finalidade de curar uma doença infecciosa.
- Profilaxia: utilização do antimicrobiano com a finalidade de evitar uma infecção ou uma doença infecciosa.
- Profilaxia Cirúrgica: utilização do antimicrobiano com a finalidade de evitar a infecção de sítio cirúrgico.

3. OBJETIVOS

A. Gerais

o Prevenir e minimizar a ocorrência de infecções adquiridas no hospital;
o Prevenir, minimizar ou retardar o surgimento de micro-organismos resistentes aos antimicrobianos;
o Interferir no custo da assistência médico-hospitalar.

B. Profilático

o Prevenir e minimizar a ocorrência de infecções de sítio cirúrgico;
o Estabelecer protocolos para cada equipe cirúrgica;
o Monitorar a prescrição de acordo com o protocolo específico;
o Definir a adesão das equipes às orientações dos protocolos através da construção de indicadores de uso profilático de antimicrobianos;
o Implantar a ação corretiva através de reuniões para apresentação dos dados encontrados e reorientação das equipes.

C. Terapêutico

o Monitorar o consumo de antimicrobianos de amplo espectro;

o Avaliar a indicação do uso terapêutico como adequada, inadequada e inconclusivo;

o Definir o maior problema na prescrição de antimicrobiano através da construção de indicadores de uso terapêutico de antimicrobianos;

o Implantar a ação corretiva para o maior problema evidenciado: ação educativa estabelecida através da criação de manuais para orientação da prescrição do medicamento problema.

4. INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

A indicação é todos os pacientes submetidos a procedimento cirúrgico e todos pacientes em uso de antimicrobianos terapêutico de uso restrito definidos abaixo. Sem contra-indicação.

5. RESPONSÁVEIS

- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)
- Infectologia Clínica
- Diretoria Clínica
- Farmácia
- Equipes Médicas Clínico e Cirúrgica
- Equipe de Anestesia
- Enfermagem

6. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Interação entre todos os responsáveis

7. MATERIAL

Somente os antimicrobianos prescritos e carimbos de orientação da infectologia clínica

8. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

Não existe informação determinadas para os pacientes, somente aos profissionais da saúde envolvidos

9. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA

- Descrição das Atividades

o Baseado no protocolo de antibioticoprofilaxia do SCIH descrito no manual de profilaxia antimicrobiana, somente os seguintes antibióticos serão disponíveis na farmácia do Centro Cirúrgico (CC):

☐ ampicilina/sulbactam;
☐ cefazolina (estará disponível na caixa de anestesia);
☐ ceftazidima
☐ ceftriaxona
☐ cefoxitina;
☐ cefuroxima;
☐ ciprofloxacina;
☐ clindamicina;
☐ gentamicina;
☐ metronidazol;
☐ vancomicina.

o Pacientes que utilizam antibiótico de uso terapêutico e que vão realizar cirurgia devem manter a realização do antibiótico que estão utilizando, exceto se o antimicrobiano não for adequado para profilaxia da cirurgia. O antimicrobiano deve ser fornecido pela unidade de origem.

o Médico cirurgião define a cirurgia a ser realizada e consulta o manual da sua especialidade para verificar a orientação profilática indicada pelo manual institucional.

o Médico cirurgião solicita ao anestesista a administração do antimicrobiano indicado no momento da indução anestésica.

o O anestesista realiza a cefazolina que está na caixa de anestesia ou solicita a farmácia por outro antibiótico.

o O técnico da farmácia realiza a dispensação de acordo com a prescrição.

o A farmácia emite um relatório via sistema SAP mensal com as informações de consumo de antibiótico profilático com as informações de identificação do paciente, horário de dispensação e local de internação do paciente para liberação. O farmêutico diariamente avalia a prescrição do paciente quanto a suspensão do antibiótico profilático.

o A planilha é encaminhada ao SCIH mensalmente para consolidação e análise dos dados, para realização de ações de melhoria.

o O anestesista repete doses intra-operatórias adicionais caso ocorra sangramento intenso (perda sanguínea acima de 1,5 litro) ou prolongamento do tempo cirúrgico acima do dobro da meia vida do antimicrobiano indicado.

o Médico cirurgião prescreve a continuidade da profilaxia, se indicada, com a duração máxima de 48 horas após a primeira dose administrada, exceto em casos de cirurgia infectada,

fístula liquórica, fratura exposta, transplante pulmonar e transplante multivisceral. Se passar de do tempo definido de antimicrobiano a farmácia deve avisar o SCIH por email.

o Equipe médica que assiste o paciente no pós-operatório suspende o antimicrobiano quando o tempo da profilaxia for completado.

o Médico do SCIH supervisiona o processo estabelecido através de auditorias semanais através de planilha consolidada pelo sistema.

o Médico do SCIH elabora relatórios trimestrais calculando os indicadores obtidos na auditoria e, divulga os dados obtidos para a diretoria clínica, diretoria administrativa, equipe de anestesia e equipes cirúrgica.

- Descrição das Responsabilidades

1. Farmácia:

o Monitorar a disponibilidade dos antimicrobianos na farmácia do CC e central:

☐ Limitação dos antimicrobianos na farmácia do CC;

o Monitora diariamente a suspensão do antimicrobiano profilático.

o Liberação de antimicrobiano profilático baseado na prescrição médica.

o Informar imediatamente o SCIH quando houver não conformidade.

o Encaminhar planilha para o SCIH mensalmente.

2. Médico Cirurgião

o Indicar e prescrever os antimicrobianos profiláticos, baseando-se no protocolo de profilaxia.

o Não exceder a dose, a duração do antimicrobiano ou utilizar antimicrobiano não padronizado para profilaxia.

o Participar das reuniões do CCIH quando solicitado.

3. Anestesista

o Prescreve e realiza o antimicrobiano determinado pelo cirurgião e o SCIH.

o Repetir a dose de antimicrobiano no intraoperatório, quando necessário.

o Participar das reuniões do CCIH quando solicitado.

4. SCIH

o Supervisionar a realização do processo.

o Realizar auditorias retrospectivas semanais,

o Realizar relatórios semestrais apresentar aos envolvidos.

5. Equipe Médica

o Suspender o antimicrobiano profilático quando não indicado.

o Respeitar os protocolos de tratamento já definidos na instituição.

o Entrar em contato com o médico do SCIH quando dúvida sobre o protocolo.

6. Enfermagem

o Notificar o SCIH a não aderência da equipe médica às orientações do programa.

ANTIMICROBIANO TERAPÊUTICO

• Descrição das Atividades

o Os antimicrobianos de uso monitorado são:

☐ 5 – Fluorocitosina (Ancotil®)

☐ Anfotericina B complexo lipídico (Abelcet®)

☐ Anfotericina B lipossomal (Ambisome®)

☐ Anidulafungina (Ecalta®)

☐ Caspofungina (Cancidas®)

☐ Daptomicina (Cubicin®)

☐ Ertapaném (Invanz®)

☐ Imipeném (Tienam®)

☐ Linezolida EV (Zyvox®)

☐ Linezolida VO (Zyvox®)

☐ Meropeném (Meronem®)

☐ Micafungina (Micamine®)

☐ Polimixina B

☐ Teicoplanina (Targocid®)

☐ Tigeciclina (Tygacil®)

☐ Valganciclovir (Valcyte®)

☐ Vancomicina

☐ Voriconazol EV (Vfend®)

☐ Voriconazol VO (Vfend®)

o Médico prescreve o antimicrobiano de uso monitorado.

o Farmácia registra na planilha as prescrições e dispensa os antimicrobianos prescritos.

o Farmácia preenche planilha diária de antimicrobianos e envia para o SCIH três vezes por semana.

o O médico da infectologia clínica avalia a prescrição do antimicrobiano diariamente (somente dias úteis) e caracterizando a sua indicação em adequada, inadequada ou inconclusivo. Classifica a inadequação em indicação, tempo, dose, alergia e/ou via de administração.

o O médico da infectologia clínica termina de preencher a planilha com dados do paciente e da liberação no drive três vezes por semana

o O diretor clínico, se necessário, interfere junto à equipe médica responsável pela prescrição do paciente.

o Serviço de farmácia encaminha, mensalmente, o indicador de consumo total dos antimicrobianos monitorados, baseado na Dose Diária Definida pela Organização Mundial de Saúde.

o SCIH elabora relatórios semestrais calculando os indicadores obtidos no sistema de vigilância.

o A CCIH apresenta os resultados do sistema semestralmente para as equipes envolvidas no programa.

o O SCIH, mediante a análise dos indicadores, ajuda à infectologia clínica a elaborar manuais de orientação para os antimicrobianos com indicadores desfavoráveis.

- Descrição das Responsabilidades

1. Farmácia:

o Acompanhar a prescrição de antimicrobianos diariamente.

o Aborda a equipe titular quanto ao uso de antimicrobianos quando necessário (dose, tempo , indicação).

o Repassar para o SCIH os antimicrobianos prescritos por mais de 14 dias.

o Encaminhar, mensalmente, o indicador de consumo total dos antimicrobianos monitorados, baseado na Dose Diária Definida pela Organização Mundial de Saúde.

2. Médico Infectologista

o Avaliar os pacientes diariamente (dias úteis) adicionados à planilha de controle de antimicrobianos três vezes por semana.

o Avisar a equipe médica sobre a avaliação, quando for necessárias alterações

o Preencher a planilha no drive três vezes por semana.

o Utilizar os dados das análises para padronização de condutas e realização de protocolos clínicos.

3. Equipe Médica

o Colabora com o infectologista na realização do processo.

o Entrar em contato com os médicos da infectologia quando quiser discutir um caso.

- Respeitar os protocolos de tratamento já definidos na instituição.

4. SCIH
- Supervisionar a realização do processo.
- Analisar os dados semestralmente
- Realizar reuniões periódicas para discutir o programa.
- Auxiliar a infectologia clínica da padronização de protocolos clínicos.

5. Diretoria Clinica
- Auxiliar na interface entre a infectologia clínica e a equipe médica assistencial.
- Supervisionar a realização do processo.
- Monitorar a adesão da equipe assistencial ás orientações do programa.
- Entrar em contato com as equipes não aderentes à orientação do programa, formulada pelo médico infectologista, para reforçar a orientação.

6. Enfermagem
- Notificar a diretoria clínica a não aderência da equipe médica às orientações do programa.
- Verificar se ocorreu qualquer modificação na prescrição e comunicar a farmácia para providenciar o encaminhamento do novo medicamento, imediatamente.

10. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Os pontos críticos são a divulgação do procedimento para toda a equipe médica e a interação com todos os envolvidoas para o funcionamento do procedimento

11. PADRÃO DE PRÁTICA

Uso racional de antimicrobiano em cirurgia e na terapia por todas as esquipes

12. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Discussão dos resultados do procedimento trimestrais

13. REGISTRO

N/A

14. INDICADORES DE QUALIDADE

N/A

15. ANEXOS

N/A

16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bantar C. et al. Um programa de intervenção hospitalar amplo para otimizar a qualidade do uso de antibióticos: impacto na prática de prescrição, consumo de antibióticos, redução de custo e resistência bacteriana. Clin Infect Dis. 2003;37:180-6.
- Dellit TH, et al. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America Guidelines for Developing an Institutional Program to Enhance Antimicrobial Stewardship. Clin Infect Dis. 2007;44:159-77.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR, The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol 1999;20:247-80.
- Manrinque EI, Mangini C. Melhorando o Uso de Antimicrobianos em Hospitais. APECIH, 2002, PP 1-88.
- Portaria Nº 2.616, de 12 de maio de 1998.
- RDC Nº 48, de 2 de junho de 2000
- Resolução do CFM nº 1.552/99

ATENDIMENTO COM EVENTOS TRAUMÁTICOS

1. OBJETIVO – POPULAÇÃO ALVO

De acordo com os últimos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), morrem mais de 9 pessoas por minuto decorrentes de eventos traumáticos, sejam eles intencionais ou não, o que corresponde a 5,8 milhões de pessoas de todas as idades e grupos econômicos. O trauma é relevante também quando se analisam custos, pois representa 12% do custo das doenças no mundo. Colisões automobilísticas de forma isolada são responsáveis por cerca de 20 a 50 milhões de lesões significativas e são a principal causa de trauma no mundo. Estima-se que o número de mortes relacionadas ao trauma aumente de forma significativa por volta de 2020, com projeção de aumento de 80% nas mortes devido a colisões automobilísticas nos países com renda baixa ou média e estima-se que neste mesmo período mais do que 1 em 10 pessoas morram por trauma.

O tratamento de uma vítima de trauma grave requer avalição rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida, uma vez que o tempo é essencial, sendo importante uma abordagem sistematizada, que possa ser facilmente aplicada. É fato reconhecido que essa abordagem tem impacto para evolução clínica favorável desses doentes, diminuindo mortalidade, tempo de internação e complicações tardia. A garantia de uma boa assistência às vítimas de trauma transcende a disponibilidade de recursos tecnológicos oferecidos pelo hospital, exigindo equipe multidisciplinar capacitada e preparo organizacional adequado.

A equipe multidisciplinar envolve desde os profissionais envolvidos no atendimento inicial na unidade de emergência (cirurgião, ortopedista, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e funcionários administrativos, entre outros) como também as equipes de retaguarda que garantem a sequência de um bom atendimento.

Quanto ao preparo organizacional, envolve diversos aspectos como: estabelecer critérios de triagem e prioridade de assistência, disponibilizar e coordenar os recursos necessários ao atendimento, facilitar a comunicação entre os diversos setores envolvidos (dentro da própria unidade de primeiro atendimento e demais setores no hospital), dentre outros.

A presente diretriz de assistência ao politraumatizado tem por objetivo primordial oferecer segurança a todos os pacientes traumatizados admitidos no Hospital através dos seguintes tópicos:

- Estabelecer critérios de triagem com base na gravidade e complexidade;
- Padronizar a abordagem inicial multidisciplinar
- Estabelecer critérios para acionamento de equipes específicas da retaguarda de trauma e demais especialidades relacionadas.

O protocolo de trauma grave está indicado a todos os pacientes com suspeita de trauma grave admitidos no hospital identificados conforme os critérios bem estabelecidos.

2. APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os pacientes vítimas de traumatismo grave são reconhecidos tendo por base 4 principais aspectos, segundo critérios do *American College of Surgeons*: (1) critérios fisiológicos, (2) mecanismo de trauma, (3) critérios anatômicos, (4) critérios especiais 1 (5) critérios especiais 2, (6) critérios de gravidade. Esses aspectos estão detalhados, com adaptação sugerindo pontuação que auxiliará na decisão de acionamento do código ou retaguarda de trauma, podem ser verificados na tabela abaixo.

Tabela 1. Critérios de identificação de paciente com trauma grave e acionamento do código

Critérios Fisiológicos	**Score**
Pressão arterial inaudível	5
Pressão arterial sistólica < 90 mmHg após 2 litros de cristalóides	4
Pulso > 100 após 2 litros de cristalóides	4
Glasgow < 8	5
Glasgow entre 9 e 12	4
Glasgow entre 12 e 14	3
Frequência respiratória < 12	3
Frequência respiratória > 30	3
Total	
Mecanismo de trauma	**Score**
Acidente aeronáutico	3
Ejeção da vítima do veículo	3
Queda > 6 metros	3
Outras quedas	3
Capotamento com intensa deformidade do veículo comprovada	3
Afogamento	2
Acidente motociclístico > 40 km/h	2
Acidente automobilístico > 70 km/h	2
Acidente de bicicleta (qualquer tipo)	2
Atropelamento	2

Capotamento do veículo	2
Tempo de retirada da vítima da cena > 20 minutos	2
Total	
Critérios anatômicos	**Score**
Evisceração evidente (crânio, abdome ou tórax)	5
Ferimentos penetrantes (FAF ou FAB) em crânio, pescoço ou extremidades proximais ao joelho ou cotovelo	5
Amputação proximal de punho e/ou tornozelo	5
Trauma raquimedular	5
Trauma multissistêmico (+2 sistemas)	4
Fratura de bacia	3
Trauma craniofacial complexo	3
Trauma abdominal	3
Trauma associado a queimadura	3
Paralisia de membros	3
2 ou mais fraturas de ossos longos	3
Total	
Critérios especiais 1	**Score**
Julgamento do emergencista (trauma grave)	5
Transporte aéreo	5
Enfermeiro seriamente preocupado com o quadro clínico do paciente	7
3 ou mais vítimas simultâneas	5
Transferências interhospitalar ou indicação de internação	4
Idade < 5 ou > 65	3
Maior score	
Critérios especiais 2 – escolher apenas a maior	**Score**
Coagulopatia	3
Doença cardíaca ou respiratória	3
Gestação > 20 semanas	3
Imunodepressão	3
Diabetes, cirrose ou obesidade mórbida	3
Uso de anticoagulante	3

Maior score	
TOTAL DE PONTOS	

Critérios de gravidade	TOTAL
Trauma gravíssimo (acionar tecla trauma e retaguarda do trauma)	> 15
Trauma grave (acionar retaguarda do trauma)	7-14
Trauma Duvidoso (fluxo atendimento)	0-6

3. ASSISTÊNCIA AO TRAUMA

3.1 Assistência o paciente com trauma

Os pacientes vítimas de politraumatismo devem ser assistidos na sala de emergência ou sala preparada para atendimento ao trauma conforme a rotina de cada na presença de 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, cirurgião e ortopedistas de plantão, e fisioterapeuta. A assistência inicial a todos os pacientes vítimas de trauma deve ser padronizada atendendo aos preceitos de programas de padronização como ATLS, ATCN e outros.

Na abordagem inicial deve-se considerar todos como vítimas potencialmente graves. Isso garante a segurança de uma abordagem imediata e rápida identificação dos pacientes vítimas de trauma grave, através da identificação dos critérios estabelecidos e descritos neste documento.

3.2 Assistência o paciente com trauma grave

Para o atendimento dos pacientes com suspeita de trauma grave, foi instituído o "código trauma", que tem por objetivo otimizar o atendimento a pacientes com suspeita de trauma grave através de um alerta e comunicação com as áreas estratégicas envolvidas no tratamento de emergência. Tais medidas visam reduzir o tempo até a assistência definitiva desses pacientes garantindo um tratamento eficiente, em todas as etapas.

O médico cirurgião de plantão em conjunto com toda a equipe de emergência deverão prestar assistência ao paciente seguindo a padronização do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) nas decisões de prioridades de assistência e reanimação, envolvendo também o acionamento da retaguarda da cirurgia geral e da ortopedia e, se necessário, neurocirurgia.

Pelo fato de o atendimento definitivo envolver potencialmente múltiplas equipes distintas, definimos queo atendimento ocorre em ondas, assim caracterizadas:

- Onda zero: Equipe presencial
- Onda 1: Equipe de retaguarda da cirurgia
- Onda 2: Equipe de retaguarda da neurocirurgia e ortopedia

- Onda 3: Demais equipes de retaguarda

3.2.1 Particularidades do atendimento ao trauma grave antes da chegada ao hospital

O paciente pode chegar por 03 caminhos distintos:

- Remoção direta pelo resgate ou SAMU ou transporte próprio;
- Transferência inter-hospitalar;

3.2.2 Transferência inter-hospitalar

A porta de entrada para o doente traumatizado transferido de outro hospital deve ser o PA. A transferência poderá ser feita usando o serviço de remoção do hospital ou outro serviço externo.

O setor de internação, ao receber a solicitação de vaga com diagnóstico de politraumatismo, o enfermeiro da internação deverá em todos os casos:

- Checar questões administrativas e possibilidade de vaga;
- Solicitar relatório médico atualizado (com até 24 horas) e confirmar como será feito o transporte;
- Identificar e registrar a equipe médica que será responsável pela internação do paciente, podendo ser:
  - Retaguarda de cirurgia do trauma
- Em ambas as situações, deverá encaminhar o relatório médico do hospital de origem ao cirurgião de plantão, junto com informações de contato da equipe médica que será responsável pela internação do paciente.
- Com todas as informações em mãos, cabe ao cirurgião as seguintes responsabilidades:
- Identificar e preparar junto com a equipe de enfermagem os recursos necessários para receber o paciente (solicitar prontidão de eventuais exames de imagem, centro cirúrgico, hemodinâmica, UTI, etc);
- Definir e fazer contato com equipe médica que ficará responsável pela internação do paciente e, caso não seja a retaguarda do trauma, em se tratando de trauma grave, propor acompanhamento em conjunto.
- Contatar o líder de plantão da UTI para passagem do caso.

4. Acionamento do protocolo de trauma grave.

O protocolo de trauma envolve o acionamento sequencial de vários setores do hospital a fim de facilitar e agilizar o atendimento do doente grave. Durante o atendimento na sala de emergência, cabe ao enfermeiro e ao cirurgião de plantão aplicar os critérios de identificação do trauma grave e, uma vez caracterizado, deve-se decidir por:

- Acionar retaguarda de cirurgia;
- Acionar o protocolo de trauma grave, contactando o centro cirúrgico e anestesista.

O responsável por acionar o protocolo de trauma é o enfermeiro da sala de emergência e o médico cirurgião de plantão e, no momento de confirmarem a elegibilidade do paciente, conforme os critérios estabelecidos e detalhados neste documento. Em casos de dúvidas, deve-se discutir com o cirurgião da retaguarda de cirurgia.

5. Responsabilidades de cada área no atendimento ao protocolo de trauma

A porta de entrada para o paciente traumatizado é o PA. O paciente vítima de trauma grave deverá receber o atendimento inicial conforme as prioridades e condutas preconizadas no ATLS pela equipe de emergência (time presencial, onda zero), composta por:

- Cirurgião plantonista: é responsável pelo atendimento inicial ao paciente seguindo os preceitos padronizados pelo ATLS, até a chegada do cirurgião da retaguarda. Deverá transmitir as informações sobre o quadro clínico para a equipe da retaguarda, para que o mais rápido possível seja providenciado os recursos necessários para o tratamento do paciente. Também irá auxiliar na tomada de decisão quanto à necessidade imediata das equipes de apoio (centro cirúrgico, radiologia, ultrassom, anestesista, banco de sangue, hemodinâmica, UTI, entre outras). Deverá comunicar o familiar sobre a necessidade de inclusão do paciente no protocolo, a fim de garantir sua segurança, respeitando sempre que possível a autonomia do paciente.
- Enfermeiros emergência: é necessária a presença de, ao menos, dois enfermeiros na sala de emergência, que são chamados aqui como "líder" e "assistencial":
  - Enfermeiro líder: deverá assumir a função de coordenar a equipe de enfermagem, recursos necessários para o atendimento do paciente, contato com outros setores de apoio e acompanhamento do protocolo.
  - Enfermeiro assistencial: deverá participar diretamente da assistência ao paciente.
- Enfermeiro sênior/horizontal : tem a função de auxiliar no fluxo de atendimento, seja deslocando profissionais para a assistência na emergência ou retriagem de outros pacientes que aguardam atendimento cirúrgico.
- Técnicos de enfermagem: pelo menos dois técnicos deverão auxiliar no atendimento ao paciente e deverão seguir as orientações do cirurgião e do enfermeiro.
- Fisioterapeuta: deverá contribuir para assistência, especialmente quando indicado algum suporte ventilatório.
- Assistente administrativo: um ou mais funcionários se encarregarão do cadastro do paciente, internação e contato com retaguarda do trauma.
- Ultrassonografia de urgência: deverá dirigir-se a sala de emergência para auxiliar em exame de FAST (*Focused Assessment with Sonografy for Trauma*) quando indicado. Também

pode contribuir auxiliando a interpretação de eventuais exames de imagem realizados no atendimento inicial.

Os demais setores e profissionais externos acionados no protocolo de trauma terão as seguintes funções e responsabilidades:

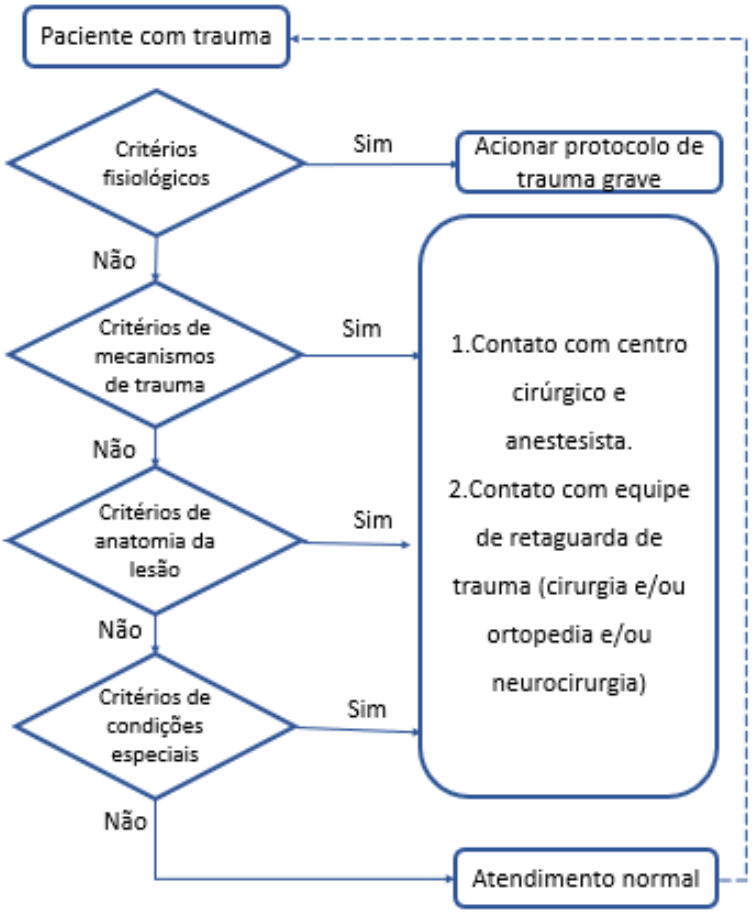
- Ambulância nas unidades avançadas: deverá disponibilizar transporte para transferência rápida à Unidade Morumbi;
- Transporte interno: recebe informação do acionamento do protocolo via ligação e verifica se, naquele momento, precisa de apoio da equipe do transporte. Caso não seja necessária a presença imediata da equipe, o transporte será acionado pela sala de emergência quando necessário e terá o tempo máximo de 06 minutos para chegar até o local.
- Segurança: fica no aguardo de contato telefônico para solicitação do elevador ou do heliponto, quando necessário.
- Tomografia: deverá disponibilizar a sala para exames conforme indicação do médico cirurgião e o radiologista deverá acompanhar o exame em tempo real para auxiliar na interpretação das imagens. A equipe deverá acionar o biomédico para disponibilizar a sala, a tomografia irá aguardar 15 minutos após recebimento reserva de sala, caso neste tempo o paciente não seja encaminhado para realizar o exame, a tomografia irá fazer contato com a sala de emergência para verificar há necessidade ou não do exame.
- Centro cirúrgico: deverá encarregar-se do planejamento para preparo da sala para cirurgia de emergência e fazer contato telefônico com a sala de emergência, para maiores especificações. Ao médico plantonista ou o médico da retaguarda deverá entrar em contato com o agendamento cirúrgico para agendar a cirurgia e o centro cirúrgico deverá aguardar por 01h00 a partir do recebimento do acionamento do protocolo de trauma com a sala da cirurgia pronta para receber o paciente. Caso em 01h00h o paciente não esteja no centro cirúrgico, deverá ser feito contato na sala de emergência para confirmar a necessidade da sala.
- Anestesiologista: recebe a informação do acionamento do protocolo via telefone e deverá entrar em contato com a sala de emergência para verificar se há a necessidade de atuação no encaminhamento para exames e/ou centro cirúrgico.
- UTI: recebe a informação do acionamento do protocolo e deverá verificar os dados do paciente e reservar um leito por 01h00, após o recebimento das informações. Caso não seja necessário o leito de UTI após o tempo estabelecido, a UTI deverá ser avisada pela área de apoio que o paciente estiver alocado.
- Laboratório: recebe a informação do acionamento do protocolo e deverá disponibilizar um funcionário para priorizar resultados dos exames colhidos quando identificado como prioridade (identificados com etiqueta de urgência).

- Banco de sangue: recebe a informação do acionamento do protocolo de trauma por telefone e colhe maiores informações do caso e fornece hemoderivados, conforme indicação do médico cirurgião.
- Hemodinâmica: recebe a informação do acionamento do protocolo de trauma e deverá disponibilizar uma sala para exame de emergência conforme indicação médica.
- Retaguarda da ortopedia: constitui o time da "primeira onda" e deve ser notificado através de contato telefônico assim que for identificado que se trata de trauma grave. Deve ainda, ponderar com a equipe "onda zero" sobre a necessidade de acionamento do protocolo, se necessário. Tem a responsabilidade de fazer o contato imediato e ponderar sobre o deslocamento de alguém de sua equipe para o hospital, auxiliando nas tomadas de decisões à distância enquanto não chega ao hospital. Deve definir a necessidade de acionar outras equipes para assistência (segunda onda) e acionar o restante de sua equipe para procedimento cirúrgico quando indicado (telefone externo). A segunda e terceira ondas são acionadas apenas pela retaguarda da ortopedia ou após a autorização do mesmo. Além disso, são atribuições da retaguarda da ortopedia:
  - Participação na admissão e transferência de pacientes;
  - Supervisão da reanimação e avaliação inicial;
  - Gerenciamento de prioridades;
  - Responsabilidade total em traumas multi-sistêmicos;
  - Adesão aos protocolos;
  - Homogeneidade de condutas;
  - Intervenções cirúrgicas;
  - Acompanhamento horizontal.

Os pacientes que estiverem aguardando para atendimento com cirurgião deverão ser redirecionados até que ele conclua o atendimento do trauma.

6. FLUXOS

6.1 Fluxograma de tomada de decisão para acionamento do protocolo de trauma grave



4.2 Fluxograma de atendimento ao trauma grave

6. GERENCIADO

Protocolo monitorado.

7. INDICADOR INSTITUCIONAL

Serão monitorados os indicadores:

- Tempo entre chegada do paciente e acionamento da retaguarda da ortopedia (onda 1);
- Tempo entre chegada do paciente e acionamento do protocolo trauma;
- Tempo entre acionamento do protocolo trauma e admissão em setor de tratamento definitivo;
- Não acionamento do protocolo (inconformidade).

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Advanced Trauma Life Support (ATLS);

Boffard, KD. Manual de Cuidados Cirúrgicos Definitivos em Trauma. 2010 (2ª edição);

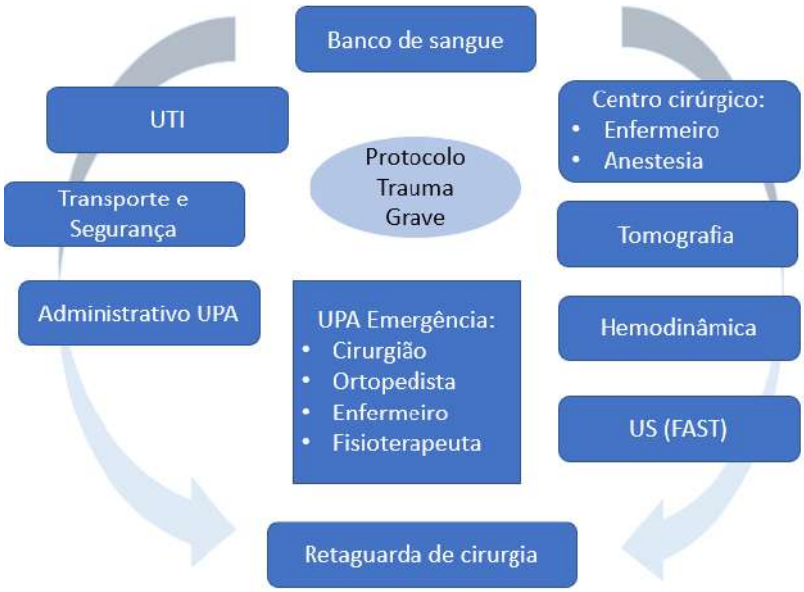
Committee on Trauma American College of Surgeons. Resourcesfor Optimal Care of the Injured Patient. 2014 (6th edition)

10. RESUMO

NSA.

11. ANEXOS

11.1 Protocolo trauma



11.2 Representação das ondas de assistência ao trauma

11.3 Preparo da sala de emergência no centro cirúrgico

Muitos casos de trauma grave necessitam de tratamento cirúrgico de emergência e a sala deve ser adequada para cirurgias de grande porte. Recomenda-se como materiais básicos disponíveis na sala a lista abaixo, mas outros materiais podem ser necessários conforme exigência específica de cada caso:

- Material de via aérea difícil;
- Ultrassom;
- Radioscopia;
- Caixa de laparotomia;
- Caixa de complemento vascular;
- Caixa de toracotomia;
- Mesa de instrumentação com suporte de varal;
- Grampeador linear de TNC com 03 cargas em sala;
- Fios de sutura mais utilizados:
  - Algodão sem agulha 2-0, 3-0;
  - Algodão agulhado 2-0 e 3-0;
  - Prolene 3-0, 4-0, 5-0;
  - Vicryl 3-0, 4-0;
  - PDS 0 dupla lançada ou Vicryl 0 dupla lançada;
- Campos estéreis universais (04 partes);
- Vessel loop e fita cardíaca;
- Level 1;

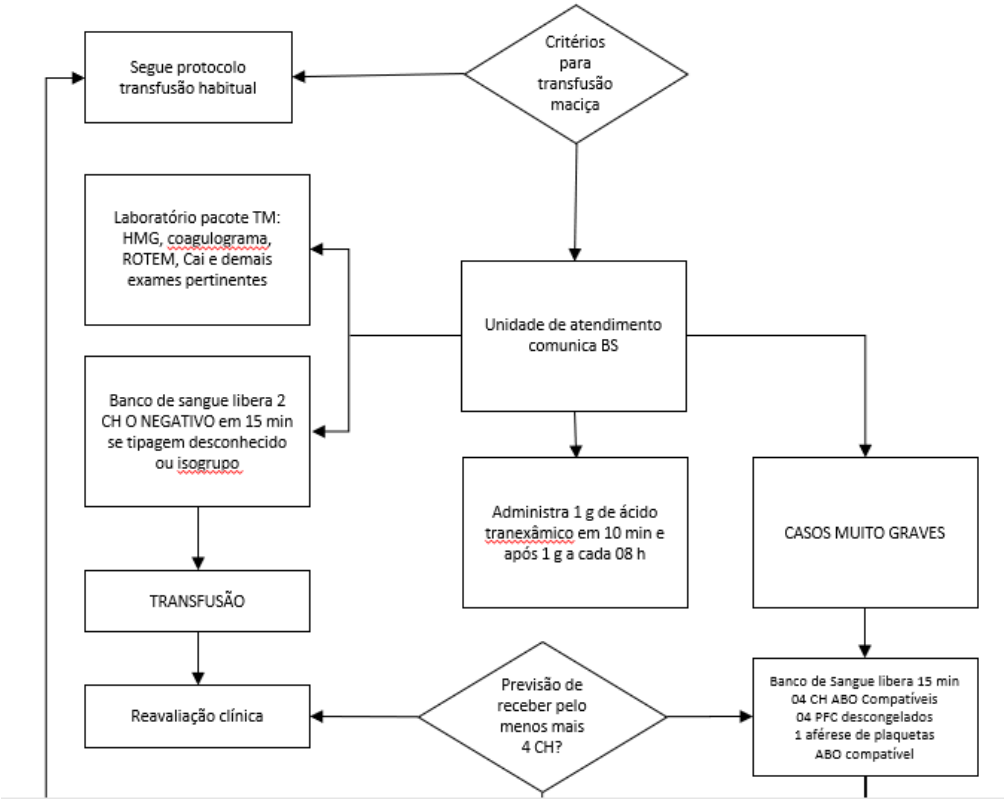
- 2 drenos de tórax (vários tamanhos).

11.4.1 Potencial para transfusão maciça: ABC Score

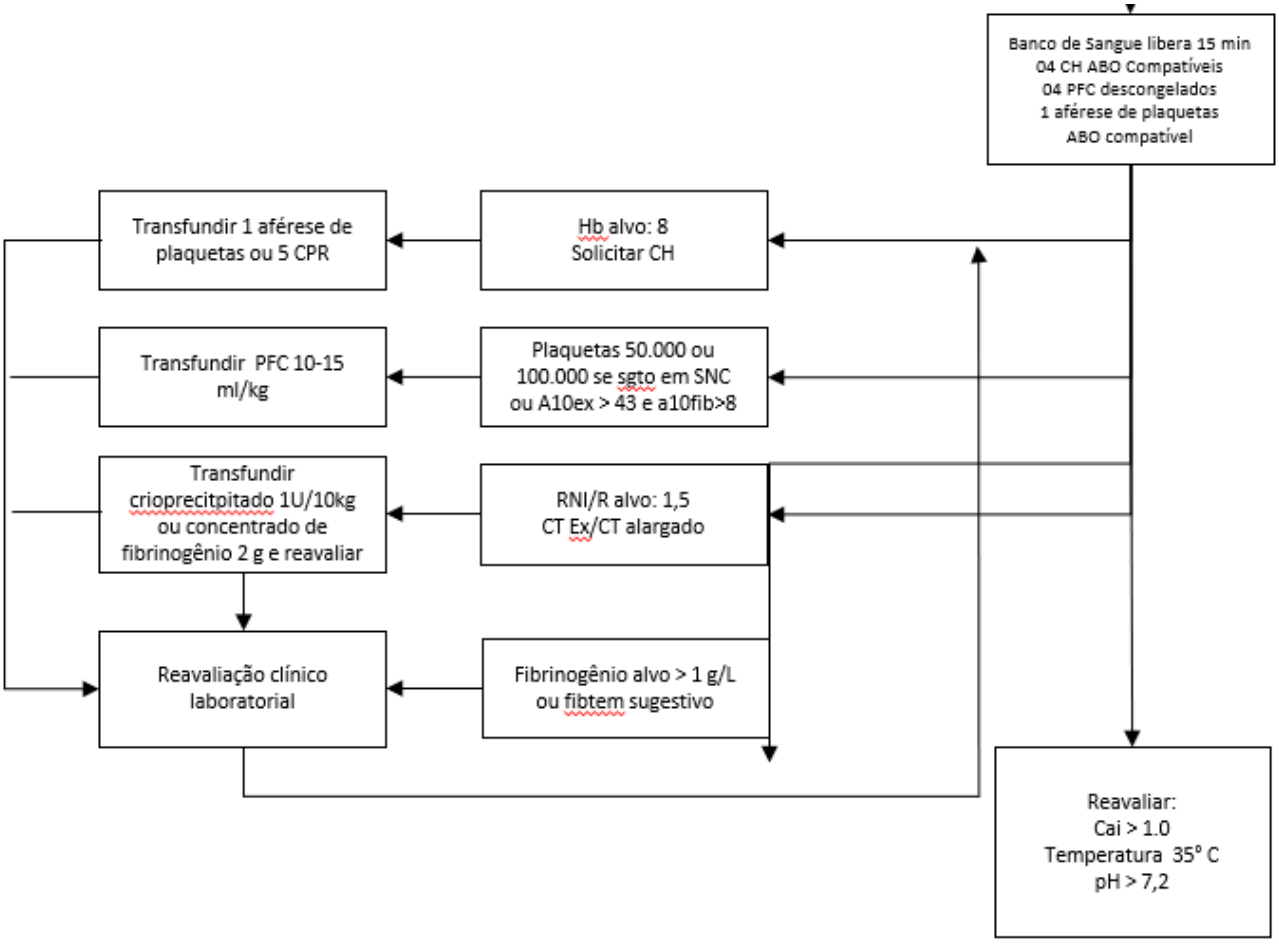
Condição	Pontos
Trauma penetrante	1
PAS < 90 mmHg	1
FC > 120 bpm	1
FAST Positivo	1

- Escore < 2: pouca probabilidade;
- Sensibilidade: 75 a 90%
- Especificidade: 37 a 88%.

11.4.2 Fluxograma para transfusão maciça



CONTINUA...



12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

NSA.

13. HISTÓRICO DE REVISÕES

NSA.

TE-5

REMESSA DE documentos de CAIXA, EXTRA-CAIXA E CONTABILIDADE PARA MICROFILMAGEM

Atendimento a Emergências, Urgências, Intercorrências e Avaliações Médicas dos pacientes no hospital.

INTRODUÇÃO

O dispõe de médicos plantonistas e equipe de enfermagem, 24 horas por dia, autorizados a prestar assistência a pacientes em situações de emergência/ urgência, internados ou ambulatoriais em suas dependências físicas

OBJETIVO

Assegurar que qualquer paciente admitido e ou utilizando as dependências físicas, seja devidamente identificado e tratado na vigência de emergências, urgências, intercorrências e necessidade de avaliações médicas, mesmo na ausência de seu médico titular, sem a anuência prévia do mesmo.

O Código Amarelo visa adotar as melhores práticas propostas na literatura e recomendadas pela Campanha Internacional Cem mil vidas (100K lives) com os seguintes objetivos:

1. Diminuição da mortalidade intra-hospitalar,
2. Redução do nº de PCR e maior sobrevida desses pacientes,
3. Favorecer a Segurança do Paciente, do Médico e da Instituição

DEFINIÇÕES

O Código Amarelo consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais no paciente adulto, previamente estabelecidos, que permitirá ao enfermeiro, acionar o médico da CMC ou UTI, agilizando o atendimento.

Este atendimento deve ocorrer em até 5 minutos a partir do acionamento pelo enfermeiro. Ou seja, o enfermeiro aciona o "Código Amarelo" no ramal XXXX e o médico tem até 5 minutos para chegar ao local da ocorrência.

Em caso de falha no sistema de ramais, acionar o código pelo celular de contingência (XX)-XXXXXX

Na ocorrência de Parada Cardiorrespiratória (PCR) em pacientes adultos, essa política não é aplicável, devendo ser seguida a "Política de Atendimento a Parada Cardiorrespiratória" pelo Código Azul.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

MUDANÇAS AGUDAS NO ESTADO GERAL DO PACIENTE:

Comprometimento respiratório:

- Diminuição aguda da Saturação de O2 para < 90%
- Mudança da Frequência Respiratória para < 8 rpm ou > 28 rpm

Comprometimento circulatório:
- Diminuição da pressão arterial sistólica para <- 90 mmHg
- Aumento da pressão arterial sistólica para > 180 mmHg associado a sintomas
- Mudança da Frequência cardíaca para < 40 bpm ou > 130 bpm
-Suspeita de sepse

Comprometimento neurológico:
- Rebaixamento do nível de consciência
- Convulsão
- Sinais Focais súbitos
- Hipótese diagnóstica de AVC com menos de 12 horas de evolução
- Suspeita de AVC

Seriamente preocupado com o estado geral do paciente:
- Paciente refere "não estar bem" ou sentir "algo errado"
- Mudança de cor, umidade e diminuição da temperatura nas extremidades do paciente (extremidades pálidas, acinzentadas, úmidas ou cianóticas)
- Situação que envolva distúrbio de pensamento, sentimentos ou ações que acarrete risco significativo para o paciente ou para outros, necessitando de intervenção imediata, caracterizando emergência psiquiátrica.
- Queda com (ou potencial) de dano moderado ou grave. (são exemplos de queda com dano moderado ou grave: queda com TCE, perda da consciência, incapacidade de mobilidade ou mobilidade prejudicada após a queda, ou seja, situações cuja consequência da queda colocar em risco a segurança do paciente. Nesse momento, a avaliação do enfermeiro é fundamental.)

- Observação: nos casos de queda com dano ausente ou leve o enfermeiro comunicará o médico do paciente (titular ou assistente) sobre a ocorrência da queda; na impossibilidade deste proceder a avaliação, a enfermeira comunicará o médico plantonista da UTI, no ramal da secretaria XXXX sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda, conforme descrito no documento, toda a queda não assistida de ser acionado o código amarelo. "Protocolo de prevenção de queda adulto e pediátrico”

Critérios de Acionamento do Código Amarelo na Medicina Diagnóstica não desconsiderando a possibilidade de acionamento se pacientes atenderem critérios citados acima:
Achados diagnósticos relevantes em imagem:
- CABEÇA: Lesões focais ou difusas extensas com efeito de massa importante; Desvio importante das estruturas da linha mediana (> 1,0 cm) com risco de herniação encefálica; Apagamento

difuso dos espaços liquóricos intracranianos com risco de herniações encefálicas; Hidrocefalia volumosa com riscos de herniações encefálicas; Hemorragia no tronco cerebral ou cerebelo com efeito de massa ou compressão do IV ventrículo;
Hemorragia subaracnóide extensa sem causa conhecida (suspeita de provável aneurisma roto).

- PESCOÇO: Massa ou hematoma com risco iminente de obstrução completa de vias aéreas superiores; Lesões vasculares com hematoma volumoso ou com sangramento ativo

- TÓRAX: Pneumotórax volumoso/hipertensivo; Hemotórax volumoso (com risco de instabilidade hemodinâmica) com ou sem sangramento ativo; Tromboembolismo pulmonar maciço (com risco de instabilização hemodinâmica) # Formação expansiva com risco iminente de obstrução completa de vias aéreas; Consolidação pulmonar extensa comprometendo praticamente todo parênquima pulmonar

- ABDOME: Hemorragia parenquimatosa maciça ou hemoperitônio/hemorretroperitônio volumoso (risco iminente de instabilidade hemodinâmica) com ou sem sangramento ativo; Necrose mesentérica grave com pneumoportia; Trombose mesentérica extensa

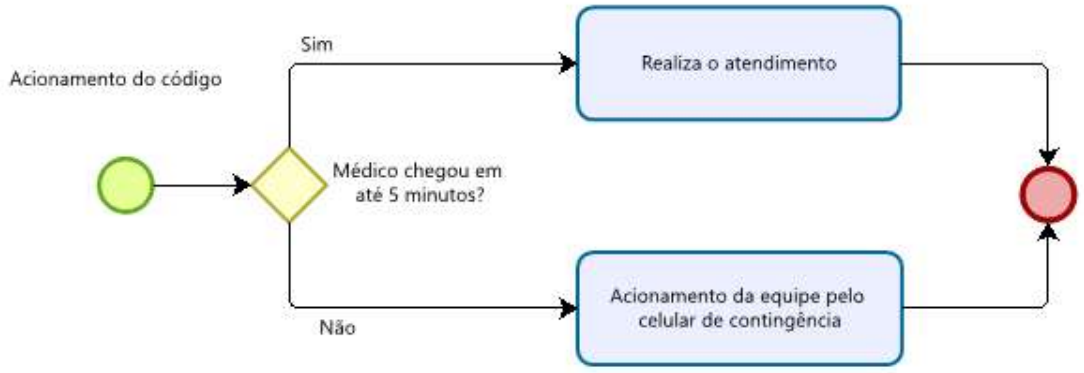
- AORTA: Dissecção aguda; Ruptura

Achados diagnósticos relevantes em cardiologia:

-IAM ou SCA em progressão;
-Arritmia potencialmente fatal (TVS, FV, Torsade du point, BAVT com baixo débito);
-Dissecção aórtica tipo A complicada (derrame pericárdico ou refluxo aórtico significante, obstrução coronariana);
-Tamponamento cardíaco;
-Insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatório (ETE/sedação);
-Hipotensão persistente após reposição volêmica;
-Efeito excessivo de sedativo (sedação > moderada) não revertido com antídoto;
-FA ou outras taquiarritmias sem risco iminente durante exame (sobretudo eco de estresse) e não revertida;
-Dissecção aórtica tipo A ou B não complicada e não diagnosticada previamente;
-Endocardite infecciosa complicada ou endocardite não diagnosticada previamente;
-Situação que o examinador julgue como de internação em cliente externo

O Desempenho Esperado é que todos os pacientes admitidos ou atendidos nas dependências do HMVSC em situação de emergência, urgência e intercorrência sejam identificados, atendidos e tratados em tempo compatível com sua necessidade iminente; que as ações da equipe multiprofissional sejam devidamente documentadas em prontuário; que o resultado esteja conforme o esperado para o quadro clínico do paciente; que as intercorrências e ocorrências adversas sejam notificadas sistematicamente para que as ações de melhoria contínua sejam propostas.

Fluxo de acionamento



RESPONSABILIDADES

Agentes	Descrições das Atividades
Equipe assistencial da unidade de acionamento do código	Detecta uma ou mais das mudanças agudas no estado geral do paciente e solicita avaliação do enfermeiro. Obs: em determinadas unidades, em virtude da indisponibilidade imediata do enfermeiro, outros profissionais poderão acionar o código amarelo, mediante treinamento prévio. Exemplo: Reabilitação, MDP. Após o acionamento: - Orienta paciente e família sobre o procedimento, - Providencia o carro de emergência no quarto do paciente, - Verifica os sinais vitais e prepara o gliosímetro; - Instala o oxímetro de pulso;

	- Monitoriza o paciente com ECG no desfibrilador se acionamento por - motivo cardiovascular - Instala cateter de O2 nasal 2L/min se saturação < 90% - Tranquiliza a família
Enfermeiro do local de acionamento do código	Para acionar o código amarelo, discar o ramal **XXXX** ouvir a gravação e confirmar o acionamento digitando o número 1, ouvir a gravação até o fim. Obs. Os telefones que realizam o acionamento do código estão identificados em seus setores. Estes terminais estão mapeados e descritos na documentação Após o acionamento: - Inicia preenchimento do código amarelo adulto no prontuário eletrônico em formulário específico - Acompanha a transferência do paciente, em maca, para o setor de pacientes graves: UTI. No caso em que não houver vagas na UTI, encaminha para sala de choque de unidade de pronto atendimento. Deve obrigatoriamente estar acompanhado do médico do código amarelo;
Médico *Código Amarelo*	-Médico Intensivista -Dirige-se à área de atendimento respeitando o prazo definido no protocolo (5min.); -Avalia o paciente, faz o diagnóstico da situação, prescreve drogas e inicia procedimentos, se necessário; - Solicita e acompanha a transferência do paciente, em maca, junto ao enfermeiro, para o setor de pacientes graves: UTI. No caso em que não houver vagas na UTI, encaminha para sala de choque de unidade de pronto atendimento. -Preenche formulário do código amarelo adulto.

* Urgências e Emergências pediátricas conforme critérios estabelecidos em documentação específica são atendidos pelo Código Amarelo Pediátrico.

* Urgências e Emergências a transeuntes conforme critérios estabelecidos em documentação específica são atendidos pelo Código Laranja.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Não se aplica

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

- Taxa de atendimento com início de atendimento em até 5 minutos;
- Taxa de transferência de pacientes para a UTI, após o atendimento do Código Amarelo

*Dados de acompanhamento:

- Número de acionamentos mês
- Desfechos de atendimento
- Causas prováveis
- Local de acionamento
- Índice de acionamentos por motivo único do critério "enfermeiro seriamente preocupado".

ANEXOS

Não se Aplica

REGISTROS

Em anotação e evolução de enfermagem. Em evolução e prescrição médica. O registro do Código Amarelo Adulto se faz, também, em formulário próprio disponível, o preenchimento deverá ser iniciado pela equipe local e finalizado pelo médico. O formulário possui duas vias, sendo que a via amarela deve ficar no prontuário do paciente e a branca deve ser encaminhada para o setor de Prática Assistencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

☐ Vandegrift MA, Granata R, Totten VY, Kellett J, Sebat F. Review of 20 Years of Continuous Quality Improvement of a Rapid Response System, at Four Institutions, to Identify Key Process Responsible for Its Success. Crit Care Explor. 2021;3(8):e0448. Published 2021 Aug 10. doi:10.1097/CCE.0000000000000448

☐ Higashino M, Hiraoka E, Kudo Y, et al. Role of a rapid response system and code status discussion as determinants of prognosis for critical inpatients: An observational study in a Japanese urban hospital. Medicine (Baltimore). 2021;100(32):e26856. doi:10.1097/MD.0000000000026856

☐ Lyons PG, Edelson DP, Churpek MM. Rapid response systems. Resuscitation. 2018;128:191-197. doi:10.1016/j.resuscitation.2018.05.013

☐ Moreira AAS, Ramos RO, Ligório ABS, Junqueira KD, Corrêa KS. Rapid response team: what factors interfere with your performance?. Invest Educ Enferm. 2018;36(2):10.17533/udea.iee.v36n2e05. doi:10.17533/udea.iee.v36n2e05

☐ Maharaj R, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2015;19(1):254. Published 2015 Jun 12. doi:10.1186/s13054-015-0973-y

☐ British Columbia Ministry of Health Services. Standardized hospital color codes of British Columbia. Disponível em https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/keeping-bc-healthy-safe/health-emergency-response/standardized-hospital-colour-codes.pdf; 2011 acessado em 02/02/2018

☐ Waldo, D. Standardization of emergency code calls in Oregon. Disponível em: https://www.oahhs.org/assets/documents/files/emergency-code-calls.pdf; 2009 acessado em 02/02/2018

☐ Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.

☐ Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais – 7ª Edição

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se Aplica

Atendimento de Código Azul em Pacientes Adultos

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência inesperada em diversos momentos, constituindo grave ameaça à vida das pessoas. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o número de óbitos causados por parada cardiorrespiratória chega a 200 mil mortes por ano no Brasil. O debriefing é uma reflexão estruturada pós-experiência de urgência e emergência que contribui para a melhoria da qualidade hospitalar e segurança dos doentes.

O Hospital dispõe de médicos 24 horas por dia na unidade de Terapia Intensiva capacitados a prestar atendimentos a pacientes em situações de emergência/urgência, internados ou ambulatoriais nas dependências físicas. Na ocorrência de parada cardiorrespiratória (PCR), a equipe de enfermagem tem autonomia para acionar o código azul sem necessidade de anuência médica prévia.

OBJETIVO

☐ Estudar a incidência e o atendimento das paradas cardiorrespiratórias, através de um sistema de coleta de dados baseada no algoritmo.

☐ Sistematizar o atendimento de pacientes em PCR.

☐ Organizar um sistema de código para o atendimento das emergências clínico-cirúrgicas intra-hospitalares.

☐ Aumentar a taxa de sobrevida em pacientes com PCR.

DEFINIÇÕES

Estabelecer condutas para o atendimento de pacientes adultos (16 anos completos ou mais) em parada cardiorrespiratória (PCR), na Unidade, alocados na internação clínica e internação cirúrgica, internação ortopédica e internação cardiológica.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Pacientes adultos (16 anos completos ou mais); internados ou em atendimento nas dependências da unidade, excetuando-se os pacientes internados na UTIA e Unidade de primeiro atendimento.

RESPONSABILIDADES

Equipe da unidade: 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem

Equipe do código azul: 1 médico intensivista, 1 enfermeiro intensivista e 1 fisioterapeuta.

É de responsabilidade da equipe do Código Azul quando chegar ao local do evento, assumir o comando do atendimento e o caso do paciente até reversão do atendimento do quadro. O tempo máximo previsto para a chegada do primeiro médico no local do evento é de até 3 minutos, a contar do instante do acionamento.

O Código Azul é acionado através do número (XXX), que deverá ser confirmado discando 1, conforme orientação da mensagem falada, AGUARDAR O FINAL DA MENSAGEM: " CÓDIGO AZUL ACIONANDO COM SUCESSO ". – Observação: confirmar qual será o instrumento de acionamento (sistema sinapse de acionamento, bip ou ramal direto)

Assim que for acionado o Código Azul pela área, a mensagem será recebida pela equipe que atende ao código azul via ramal móvel, e conterá a informação CÓDIGO AZUL >> ALA >> ANDAR >> BLOCO >> RAMAL ACIONADOR. ATUALIZAR CONFORME INSTRUMENTO DE ACIONAMENTO DO CÓDIGO

ATENÇÃO:
Em caso de falha no acionamento através do número (XXX), o grupo deve ser comunicado via plano de contingência: Ligar na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, nos ramais (XXX) (médico), XXX (enfermeiro) e (XXXX) (fisioterapia) e avisar que se trata de um Código Azul, informando localização (andar e bloco

Em situações de contingência que incluam o sistema de telefonia móvel e de ramais institucionais, o código azul poderá ser acionando pelo celular de contingencia – ligar no celular: (XX)XXXXXX) Localizado na UTI Adulto.
Todo atendimento de código azul será analisado pelo enfermeiro gerenciador, que faz a tabulação, análise, "debriefing" e definição das medidas de correção se necessário, em conjunto e comum acordo, com os membros do comitê de códigos de urgência e emergência. As reuniões ocorrem bimestralmente, os casos são discutidos e definidos os planos de ações, responsáveis e prazo.
O "debriefing" ocorre em até 48h após o ocorrido, através de ferramenta norteadora, sobre o processo e pontos sugestivos de melhoria com os profissionais envolvidos no atendimento, os pontos são discutidos na reunião do comitê.

ATRIBUIÇÕES DE ACORDO COM AS FUNÇÕES
Enfermeiro da Unidade
1. Avalia responsividade/consciência.
2. Se inconsciência, solicita ajuda e carro de emergência institucional.
3. Checa o pulso e avalia respiração. Se constatado PCR, inicia manobras de ressuscitação cardíaca pelas compressões torácicas e solicita acionamento do código azul por qualquer membro da equipe do setor através do ramal (XXX confirma com tecla X após gravação).

4. Mantém relação de 30 compressões torácicas e 2 ventilações com dispositivo bolsa-válvula-máscara (AMBU) com duração de 4 segundos (1 segundo para inspiração e 3 segundos para expiração).
5. Ao término do atendimento, realiza registro do atendimento em formulário específico.

Técnico da Unidade
1. Providencia o carro de emergência.
2. Instala monitorização cardíaca através do monitor do carro de emergência.
3. Obtém acesso venoso, de preferência em região antecubital.
4. Auxilia a enfermeira da unidade nas manobras de RCP.

Médico do Código
1. Assume a posição de líder do atendimento e solicita resumo clínico do paciente.
2. Reavalia rapidamente o C-A-B
3. Monitoriza com as pás, se o paciente não estiver monitorizado, e realiza choque, se indicado.
4. Prioriza a qualidade das compressões torácicas: frequência de 100 a 120/min, profundidade de 5 a 6cm e retorno completo do tórax.
5. Orienta a ventilação e avalia melhor momento para estabelecimento de via aérea avançada (máscara laríngea, tubo laríngeo ou tubo orotraqueal). Se dispositivo bolsa-válvula-máscara (AMBU), ventilar na proporção de 30 compressões torácicas para 02 ventilações. Na presença de via aérea avançada, verificar a ventilação com pausa de até 10 segundos e ventilar de forma assincrônica com frequência de 8 a 10/min.
4. Dá continuidade as manobras de RCP segundo os algoritmos preconizados pelo Suporte Avançado de Vida Cardiovascular - ACLS.
7. Realiza punção intraóssea, na impossibilidade de acesso venoso periférico.
8. Completa o preenchimento do registro de PCR iniciado pela equipe local.

Fisioterapeuta do Código
1. Auxilia o líder do atendimento do código na ventilação, manejo da via aérea e transferência do paciente.

Enfermeiro do Código
1. Orienta os auxiliares e técnicos de enfermagem
2. Administra as medicações solicitadas.
3. Administra 20 ml de solução fisiológica 0,9% e eleva o membro superior, após cada medicação.
4. Obtém um segundo acesso venoso, se solicitado.

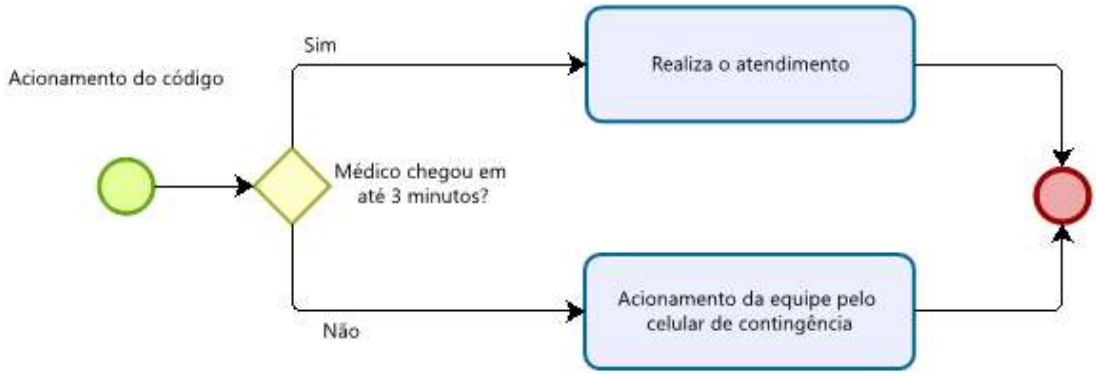
Durante o atendimento a equipe local solicita vaga de UTI para a regulação de leitos.

Após o atendimento, se transferência imediata para UTI, a passagem de plantão deve ser realizada pela equipe que atendeu o código azul, beira leito, após posicionamento do paciente no leito da UTI. A equipe local acompanha a transferência do paciente e passa o plantão dos antecedentes após.

Registros: Preencher o Formulário de Código Azul – Atendimento a pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória, que deve ser iniciado pela equipe local e finalizado pelo enfermeiro ou médico responsável pelo atendimento. Complementos devem ser registrados em anotação e evolução de enfermagem e em evolução e prescrição médica.

Exercícios no raciocínio crítico e condutas nas emergências: treinamento de acordo com a área de atuação: emergências cardiológicas (institucional), BLS, ACLS, PALS, ATLS, Heartsaver®, etc.

FLUXO DE ACIONAMENTO



CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

1. Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais – 5ª Edição:
2. Padrão COP.3.1: O corpo clínico é treinado para reconhecer e responder a mudanças na condição de um paciente.
3. Padrão COP.3.2: Serviços de ressuscitação estão disponíveis em todo o hospital.

2. Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde – ONA (Organização Nacional de Acreditação) – Subseção 2.3 – Atendimento Emergencial

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

☐ Taxa de início de atendimento em até 3 minutos

☐ Taxa de realização do debriefing após o atendimento do código azul

ANEXOS

N/A

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.

2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Fatores de risco para doenças cardiovasculares. Disponível em: http://www.cardiol.br/cuide/fatrisc.htm

3. Birão RC, Souza EM, Castro RA, Rabelo ER. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória. Rev. latinoam. enferm.2009

DOCUMENTOS RELACIONADOS

N/A

ATENDIMENTO CÓDIGO LARANJA

INTRODUÇÃO

O hospital dispõe de médicos plantonistas e equipe de enfermagem 24 horas por dia, autorizados a prestar assistência a transeuntes em situações de emergência/urgência em todas as faixas etárias.

Os atendimentos de urgência/emergência de pacientes internados, ou que estejam aguardando passar por atendimento, nos consultórios ou Setor de Imagem são realizados pelos Códigos Amarelo e Azul.

Será considerado Código Laranja quando a ocorrência for para atender a vítima no local da ocorrência nas dependências do hospital. Casos em que a vítima estiver em condições de ser encaminhada a Unidade de primeiro atendimento ou rede conveniada para atendimento, não serão considerados como Código Laranja.

Atendimentos em via pública devem seguir a política/fluxo de atendimento especifica para essas ocorrências.

OBJETIVO

Assegurar atendimento de urgência/emergência a qualquer transeunte utilizando as dependências físicas no Hospital.

O Código Laranja visa adotar as melhores práticas propostas na literatura e recomendadas pela Campanha Internacional Cem Mil Vidas (100K lives) com os seguintes objetivos:

1. Diminuição da mortalidade intra-hospitalar e locais adjacentes;
2. Redução do nº de PCR e maior sobrevida dos transeuntes;
3. Favorecer a Segurança do Paciente, do Médico, da Equipe de Enfermagem e da Instituição;

DEFINIÇÕES

Conforme critérios de acionamento previamente definidos abaixo:

Definição dos critérios

Perda de consciência

Convulsão

Confusão mental

Trauma grave

Insuficiência respiratória

Anafilaxia

Seriamente preocupado

Definição de transeunte

Agentes	**Casos**
Profissional da unidade	1. Avalia a necessidade de acionamento e aguarda no local a chegada da equipe. 2. Aciona código laranja discando Ramal **(XXXX),** neste momento, comunica o local de atendimento e o caso situacional.
Enfermeiro do PS	No ramal **(XXX)**o enfermeiro recebe a localização da vítima (andar e bloco). 1. Dirige-se até o local onde prestará atendimento com a mochila de atendimento independente da gravidade da vítima. 2. Enfermeiro realiza a triagem e se necessário aciona os demais membros envolvidos no processo, tais como bombeiro, médico e fisioterapia. 3. Após avaliar a vítima se necessário a presença do médico entra em contato com ele no ramal **(XXX)**e solicita ajuda. 4. Acompanhada transferência do paciente para UPA ou UTI em meio de transporte pertinente (maca ou cadeira de rodas). 5. Após o processo realiza abertura da ficha de atendimento e seu preenchimento. 6. O médico que será acionado é o **médico emergencista pelo ramal (XXX)** 7. Se necessário apoio da equipe do **bombeiro acionar no ramal (XXX)** Caso seja necessário para o atendimento: prancha rígida e colar cervical: o bombeiro deverá obrigatoriamente ser acionado. ***Atenção: Se o acionamento ocorrer para crianças (até 16 anos incompletos) o médico que deverá ser acionado é o pediatra no (XXXX), da UPA.***
Médico Emergencista	1. Realiza o atendimento e o preenchimento da ficha de atendimento. 2. Direciona o atendimento conforme fluxograma abaixo (figura 1)

ATENÇÃO:

Em caso de falha no acionamento do ramal, o grupo deve ser comunicado via plano de contingência:

* Ligar direto no celular de contingência do enfermeiro (XX)-XXXXXXX) e avisar que se trata de um CODIGO LARANJA, informando localização (andar e bloco).

REGISTRO: APÓS O ATENDIMENO DO CÓDIGO LARANJA ANOTAR EM IMPRESSO PRÓPRIO. O PREENCHIMENTO DEVERÁ SER INICIADO PELO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO E SE NECESSÁRIO FINALIZADO PELO MÉDICO.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Transeuntes: pessoas que estão circulando dentro da instituição, estacionamento na entrada principal e pátio interno sejam acompanhantes, visitantes, colaboradores ou pacientes em trânsito.

Composição da mochila:

- ☐ Glicosimetro
- ☐ Glistam
- ☐ Aparelho de PA manual
- ☐ Oximetro portátil
- ☐ Luva
- ☐ Gaze
- ☐ Swab alcoolico
- ☐ Lanceta para verificação de glicemia
- ☐ Colares cervicais (todos os tamanhos)
- ☐ Ambu e máscara adulto e pediátrico

Se necessário: Prancha rígida e colar cervical, o bombeiro deverá ser acionado no ramal XXXX.

RESPONSABILIDADES

- Pelo atendimento: Enfermeiro e se necessário, bombeiros, fisioterapia e médico emergencista.
- A conferência da mochila de atendimento: será realizada, após os atendimentos pela equipe de enfermagem responsável do código.
- Os formulários de conferência serão arquivados pelo grupo de gestão dos códigos, bem como seu gerenciamento e indicador.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Manual Brasileiro de Acreditação – ONA

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

☐ Número de acionamentos/atendimentos de código laranja

☐ Taxa de pacientes que necessitaram de internação/observação após o atendimento do código laranja.

ANEXOS

NA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Institute for healthcare improvement, 100.000 lives campaign and 5 million lives campaign

DOCUMENTOS RELACIONADOS

NA

DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS

1. DEFINIÇÃO

Descreve as ações a serem realizadas para doação de múltiplos órgãos, após o diagnóstico de morte encefálica (Óbito) dos pacientes atendidos no Hospital.

2. OBJETIVOS

Realizar o processo de doação efetiva de múltiplos órgãos e tecidos após a notificação de pacientes com diagnóstico de morte encefálica (ME) no Hospital.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação:

Todos os pacientes com diagnóstico de morte encefálica no Hospital, definidos pela Resolução CFM Nº 1.480/97

Obs.: Os critérios para alocação dos enxertos são de responsabilidade da CNCDO/GO (Central Estadual de ificação, Captação e Distribuição de Órgãos de Goiás), conforme determinação legal

Contraindicações Absolutas para Doação:

a) Soropositividade para HIV

b) Soropositividade para HTLV I e II

c) Tuberculose em atividade

d) Neoplasias (exceto tumores primários do SNC e carcinoma in situ de útero e pele)

e) Sepse refratária

f) Infecções virais ou fúngicas graves, ou potencialmente graves na presença de imunossupressão, exceto as hepatites B e C

(Portaria 2.600, de 21 de Outubro de 2009)

4. RESPONSÁVEIS

Membros da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) do Hospital e da Organização de Procura de Órgãos (OPO), conforme legislação.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Não se aplica

6. MATERIAL

Não se aplica

7. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

PRÉ PROCEDIMENTO

Os familiares devem ser comunicados antes de iniciar os exames protocolares de diagnóstico de morte encefálica

Acionar o Serviço de Psicologia sempre que necessário

O médico deverá informar aos familiares cada resultado dos exames para diagnóstico de ME (1º e 2º exames clínicos e exame complementar)

Caso os familiares queiram acompanhar o exame, deve-se sugerir apenas o acompanhamento do exame complementar

A família pode indicar um médico de sua confiança para acompanhar a realização dos testes clínicos

Garantir que os familiares estejam presentes ao término do Protocolo de ME para entrevista familiar e desfecho do caso

PÓS PROCEDIMENTO

A equipe médica deverá orientar a família sobre o diagnóstico de ME e em relação à obrigatoriedade de notificação à CNCDO/GO

A equipe da CIHDOTT/OPO deverá orientar a família sobre o processo de doação de órgãos e tecidos em todos os casos viáveis

Durante todo o processo, oferecer suporte necessário à família juntamente com os Serviços de Hospitalidade e Psicologia

Caso a doação seja efetivada, é de responsabilidade da CIHDOTT, garantir a entrega do corpo dignamente recomposto aos familiares

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• O diagnóstico de ME deve ser concluído em todos os casos suspeitos e sua notificação à CNCDO/GO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos) é OBRIGATÓRIA independente da possibilidade ou não de doação de órgãos, conforme Lei N° 9.434/97

• A Declaração de Óbito deverá ser preenchida logo após a confirmação do diagnóstico de ME e com o horário do último exame realizado (clínico ou complementar) para determinação da ME, conforme Resolução CFM Nº 1.826/07

• O horário de finalização dos exames clínicos realizados, tanto no primeiro quanto no segundo teste, deve coincidir com o horário do resultado da gasometria arterial coletada após a finalização do teste de apneia (2ª coleta), de acordo com a Resolução CRM N° 1.480/97

• Durante os exames ou após a confirmação do diagnóstico de ME, a unidade (enfermeiro ou administrativo) deverá comunicar a CIHDOTT HMAP e está notificar o CNCDO/GO ou órgão de referência local

• Deverá aguardar de 4 a 5 vezes a meia vida da droga depressora do SNC que o paciente utilizou ou está utilizando, para poder iniciar os testes do Protocolo de ME (Tabela de meia vidas das drogas depressoras do SNC em anexo)

ENFERMEIRO DA CIHDOTT E/OU ÓRGÃO DE REFERÊNCIA DEVERÁ:

1) Conferir a história e exames do potencial doador e discutir caso com médico titular e/ou plantonista da UTI

2) Checar ou solicitar o correto preenchimento do Termo de Declaração de Morte Encefálica

3) Notificar o órgão de referência e/ou CNCDO/SP

4) Avaliar a viabilidade de doação de múltiplos órgãos e tecidos e, se não possuir contraindicações, preencher impressos próprios e encaminhar informações do potencial doador ao órgão de referência e/ou CNCDO/SP

5) Se viável, entrevistar a família do doador e esclarecer sobre o processo de doação de órgãos e tecidos.

É imprescindível esclarecer todas as etapas do processo

6) Providenciar cópia dos documentos para família e órgão de referência. Arquivar originais no prontuário.

7) Em caso de consentimento à doação, solicitar a assinatura do Termo de Autorização de Doação de Órgãos e tecidos. Caso contrário, orientar familiares e equipe, em conjunto com equipe médica, sobre a suspensão do suporte terapêutico, de acordo com a Resolução CFM Nº 1.826/07, e entrega do corpo aos familiares.

8) Comunicar o setor de Hospitalidade sobre a ocorrência do processo de doação de órgãos para auxílio à família

9) O Enfermeiro do órgão de referência levará amostras de sangue para realização de exames sorológicos e provas de Histocompatibilidade (HLA) em instituições indicadas/credenciadas pela CNCDO/GO

10) Realizar/Orientar quanto à manutenção hemodinâmica do potencial doador, de acordo com as Diretrizes AMIB

11) Agendar o horário de retirada dos órgãos, junto a órgão de referência e comunicar o enfermeiro da unidade. Caso os familiares queiram saber, comunicá-los.

12) Agendar Centro Cirúrgico

13) Comunicar o médico anestesista para realização da manutenção hemodinâmica durante a cirurgia de extração de múltiplos órgãos

14) Comunicar o nome do responsável de cada Equipe de Transplante e os órgãos a serem retirados ao centro cirúrgico

15) Receber as Equipes de Transplante/Enfermeiro do órgão de referência e acompanhar todo o procedimento

16) Verificar o correto acondicionamento dos órgãos e identificação das caixas térmicas

17) Garantir a entrega do corpo dignamente recomposto aos familiares e realizar as orientações finais

<u>APÓS AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO DA CIHDOTT / órgão de referência , O ENFERMEIRO DA UNIDADE DEVERÁ:</u>

1) Providenciar os seguintes exames: hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, TGO, TGP, amilase, gama GT, fosfatase alcalina, bilirrubina total e frações, glicemia, CK, CKMB,

TP, TTPA, gasometria arterial (FiO2 100%), Raio X de tórax e ECG (se indicado, providenciar Ecocardiograma e Broncoscopia)

2) Manter contato com a CIHDOTT e/ou órgão de referência e informar qualquer alteração no quadro do potencial doador

O AGENTE ADMINISTRATIVO DEVERÁ, APÓS AVISO DO ENFERMEIRO DA CIHDOTT: EM CASOS DE DOAÇÃO:

1) Solicitar ao setor de Internação a Declaração de Óbito a ser preenchida após término do Protocolo de ME e entrevista familiar

2) Encerrar prontuário do paciente e solicitar à Internação a abertura de novo prontuário e nova passagem "paciente internado como doador de órgãos" e, a partir deste momento, todo lançamento deverá ser feito nesta nova passagem (Prontuário Doador)

3) Imprimir e trocar as etiquetas do paciente

4) Informar este novo prontuário aos setores envolvidos

5) Checar com a Internação a realização do Boletim de Ocorrência quando a morte for relacionada a causa externa

EM CASOS DE RECUSA:

1) Aguardar desfecho do caso para solicitar a Declaração de Óbito e encerrar o prontuário do paciente

Obs.: A data e hora registradas na Declaração de Óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica, conforme Resolução CFM Nº 1.826/07

APÓS AVISO DO AGENTE ADMINISTRATIVO DA UNIDADE, A INTERNAÇÃO DEVERÁ:

1) Abrir novo prontuário e nova passagem "paciente internado para a doação de órgãos" vinculados ao prontuário do paciente (Prontuário Doador)

2) Informar o número do novo prontuário e passagem ao agente administrativo e Enfermeiro da CIHDOTT

3) Criar aviso em tela DOADOR DE ÓRGÃOS no SGH

APÓS OS PROCEDIMENTOS ACIMA DESCRITOS, O ENFERMEIRO DO CENTRO CIRÚRGICO DEVERÁ:

1) Providenciar a montagem da sala operatória de acordo com os órgãos a serem retirados

2) Avisar o controlador de acessos sobre a chegada das Equipes de Transplante

3) Assessorar o Enfermeiro do órgão de referência durante o procedimento de retirada de órgãos. Cada equipe deverá fazer o relatório de cirurgia em duas vias, sendo uma para o receptor, junto com uma cópia da documentação do doador e a outra cópia arquivada junto ao prontuário do doador (em casos de encaminhamento do doador ao IML, preencher terceira via do relatório de cirurgia). Na tampa de cada geladeira térmica, deverá existir a identificação do órgão acondicionado, data de captação, horário de clampeamento da aorta, características do órgão e enxerto de acordo com RDC 66/2009. Cada Instituição deverá trazer sua geladeira.

4) Receber o doador e checar identificação correta e documentação (Termo de Declaração de Morte Encefálica, exame comprobatório de ME, Termo de Autorização de Doação de Órgãos e Tecidos, sorologias e tipagem sanguínea)

5) Encaminhar o corpo para o Morgue (que providenciará a transferência para SVO e/ou IML) ao final do procedimento, com o impresso Aviso de Óbito e arquivar os relatórios cirúrgicos das equipes que retiraram os órgãos no prontuário

6) Encaminhar prontuário completo e protocolado para a unidade de origem, que posteriormente será arquivado no SAME

7) Após o término do procedimento solicitar a internação que encerre o prontuário atual do paciente

1. IMPORTANTE:

• O sigilo das informações está garantido pela equipe assistencial e de apoio, que está orientada a entregar o prontuário para o receptor e/ou sua família quando solicitados, sem os documentos citados acima.

Procedimento

Diagnóstico de Morte Encefálica

Realizar a entrevista familiar

Reconstituição condigna do corpo Segurança

O diagnóstico de morte encefálica deve ser realizado conforme a resolução do CFM. É direito da família e dever do da equipe médica

Todo familiar deve ter direito ao conhecimento da possibilidade de doação de órgãos de seu ente querido. A entrevista deve ser realizada respeitando a cultura e religião dos familiares

A doação de órgãos não impede a realização de cerimonias fúnebres. Assim, o corpo deve ser devolvido aos familiares, recomposto. Cabe a equipe de captação cuidar dessa reconstituição.

Proteção

Família e Equipe

Família

Família e Equipe

9. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Critérios clínicos de morte encefálica incompletos ou insuficientes.

Coleta de exames como sorologias ou retirada de gânglios antes da autorização de doação da família do potencial doador.

Recomposição inadequada do doador falecido.

Informações Insuficientes para a Família.

10. PADRÃO DE PRÁTICA

Todas as mortes encefálicas (óbitos) notificadas

Família do potencial doador adequadamente orientada sobre o processo de doação de órgãos

Qualidade da assistência prestada, com relação à satisfação da família frente ao processo de doação de órgãos e tecidos

Segurança no processo de doação por meio do seguimento correto da rotina Alocação segura dos órgãos e/ou tecidos doados pela família

11. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica

12. REGISTRO

Descrever os procedimentos na folha de anotação de enfermagem e evolução Documentação de autorização de doação de órgãos e tecidos para transplante

13. INDICADORES DE QUALIDADE

- Nº DE NOTIFICAÇÕES/Nº DE POTENCIAIS DOADORES (DIAGNOSTICO ME)
- Nº DE DOADORES EFETIVOS/ Nº POTENCIAIS DOADORES (DIAGNOSTICO ME)

14. ANEXOS

Protocolo_Manutenção_ME.pdf

Prontuário_Doador_versão_2021.pdf

Fluxo_ME.pdf

Medicamentos_Meia_Vida.pdf

Termo_de_Declaração_de_ME.pdf

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Leis, etc. Lei nº. 9.434, de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do
corpo humano para fins de transplante, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 fev. 1997.
Seção 1, p. 2191-3.

BRASIL. Leis, etc. Decreto nº. 2.268 de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei n º 9.434, de 4 de fevereiro de
1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e
tratamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1 jul. 1997. Seção 1, p. 13739

http://www.abto.org.br/profissionais/profissionais.asp#

Brasil. Portaria GM/MS nº. 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema
Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União 2009. Cap.VI,p. 26.

CLARCK, P.A. To be or not to be a donor: a person's right of informed consent. Current Opinion in Organ
Transplantation, 2003, 8:334-340.

Este documento será revisado e atualizado para o HMAP, conforme resultado do Chamamento

PÜSCHET, V.A.A; RODRIGUES, A.S.; MORAES, M. W. A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética. O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 26 v.1, jan./mar., 2002, p. 167.

Resolução Nº 1480. Crit

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA SALA DE EMERGÊNCIA

OBJETIVO

Visando a segurança do paciente e assegurar a assistência em tempo e recurso adequados, faz-se necessário estabelecer critérios para priorizar a recepção e atendimento em unidade de atendimento crítico (salas de choque e emergência). Para facilitar o processo de triagem e raciocínio clínico, agrupamos por sistemas.

APLICABILIDADE

Critérios de Inclusão: Pacientes que apresentam sinais, sintomas ou condições clinicas de urgência e emergência, apresentados nos próximos quadros.

Critérios de Exclusão: Pacientes com critérios de internação de enfermaria/ observação que estejam fora do quadro de emergência;

INTRODUÇÃO

O pronto socorro de um hospital abre-se como a grande porta de entrada, recebendo pacientes de várias origens e vários níveis de gravidade.

TERMOS E DEFINIÇÔES

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVCI – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

TCE – Traumatismos Crânio Encefálico

PA – Pressão Arterial

SAT – Saturação

TC – Tomografia Computadorizada

Alteração do nível de consciência – escala de coma de Glasgow menor que 9 ou diminuição de 2 pontos

Instabilidade hemodinâmica – frequência cardíaca < 50 bpm ou >150 bpm; PA sistólica < 80 mmHg, ou PA média < 60 mmHg ou PA diastólica > 120 mmHg

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Serão transferidos para sala de emergência para atendimento médico-assistencial pacientes com os seguintes critérios:

A partir de Sinais Vitais / Exame Físico:

- FC < 50 bpm ou > 150bpm ;
- FC >130bpm se Fibrilação Atrial (alta resposta) com instabilidade hemodinâmica e necessidade de monitorização;

- PAS ≤ 90mmHg ou PAM ≤ 65mmHg (aferição na Triagem e confirmação médica -2 medidas)
- PAS ≥180mmHG e/ou PAD ≥120mmHg associado a um destes sintomas: desconforto respiratório evidente, dor torácica, alteração do status mental ou cefaleia de forte intensidade;
- Taquipnéia (FR ≥ 35 irpm) ou Bradpnéia (FR ≤ 8 irpm);
- Esforço respiratório associado a: tiragem intercostal ou musculatura acessória, retração de fúrcula;
- Saturação ≤ 90% em pacientes NÃO-O2 dependentes;
- Saturação ≤ 85% em pacientes O2 dependentes em uso de oxigênio "habitual";
- Queimaduras extensas (acima de 20% de superfície corpórea);

A partir de sintomatologia clínica:

- Dor torácica típica;
- Dor torácica atípica associada à síncope ou diaforese;
- Sintomas de CAD ou Coma Hiperosmolar;
- Sangramento atipíco (hemoptise, hematêmese, enterorragia);
- Sintomas neurológicos focais <6 horas (afasia, disartria, dislalia, hemiparesia, cefaléia intensa súbita (abrir a escala LAPSS). Se sintomas > 6 horas, realizar escala LAPSS e encaminhar para atendimento nos consultórios;
- Qualquer Crise convulsiva tônico-clônica generalizada ou parcial complexa presenciada por profissional de saúde ou sinais indiretos (mordedura de língua ou liberação esfincteriana);
- Intoxicação Exógena Aguda/Subaguda;
- Alteração do nível de consciência sem etiologia definida;
- Quick Sofa ≥ 2;

A partir de patologias cirúrgicas documentadas:

- Traumas graves em avaliação inicial ou com indicação de monitorização hemodinâmica ou necessidade de suporte ventilatório;
- TCE moderado a grave (Glasgow < 15) ;
- Ferimentos/injúrias com sangramento ativo e todo FAB e FAF;
- Fraturas expostas de ossos grandes
- Abdome agudo perfurativo e vascular;
- Abdome agudo inflamatório ou oclusivo com sinais de sepse;

A partir de Alterações Laboratoriais e/ou Imagem detectadas:

- ECG com supra de ST, troponinas sequenciais francamente positivas;
- Escore de Heart maior que 4;
- Gasometria Arterial:
    - pH≤ 7,1
    - PaO2 ≤ 60mmHg
    - PaCO2 ≤ 25mmHg ou ≥ 65mmHg
    - Lactato Arterial ≥ 30mg/dl
    - HCO3 < 16
- Hiperpotassemia ≥ 7,0mEq/L ou ≥ 6,5 com alteração eletrocardiográfica (ondas T apiculadas)
- Hipopotassemia severa (K < 2,0) com alteração eletrocardiográfica (onda T baixa, onda U, alargamento de QRS)
- TC de Crânio com qualquer alteração aguda

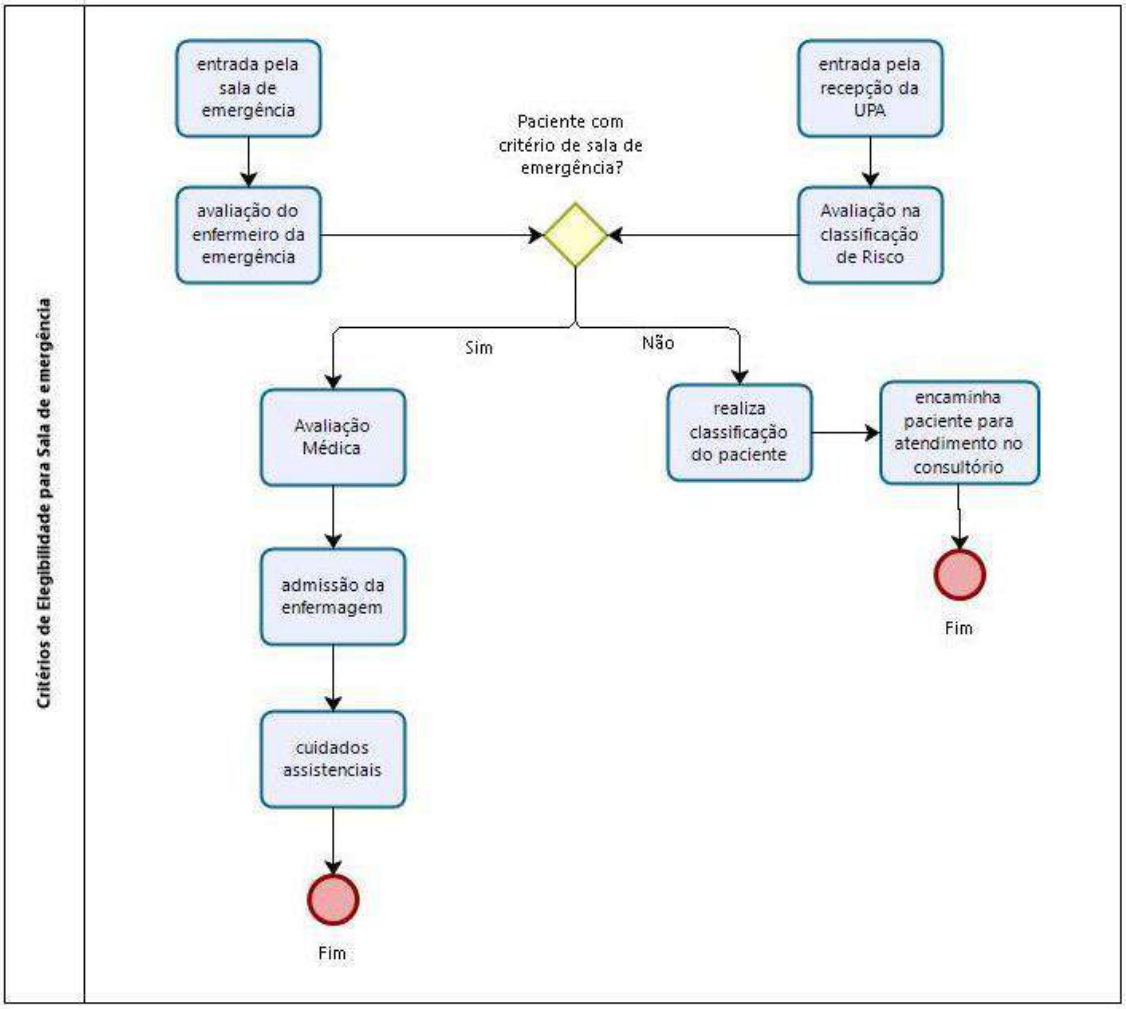
Em contrapartida, serão transferidos da sala de emergência para seguimento médico-assistencial na Observação Adulto e/ou Enfermaria de Clínica Médica, pacientes com os seguintes critérios:

- Pacientes IAM com supra trombolisados e/ou evoluídos a partir de 48 horas
- Pacientes IAM sem supra / Angina Instável a partir de 48 horas
- Pacientes com AVC isquêmico sem rebaixamento da consciência após 48 horas de observação (TC entrada + controle)
- Pacientes com AVC hemorrágico após avaliação externa de NC e liberados pela Neurologia HIAE de monitorização contínua
- Pacientes com choque circulatório (revertido) sem DVA a mais de 24 horas
- Pacientes com quadros convulsivos não-AVC após 24 horas, desde que sem novos eventos
- Pacientes com síndrome de abstinência alcoólica sem necessidade de contenção por período superior a 12 horas
- Pacientes definidos como Cuidados Paliativos após decisão médica conjunta com família e comissão de Cuidados Paliativos

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO


Critérios de Elegibilidade para Sala de emergência
entrada pela sala de emergência
avaliação do enfermeiro da emergência
Paciente com critério de sala de emergência?
entrada pela recepção da UPA
Avaliação na classificação de Risco
Sim
Não
Avaliação Médica
admissão da enfermagem
cuidados assistenciais
Fim
realiza classificação do paciente
encaminha paciente para atendimento no consultório
Fim

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

HIGIENIZAÇÃO, LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBIENTES

1. OBJETIVO

Garantir a descontaminação e desinfecção de pisos e superfícies, após derramamento de matéria orgânica no ambiente (vômito, sangue, urina, fezes e secreções).

2. DEFINIÇÕES

Matéria Orgânica - vômito, sangue, urina, fezes e secreções.
Descontaminação – remoção física de elementos contaminantes
Desinfecção – eliminação total da carga microbiana existente no local.
EPI's – Equipamento de Proteção Individual (óculos, luvas de procedimento e de borracha).

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: O procedimento deve ser realizado imediatamente após a identificação da matéria orgânica.
Contra indicação: O procedimento não deve ser realizado sem a utilização dos EPI's (óculos de proteção e luvas de procedimento).

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

O colaborador deve receber treinamento e o ambiente estar sinalizado.
Carro funcional - carrinho de apoio com equipamento e produtos químicos para a realização da atividade de limpeza.
Pano de limpeza – utilizado para limpeza em geral, tanto superfícies de áreas comuns, administrativas, leitos e banheiros.
Obs: No Hospital municipal Ires Machado Resende (HMAP) teremos panos reprocessáveis e descartáveis.
Cabo Pulse – Acessório em forma de "rodo" com recipiente de produto químico, utilizado para higiene do piso.
Mop Duplo Liso - Acessório tipo "tapetinho" utilizado para limpeza seca ou úmida, de pisos em geral (exceto banheiro)
Mop Duplo Crespo - Acessório tipo "tapetinho" utilizado para limpeza exclusiva banheiros.
DML – (Depósito de material de limpeza) local para guarda de materiais limpos.
Borrifador – Acessório contendo produto químico para auxílio no processo de limpeza.
EPI - Equipamento de proteção individual utilizado para desempenho das atividades (óculos, luva de procedimento, luva de borracha e sapatos);

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Pré-procedimento: garantir o isolamento adequado do local, afim de não gerar incidentes (queda ou contaminação) e utilizar 2 (duas) luvas de procedimentos (uma em cada mão)
Pós-procedimento: descartar toda a matéria orgânica e material de contenção (papel toalha) no resíduo infectante.

6. DESCRIÇÃO

Descontaminação de matéria orgânica

1. Dirigir-se ao local com o carro funcional devidamente abastecido;
2. Colocar a placa de sinalização de "piso molhado" (quando o derramamento ocorrer no piso);
3. Colocar óculos de proteção;
4. Higienizar as mãos;
5. Calçar as luvas de procedimento nas duas mãos, recolher a matéria orgânica com o auxílio do pano descartável e/ou papel toalha e desprezar a matéria orgânica no saco branco infectante.
6. Retirar as luvas e desprezá-las no saco branco infectante
7. Higienizar as mãos;
8. Calçar novamente luva de procedimento na mão que terá contato com o pano de limpeza embebido em solução desinfetante, aplicando-o sobre local e deixar agir por 10 minutos a fim de realizar a desinfecção.
9. O pano de limpeza utilizado deve ser desprezado no local indicado (resíduo infectante ou saco de hamper);
10. Retirar a luva e desprezá-la no saco branco infectante,
11. Higienizar as mãos;
12. Retirar óculos de proteção.

Descontaminação de matéria orgânica seca

1. Dirigir-se com o carro funcional devidamente abastecido;
2. Colocar a placa de sinalização de "piso molhado" (quando o derramamento ocorrer no piso);
3. Higienizar as mãos;
4. Colocar óculos de proteção;
5. Borrifar solução desinfetante sobre a matéria orgânica e deixar agir por 10 minutos, a fim de umedecê-la, facilitando a remoção da sujidade;
6. Calçar a luva na mão que terá contato com o pano de limpeza e recolher o excesso;
7. Se necessário, repetir o processo com o pano de limpeza para garantir a retirada 100% da matéria orgânica;
8. O pano de limpeza utilizado deve ser desprezado no local indicado (resíduo infectante ou saco de hamper);
9. Retirar a luva e desprezá-la no saco branco infectante,

10. Higienizar as mãos;
11. Retirar óculos de proteção.

7. RESPONSABILIDADES

Camareiro: executar o procedimento na área, conforme descrições acima

Obs: O HMAP não dispõe de serviço de camareira.

Técnico de Serviço: responsável por acompanhar e orientar no que for necessário o profissional in loco;

Líder de Serviço: responsável por realizar as rondas, monitorar, acompanhar as atividades e orientar no que for necessário aos colaboradores.

Supervisor de Serviço: responsável pela gestão da equipe e acompanhamento das atividades propostas e orientação à equipe técnica.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Risco: Falha na utilização dos EPI's durante os processos de limpeza e desinfecção das superfícies e pisos

Ponto Críticos: Falha no processo de limpeza e desinfecção

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Colaborador treinado

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Treinamento admissional ou a cada 12 meses

11. REGISTROS DA QUALIDADE

N/A

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

N/A

13. ANEXOS

N/A

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

N/A

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

INTRODUÇÃO

Esta política estabelece os critérios para auxiliar a instituição a direcionar o desenvolvimento de ações que reduzam o risco de ocorrência de erros de medicação com os medicamentos considerados de Alta Vigilância.

O Institute for Safe Medication Practices (ISMP) baseado nos resultados das notificações dos eventos de erros de medicação reportados ao USP-ISMP Medication Errors Reporting Program, revisão da literatura e consulta a especialistas, criou uma lista de medicamentos considerados high-alert, (disponível em http://www.ismp.org ou http://www.ismp-brasil.org).

Todos os profissionais envolvidos nos processos de produção e utilização de medicamentos potencialmente perigosos devem conhecer os riscos associados ao seu uso e implementar barreiras especiais para prevenir a ocorrência de erros. Essas ações envolvem a disponibilização de informações relacionadas aos medicamentos, restrição do acesso, utilização de rótulos e etiquetas diferenciadas nos medicamentos, alertas durante a prescrição médica eletrônica, padronização das solicitações, armazenamento, distribuição, preparo, administração e dupla checagem durante a administração.

OBJETIVOS

- Definir os medicamentos que serão considerados de Alta Vigilância na Instituição.
- Sistematizar a abordagem dos medicamentos de Alta Vigilância no sistema de administração de medicamento da Instituição.
- Demonstrar as barreiras existentes no sistema de administração dos medicamentos considerados de Alta Vigilância, com o objetivo de minimizar a ocorrência de erros.
- Definir as medidas que evidenciarão a efetividade das barreiras criadas.

DEFINIÇÕES

Os medicamentos de alta vigilância são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos ao paciente em decorrência de uma falha no processo de utilização. Os erros associados a esses medicamentos podem não ocorrer em maior frequência, contudo, suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar danos permanentes ou a morte.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

São considerados medicamentos de alta vigilância:

- Analgésicos Opióides (todos)
- Anticoagulantes (todos)
- Insulinas (todas)
- Eletrólitos de alta concentração (Cloreto de Potássio 19,1% 10mL; Cloreto de Sódio 20% 10mL; Sulfato de Magnésio 50% 10mL; Fosfato de Potássio 2mEq/ml 10mL e Glicerofosfato de Sódio 20mL)

- Antineoplásicos (todos)

A relação completa com os nomes comerciais e princípios ativos para consulta pode ser acessada no manual farmacêutico.

1. BARREIRAS PADRONIZADAS PARA REDUÇÃO DE ERROS COM MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA.

1.1. SELEÇÃO E AQUISIÇÃO:

- É padronizado e adquirido o menor número de apresentações desses medicamentos para atender às indicações clínicas.

1.2. ARMAZENAMENTO:

- O armazenamento dos medicamentos de alta vigilância prevê ações que garantem a correta rotulagem, alocação, distanciamento, considerações necessárias para estocagem de medicamentos com nome ou sons parecidos, medicamentos com mesma apresentação e dosagens/concentrações diferentes e medicamentos com embalagens semelhantes.

☐ Os locais de estoque dos medicamentos de alta vigilância são identificados com os dizeres: ATENÇÃO: MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA (MAVi) e possuem acesso restrito.

☐ Eletrólitos de Alta Concentração: são dispensados pela Farmácia Satélite com diluentes conforme prescrição médica em uma embalagem plástica separada das demais medicações e com uma etiqueta ATENÇÃO MEDICAMENTO ALTA VIGILÂNCIA DILUIR, sendo dispensados imediatamente antes da administração, não ficando dessa forma, armazenados nas alas de internação.

☐ Morfina 10mg/mL: as ampolas de morfina de 10mg/ml ap 1mL são dispensadas nas farmácias satélites das Unidades de Internação apenas quando prescritas em soluções para administração contínua. Para administração direta, são dispensadas apenas as apresentações de 0,2mg/mL e 2mg/2mL.

☐ Antineoplásicos (todas as vias): são dispensados pela Farmácia manipulados (diluídos), quando aplicável, e prontos para uso com etiqueta laranja com os dizeres MAVi observar precauções de segurança para manuseio e administração.

1.3. PRESCRIÇÃO: as prescrições médicas eletrônicas dos medicamentos de alta vigilância contêm a sigla MAVi após a descrição do item e são verificadas pelo farmacêutico antes da dispensação, no processo de atenção à prescrição médica.

- Existem protocolos institucionais que orientam a prescrição de heparina, insulina, eletrólitos de alta concentração e quimioterápicos:

☐ Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Cardiovasculares (“Não Neurológicos”)

☐ Protocolo de Infusão Intravenosa de Heparina em Pacientes Neurológicos

☐ Diagnóstico e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia nos internados

☐ Diretrizes para a correção de distúrbios eletrolíticos (adulto, pediátrico e neonatal)

☐ Diretriz para prescrição de medicamentos especiais

1.4. PREPARO E DISPENSAÇÃO:

- Preparo e dispensação mediante leitura do código de barras que confere as informações da prescrição e do medicamento (nome do medicamento, validade, lote, apresentação, dose e paciente), após o processo de atenção à prescrição médica e verificação realizada pelo farmacêutico.
- Insulina: a manipulação de solução de insulina endovenosa para infusão contínua nas unidades permitidas é feita pela enfermagem com dupla checagem da prescrição e manipulação. Antes da dispensação de insulinas não padronizadas o farmacêutico da Central de Atenção à Prescrição (CAP) confere a insulina com a prescrição médica para garantir a correta dispensação e identifica com a etiqueta padronizada com o alerta MAVi.
- Soros com Eletrólitos de Alta Concentração: são disponibilizadas soluções padronizadas para prescrição. A relação das soluções padronizadas com eletrólitos disponíveis no HMAP se encontra no Manual Farmacêutico,(intranet da SBIBAE ou físico).

1.5. ADMINISTRAÇÃO:

- Execução da administração segura de medicamentos, como medida preventiva de erros, verificando: identificação do paciente, medicamento, horário, frequência, dose e via de administração com a prescrição médica.
- A administração de insulina, heparina endovenosa e eletrólitos de alta concentração, antineoplásicos e metadona injetável seguem processos que envolvem a obrigatoriedade de dupla checagem. Os antineoplásicos possuem, obrigatoriamente, processo de tripla checagem realizado pelos profissionais médico, farmacêutico e enfermeiro antes do preparo do medicamento.
- Insulina:

☐ A administração endovenosa contínua de insulina é restrita às unidades de terapia intensiva.

☐ É permitido o uso de insulina endovenosa contínuo como solução polarizante nas unidades não intensivas, com até 10 UI de insulina regular.

☐ A administração endovenosa em dose única de insulina nas unidades de terapia não intensiva é restrita à dose de 0,1UI a cada quilograma de peso.

1.6. MONITORAMENTO:

- O monitoramento dos pacientes que recebem anticoagulantes se dá através de:

☐ Acompanhamento de exames laboratoriais e da instituição de ações e acompanhamento dos sinais e sintomas previstos nos protocolos institucionais.

☐ Discussão entre o farmacêutico clínico e o enfermeiro, verificando os itens descritos abaixo:

o Indicação da heparina endovenosa;

o TTPA e o tempo de infusão;

o Contagem de plaquetas e solicitação do exame;

o Se o item está ligado a um diluente na prescrição médica (para heparina endovenosa).

• O monitoramento dos pacientes que recebem insulina se dá através do acompanhamento dos resultados de glicemia capilar realizados conforme Protocolo institucional Diagnóstico e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia e procedimento de Verificação de Glicemia Capilar. Importante: O laboratório Clínico através da Rotina do Pânico comunica alterações no TTPA, RNI e Glicemia. Esta rotina prevê resultados que podem traduzir alterações clínicas que demandem a atuação do médico.

• Para pacientes que não estão no Protocolo de Heparina é indicada a realização de exames de acordo com a tabela abaixo:

Indicação da frequência dos exames laboratoriais de acordo com o resultado - para pacientes que não estão no Protocolo de Heparina
▪ Acima de 200.000/mm3 de sangue (exame a cada 3 dias) ▪ Entre 70.000/mm3 de sangue até 200.000/mm3 de sangue (exame a cada 2 dias) ▪ Abaixo de 70.000/mm3 de sangue (exame todos os dias) ▪ Abaixo de 50.000/mm3 de sangue - a administração de heparina endovenosa está contra indicada

1.7. EDUCAÇÃO:

A educação do staff para a administração de Medicamentos de Alta Vigilância é realizada de acordo com política institucional Conhecimentos requeridos para Atuação da Equipe de Enfermagem. O paciente deve ser inserido no processo de administração de medicamentos, sendo informado da medicação a ser administrada bem como os efeitos esperados. Além disso, o paciente tem direito de ter acesso à prescrição médica.

2. IDENTIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

Os locais de estoque dos medicamentos de alta vigilância devem estar identificados com os dizeres: ATENÇÃO MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA (MAVi) e os medicamentos identificados individualmente, conforme descrito na tabela abaixo:

CLASSE TERAPÊUTICA	**IDENTIFICAÇÃO**
Eletrólitos de Alta Concentração	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi ATENÇÃO: DILUIR**
Anticoagulantes Injetáveis	Etiqueta com a descrição: **MAVi ATENÇÃO: ANTICOAGULANTE**
Anticoagulantes Orais	Unitarizado e embalado em papel celofane vermelho com a descrição: **MAVi**
Insulinas	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi**
Opióides Injetáveis	Etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi**
Opióides Orais	Unitarizado e embalado em papel celofane vermelho com a descrição: **MAVi**
Antineoplásicos Injetáveis	Frasco com etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi** Após diluição recebe etiqueta de cor laranja com os dizeres**:** **MAVi**: observar precauções de segurança para manuseio e administração**.**
Antineoplásicos Orais	Frasco com etiqueta de cor vermelha com a descrição: **MAVi** Após diluição recebe etiqueta de cor laranja com os dizeres**:** **MAVi**: observar precauções de segurança para manuseio e administração**.**

RESPONSABILIDADES

As equipes assistenciais e de apoio da farmácia, enfermagem e médico são responsáveis pelo cumprimento desta política.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Portaria nº 2.095/ 2013 Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos)

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Não se aplica

ANEXOS

Não se aplica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lista de medicamentos considerados High-alert disponível em www.ismp.org ou www.ismpbrasil.org.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Manual Farmacêutico

Prevenção de Pneumonia associada à ventilação mecânica

1. DEFINIÇÃO

A pneumonia associada à assistência à saúde corresponde à segunda infecção mais comumente adquirida nos hospitais (15 a 20% do total das infecções). Tem impacto nos custos hospitalares, prolonga a permanência hospitalar entre 4 a 10 dias e está relacionada a pior evolução do paciente (mortalidade atribuída à Pneumonia associada à Ventilação Mecânica - PAV entre 7,3 e 30,3%).

PAV: é o quadro de pneumonia em pacientes em ventilação mecânica (VM), por dois dias de calendário, sendo o dia 1 a data de inicío da VM. E a VM estava presente no dia do evento ou no dia anterior.

Dia do evento: é a data que os sintomas aparecem pela primeira vez, podendo ser considerado um período de 7 dias para o aparecimento de outros sintomas que preenchem os critérios de PNM/PAV.

2. OBJETIVOS

Abordar os principais fatores de risco associados à aquisição de PNM/PAV associada à assistência à saúde.

3. INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

Indicado para todos os pacientes submetidos à VM.

Contraindicação: Pacientes que possuam contra indicação às medidas recomendadas.

4. RESPONSÁVEIS

Equipe multiprofissional: médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia, e outros profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Conhecimento das equipes em relação aos fatores de risco e medidas preventivas para PAV. Recursos materiais adequados para manutenção da qualidade e segurança na assistência à saúde.

6. MATERIAL

Kit para higiene oral com sucção Clorexidine 0,12% solução oral Sistema de aspiração a vácuo Cuba rim

Sonda de aspiração traqueal Cânula com aspiração subglótica Luvas esterilizadas

Luvas de procedimento Cuffômetro

Cama com graduação

Gaze Swab dental (Dentips®)

Água estéril

Produto alcoólico/ sabonete para higiene de mãos.

7. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

Orientar e solicitar a participação do paciente e familiar para que um conjunto de medidas seja aplicado continuamente com o objetivo de prevenir a PAV. São elas: higiene de mãos, manter a cabeceira elevada entre 30 a 45°C, manter nível de sedação alvo terapêutico e diminuí-la quando possível, aspirar secreção de vias aéreas, realizar higiene oral.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Procedimento	**Segurança**	**Proteção**
Higiene das Mãos nos 5 momentos da Assistência ao Paciente	Reduzir os riscos de transmissão de microrganismos	Paciente, Colaborador e ambiente
Realizar a Higiene oral de pacientes intubados com Clorexidine solução oral 0,12% exceto neonatos	Diminuir a colonização de orofaringe	Paciente
Manter decúbito elevado entre 30 e 45º, exceto quando houver contraindicação clínica.	Reduzir a aspiração do conteúdo gastrointestinal, orofaríngeo e nasofaríngeo.	Paciente
Manter nível de sedação alvo terapêutico e diminuí-la quando possível para a extubação, exceto neonatos	Reduzir o tempo de ventilação mecânica	Paciente

Aspiração Subglótica, em pacientes com previsão de ventilação mecânica Maior que 48 a 72 horas, exceto crianças e neonatos	Remover a secreção acumulada acima do cuff reduzindo a colonização pela microbiota da cavidade oral	Paciente
Troca de equipamentos e materiais de assistência ventilatória conforme periodicidade recomendada em procedimento próprio	Garantir a segurança na utilização e manutenção de materiais e equipamentos de assistência ventilatória	Paciente
Monitorização de pressão de cuff nos pacientes submetidos à ventilação mecânica, exceto neonatos	Evitar a excessiva pressão ou pressão insuficiente que pode comprometer a mucosa traqueal ou favorecer as microaspirações	Paciente

9. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Falha na periodicidade da higiene oral nos pacientes intubados.
Falta dos produtos para higiene oral nos leitos dos pacientes intubados.
A não realização da troca das escovas dentárias com sucção diariamente. Manutenção do decúbito da cama menor do que 30º.
Interrupção da aspiração subglótica.
Falha na periodicidade da troca dos materiais de assistência ventilatória. Pressão excessiva ou insuficiente no cuff do tubo endotraqueal.
Falha no registro dos procedimentos no prontuário do paciente.

10. PADRÃO DE PRÁTICA

Material	Procedimento	Frequência	Observação	Responsável
Clorexidine solução oral 0,12%	Higiene oral com o auxílio de escovas dentárias com sucção, em pacientes intubados. Para crianças intubadas	4 vezes ao dia. 6 vezes ao dia em pacientes neurológicos.	Nos primeiros 10 dias de intubação. Item da auditoria do bundle de PAV.	Enfermagem

	que não possuem dentes utilizar swab dental (Dentips®) Verificar a presença da solução nos leitos dos pacientes intubados			Enfermagem
Antisséptico oral (isento de Clorexidine.)	Higiene oral com o auxílio de escovas dentárias com sucção, em pacientes intubados	4 vezes ao dia. 6 vezes ao dia em pacientes neurológicos.	Após o período de 10 Dias.	Enfermagem
Água estéril	Higiene oral com o auxilio de gaze em neonatos intubados	4 vezes ao dia.		Enfermagem
Escovas dentárias com sucção	Trocar as escovas dentárias com sucção para evitar armazenamento por longos períodos e proliferação de microrganismos.	Diariamente		Enfermagem
Cama/decúbito do paciente	Manutenção do decúbito elevado entre 30º e 45º.	1 vez por plantão.	Item da auditoria do bundle de PAV.	Equipe multiprofissional
NA	Avaliação do nível de sedação e observação da prontidão do paciente para a extubação.	Diariamente	Item da auditoria do bundle de PAV.	Equipe multiprofissional

Cânula de aspiração Subglótica e sistema de aspiração a vácuo	Verificar se a via de aspiração da cânula está conectada ao vácuo. Verificar se a pressão do manômetro do vácuo está adequada. Realizar aspiração de secreções subglóticas quando o paciente for permanecer por mais de 72h em ventilação mecânica, de forma intermitente ou controlada por dispositivo Especialmente desenvolvido para este fim.	1 vez por plantão	Item da auditoria do bundle de PAV.	Enfermagem e fisioterapia
materiais de assistência ventilatória	Troca conforme prazo ou na presença de sujidade			Enfermagem e fisioterapia
Cuffômetro	Monitorar a pressão do cuff da cânula endotraqueal	3 vezes ao dia	Pressão mínima de 20 a 25 cmH2O	Fisioterapia

11. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Na admissão do profissional e conforme necessidade do setor.

12. REGISTRO

Todas as ações devem ser registradas no prontuário do paciente e ou checadas na prescrição de enfermagem.

13. INDICADORES DE QUALIDADE

Dados de adesão ao Bundle para Prevenção de PAV.

14. ANEXOS

NA

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Klompas M, Branson R, Eichenwald EC, Greene LR, Howell RD. Lee G, Magill SS, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 update Infect Control Hosp Epidemiol 2014. 35: 915-936.

How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. (Disponível em www.ihi.org).

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada a assistência a saúde. 2017. 37 - 51 p.

16. DOCUMENTOS RELACIONADOS

NA

17. DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

NA

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POLÍTICA DAS RECUPERAÇÕES ANESTÉSICAS DA SBIBAE

TE-5EMESSA DE

1. INTRODUÇÃO

Essa Política estabelece as normas e condições para o adequado atendimento nas unidades de Recuperação Anestésica (RA) da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), definindo os critérios para admissão e alta e os requisitos essenciais que garantam a qualidade e segurança da assistência oferecida.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

O princípio norteador desta política é garantir a Segurança do Paciente durante o período de recuperação pós anestésica.

3. OBJETIVO

A finalidade desta política é garantir a uniformidade da "assistência" prestada aos pacientes submetidos a todos os tipos de anestesia: geral, peridural, raquidiana, sedação e bloqueios até a sua alta.

4. DEFINIÇÕES

Médico – responsável pela anestesia/sedação:

Anestesiologista – Médico especialista em Anestesia conforme Política Anestesia e Sedação SBIBAE

Médico não Anestesiologista – conforme Política de Sedação para Médico não Anestesiologista na SBIBAE

Serviço de Anestesia: médico especialista em anestesiologia e enfermeiro da prática anestésica, conforme procedimento: Transporte de Paciente Crítico e Semi Crítico com a participação do Serviço da Anestesia.

Processo Anestésico: geral, peridural, raqui, sedação e bloqueios

Equipe de Enfermagem RA: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, que possuam capacitação mínima descrita nesta Política e na Política de Conhecimentos Requeridos para Atuação da Equipe de Enfermagem.

5. APLICABILIDADE

Aplicável às unidades de recuperação anestésica da SBIBAE.

6. DESCRIÇÃO

Todo paciente, após o término do procedimento anestésico deverá ser submetido a um processo de recuperação anestésica.

Critérios de admissão na RA

Paciente hemodinamicamente estável

Em ventilação espontânea sem necessidade de dispositivos para manutenção da permeabilidade das vias aéreas.

Responsivo a estímulos táteis ou verbais caracterizando estado de sedação moderada ou leve de acordo com a definição da política de Anestesia e Sedação na SBIBAE.
Estão excluídos os pacientes com hipertermia maligna* (crise deflagrada) e em precauções de contato, aérea e gotícula (que deverão ser recuperados em sala/ quarto privativo) e os pacientes internados nas unidades de pacientes graves: Unidade Terapia Intensiva (UTI), Semi-intensiva (SEMI) e Unidade Coronariana (CORO).
É de responsabilidade do anestesiologista o acompanhamento do paciente até a sala de recuperação anestésica, ou à Unidade de Pacientes Graves (UTI, SEMI e CORO) onde será feita a transferência de cuidados e será mantida a vigilância direta e monitorização dos sinais vitais do paciente, anotando em campo específico no prontuário eletrônico, a cada 15 minutos, por no mínimo 2 controles ou até que o paciente tenha condições de alta.

Um médico deve estar sempre disponível para atender às demandas dos pacientes e possíveis emergências.

*Pacientes com histórico de susceptibilidade à hipertermia maligna podem ser encaminhados à sala de RA para monitorização pós-anestésica, desde que não tenham apresentado sinais sugestivos de desencadeamento de crise.
O processo de recuperação anestésica deve ocorrer obrigatoriamente em ambiente com monitorização (oximetria de pulso, cardioscopia, pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura) e vigilância adequada, preferencialmente na RA, ou na sala do procedimento, onde haja assistência médica e de enfermagem capazes de garantir a vigilância direta e monitorização, com registros no prontuário eletrônico, não ultrapassando o intervalo de 15 min, em campo específico Critérios de Alta da Recuperação Anestesista (CARA) e Aldrete Modificado na Unidade Goiânia, até que o paciente atinja critérios para alta.
Os pacientes das unidades de pacientes graves (Unidade Terapia Intensiva, Semi-intensiva e Unidade Coronariana), submetidos à anestesia/sedação para procedimentos/cirurgias, retornarão ao leito de origem acompanhado pelo médico responsável pelo processo anestésico, que fará a transferência do cuidado para a equipe assistencial da unidade. **O CARA será aplicado, para todos os pacientes elegíveis (exceto os Pacientes sob sedação e/ou Ventilação

Mecânica), assinalado pelo enfermeiro, até que o paciente tenha critérios de alta, mínimo 2 controles, quando o enfermeiro descontinuará o CARA. Caso o paciente apresente alguma alteração nos itens avaliados, não atingindo escore de alta, o plantonista será acionado para conduta, registrando em Evolução Médica.

**Exceto Unidade Goiânia que está em fase de desenvolvimento do CARA no prontuário eletrônico.

O médico responsável pelo processo anestésico deve acompanhar o paciente que foi submetido a procedimento anestésico à RA, ou local/leito equivalente onde o mesmo será recuperado e informar a equipe médica/enfermagem sobre o ato anestésico, intercorrências específicas, cuidados especiais e a alteração dos parâmetros dos alarmes clínicos, caso seja necessário, de acordo com a Política Gerenciamento de Alarmes Clínicos. Esta alteração do padrão do alarme deverá ser anotada na admissão do paciente na RA, no prontuário eletrônico. Padrão dos Alarmes da RA em anexo.

A monitorização da saturação de oxigênio deve ocorrer durante toda transferência para a RA, independentemente da localização da RA.

Quando a RA for fora da área do procedimento:

- Mesmo andar: Acrescentar Ambu + cilindro de O2
- Outro andar: Ambu + cilindro de O2 + maleta de transporte

Na Medicina Diagnóstica Ambulatorial (MDA), os pacientes poderão ser acompanhados pelo Serviço de Anestesia conforme definido no procedimento de Transporte de Pacientes Críticos e Semi Críticos com a participação do Serviço da Anestesia exclusivo para unidade Morumbi.

Critérios de Alta da RA

Os critérios de alta da recuperação anestésica para pacientes adultos e pediátricos são baseados no **CARA - Critério de Alta em Recuperação Anestésica e na Unidade Goiânia no Aldrete Modificado.** Os escores do CARA de referência para alta da recuperação anestésica para adultos e crianças estão definidos na tabela 1.

Paciente	Valor Mínimo - Escore de Alta
Adulto Ambulatorial	12 pontos
Adulto Internado	10 pontos
Pediátrico Ambulatorial	10 pontos
Pediátrico Internado	08 pontos

Tabela 1. Escore mínimo de alta para recuperação anestésica em adultos e crianças. A ocorrência de padrões de avaliação com asterisco impossibilita a alta da recuperação anestésica.

PAD não aplicável para pacientes pediátricos (0-12 anos), salvo em condições especiais. Déficits Neurológicos, Motores e Auditivos prévios não contraindicam a alta. Critérios de Alta segundo escore Aldrete modificado (Unidade Goiânia)

Paciente	Valor Mínimo - Escore de Alta
Adulto Ambulatorial	10 pontos
Adulto Internado	08 pontos

Tabela 2. Escore mínimo de alta para recuperação anestésica em pacientes >= 12 anos. A ocorrência de padrões de avaliação com asterisco impossibilita a alta da recuperação anestésica.

Todos os pacientes serão mantidos monitorizados SAT O2; FC; FR; PANI e Tº (exceto os pacientes pediátricos, onde a PAD não é aplicável de rotina), e os controles registrados eletronicamente em campo específico a cada 15 min, até que o paciente esteja em condições de alta (mínimo 2 controles);

Na recuperação do Centro Obstétrico, as pacientes permanecerão monitorizadas por pelo menos uma hora, para vigilância da involução uterina e sangramento conforme protocolo institucional. Para garantir o processo seguro de administração de medicação na RA, o anestesista deverá prescrever no plano da RA os fármacos e cuidados a serem realizados pela enfermagem durante a permanência do paciente na RA. Após prescrição de alta anestésica o plano será descontinuado automaticamente.

Obs. Paciente com condição de alta anestésica, mas sem leito disponível nas unidades de internação, para continuidade do cuidado, após a prescrição de alta do anestesista, deverão ter o plano do andar iniciado.

Estando em condições de alta, o médico responsável pela anestesia será chamado para efetuar a alta, desde que haja pontuação mínima, e **não haja ocorrência de padrões avaliados com asterisco:**

☐☐* Saturação de oxigênio pela oximetria menor que 90%
☐☐* Variação de pressão arterial diastólica maior que mais ou menos 30% em relação ao valor pré-anestésico

☐☐* Náuseas e vômitos presentes
☐☐* Ausência de resposta a estímulos auditivos*
☐☐* Ausência de sensibilidade e movimentação dos membros*
☐☐* Dor moderada (escore > 3)

Observação: Bloqueios de nervos periféricos na RA são autorizados somente para tratamento de dor de difícil controle sem resposta a outra intervenção. O anestesista deverá registrar em evolução médica o motivo da realização do procedimento anestésico na RA.

Unidade Goiânia:

Estando em condições de alta, o médico responsável pela anestesia será chamado para efetuar a alta, desde que haja pontuação mínima, e **não haja ocorrência dos seguintes padrões avaliados na escala de Aldrete modificado:**

- Não move os membros
- Apneia
- Não responde ao chamado
- Variação de PA 50% do Nível pré anestésico
- SpO^2 <90% com O^2

Além dos critérios impeditivos de alta da escala de Aldrete modificado, são impeditivos de alta as ocorrências de:

- Dor moderada (escore >3)
- Náusea e vômito presente

A prescrição de alta do paciente no período de RA é de responsabilidade intransferível do médico que realizou o processo anestésico ou de outro médico designado por ele.

Caso o médico responsável pelo processo anestésico opte em dar alta mesmo com algum item em negrito, a justificativa deve ser registrada eletronicamente em campo específico de evolução médica.

De acordo com a Resolução **CFM 1886/2008**, para a realização do procedimento ambulatorial*, além da aplicação dos critérios de alta descritos, devem ser considerados que os pacientes apresentem:

- Orientação no tempo e no espaço;
- Estabilidade dos sinais vitais por 1 hora;
- Ausência de vômitos;
- Ausência de dificuldade respiratória;
- Capacidade de ingerir líquidos;
- Capacidade de locomoção como antes, se o procedimento permitir;

- Sangramento mínimo ou ausente;
- Ausência de dor (escore =ou<3);

Dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

* Entende-se por procedimento ambulatorial aquele no qual o paciente receberá alta hospitalar imediatamente após sua saída da recuperação anestésica, **sendo obrigatória a presença de um acompanhante, maior, que se responsabilizará em acompanhar o paciente.**

Intercorrências na Recuperação Anestésica

Nos casos de eventos na RA relacionados à intercorrências anestésicas, o médico responsável pelo processo anestésico será acionado para condutas:

Intercorrências mais frequentes em recuperação anestésica:

Náuseas e vômitos
Dor
Hipotensão
Sonolência
Sangramento
Desconforto respiratório

Nas unidades que dispõem do serviço de atendimento do time de resposta rápida, o acionamento do Código de Emergência deverá ser realizado pelo Enfermeiro conforme Política institucional.

Critérios de Acionamento do *Código Amarelo*:

- Mudanças Agudas No Estado Geral Do Paciente

Critérios de Acionamento do *Código Azul*:

- Suspeita de Parada Cardiorrespiratória (PCR)

Critérios de Acionamento do Código H * (Hemorrágico)

- PAS< 90mmHg após 500ml de ressuscitação volêmica
- PAD < 60mmHg após 500ml de ressuscitação volêmica
- FC > 110bpm após 500ml de ressuscitação volêmica
- Palidez cutânea **associada aos fatores acima**
- Diagnóstico de sangramento por imagem

- Resultado de Pânico em exames de coagulação
  (***Código ainda não Instalado na Unidade Goiânia)**

Critérios para acionamento Código de Via Aérea Difícil (VAD)

- Não recuperação da oxigenação após primeira tentativa (SaT O2 < 90%)
- Insucesso na IOT após 2ª tentativa
- Diagnostico prévio de VAD caso necessário a presença do especialista

Quando a transferência do paciente da RA para setores de menor complexidade (o que inclui o domicílio) for atrasada por critérios clínicos em até 3 horas, será avaliado pelo seu médico anestesista e encaminhado para uma unidade de paciente grave (UTI, SEMI, CORO).

Na ausência do anestesista o código amarelo será acionado. Situações em que não houver concordância na conduta, o fluxo de resolução de conflitos na assistência ao paciente deverá ser acionado.

7. RESPONSABILIDADES

Médico:

Cadastrado no HIAE, e em conformidade com a política Regras Gerais para Atividade Médica no HIAE

Enfermeiro:

Conformidade com a Política de Conhecimentos Requeridos para atuação da equipe de enfermagem

Recomenda-se experiência mínima de 1 ano no atendimento a paciente crítico;

Técnico de Enfermagem:

Conformidade com a Política de Conhecimentos Requeridos para atuação da equipe de enfermagem;

Recomenda-se experiência mínima de 1 ano no atendimento a pacientes críticos

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

- Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 2174/2017
- Resolução CFM Nº 1886/2008 - Anestesia Ambulatorial
- Lei n. 7.498/1986 - Regulamentação do exercício da enfermagem
- Resolução 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Todos os procedimentos descritos acima deverão ser registrados no prontuário eletrônico do paciente em campos específicos de recuperação pós anestésica.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

O registro das intercorrências relativas a todo o período de recuperação anestésica será feito eletronicamente em campo específico, no momento da alta do paciente.

Intercorrência: qualquer alteração clínica que exigiu intervenção

São eles:

- Hipoxemia (SpO2<92%)
- Alteração da frequência e/ou ritmo cardíaco que necessite de intervenção
- Dor moderada/forte com necessidade de analgésicos
- Aumento da Pressão arterial que necessite intervenção farmacológica
- Queda da Pressão arterial que necessite de intervenção (farmacológica ou expansão volêmica)
- Hipotermia (t < 35,5ºC)
- Náuseas e vômitos pós-operatória
- Uso de antagonistas de bloqueadores neuromusculares (Neostigmine, Sugamadex)
- Uso de antagonistas de benzodiazepínicos (Flumazenil)
- Retenção urinária

As intercorrências tratadas farmacologicamente, além do registro da enfermagem, serão computadas automaticamente no banco de indicadores da anestesia a partir da checagem da prescrição médica em prontuário eletrônico.

11. ANEXOS

ANEXOS

Padrão dos Alarmes Clínicos RA

Monitores RPA Padrão Adulto			
6 ONDAS +TENDENCIAS+ST			
	LIMITES DE ALARME		Origem do Alarme: Pulso
	MAX	**MIN**	Filtro
ECG	120	50	
SPO2	100	90	
PNI			
SISTÓLICA	160	90	Medidas Automáticas 15min
DIASTÓLICA	110	50	
FR	30	8	
Temperatura	38	35	

Monitores RPA Padrão pediátrico			
6 ONDAS +TENDENCIAS+ST?			
	LIMITES DE ALARME		Origem do Alarme: Pulso
	MAX	**MIN**	tro
ECG	120	50	
SPO2	100	92	
	Dessaturação	90	
PNI			
SISTÓLICA	120	50	Medidas Automáticas 15min
DIASTÓLICA	80	35	

Monitores RPA Padrão neonatal			
6 ONDAS +TENDENCIAS+ST?			
	LIMITES DE ALARME		Origem do Alarme: Pulso
	MAX	**MIN**	Filtro
ECG	190	90	
SPO2	100	92	
	Dessaturação	90	
PNI Média	80	50	Medidas Automáticas 15min

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hipertermia Maligna. Projeto diretrizes. Conselho Federal de Medicina.
- Litman, RS; Joshi, MBBS. Malignant Hyperthermia in the Ambulatory Surgery Center. How Should We Prepare? Anesthesiology 2014; 120:1306-8.
- Practice Guidelines for Postanesthetic Care - 2013
- Resolução do Conselho Federal de Medicina No. 2174/2017.
- Zhou, J et al. Neuromuscular Disorders Including Malignant Hyperthermia and Genetic Disorders. In: Gropper, MA. Miller´s Anesthesia. Philadelphia: Elsevier, 2020. p1113-1144.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Anestesia e Sedação na SBIBAE

Atendimento de Parada Cardiorrespiratória: Código Azul

Atendimento a Emergências, Urgências, Intercorrências e Avaliações Médicas de pacientes no HIAE-Morumbi - Código Amarelo

Atendimento de Urgências, Intercorrências e Avaliações Médicas de pacientes pediátricos no HIAE-Morumbi - Código Amarelo Pediátrico

Código H

Código de Via Aérea Difícil

Política de Sedação para Médicos Não Anestesiologistas Na SBIBAE

Parto Adequado – Orientações para Analgesia de Parto

Transporte Intra-Hospitalar de Pacientes Críticos e Semicríticos com a participação do Serviço de Anestesia

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POLÍTICA DE ORDEM VERBAL E TELEFÔNICA

1. INTRODUÇÃO

A prática de atendimento aos pacientes, requer constante troca de informações envolvendo os profissionais, emissor e receptor, que decodificam diferentes e numerosas mensagens relacionadas a cuidados e condutas na assistência.

Neste contexto, a comunicação efetiva entre a equipe interdisciplinar de saúde é determinante na qualidade e segurança da prestação de cuidados aos pacientes, e precisa acontecer de maneira eficaz em todos os processos assistenciais. A ocorrência de falhas de comunicação contribuem para a ocorrência de eventos adversos, que podem diminuir a qualidade dos cuidados e causar danos aos pacientes .

As prescrições realizadas por meio de *Ordem Verbal* e *Ordem Telefônica***,** estão incluídas nestes processos de comunicação.

Entende-se por Ordem Verbal e Ordem Telefônica a realização da prescrição de condutas diagnósticas e/ou terapêuticas que não foram registradas no prontuário no momento da execução (ordem verbal) ou que foram transcritas por um receptor-transcritor (ordem telefônica) , para garantir a continuidade da assistência ao paciente. Essas modalidades de prescrição podem incluir a execução e/ou a suspensão de tratamentos, procedimentos, dietas, hemocomponentes, medicamentos e exames (solicitações e/ou resultados). É imprescindível a prática de comunicação eficiente, para garantir que sejam executadas corretamente.

As ordens verbais e telefônicas podem ser mal compreendidas, mal interpretadas ou transcritas incorretamente pelo receptor da ordem, assim, são propensas a erros, devido a diferentes pronúncias dos nomes dos medicamentos, uso de abreviaturas, ambientes com barulho ou interferências, além do descumprimento das barreiras de segurança.

As prescrições por ordens verbais são permitidas exclusivamente nos atendimentos de urgência ou emergência. As ordens telefônicas só podem ocorrer quando o profissional prescritor não estiver presente no local de internação do paciente e impossibilitado de realizar a prescrição à distância no prontuário eletrônico. Nas duas situações devem ser comtempladas as práticas de segurança para garantir a comunicação efetiva relativa à administração segura de medicamentos e/ou realização correta da atividade assistencial.

Diante da relevância dessa prática, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (Sociedade ou SBIBAE) depreende esforços para estabelecer a melhor prática nas prescrições que ocorrem por meio de ordem verbais e ordens telefônicas, visando garantir prestação de cuidados de excelência e com ausência de danos decorrentes de erros causados no processo de

transmissão de itens de prescrição de cuidados, medicamentos, exames, procedimentos , entre outros.

Esta Política estabelece as permissões e condutas para segurança no processo das ordens médicas verbais e ordens médicas telefônicas nas unidades assistenciais da Sociedade, reduzindo assim os riscos de inserção de medicamentos, dietas ou condutas terapêuticas errôneas relacionados às prescrições realizadas por meio de ordens verbais e telefônicas.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas a ordens verbais ou telefônicas. Quando não houver neste documento, exemplo explícito para orientar a conduta, a decisão em relação à melhor forma de agir deve ser orientada pelos seguintes princípios:

Segurança Do Paciente: evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente.

Prudência: agir de forma cautelosa e sensata, tomando medidas de segurança com o rigor necessário que cada situação exige, evitando a imprudência.

Comunicação Efetiva: refere-se à prescrição eletrônica/ verbal/ escrita, que deve ser realizada de forma oportuna, clara, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor. Tem como objetivo evitar erros e garantir melhorias à segurança do paciente

Exceção : as prescrições por Ordem Verbal e Ordem Telefônica serão realizadas somente quando estritamente necessário, em caráter de exceção e somente nos casos previstos nesta Política.

3. OBJETIVO

Esta política tem por objetivo estabelecer regras, condutas, papéis, responsabilidades que promovam segurança na utilização das ordens telefônicas (OT) e ordens verbais (OV) na Sociedade, garantindo a segurança do paciente por meio de comunicação efetiva.

4. DEFINIÇÕES

- **Ordem Telefônica (OT)**: Trata-se da prescrição realizada por via telefônica, ocorre nas situações em que o profissional habilitado está impossibilitado, momentaneamente, de acessar o prontuário eletrônico para realizar a solicitação e/ou prescrição, bem como receber informações e resultados que possam requerer intervenção imediata.
- **Ordem Verbal (OV)**: Trata-se da prescrição emitida oralmente pelo médico e que é cumprida sem registro no prontuário eletrônico ou em papel (nos períodos de indisponibilidade do sistema) pelo executor . Ocorre nos casos em que o profissional habilitado está presente no local de internação do paciente, porém impossibilitado de prescrever por estar prestando um atendimento de urgência ou emergência.

5. APLICABILIDADE

As regras estabelecidas nesta política aplicam-se a :

- Todos colaboradores da equipe assistencial;
- Docentes, pesquisadores e estagiários : quando estiverem atuando na prestação de cuidados aos pacientes e como campo de estudo

6. DESCRIÇÃO

Ordens verbais ou telefônicas são mais propícias para erros do que ordens escritas ou enviadas eletronicamente. Interpretação de fala traz riscos por causa de diferentes sotaques, dialetos e pronúncias, ruídos de fundo, interrupções além de nomes e terminologias de medicamentos que podem variar ou ter sonoridades similares.

Ordem Telefônica

A ordem telefônica é um recurso utilizado para casos excepcionais em que o médico ou cirurgião buco maxilo facial está impossibilitado, momentaneamente, de acessar o prontuário eletrônico para realizar uma prescrição ou receber informações de pacientes ou resultados de exames que possam requerer intervenção imediata.

Indicações da ordem telefônica:

- Exames em geral, incluídos os invasivos e de risco, uma vez que as equipes médicas e interdisciplinares da Medicina Diagnóstica Avançada desta instituição realizam a análise crítica do pedido de todo e qualquer exame invasivo e de risco solicitado na SBIBAE;
- Resultados de exames diagnósticos ou terapêuticos, invasivos e não invasivos, incluindo resultados laboratoriais e inclusão de exames em amostras já coletadas. Os resultados completos do teste são documentados e lidos pelo receptor e confirmados pelo profissional que dá o resultado;
- Solicitação de internação, até que o médico chegue ao hospital, uma vez que a admissão de paciente em unidades intensivas ou especiais está condicionada à passagem de plantão entre médico titular e plantonista da unidade;
- Desencadear o processo de captação de órgãos, bem como a internação e/ou liberação do paciente, solicitação de reserva de sala cirúrgica, reserva de leito na unidade de terapia intensiva (UTI), reserva de hemocomponentes, reserva de meios de transporte para equipe e soluções para manutenção do órgão durante o transporte. plantonista da unidade;

Contraindicações da ordem telefônica:

- Alta Hospitalar;

- Medicamentos relacionados na lista (anexo 3) excluindo-se desta condição os atendimentos de urgência ou emergência;
- Prescrição de medicamentos por profissionais de enfermagem.

Ordem Verbal

A Ordem Verbal (OV) deve ser utilizada exclusivamente em situações em que o médico está presente, porém impossibilitado de prescrever por estar prestando um atendimento de urgência ou emergência ao paciente.

Indicações da ordem verbal:

- A ordem verbal é um recurso utilizado somente para atendimentos de urgência ou emergência;
- As prescrições verbais devem ser restritas exclusivamente a essas situações e registradas imediatamente após o atendimento no prontuário eletrônico ou em prescrição médica quando em situações de contingência. O registro deve conter o horário, nome do medicamento, dose e via de administração;
- Durante atendimento de emergência, o profissional que esteja responsável pelo preparo e administração da medicação deve repetir em alta voz o nome, a dose e a via do fármaco, antes da administração, para que o médico confirme a Ordem Verbal;
- Após a realização da prescrição médica é obrigatório a checagem das medicações administradas pelo profissional de enfermagem garantindo a identificação do profissional responsável pela administração.
- Solicitação de medicamentos e materiais pela equipe médica durante os procedimentos cirúrgicos, exclusivamente, nas salas operatórias.

Contraindicações da ordem verbal:

- Atendimentos não classificados como urgência ou emergência.

Recomendações de Segurança:

- Garantir a identificação correta do paciente utilizando o prontuário do paciente e o nome completo;
- Escrever a ordem telefônica (OT) nos locais específicos em prontuário (físico ou eletrônico), LER DE VOLTA para o prescritor e aguardar a confirmação;
- Repetir em alta voz o nome, a dose e a via do fármaco, antes da administração, para que o médico confirme a Ordem Verbal antes da administração do medicamento;
- Garantir atenção plena aos itens que possuem nomes, grafias ou aparência semelhantes;

- Descrever as letras similares também pode ajudar a evitar erros (exemplo: B de bola e D de dado);
- Quanto aos números, ditá-los separadamente ("um, cinco, zero" ao invés de cento e cinquenta);
- Para prescritores descrever a dose em unidade de medida ao invés de número de comprimido, pois os medicamentos podem ter apresentações diferentes (exemplo: dipirona 500mg, ao invés de dipirona 1 comprimido);
- Transcrever a OT diretamente no prontuário ao invés de folha de rascunho;
- Sempre realizar a leitura (*read back*) para o profissional emissor para garantir a conformidade das informações.

Todas as prescrições de OT e OV, assim como os outros tipos de prescrição realizadas na Sociedade, passam pelo processo de avaliação farmacêutica e , portanto, inconsistências encontradas seguem o fluxo de atenção farmacêutica para a prescrição médica. É importante que os destinatários da presente política, especialmente os profissionais envolvidos na administração de medicamentos e procedimentos, tenham em mente que estão participando de uma conduta integrativa, passível de responsabilizações, devendo, portanto, visar sempre a segurança dos pacientes e a prescrição correta dos medicamentos/procedimentos, para mitigar eventuais inconsistências, efeitos adversos ou contraindicações.

7. RESPONSABILIDADES

Médicos/ cirurgião buco maxilo facial

- Fornecer sua identificação completa (Nome e CRM);
- Informar dados obrigatórios de identificação do paciente (nome e prontuário);
- Assinar a prescrição inserida por OT em até 24 horas após sua realização;
- Inserir no prontuário eletrônico ou prescrição física, em caso de contingência, OTs realizadas por outros profissional habilitado, respeitando as normas de segurança descritas nessa política, de acordo com o anexo 1 e 2 dessa política.

Enfermeiros

- Verificar se o profissional médico/ cirurgião buco maxilo facial se encontra ativo na instituição;
- Informar dados obrigatórios de identificação do paciente (nome e prontuário);
- Transferir após validação das informações o profissional médico para o farmacêutico responsável em unidades atendidas por este serviço:
- Realizar *readback* dos dados informados quando aplicável;

- Inserir as solicitações de Terapias e/ou Interconsultas e transfusão de hemocomponentes transmitidas por OTs respeitando as normas de segurança descritas nos anexos 1 e 2 dessa política.
- Quando o sistema do prontuário eletrônico Cerner Millennium estiver indisponível, o enfermeiro poderá receber e transcrever prescrição por Ordem Telefônica, observando as regras de segurança descritas nessa Política.

Farmacêuticos

- Receber dados obrigatórios de identificação do paciente (nome e prontuário);
- Realizar *readback* dos dados informados quando aplicável;
- Inserir as OTs no prontuário eletrônico (medicamentos, outras terapias, interconsultas, transfusão de hemocomponentes e/ou dietas) respeitando as normas de segurança descritas nos anexos 1 e 2 dessa política.

Nutricionistas

- Receber dados obrigatórios de identificação do paciente (nome e prontuário);
- Realizar *readback* dos dados informados quando aplicável;
- Inserir as dietas transmitidas por OTs respeitando as normas de segurança descritas no anexo 2 dessa política.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

- Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27/09/2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, 2019.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 487/2015. Prescrições médicas.
- Resolução nº 689/2022 do COFEN - Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.
- Resolução nº 711/21 do CFF - Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares.
- Decreto nº 94.406/87 – Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências.
- Lei nº 10.406/02 - Código Civil.

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Índice de conformidade no processo de recebimento de ordem telefônica em que é verificado a descrição pelo profissional do processo de OT vigente na instituição.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Erros de medicação relacionados ao processo de OT e OV.

11. ANEXOS

Agente	Descrição
Médico	Identificar-se para o profissional da equipe multiprofissional dizendo seu nome completo.
Enfermeiro	• Perguntar ao médico/ cirurgião buco maxilo facial o número do Conselho de Classe (CRM), o prontuário e o nome completo do paciente, a qual a ordem se refere e verificar no cadastro médico, se profissional encontra-se ativo. • Entrar em contato com o farmacêutico da OT via ramal telefônico informando, nome completo do paciente, prontuário, passagem, motivo da ligação, e a identificação do médico que está na linha.
Farmacêutico da OT	Digita a passagem informada e confirma o nome completo do paciente, prontuário, passagem, leito, motivo da ligação e o nome do médico que está na linha.
Enfermeiro	Caso dados confirmados, transfere a ligação para o farmacêutico da OT.
Farmacêutico da OT	Confirmar com o médico o prontuário e nome completo do paciente; <u>Registrar no prontuário eletrônico (Cerner – Millennium), conforme fluxo abaixo</u>: • Entrar no menu lateral na aba "prescrições" • Selecionar o item adicionar • No campo "pesquisar" digitar o nome da droga a ser prescrita, dose, via de administração e frequência • Selecionar o nome do médico solicitante na tela "médico prescritor" • Selecionar a opção "telefone" como tipo de comunicação • Realizar a leitura de volta para o médico do que foi prescrito (*read back*) para conferir a prescrição realizada. • Assinar a ordem telefônica • Verificar se o medicamento se encontra com status "prescrito" se o status do medicamento está de acordo com o solicitado "prescrito" ou "cancelado" ou "descontinuado" Informar a pendência de coassinatura pelo médico prescritor que tem um prazo máximo de 24 horas para coassinar. Observação: • Nos casos de contingência/parada do sistema Cerner, o enfermeiro(a)_é responsável por receber a ordem telefônica e registrar no prontuário físico (papel).

	Em prontuário físico deve-se: • Escrever na prescrição a ordem do médico/ cirurgião buco maxilo facial , registrando o horário da OT, o nome completo do profissional e CRM/CRO. Realizar a leitura de volta para o profissional prescritor do que foi prescrito (read back), para conferir a prescrição realizada. • Finalizar o registro com as informações do profissional que está recebendo a OT, inserindo nome e número do conselho profissional. • Enviar cópia da prescrição para a central de transcrição **Importante :** Caso o médico/ cirurgião buco maxilo facial se recuse a fornecer os dados de identificação, dele ou do paciente, a OT não deve ser aceita pelo profissional.
Farmacêutico	Realiza a verificação da prescrição feita por OT, contata o médico se necessário e dá o aceite.
Médico	O médico/ cirurgião buco maxilo facial emissor da ordem telefônica confirma a ordem recebida pelo profissional receptor e possui 24 horas para realizar a coassinatura no prontuário eletrônico ou validação no prontuário físico.

Anexo 1: Descrição do procedimento de OT para medicamentos (Exclusividade farmacêutico da OT)

Agente	**Descrição**
Médico	Identificar-se para o profissional da equipe multiprofissional dizendo seu nome completo.
Equipe Multiprofissional	• Perguntar ao médico o número do Conselho de Classe (CRM), o prontuário e o nome completo do paciente, a qual a ordem se refere e verificar no cadastro médico, se profissional encontra-se ativo. • Confirma o nome completo do paciente, prontuário, passagem, leito, motivo da ligação e o nome do médico/ cirurgião buco maxilo facial que está na linha. Registrar no prontuário eletrônico a solicitação médica de outras terapias, interconsultas, dietas e transfusão de hemocomponentes.

	• Em prontuário físico deve-se: Escrever na prescrição médica a ordem do médico, registrando o horário da OT, o nome completo do médico e CRM. Realizar a leitura de volta para o médico do que foi prescrito (read back) para conferir a prescrição realizada. Finalizar o registro com as informações do profissional que está recebendo a OT, com nome e número do conselho profissional. Enviar cópia da prescrição para a central de transcrição • Caso o médico se recuse a fornecer os dados de identificação dele ou do paciente, a OT não deve ser aceita pelo profissional.
Médico	• O médico/ cirurgião buco maxilo facial emissor da ordem telefônica confirma a ordem recebida pelo profissional receptor e possui 24 horas para realizar a coassinatura no prontuário eletrônico ou validação no prontuário físico.

Anexo 2: Descrição do procedimento de OT para outras terapias, interconsultas, transfusão de hemocomponentes e/ou dietas.

Medicamentos não permitidos para prescrição por Ordem Telefônica
Adenosina
Adrenalina
Alfentanila
Alteplase
Amiodarona EV
Atropina
Brometo de pancurônio
Brometo de vecurônio
Bupivacaína
Cetamina
Cisatracúrio
Citrato de Sufentanila
Dexmedetomidina
Diazepam EV
Dobutamina

Dopamina
Efedrina
Etomidato
Fenilefrina
Fentanila EV
Fosfolípide de pulmão porcino
Haloperidol EV
Isoflurano
Isoprenalina
Levobupivacaína
Levobupivacaína e epinefrina
Levosimendan
Lidocaína
Lidocaína e epinefrina
Metadona EV
Metaraminol
Midazolam EV
Nitroglicerina
Nitroprussiato de sódio
Norepinefrina
Pancurônio
Propofol
Remifentanil
Rocurônio
Ropivacaína
Sevoflurano
Sufentanila
Suxametônio
Tenecteplase
Terlipressina

*Medicamentos da lista acima, quando utilizados para início de sedação paliativa, são permitidos.

Antineoplásicos
Abiraterona

Alectinibe
Anastrazol
Atezolimumabe
Avelumabe
Azacitidina
Bendamustina
Bentuximabe
Bevacizumabe
Bleomicina
Blinatumomabe
Bortezomibe
Cabazitaxel
Capecitabina
Carboplatina
Carfilzomibe
Carmustina
Ciclofosfamida
Cisplatina
Citarabina
Cladribina
Clofarabina
Clorambucila
Crizotinibe
Dacarbazina
Dactinomicina
Daratumumabe
Daunorrubicina
Degarelix
Docetaxel
Doxorrubicina
Durvalumabe
Elotuzumabe
Enzalutamida
Epirrubicina
Eribulina

Etoposideo
Exemestano
Fludarabina
Fluoruracila
Fulvestranto
Gemcitabina
Gencitabina
Gentuzumabe
Hidroxiureia
Ibrutinibe
Idarrubicina
Ifosfamida
Imatinibe
Ipilimumabe
Irinotecano
Lenalidomida
Melfalano
Mercaptopurina
Metotrexato
Midostaurina
Mitomicina
Mitoxantrona
Nimotuzumabe
Nivolumabe
Obinutuzumabe
Olaratumabe
Oxaliplatina
Paclitaxel
Pazopanibe
Pegaspargase
Pembrolizumabe
Pemetrexede
Pertuzumabe
Ramucirumabe
Ribociclibe

Ruxolitinibe
Sorafenibe
Sunitinibe
Temozolomida
Tensirolimo
Topotecana
Trastuzumabe
Tretinoína
Trióxido de arsênio
Venetoclax
Vimblastina
Vincristina
Vinflunina
Vinorelbina

Quadro 3: Lista de medicamentos não permitidos para prescrição por OT.

12. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Consórcio brasileiro de acreditação; Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 7ª ed., 2021.

Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders. Pennsylvania Patient Safety Authority, ECRI & ISMP. Vol. 3, No. 2 — June 2006**.**

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

DIRETRIZES PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA AO USO DE CATETER VENOSO CENTRAL

1. OBJETIVO

Abordar os principais fatores de risco associados à aquisição da infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central.

Descrever as diretrizes para prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao uso de cateter venoso central.

2. APLICABILIDADE

Indicado para todos os profissionais que estão envolvidos em todo e qualquer tipo de manuseio dos variados tipos de cateteres venosos centrais.

3. INTRODUÇÃO

Essa Política estabelece as diretrizes para prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao uso de cateter venoso central.

4. DIRETRIZ

A infecção da corrente sanguínea (ICS) é uma das principais complicações infecciosas entre os pacientes submetidos à terapia intravenosa, especialmente, aqueles com cateter venoso central (CVC). Aproximadamente 90% das infecções da corrente sanguínea ocorrem devido ao uso de CVC (1).

Dados americanos estimam ao ano 250.000 infecções da corrente sanguínea relacionadas à CVC (ICSR- CVC), com morte atribuível de 12,5% a 25%, custo de cada tratamento em cerca de US$ 25.000,00 e no total um custo de $296 milhões a $2.3 bilhões (2;10).

A característica invasiva do CVC, que rompe a barreira mecânica da pele favorece a penetração de bactérias e fungos diretamente na corrente sanguínea, que pode ocorrer de várias maneiras, incluindo a contaminação do dispositivo por (2;10):

- Microbiota da pele no momento da inserção;
- Migração de microrganismos da pele pelo trato percutâneo (espaço entre o cateter e a pele/tecido subcutâneo);
- Transferência de microrganismos através da conexão durante a manipulação do acesso vascular (coleta de sangue, administração de medicamentos contaminados, troca de

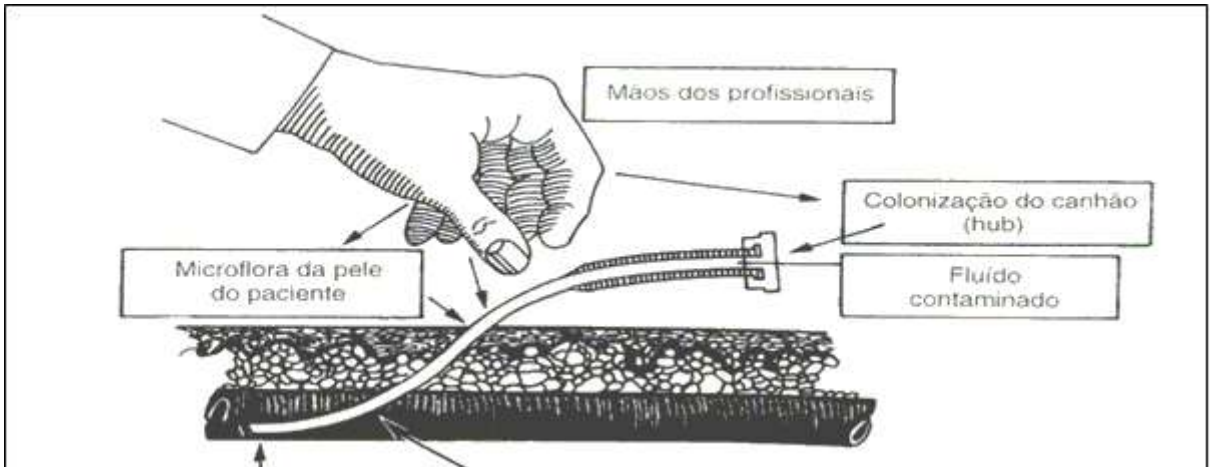
equipos, etc);

- Disseminação microbiana hematogênica de outra fonte de infecção (modo mais raro de contaminação)

As principais fontes são a pele (CVC < 10 dias) e a conexão/canhão do cateter (CVC > 10 dias) que podem se contaminar com a microbiota do paciente ou com as mãos da equipe de saúde que manipula o dispositivo. Para cateteres de curta permanência, não-tunelizado, sem cuff, a pele é a principal fonte de infecção, ou seja, os microrganismos migram através da superfície externa do cateter para o segmento cutâneo e subcutâneo, colonizando a ponta do cateter. Para os cateteres de longa permanência, como os tunelizados, com cuff, semi- implantados, a conexão do cateter, canhão e o lúmen são a principal via de entrada de microrganismos (2;3).

Outro aspecto que tem desafiado os pesquisadores é a formação de biofilme nesses dispositivos. Os microrganismos se aderem e multiplicam-se neste dispositivo, formando uma comunidade estruturada, fechada e protegida numa matriz, onde se cooperam mutuamente para se protegerem de um ambiente hostil, composto por leucócitos polimorfonucleares (neutrófilos) e antimicrobianos. Os microrganismos comumente isolados de biofilmes de CVC são: Staphylococcus epidermidis, S. aureus, Candida albicans, P. aeruginosa, K. pneumoniae e Enterococcus faecalis (3,4).
Resumidamente, a ICS relacionada à CVC é o resultado de uma série complexa de eventos: contaminação do cateter, aderência de microrganismos à superfície interna e externa do cateter, colonização e disseminação microbiana na corrente sanguínea. Os antimicrobianos podem eliminar os microrganismos livres na corrente sanguínea - liberados do biofilme, mas, falham em erradicar os que estão embebidos no biofilme. Portanto, entender a patogênese é fundamental para adotar as melhores práticas, objetivando a segurança do paciente quanto à prevenção das infecções da corrente sanguínea.

Fig. Potenciais fontes de infecção:



4.1 Fatores de Risco

A ocorrência das ICS depende do tipo de cateter (curta ou longa permanência), sítio de inserção, tipo de material e tempo de utilização (2;3).

- Os cateteres de longa permanência, cirurgicamente implantados - semi ou totalmente, têm menor risco infeccioso devido à barreira formada pelo túnel subcutâneo, cuff e a pele/reservatório.

- A densidade microbiana no sítio de inserção é o maior fator de risco para ocorrência de infecção da corrente sanguínea. Assim, os cateteres inseridos na veia jugular interna e femoral tem maior risco infeccioso quando comparado à inserção em veia subclávia. Os cateteres inseridos na veia femoral também têm sido associados a um maior risco de trombose venosa profunda do que os inseridos na jugular ou subclávia.

Diretrizes

Essas diretrizes foram definidas com base em evidências científicas, tendo como fonte as seguintes recomendações: Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), American College of Chest Physicians (ACCP), Society of Critical Care Medicine (SCCM), Surgical Infection Society, Infusion Nurses Society (INS), Infectious Diseases Society of America (IDSA), Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC), Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), American Thoracic Society (ATS), American Society of Critical Care Anesthesiologists (ASCCA), Oncology Nursing Society (ONS), American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), Society of Interventional Radiology (SIR), American Academy of Pediatrics (APP), Pediatric Infectious Diseases Society (PIDS), Associação de Estudos e Prevenção de Infecção Hospitalar (APECIH). Além disso, atendemos aos

regulamentos/legislações do governo federal, estadual e municipal, assim como organizações de acreditação em qualidade - Joint Commission International e ISO.

4.2 <u>As melhores práticas para Prevenir Infecção da Corrente Sanguínea</u>

Utilize o pacote de medidas, grupo de intervenções baseadas em evidências, em pacientes com CVC. As seguintes medidas aplicadas em conjunto mostraram melhores resultados do que aplicadas individualmente (2;7;8;9;10):

1. Higiene de mãos antes de inserir CVC: degermação cirúrgica de mãos utilizando PVP-I, clorexidina degermante ou produto alcoólico.
2. Barreira máxima estéril:

- gorro cobrindo o cabelo;
- máscara cobrindo boca e nariz;
- avental e luvas estéreis;
- campos cirúrgicos estéreis grandes cobrindo o corpo e cabeça do paciente na inserção de todos os CVC, incluindo a troca de CVC com fio guia.

3. Preparo da pele: clorexidina degermante e a seguir com clorexidina alcoólica
4. Seleção do sítio de inserção: preferir a veia subclávia e evitar veia femural.
5. Revisão diária da necessidade do CVC, removendo-o prontamente se não houver mais indicação clínica.

Após a inserção do CVC documente todo o processo e eduque os pacientes / familiares / cuidadores quanto aos cuidados necessários durante o uso do CVC para o seu tratamento.

4.3 Resumo de recomendações: Prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea Relacionada a Dispositivo Intravascular (2,3,10,11)

As recomendações são categorizadas conforme o nível de evidências científicas disponíveis, racional teórico, aplicabilidade e impacto econômico (2;10):

- Cat IA: fortemente recomendada - apoiada em estudos experimentais, clínicos ou observacionais bem desenhados.

- Cat IB: fortemente recomendada - embasadas por certos estudos experimentais, clínicos ou observacionais bem desenhados e forte embasamento racional teórico.

- Cat IC: requerido por padrões, regras e leis.

- Cat. II: Medidas sugeridas - apoiadas em estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos ou baseadas em forte racionalidade teórica.

- Nenhuma recomendação ou assunto não resolvido: não há evidência suficiente ou falta consenso quanto eficácia/efetividade

Em 2014, o SHEA publicou recomendações para prevenção de ICS cujo nível de evidência é baseado no GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation) da Canadian Task Force on Preventive Health Care (11):

I – Alto nível de evidência

II – Moderado nível de evidência

– Baixo nível de evidência (incluindo opinião de experts)

Recomendações	***Força de evidência10***	***Força de evidência11***
1. Educação /Treinamento /Profissionais		
Educar o profissional da saúde sobre as indicações, procedimento para a inserção, manutenção e medidas de prevenção e controle de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao cateter intravascular	IA	II
Periodicamente, acessar o conhecimento e adesão das diretrizes para todos os profissionais envolvidos com a inserção e manutenção dos cateteres intravasculares	IA	II
Designar somente pessoal com treinamento e que demonstre competência para a inserção e manutenção de cateter intravascular central ou periférico	IA	II
Assegurar apropriado número de profissionais da área de enfermagem no CTI, evitando sobrecarga do profissional	IB	I

2. Seleção de cateteres e sítios de inserção		
a)Cateter venoso central		
Avaliar os riscos e benefícios da colocação do cateter venoso central e da escolha do local (pneumotórax, punção de artéria, laceração de veia, estenose de veia, trombose, embolismo)	IA	-
Evitar o uso de acesso venoso central em veia femoral nos adultos	IA	I (evitar em pacientes obesos. Nas demais situações, apenas utilizar a via femoral se houver situação controlada e planejada na instituição)
Para minimizar o risco de infecção, utilizar a veia subclávia para os acessos não tuneilizados, ao invés do acesso jugular ou femoral,	IB	-
Sem recomendação para o sítio de inserção preferencial no caso de acessos tuneilizados	Assunto não resolvido	-
Evitar o sítio de inserção da subclávia em pacientes submetidos à hemodiálise para evitar o risco de estenose	IA	
Usar fístula ou enxerto em pacientessubmetidos a hemodiálise, ao invés de cateteres venosos centrais	IA	-
Usar o ultrassom para guiar no momento da passagem do acesso central, evitando complicações mecânicas e reduzindo o número de tentativas. Autorizar o uso do Ultrassom somente para os profissionais com treinamento	IB	II
Usar o cateter venoso central com o mínimo de lumens ou "ports" para o manejo do paciente	IB	-

Sem recomendação para a designação do uso de um lúmen para nutrição parenteral	Assunto não resolvido	-
Remover o acesso venoso central que não é mais utilizado para terapia	IA	-
Quando a técnica asséptica para a passagem do acesso central não pode ser garantida (por exemplo, situação de emergência), trocá-lo em até 48 horas	IB	-
3. Higiene das mãos e técnica asséptica		
Higiene das mãos com água e sabão ou álcool gel deve ser realizado nos seguintes momentos, antes e depois: da palpação do sítio de inserção, da inserção,da troca, da manipulação, dos curativos. Lembrando que a palpação do sítio de inserção não deve ser realizada depois da aplicação de produtos anti-sépticos, a menos que se garanta a técnica asséptica (por exemplo, uso de luva estéril)	IB	II
Manter a técnica asséptica para a inserção e cuidado do cateter intravascular	IB	-
Luvas estéreis devem ser utilizadas para inserção de cateteres arteriais, venosos centrais e naqueles periféricos com acesso a veia basílica ou cefálica	IA	-
Uso de novas luvas estéreis para a troca de cateteres com fio guia	II	-
Usar luvas estéreis ou de procedimento		-
quanto trocar os curativos dos acessos	IC	
4. Máxima precaução de barreira estéril		
Durante a inserção de acessos venosos centrais, PICC ou troca de cateteres com fio guia, utilizar avental estéril, luva estéril, máscara cirúrgica, gorro, campo estéril	IB	II

Utilizar manga estéril para a proteção de cateteres arteriais pulmonares durante a inserção e manutenção	IB	-
5. Preparo da pele		
Preparar a pele limpa com solução alcoólica de clorhexidina numa concentração superior a 0.5% antes da inserção e durante a troca de curativos dos acessos: central e periférico. Se existe contra-indicação para o uso de clorhexidina, utilizar álcool 70%, tintura de iodo ou iodo povidine	IA	I
Sem recomendação sobre a segurança e eficácia do uso de clorhexidina em crianças com menos de 2 meses	Assunto não resolvido	-
De acordo com as recomendações dos fabricantes, recomenda-se aguardar a secagem do produto antisséptico antes da passagem do acesso	IB	I
6. Curativos		
Use curativos estéreis, semi-permeáveis, transparentes ou gazes estéreis no sítio de inserção	IA	II
Se existe muita sudorese ou sangramento no local, utilizar gaze estéril até a resolução desta situação. Trocar a cada 2 dias o curativo com gaze estéril em acessos venosos centrais de curta duração	II	II
Trocar o curativo nas seguintes situações: sujidade, umidade, perda de adesão do curativo. Trocar os curativos transparentes a cada 7 dias nos acessos venosos centrais de curta permanência, exceto nos pacientes pediátricos, devido ao risco de deslocamento do cateter.	IB	II

Não utilizar cremes ou pomadas com antibióticos nos sítios de inserção dos cateteres, exceto nos cateteres para hemodiálise, com o intuito de se evitar as infecções fúngicas e resistência antimicrobiana	IB	-
Não submergir o sítio de inserção ou o cateter na água (proteger no momento do banho)	IB	-
Trocar os curativos transparentes de cateteres tunelizados não mais do que7 dias (amenos que existe sangramento ou umidade), até que o local de inserção esteja sem ferida	II	-
Assegurar que os materiais utilizados no cuidado com o cateter são compatíveis com o material do cateter	IB	-
Como parte de estratégia de redução da taxa de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter, quando já existe um programa de prevenção baseado em educação, treinamento, uso apropriado de técnicas assépticas e precaução com barreira máxima, recomenda-se o uso de um curativo de esponja impregnada com clorhexidina em cateteres venosos centrais de curta duração em pacientes com mais de 2 meses de idade	IB	I
Monitorar o sítio de inserção do cateter. Retirar o curativo para permitir o exame do sítio de inserção no caso de febre sem foco determinado, dor no local da inserção ou outra manifestação clínica sugestiva de infecção local ou de corrente sanguínea.	IB	-
Encorajar o paciente a reportar qualquer sinal ou sintoma relacionado ao sítio de inserção do cateter	II	-

7. Higienização do paciente		
Uso de clorhexidina 2% para a higiene da pele do paciente	II	-
8. Dispositivo de fixação do cateter		
Utilizar dispositivos de fixação de cateter sem sutura para reduzir o risco de infecção	II	-
9. Cateteres impregnados com antimicrobiano e antissépticos e cuffs		
Como parte de estratégia de redução da taxa de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter, quando já existe um programa de prevenção baseado em educação, treinamento, uso apropriado de técnicas assépticas (preparação da pele com solução alcoólica com clorhexidina >0.5%) e precaução com barreira máxima, utilizar cateter impregnado com clorhexidina / sulfadiazina de prata ou rifampicina / minociclina em pacientes com previsão de manutenção do cateter por mais de 5 dias	IA	I
10. Profilaxia antibiótica sitêmica		
Não se recomenda o uso de antibióticos por via sistêmica antes da inserção do cateter	IB	I
11. Pomadas com antibióticos /antissépticos		
Uso de pomadas a base de iodo povidine ou bacitracina/"gramicidin"/polimixina B em cateteres de hemodiálise após a inserção e no final de cada sessão de hemodiálise, no caso de não contra-indicação pelo fabricante do cateter	IB	
12. Profilaxia antimicrobiana "lock"		
Uso de solução com antibióticos para "lock" em pacientes com antecedente de múltiplas infecções relacionadas ao cateter central de longa permanência, apesar de excelente adesão às práticas assépticas.	II	I
13. Anticoagulantes		

Não se recomenda o uso de anticoagulantes como estratégia de prevenção de infecção da corrente sanguínea	II	-
14. Troca de cateteres venosos centrais, PICC e cateteres de hemodiálise.		
Não trocar rotineiramente os cateteres venosos centrais, PICC, cateteres de hemodiálise ou cateteres arteriais pulmonares.	IB	I
Não remover o cateter venoso central ou PICC com base apenas no sinal de febre. Avalie o significado deste sinal e os diagnósticos diferenciais antes de remover o cateter	II	
Não usar rotineiramente o fio guia para troca de cateteres não tunelizados para prevenção de infecção, assim como não utilizar esta técnica no caso de suspeita de infecção do cateter. Apenas usar a troca com fio guia no caso de mal funcionamento do cateter não tunelizado, tendo descartado a hipótese de infecção.	IB	-
Retirar o acesso venoso central quando	-	II
desnecessário		
15. Cateteres umbilicais		
Remover e não trocar o cateter arterial umbilical se qualquer sinal de infecção da corrente sanguínea, insuficiência vascular em membros inferiores ou trombose. Mantê-lo por no máximo cinco dias e removê-lo o quanto antes caso não seja mais necessário. Trocá-lo no caso de mal funcionamento, respeitando as outras recomendações acima	II	-

Remover e não trocar o cateter venoso umbilical se qualquer sinal de infecção da corrente sanguínea ou trombose . Mantê-lo por no máximo 14 dias e removê-lo o quanto antes caso não seja mais necessário. Trocá-lo no caso de mal funcionamento, respeitando as outras recomendações acima	II	-
Nenhuma recomendação sobre o uso de antibióticos para salvar o cateter umbilical	Assunto não resolvido	-
Limpar o sítio umbilical antes da inserção do cateter com iodo povidine (tintura de iodo pode afetar a tireoide neonatal)	IB	-
Não utilizar pomadas com antibióticos no sítio de inserção do cateter umbilical sob o risco de infecção fúngica e resistência antimicrobiana	IA	-
Adicione doses de heparina (0,25 - 1 UI/ml) no fluido infundido pelo cateter umbilical	IB	-
Uso de cateter umbilical impregnado com prata em RN pré-termo	-	II
16. Cateter arterial periférico para adultos e crianças		
Em adultos, utilizar os sítios preferenciais: radial, braquial, dorso do pé, ao invés do femoral ou axilar.	IB	-
Em crianças, o sítio braquial não é recomendado. Os sítios preferenciais são: radial, dorso do pé e tibial posterior, ao invés de femoral ou axilar.	II	-
Para a inserção de cateter arterial, recomenda-se avental, máscara cirúrgica, luvas estéreis, campo fenestrado estéril.	IB	-
No caso de inserção de cateter arterial em região femoral ou axilar, utilizar máxima precaução de barreira.	II	-
Trocar o cateter arterial somente com indicação e removê-lo quando não é mais	II	-

necessário. Não removê-lo como rotina de controle de infecção		
Usar transdutores descartáveis, ao invés de reutilizáveis.	II	-
Substituir os transdutores em até 96 horas, juntamente com os demais componentes do sistema.	IB	-
Manter todos os componentes do sistema de monitoração da pressão arterial estéreis	IA	-
Minimizar o número de manipulações no sistema de monitoração da pressão arterial	II	-
Quando for acessar o sistema de monitoração da pressão através do diafragma, higienizar o diafragma antes com solução antisséptica.	IA	-
Não administrar soluções contendo dextrose ou fluido de nutrição parenteral através do circuito de monitoração da pressão	IA	-
Reuso de transdutores estéreis de acordo com as informações do fabricante podem ser utilizados se os descartáveis não são disponíveis	IA	-
17. Substituição de "sets" de administração		
No caso de pacientes que não estão recebendo produtos derivados do sangue ou emulsões lipídicas, substituir os "sets" de administração de uso não intermitente a cada 07 dias.	IA	II (trocar a cada 96 horas)
No caso de pacientes que estão utilizando produtos derivados de sangue ou emulsões lipídicas (inclusive ascombinações de aminoácidos e glicose, misturadas ou infundidas separadamente), substituir os "sets" de administração a cada 24 horas.	IB	-
No caso de infusão do propofol, trocar o tubo de infusão a cada 06 ou 12 horas, quando o	IA	-

frasco é trocado, de acordo com recomendação do fabricante		
Sem recomendação sobre a permanência da agulha usada no acesso de "ports", bem como da frequência de troca da agulha	Assunto não resolvido	
Sem recomendação sobre o momento da troca dos "sets" de administração de uso intermitente	Assunto não resolvido	-
18. Sistema de cateter intravascular sem agulha		
Trocar os conectores sem agulhas não mais do que 72 horas ou de acordo com as recomendações do fabricante	II	-
Uso de conector impregnado com antisséptico	-	I
Minimizar o risco de contaminação pela higienização do acesso "port" com antisséptico apropriado (álcool 70%) e utilizar dispositivos estéreis neste acesso	IA	-
Quando sistemas sem agulha são utilizados, uma válvula de divisão não mecânica é preferida para reduzir o risco de infecção	II	-
19. Melhorias de desempenho		
Implementação de pacotes de medidas para melhorar a prática baseada em evidências + vigilância de ICS associada a cateter venoso central	IB	I
Check-list para avaliação da adesão à técnica de inserção do dispositivo	-	II
21. Banho com clorexidina em pacientes da terapia intensiva (idade > 2 meses)	-	I
22. Criação de Grupo de terapia intravenosa	-	Assunto não resolvido
23. Não usar rotineiramente a estratégia de uso de PICC como substituto para CVC	_	I

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mermel LA. Prevention of intravascular catheter-related infections. Ann Intern Med. 2000;132(5):391-402

2. O'Grady, NP; Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard OS, Maki DG, Masur H, McCormick R, Mermel LA, Pearson ML, Raad II, Randolph A, Weinstein R. Guideline for the prevention of intravascular catheter-related infections. The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee - Center for Disease Control and Prevention. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2002;23(12):759-69.

3. Crnich JC; Maki DG. Intravascular device infections. In: APIC Text of Infection Control and Epidemiology. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. 2005; p:24 -1-26.

4. Donlan RM. Biofilms and device-associated infections. Emerg Infect Dis 7(2), 2001; 7(2): 177-81.

5. Edwards JR, Peterson KD, Andrus LM, Tolson JS, Goulding JS, Dudeck MA, Mincey RB, Pollock DA, Horan TC. National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, data summary for 2006, issued June 2007. Am j Infect Control 2007;35:290-301.

6. Vonberg RP, Behnke M, Geffers C, Sohr D, Ruden H, Dettenkofer M, Gastmeier P. Device-associated infection rates for non-intensive care unit patients. Infect Control Hosp Epidemiol 2006;27: 357-61

7. Alexander M (ed) Infusion Nursing Standards of Practice. Journal of Intravenous Nursing. INS. Supplement, Jan/Feb 2006, vol.29 n. 1S

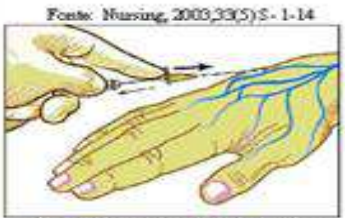
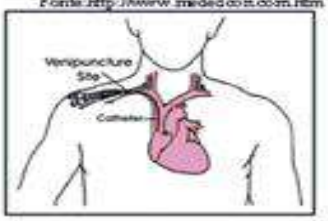
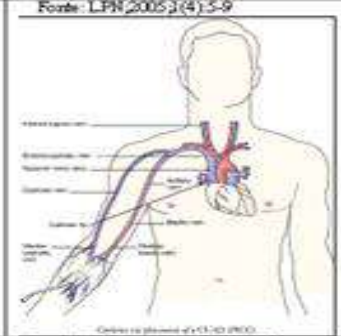
8. http://www.ihi.org/IHI/Programs/Campaign/ acessado agosto/07

9. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR 2002, 51:1-4 5.

10. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger P, Garland J, Heard SO, Lipsett PA, Masur H, Mermel LA, Pearson ML, Raad II, Randolph AG, Rupp ME, Saint S. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter- Related Infections, 2011. Clin Infect Dis. 2011; 52(9): 162 - 193.

11. Marschall J, Mermel LA, Fakih M, Hadaway L, Kallen A, O' Grady NP, et al. Strategies to Prevent Central Line–Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014; 35: 753-71.

ANEXOS

Tipos de cateteres [2]	Figura de tipos de cateteres	Taxa de ICS por 1000 CVC-dia (IC – 95%)[3]
Periféricos: Usualmente em veias de antebraços e dorso das mãos. Risco de flebite com o uso prolongado.		0,60 (0,31 – 0,88)
CVC não tunelizados: Inserção por punção percutânea veia subdávia, jugular interna ou femoral.		- CVC "comum": 2,51 (2,34 – 2,68) - CVC artéria pulmonar: 5,50 (4,0 – 7,01) - Hemodiálise: 2,26 (2,34 – 2,68)
PICC: cateter central de inserção periférica, em geral na veia basílica, cefálica ou braquial.		0,75 (0,53 – 0,97) 2,2 (2,0 – 3,0) – se considerar PICC somente em pacientes hospitalizados
Semi-implantado:		

PROTOCOLO AVC – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Sistematizar o atendimento ao paciente internado ou externo quando houver a suspeita clínica de AVC no hospital.

Termos e Definições

Os pacientes internados ou externos que apresentarem sinais e sintomas de AVC devem ser atendidos pelo time de resposta rápida de acordo com o local que estão alocados:

- Clínica médica-cirúrgica: acionamento do código amarelo pelo enfermeiro, avaliação do médico intensivista e posteriormente do neurologista institucional acionado pelo médico;
- Centro de terapia intensiva: avaliação do médico intensivista e acionamento do neurologista institucional caso o médico titular não seja neurologista ou neurocirurgião.
- Unidade Primeiro Atendimento: avaliação clínico geral e acionamento do neurologista institucional
- Bloco cirúrgico: acionamento do código amarelo pelo enfermeiro, avaliação do médico intensivista e posteriormente do neurologista institucional;
- Hemodinâmica (cardiologia e neurologia): acionamento do neurologista institucional.
- Pacientes externos (Medicina diagnóstica e preventiva): deve-se acionar o código amarelo de acordo com a documentação institucional no link em anexo;

Acompanhamento médico

O paciente com suspeita de AVC intra-hospitalar deve sempre estar sob acompanhamento médico, seja do neurologista institucional, do intensivista ou do anestesiologista.

Transferências e encaminhamentos

Após a realização do exame de imagem o tratamento será discutido e o paciente será alocado na unidade de acordo com o nível de cuidado e gravidade que apresentar no momento da avaliação médica.

Indicação

Indicação: Pacientes que estiverem internados e apresentarem sinais e sintomas com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Ataque Isquêmico Transitório (AIT).

Contra-Indicação

Pacientes que não apresentem sinais e sintomas com suspeita de AVC ou AIT.

Áreas Envolvidas

Clínica Médica Cirúrgica (CMC), Bloco Cirúrgico, Medicina Preventiva e Diagnóstica (MDP), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Primeiro Atendimento (UPA), Tomografia, Ressonância e Transporte de Pacientes.

Orientação Paciente/Família/Responsável Pré e Pós Procedimento

Informar o paciente/família sobre as avaliações e exames a serem realizadas.
Após diagnóstico informar as possibilidades de tratamento

Materiais e Equipamentos

Ramal de acionamento, prontuário eletrônico, disponibilidade tomografia, ressonância magnética, hemodinâmica e Unidade de Terapia Intensiva

Descrição do Processo

ADEQUAR FLUXO

Para acionar a equipe notificando AVC, os telefones que ficam nos postos de enfermagem foram cadastrado com o novo sistema de emergência.
O acionamento ocorrerá a partir do ramal fixo e os profissionais com ramal móvel (protocolo AVC) serão notificados por mensagem de texto com a localização da ocorrência onde devem se deslocar para o atendimento, ou aguardar a chegada do paciente e seguir alguns comandos de aceite em seu aparelho móvel.
O Código AVC só deverá ser acionado por solicitação do Neurologista do protocolo AVC que deverá estar na unidade avaliando solicitação de código AVC decorrente de código amarelo ou solicitação médica no CTI.

O acionamento deverá ser realizado pelo teclado numérico, discando ### e confirmar o acionamento discando ## conforme orientação da gravação e somente após solicitação do neurologista do protocolo AVC que deverá estar na unidade avaliando o paciente.
Os chamados de AVC aparecem no visor do ramal móvel informando LOCAL solicitante. A mensagem de acionamento acompanha número do ramal acionador. Mesmo já na unidade o neurologista deve dar os comandos no ramal móvel (Indo e chegou).
Caso ocorra um segundo chamado, os ramais são acionados e a mensagem fica sinalizada como segundo chamado.

Alguns usuários do ramal móvel como transporte, segurança, UTI, hemodinâmica, Rema , Tomo 1º subsolo, anestesista e fonoaudiologia devem apenas ser notificados do evento, no perfil desses ramais o comando é somente uma tela de OK para saber do evento e Sair para que sigam o fluxo de suas atividades descritas dentro do protocolo após a notificação.

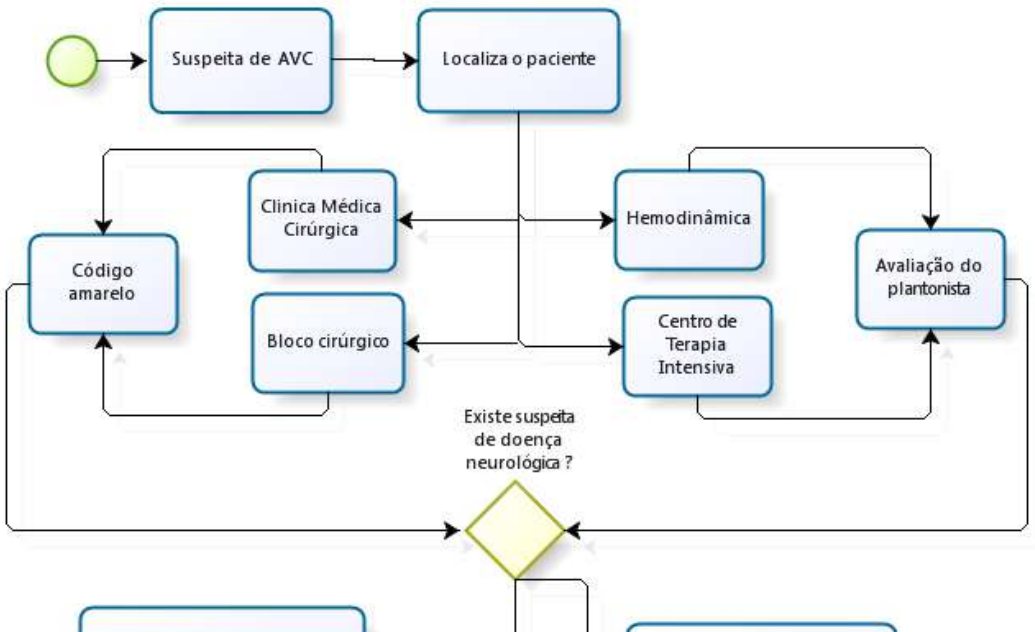
Transporte: Dirige-se até o local visualizado no visor do ramal móvel para transportar o paciente
Segurança: Fica no aguardo de contato telefônico para solicitação do elevador

Hemodinâmica: Fica no aguardo de contato telefônico para uso da sala quando indicado intervenção
TOMO e REMA : Liberam sala e aguarda chegada do paciente
Anestesista: Fica no aguardo de contato telefônico quando necessário
UTI: Reserva leito e aguarda contato telefônico para liberação do mesmo
Ao finalizar o processo a tela inicial retorna ao modo de
ramal móvel.
•O aparelho pode ser utilizado para ligações se necessário, o acionamento do código AVC derruba a ligação imediatamente para que o grupo receba os chamados.
• Os toques para chamada normal e acionamento de AVC são diferenciadas e as alterações de função
(toque/volume) estão bloqueadas para alteração.
• Cada aparelho é cadastrado para os membros do grupo permitindo acompanhar os aceites individualmente.
• O novo sistema permite saber através de históricos o que ocorreu com o ramal, caso alguém do grupo não tenha ido ao local ou simplesmente não tenha dado o aceite.
de deslocamento ou até mesmo se o ramal permaneceu inativo no período.
•IMPORTANTE – Ao término do atendimento sempre finalizar o chamado, essa etapa do processo é

fundamental pois permite que o sistema libere novo acionamento aos demais membros do grupo.

Lista de ramais do grupo AVC:

- Neurologista – Ramal
- Anestesista – Ramal
- Secretaria UPA – Ramal
- Secretaria Hemodinâmica – Ramal
- Enfermeiro Hemodinâmica - Ramal
- Tomografia UPA (radiologista) – Ramal
- Tomografia 1º subsolo – Ramal
- Ressonância – Ramal
- Fonoaudiologia – Ramal
- Gerenciadora de prática assistencial – Ramal
- Segurança – Ramal
- Transporte – Ramal
- Enfermeira UTI – Ramal
- Fisioterapeuta UPA Morumbi – Ramal



Padrão de Prática

Protocolo gerenciado que segue um padrão de prática baseado nos "Guidelines da American Heart Association e American Stroke Association".

Medida de Desempenho (Indicadores)

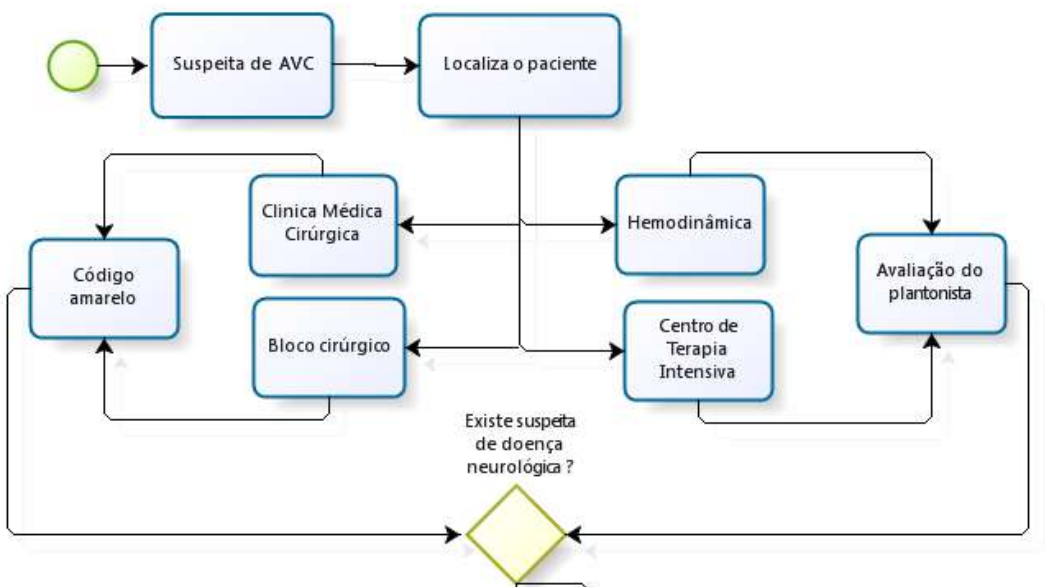
NA

Registro

O atendimento deve ser registrado no prontuário do paciente.

O registro do código AVC se faz também em impresso próprio, disponível na sala na semi-intensiva neurológica, e deverá ser entregue preenchida na secretaria da UTI pelo médico responsável pelo atendimento.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE AVC



PROTOCOLO DE DETERIORAÇÃO CLINICA – ADULTO

INTRODUÇÃO

A segurança da pessoa doente é uma questão que tem sido alvo de crescente preocupação em todo mundo, sendo um princípio fundamental nos cuidados de saúde com impacto importante na qualidade dos mesmos. Nesse sentido é fundamental a detecção da deterioração clínica do doente hospitalizado e consequentemente a redução da mortalidade associada à Parada Cardiorrespiratória (PCR). Alterações fisiológicas de um ou mais parâmetros, estão associadas a maior probabilidade de ocorrer PCR. É importante entender que o reconhecimento antecipado da deterioração clínica do doente hospitalizado contribui para a intervenção precoce. A detecção precoce de mudanças nesses parâmetros oferece uma oportunidade para iniciar uma resposta clínica priorizada e prevenir sérios problemas de saúde, bem como a evolução clínica desfavorável do doente, funcionando como barreira para a tomada de decisão assertiva e e antecipada.

A ferramenta a ser utilizada para detecção da deterioração clínica do paciente no HMAP (Hospital Municipal Ires Rezende), deverá ser a Escala de deterioração MEWS - Modified Early Warning Scoresa. O MEWS é uma ferramenta de estratificação a partir da pontuação de dados vitais do paciente (Aferição de pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal e nível de consciência) que deverá ser de responsabilidade do time de enfermagem e norteará a tomada de decisão de todo time interdisciplinar no manejo do doente internado.

OBJETIVO

- Garantir a identificação precoce da deterioração do paciente, fornecendo ferramentas e fluxos com o intuito de promover respostas e ações rápidas do enfermeiro prevenindo desfecho negativo;
- Implementar uma ferramenta de suporte à decisão do enfermeiro, para pacientes com parâmetros vitais, nível de consciência e componentes clínicos alterados e/ou clinicamente fora da normalidade.

RECOMENDAÇÕES

Equipe de enfermagem deve mensurar e registrar os parâmetros vitais do paciente em prontuário a cada 6 horas para que o sistema gere uma pontuação de acordo com as informações preenchidas. Todos os sinais vitais devem ser aferidos e imputados no sistema para que o cálculo seja real e a ferramenta bem aplicada. A ferramenta a ser utilizada para detecção da deterioração clínica do paciente deverá ser a Escala de deterioração MEWS - Modified Early Warning Scoresa, que deverá sre preenchida pelo técnico de enfermagem a cada rotina. Desse modo, o técnico de enfermagem identifica rapidamente o paciente com alteração da faixa de

SCORE, aciona o enfermeiro da unidade para que o mesmo possa realizar uma avaliação clínica especializada, de forma assertiva e segura para dar sequência as recomendações sugeridas de acordo com o SCORE do paciente, sua condição clínica geral e escalonamento de avaliação.

A somatório dos sinais vitais aferidos, avaliação do nível de consciência e avaliação clínica inseridos pela equipe de enfermagem no prontuário será utilizado para compor a pontuação da escala para cada paciente, este score será calculado e registrado automaticamente em intervalo de tempo determinado conforme ilustração abaixo, definindo assim o fluxo de avaliação e tomada de decisão da equipe interdisciplinar.

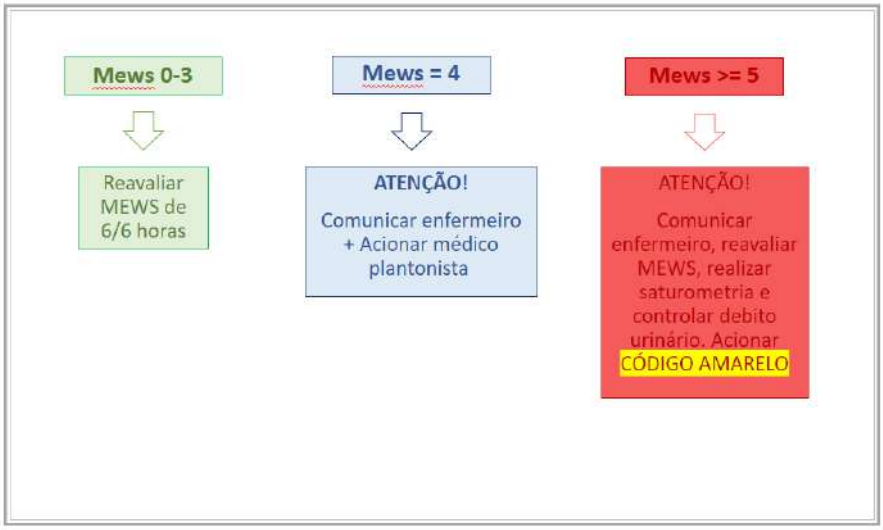
SCORE menor ou igual a 3 pontos: indica pacientes com sinais vistais dentro dos parâmetros de normalidade e ou minimamente alterados e o paciente deverá seguir a rotina de aferições conforme descrito em tabela abaixo;
SCORE maior ou igual a 4: Indica que o paciente encontra-se fora dos parâmetros de normalidade hemodinamica e precisará ser avaliado. O enfermeiro da unidade deverá ser acionada e relacionar criticamente o resultado do SCORE com as condições clínicas do paciente (doença de base, exame físico, queixas, etc) e então solicitar avaliação do médico plantonista, quando julgar necessário.
SCORE maior ou igual a 5: Indica que o paciente encontra-se fora dos parâmetros de normalidade hemodinamica e precisará ser avaliado imediatamente. O enfermeiro da unidade deve ser acionado, a saturação do paciente deve ser imediatamente aferida para melhor consciência do estado clínico geral do paciente e o código emergencial amarelo deverá ser acionado, para uma avaliação médica em até 5min.

Atenção: Independente do valor do SCORE qualquer parametro aferido que contemple as métricas indicadas nas colunas vermelhas, o médico plantonista poderá ser acionado para avaliação clínica do paciente.

Tabela 1: Escala de deterioração MEWS - Modified Early Warning Scoresa:

Parâmetros/SCORE	3	2	1	0	1	2	3
PA sistólica (mmHg)	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥200	
FC (bpm)		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
FR (rpm)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Temperatura (ºC)		<35		35-38.4		≥38.5	
Nível de Consciência			Confuso Agitado	Alerta	Letárgico	Obnubilado	Torporoso Comatoso

Fluxo de tomada de decisão após avaliação do paciente adulto (MEWS):



O médico plantonista deverá ser acionado sempre que o SCORE MEWS tiver resultado igual a 4 e/ou quando o enfermeiro se encontrar seriamente preocupado com o quadro clínico do paciente após avaliação técnica.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

N/A

RESUMO

N/A

REFERENCIAS

1) Alam N, Hobbelink EL, van Tienhoven AJ, van de Ven PM, Jansma EP, Nanayakkara PW. The impact of the use of the Early Warning Score (EWS) on patient outcomes: a systematic review. Resuscitation. 2014;85(5):587-594. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.01.013 » https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.01.013

2) van Rooijen CR, De Ruijter W, van Dam B. Evaluation of the threshold value for the Early Warning Score on general wards. Neth J Med [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 12];71(1):38-43. Available from: http://www.njmonline.nl/article.php?a=1264&d=820&i=155 » http://www.njmonline.nl/article.php?a=1264&d=820&i=155

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular no Brasil é responsável por cerca de 1/3 de todas as mortes registradas segundo dados do DATASUS.

A dor torácica aguda é um sintoma bastante comuns no Pronto Socorro e pode decorrer de situações clínicas de menor complexidade, como: dores musculares, costrocondrite, que melhoram com sintomáticos e não causam maiores complicações e preocupações; ou pode decorrer de situações clínicas mais complexas, com maior grau de gravidade e cuidado, como: na Síndrome Coronária Aguda (SCA), Dissecção Aguda de Aorta, Pneumotórax, Tromboembolismo Pulmonar, Ruptura de Esôfago.

É de fundamental importância o pronto reconhecimento da dor torácica, e de suas características, e realização do exame físico adequado e utilização correta dos exames complementares (por exemplo: troponina) para identificar os quadros sugestivos de isquemia miocárdica aguda, definindo atendimento prioritário para estes pacientes, pois a utilização de terapias que o beneficiarão depende criticamente do tempo.

Estima-se que cinco a oito milhões de pessoas com dor no peito ou outros sintomas sugestivos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sejam atendidos anualmente nas salas de emergência no país, representando cerca de 5 a 10% de todos os atendimentos de emergência.

Vale ressaltar que os principais fatores de risco para SCA são: Hipertensão Arterial (HAS), Diabetes (DM), Tabagismo, Dislipidemia (DLP), História Familiar Positiva Precoce (Mulher < 65 anos; Homem < 55 anos), Idade Avançada (> 60 anos).

A SCA envolve um largo espectro de condições clínicas desde a isquemia silenciosa, passando pela angina aos esforços, angina instável até o infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento do segmento ST.

A sincronia do atendimento garantida pelo trabalho em equipe desde os momentos iniciais da admissão dos pacientes é o ponto crucial para a excelência no atendimento.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda que todo paciente com dor torácica, visto na sala de emergência, deva ser submetido imediatamente a um Eletrocardiograma (ECG), o qual deverá ser prontamente interpretado em até 10 minutos da chegada do paciente ao hospital. Em caso de SCA com supradesnivelamento de segmento ST, a trombólise deve ocorrer em até 30 minutos da chegada do paciente ao hospital.

Este documento está dividido em:

Dor Torácica

Síndrome Coronariana Aguda sem Supra de ST / Angina Instável

Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO

- Revelar características da doença, para identificação dos casos e escolha do melhor tratamento ao paciente.
- Estabelecer o fluxo de atendimento a pacientes com queixas de dor torácica aguda ou de seus equivalentes.
- Estabelecer diretrizes para o atendimento inicial de pacientes adultos (18 anos ou mais) com quadro clínico sugestivo de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), visando:

✓ Priorizar o atendimento a pacientes com queixas de dor torácica ou outros sintomas compatíveis com síndromes coronarianas agudas (SCA).

✓ Agilizar o ECG inicial em sala de emergência dos casos com sintomas de IAM.

✓ Identificar um subgrupo de pacientes com manifestações atípicas, mas com perfil de risco cardiovascular.

✓ Identificar os pacientes com IAMST e triagem para o tratamento de reperfusão precoce.

✓ Reduzir a morbidade e mortalidade dos pacientes.

- Reconhecer causas potencialmente fatais de dor torácica que requerem atenção imediata

DEFINIÇÕES

1. Dor Torácica

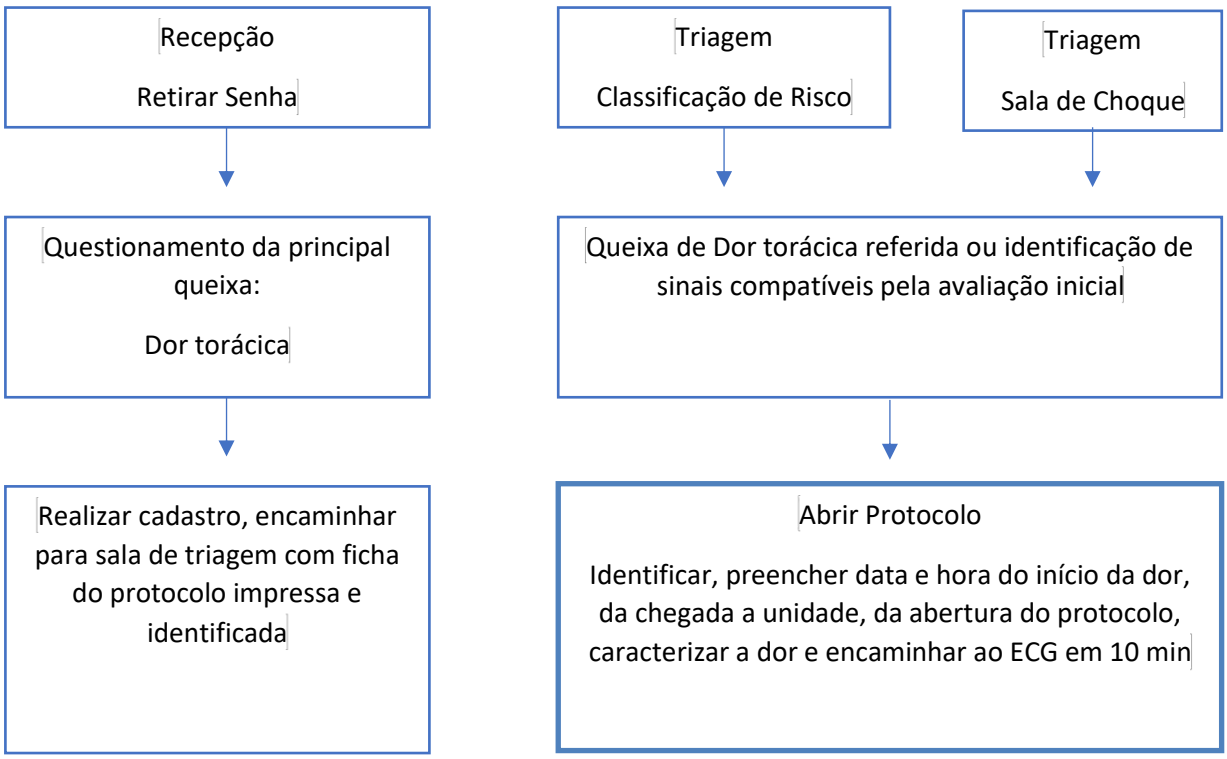
Sintoma caracterizado pelo desenvolvimento agudo ou subagudo de dor na topografia do tórax, podendo acometer também, associado ou não, outras regiões correlatas (MMSS, abdome superior, dorso, pescoço e mandíbula) e sintomas equivalentes (dispneia, sudorese fria, náuseas, vômitos, sincopes, pré-sincopes, lipotimias). Não é obrigatória para o diagnóstico de IAM.

Principais diagnósticos diferenciais:

Pericardite, dissecção de aorta, prolapso de válvula mitral, estenose aórtica, miocardiopatia hipertrófica, embolia pulmonar, pneumotórax espontâneo, refluxo e espasmo esofágico e úlcera péptica, costocondrites e dor psicogênica.

Em pacientes com dor torácica súbita, descrita como "rasgada", de forte intensidade geralmente iniciando-se no tórax anterior e com irradiação para dorso deve ser avaliada a hipótese de dissecção aguda de aorta.

1.2 Fluxo de Abertura da Ficha do Protocolo



Identificação pela Recepção do Pronto Socorro – Balcão de Informação

Caso o paciente queixar-se de dor em região torácica no momento da abertura de ficha, deverá ser encaminhado imediatamente para avaliação do enfermeiro na triagem, juntamente com a ficha de Dor Torácica impressa, com o preenchimento da identificação do paciente (nome completo e data de nascimento).

Para um atendimento ágil é necessário um cadastro breve para que a enfermagem tenha acesso ao prontuário e após o período emergencial o cadastro ser complementado.

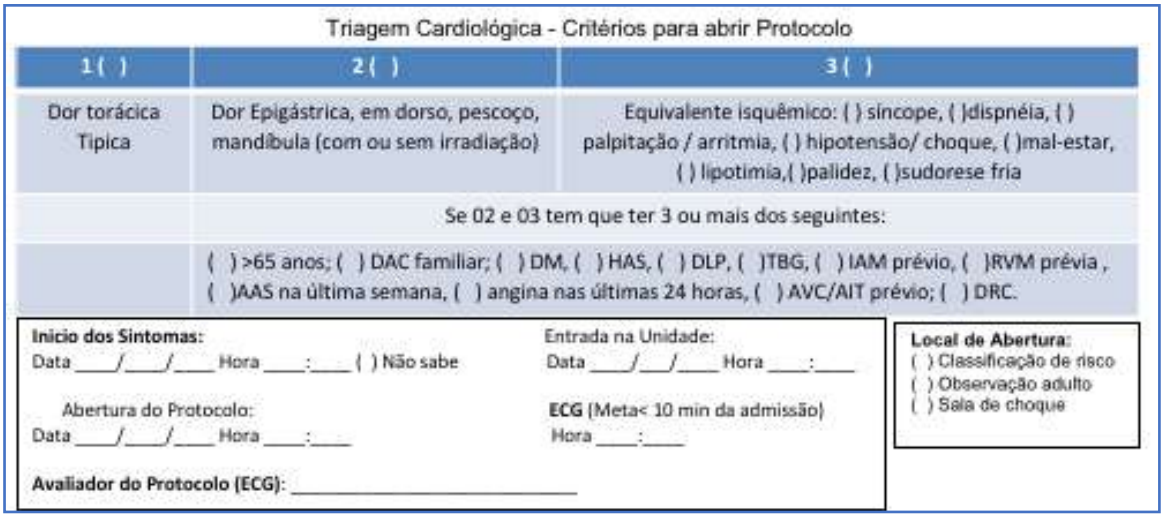
1.5 Triagem Cardiológica - Enfermagem

O paciente encaminhado a triagem já com o protocolo impresso, deverá passar pela triagem cardiológica da enfermagem. Se apenas no momento da triagem o paciente queixar-se de dor torácica ou o enfermeiro notar sinais compatíveis com SCA, deverá abrir a ficha do protocolo e preencher o campo nome completo do paciente e data de nascimento.

Nesse momento, a enfermagem deve registrar a data e hora da abertura do início dos sintomas, da entrada na unidade, da abertura do protocolo.

Em seguida deve-se caracterizar a dor por meio da realização de uma breve história clínica e investigação de fatores de risco para DAC.

Após, deve-se encaminhar o paciente para realização do ECG em até 10 minutos, e avaliação médica segundo o fluxo de atendimento de dor torácica.



Triagem Cardiológica - Critérios para abrir Protocolo

1( )	2( )	3( )
Dor torácica Tipica	Dor Epigástrica, em dorso, pescoço, mandíbula (com ou sem irradiação)	Equivalente isquêmico: ( ) síncope, ( )dispnéia, ( ) palpitação / arritmia, ( ) hipotensão/ choque, ( )mal-estar, ( ) lipotimia,( )palidez, ( )sudorese fria
	Se 02 e 03 tem que ter 3 ou mais dos seguintes:	
	( ) >65 anos; ( ) DAC familiar; ( ) DM, ( ) HAS, ( ) DLP, ( )TBG, ( ) IAM prévio, ( )RVM prévia , ( )AAS na última semana, ( ) angina nas últimas 24 horas, ( ) AVC/AIT prévio; ( ) DRC.	

Início dos Sintomas:
Data ____/____/____ Hora ____:____ ( ) Não sabe

Entrada na Unidade:
Data ____/____/____ Hora ____:____

Abertura do Protocolo:
Data ____/____/____ Hora ____:____

ECG (Meta< 10 min da admissão)
Hora ____:____

Avaliador do Protocolo (ECG): _____

Local de Abertura:
( ) Classificação de risco
( ) Observação adulto
( ) Sala de choque

1.6 Avaliação na Sala de Choque / Emergência

O médico nesse momento deve checar o ECG e com uma breve avaliação classificar o tipo de dor torácica.

1.6.1 Classificação da Dor:

- **Tipo A (definitivamente anginosa):** As características dão certeza do diagnóstico de SCA independentemente dos resultados de exames complementares. Dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroesternal, que pode ter irradiação para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispneia.
- **Tipo B (provavelmente anginosa):** As características fazem a SCA a principal hipótese, porém é necessária a complementação por exames.
- **Tipo C (Provavelmente não anginosa):** As características não fazem a SCA a principal hipótese, porém precisa de exames complementares para a exclusão.
- **Tipo D (definitivamente não anginosa):** As características não incluem a SCA como hipótese diagnóstica.

Equivalentes isquêmicos (idosos, mulheres e diabéticos): dispneia isoladamente, náusea e/ou vômitos, palpitações, síncope, ou mesmo, parada cardíaca.

Se caracterizada como Dor tipo D, deve-se encerrar o protocolo e registrar data e hora.

Se caracterizada como Dor tipo A, B ou C deve-se prosseguir com o protocolo.

1.6. Eletrocardiograma

Exame que registra oscilações elétricas que resultam da atividade do músculo cardíaco.

Os pacientes com dor típica realizarão o ECG na sala de emergência para definição de indicação de trombolise. Independentemente da ocorrência de supradesnivelamento do segmento ST, confirmando-se a tipicidade da dor, o paciente deverá permanecer em atendimento no setor de emergência.

Para os pacientes classificados como dor atípica e fatores de risco para DAC, a enfermeira da triagem deverá realizar o ECG de 12 derivações na sala de ECG. Encaminhar o exame juntamente com a Ficha do Protocolo para avaliação do médico do Choque que deverá avaliá-lo em até 10 minutos em relação à entrada. A avaliação médica precoce é realizada para verificar elevação de Supra ST ou sinais de isquemia franca, o que caracterizaria atendimento emergencial.

O eletrocardiograma deve ser identificado com a Etiqueta de identificação do paciente, data, hora, carimbo e assinatura do profissional que realizou o exame e Laudo Estruturado. Após avaliação médica é necessário também que o médico carimbe e assine no exame, confirmando a visualização e a conduta sobre aquele exame.

Achados no ECG:

ECG Francamente Isquêmico:

- ✓ Elevação de ST ≥ 1 mm (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ BRE sabidamente novo
- ✓ Infradesnivelamento de ST ≥ 0,5 mm (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ Inversão de onda T ≥ 2 mm de forma simétrica (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ Padrão "plus-minus" ST ≥ 1 mm em parede anterior
- ✓ FV e Taquicardia Ventricular

ECG Possivelmente Isquêmico:

- ✓ Elevação de ST entre 0,5 mm e 0,9 mm (em ≥ 2 derivações contíguas)
- ✓ Inversão de onda T entre 1 mm e 1,9 mm de forma simétrica (em ≥ 2 derivações contíguas)

Observação:

Atentar que em crianças e mulheres é comum ter inversão de onda T de V1 a V3, de forma **assimétrica.**

Sempre que o ECG apresentar **Supra de segmento ST em parede inferior**, deve-se fazer as fazer **derivações direitas precordiais (V3R, V4R, V5R e V6R)**, para afastar o diagnóstico de **IAM do Ventrículo Direito.**

Sempre que o ECG apresentar **Infra de segmento ST em parede inferior**, deve-se fazer as **derivações posteriores (V7-V9**), para afastar a possibilidade de IAM dorsal.
Caso ECG apresente características francamente isquêmicas, mesmo que a dor seja caracterizada como atípica, o paciente deverá ser internado no choque para monitorização e atendimento emergencial.

Se o ECG apresentar características possivelmente isquêmicas e/ou sem alterações isquêmicas, mas tiver algum fator de risco para DAC e dor atípica, deverá ser classificado como laranja, devendo ficar na sala de observação para realização troponina, ECG seriados e reavaliação.

Caso o paciente apresente característica atípica, mas sem fator de risco e ECG sem alterações isquêmicas, este deverá aguardar fluxo normal de atendimento, porém deve ser arquivada a ficha de dor torácica na ficha de atendimento para que seja documentada a abertura do protocolo e fechado devido não elegibilidade.

A depender da localização da alteração do ECG, pode-se identificar a provável parede miocárdica e artéria coronária acometida.

Derivação alterada	Parede ventricular afetada	Provável(is) artéria(s) comprometida(s)
V1-V4	Anterior	Descendente anterior
V1-V6, D1, aVL	Anterior extenso	Descendente anterior
D2, D3 e aVF	Inferior	Coronária direita ou Circunflexa
V7 e V8 (ou infra de ST em parede anterior – imagem em espelho)	Posterior	Circunflexa ou coronária direita
V3R e V4R	Ventrículo direito	Coronária direita
D1 e aVL	Lateral alto	Circunflexa

1.6.2 Marcadores de Necrose Miocárdica:

Coletar na admissão e 3 horas depois. Se positivo, coletar com 6, 12 e 24 horas, e diariamente. Pacientes com forte suspeita, mas com duas amostras negativas, colher nova amostra as 6 horas.

Troponina:
É o marcador de necrose miocárdica (MNM) de escolha para o diagnóstico de injúria miocárdica.

Começa a se elevar em 40-60 min após a oclusão arterial, pico 18-24 horas e permanece por até 7-14 dias na circulação.
Coleta inicial para diagnóstico: admissão e 3h.
Falso-positivos: insuficiência cardíaca, fibrilação atrial com resposta ventricular rápida, miocardite, cardiotoxicidade por quimioterapia, miopericardites, sepse, insuficiência renal crônica, embolia pulmonar.
Útil para detectar reinfarto

Observação: Como a troponina utilizada é ultrassensível, não é necessário a coleta de CPK, CK-MB.

1.6.3 Abordagem Inicial da Dor Torácica

Equipe de Enfermagem: Medidas Gerais

- ✓ Controle de SSVV a cada 3 horas;
- ✓ Aferir PA em ambos os membros superiores e inferiores
- ✓ Palpar pulsos em ambos os membros superiores e inferiores
- ✓ Oxigênio se Sat.O2 < 90%;
- ✓ Realizar ECG (0 - 3ª hora, ou conforme prescrição médica).
- ✓ Coleta de exames laboratoriais (0 - 3ª hora);
- ✓ Administrar medicações conforme prescrição médica;

Equipe Médica: Medidas Gerais

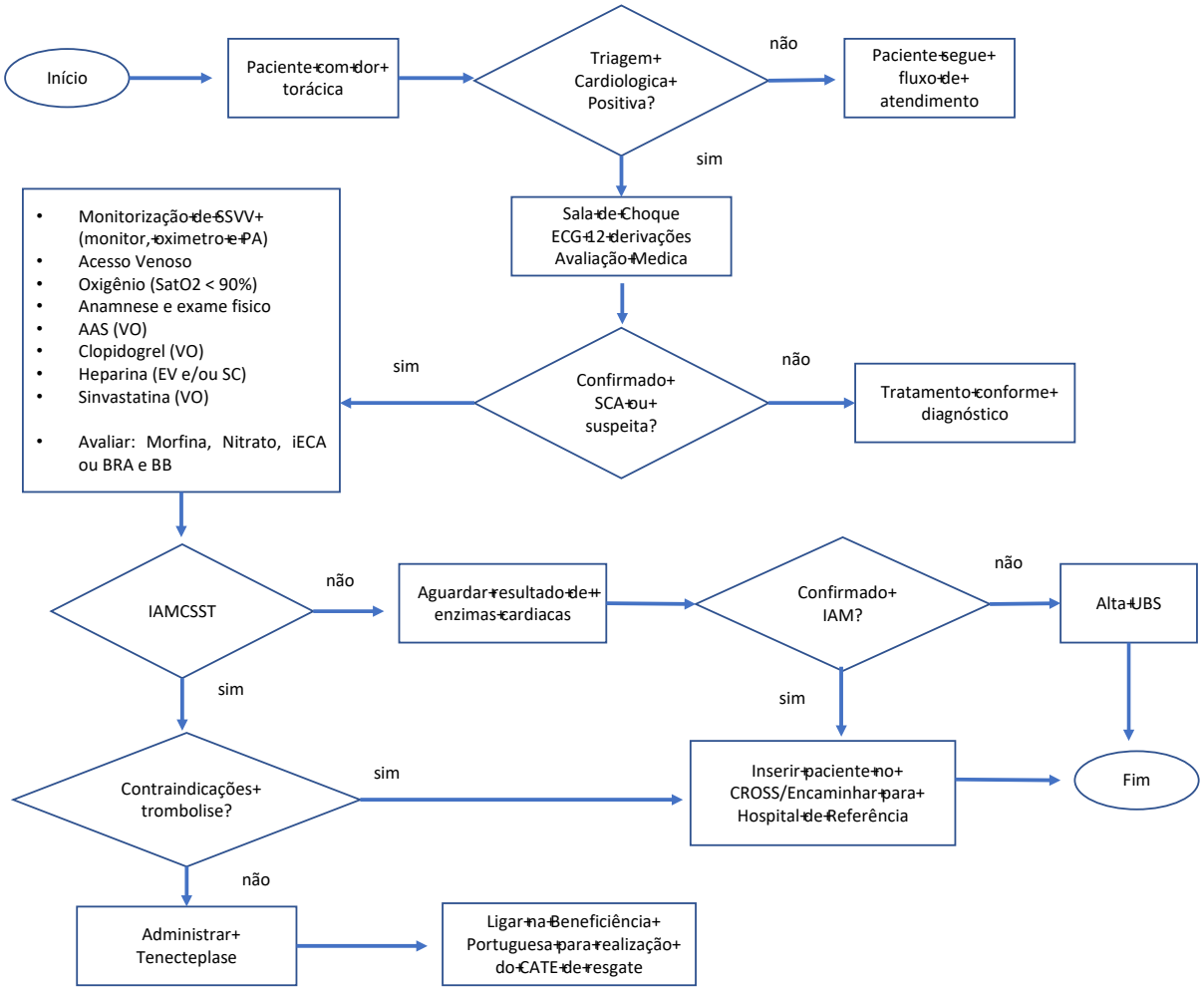
- ✓ Solicitar ECG (0 - 3ª hora);
- ✓ Solicitar Troponina ultrassensível (0 - 3ª hora) nos casos de suspeita de SCA;
- ✓ Solicitar Rx de tórax (principalmente se suspeita de dissecção de aorta e outros diagnósticos diferenciais de dor torácica)
- ✓ Checar resultado de exames (troponina, ECG e RX de tórax);
- ✓ Checar pulsos em ambos os membros superiores e inferiores;
- ✓ Checar níveis de PA em membros superiores e inferiores;
- ✓ Estratificação de Risco para SCA.

1.6.4 Estratificação de Risco:

O score Heart foi desenvolvido com características clínicas escolhidas por plausibilidade biológica e que seriam fáceis de lembrar, com o objetivo de identificar os casos de maior risco para SCA. Revelou-se como um ótimo instrumento para estratificação de risco inicial. Além de das características clássicas da angina, podemos utilizar o Heart Score para auxílio a tomada de decisão clínica.

Pontuação para Heart Score para Dor Torácica		
Fator	**Característica**	**Pontos**
História	Altamente suspeita de SCA	2
	Moderadamente suspeita de SCA	1
	Baixa Suspeita de SCA	0
ECG	Depressão Semento ST	2
	Alteração de repolarização inespecífica	1
	Normal	0
Idade	≥ 65 anos	2
	45 a 65 anos	1
	< 45 anos	0
Fatores de Risco	≥ 3 fatores de risco ou história de aterosclerose	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	nenhum fator de risco	0
Troponina	≥ 2 vezes o limite da normalidade	2
	1 - 2 vezes o limite da normalidade	1
	≤ ao limite da normalidade	0
Baixo: 0 a 3	**Médio: 4 a 6**	**Alto: 7 a 10**

1.7 Fluxo do Protocolo



2. Síndrome Coronariana Aguda (SCA)

Enfermidade caracterizada por aparecimento de manifestações clínicas e laboratoriais provocadas por isquemia miocárdica aguda, sendo classificada em duas formas:

Com Supra de ST: Isquemia miocárdica aguda ocasionada por oclusão total da artéria, apresentando supradesnivelamento do segmento ST no ECG, ocasionando o IAM, e necessitando de trombólise emergencial. Sempre evolui com aumento de troponina, por tanto, não é necessário esperar esse exame para o diagnóstico. O ECG é o exame mais importante nesse cenário, e por isso deve ser realizado em 10 minutos.

Sem Supra de ST: Isquemia miocárdica aguda ocasionada por oclusão parcial da artéria, não apresentando supradesnivelamento do segmento ST no ECG, sem indicação de trombólise. Pode apresentar-se de duas formas:

- Infarto agudo do miocárdio (IAM) é definido como um evento clínico causado por isquemia miocárdica, no qual existe evidência de injúria ou necrose miocárdica, ou seja, sempre há aumento dos biomarcadores cardíacos (troponina).
- Angina instável é considerada quando pacientes apresentam sintomas isquêmicos sugestivos de uma SCA, sem elevação dos biomarcadores de necrose miocárdica, na presença ou não de alterações eletrocardiográficas indicativas de isquemia. A mesma deve ser classificada conforme sintomas, circunstância e intensidade de tratamento, utilizando a Classificação de Braunwald, a seguir:

Pacientes com suspeita de SCA (com ou sem Supra de ST) que apresente algum fator de risco

CLASSIFICAÇÃO DE BRAUNWALD PARA ANGINA INSTÁVEL

1 – Gravidade dos Sintomas
Classe I – Angina de início recente (menos de 2 meses), frequente ou grande intensidade (3 ou mais vezes ao dia), acelerada (evolutivamente mais frequente ou desencadeada por esforços progressivamente menores)
Classe II – Angina de repouso subaguda (1 ou mais episódios em repouso nos últimos 30 dias, o último episódio ocorrido há mais de 48 horas)
Classe III- Angina de repouso aguda (um ou mais episódios em repouso nas últimas 48 horas).

2- Circunstâncias das Manifestações Clínicas
Classe A – Angina instável secundária (anemia, febre, hipotensão, hipertensão não controlada, emoções não rotineiras, estenose aórtica, arritmias, tireotoxicoses, hipoxemia, etc).
Classe B – Angina instável primário
Classe C- Angina pós-infarto do miocárdio (mais de 24 horas e menos de 2 semanas)
3 – Intensidade do tratamento
Classe 1 – Sem tratamento ou tratamento mínimo
Classe 2 – Terapia antianginosa usual
Classe 3 – Terapia Máxima

Para DAC deverão realizar Troponina + ECG seriada (no momento de entrada e na 3ª hora da internação). Caso o paciente esteja internado na medicação e houver alteração da primeira troponina, deverá ser encaminhado a sala de CHOQUE para nova coleta no setor e monitorização.

ATENÇÃO:

- Idosos, diabéticos e mulheres tem maior chance de apresentar dor atípica
- Dor atual (mesmo que atípica) semelhante a episódio anginoso prévio: maior chance de nova SCA

OBSERVAÇÃO: Desde o advento da troponina ultrassensível, não está mais indicado seriar, com CKMB e CPK ((nível de evidência III).

2.1 Abordagem Inicial da SCA | Cuidados na Sala de Emergência

Para os casos confirmados de SCA

Equipe de Enfermagem: Medidas Gerais

✓ Monitorização cardíaca contínua | PA não invasiva | Oximetria;

✓ Oxigênio se Sat. < 90% ou sinais de insuficiência respiratória, ou qualquer risco de hipoxemia;

✓ Administração das medicações iniciais para SCA, conforme prescrição médica;

✓ Obtenção de 2 Acessos venosos periféricos calibrosos (jelco 18, se possível) – pacientes submetidos a trombólise

✓ Coleta de exames laboratoriais.

OBS: Os tubos deverão conter etiqueta do paciente e descrever no pedido qual setor realizou a coleta.

Equipe Médica: Medidas Gerais

✓ Orientar repouso absoluto

✓ Definir rapidamente os casos com SUPRA e necessidade de Trombólise

✓ Prescrever Ataque de AAS, Clopidogrel, Anticoagulação e Estatina

✓ Avaliar possibilidade de já iniciar betabloqueador e iECA ou BRA

✓ Solicitação de exames laboratoriais: Hemograma completo, Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina, Tempo de Protrombina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Troponina

✓ Estratificação de Risco para SCA

2.2 Pacote de Medicações de SCA

A SCA é tratável, se diagnosticada rapidamente. O tratamento pode incluir medicamentos, como anticoagulantes ou betabloqueadores.

A aspirina (AAS) inibe a agregação plaquetária. Há uma redução de 30% nos eventos vasculares de pacientes com infarto agudo não fatal com uso de AAS. Os efeitos colaterais mais frequentes estão relacionados ao trato gastrointestinal, os quais podem ser reduzidos através do uso de protetores gástricos (omeprazol ou ranitidina). Deve-se administrar aspirina a todos os pacientes, exceto se alergia, o mais precocemente possível, na chegada ao hospital, em dose de ataque nos pacientes com SCA (160 a 325mg). Manter o seu uso contínua e indefinidamente (100mg/dia).

O Clopidogrel é um anti-agregante plaquetário, que atua com maior rapidez quando usado em dose de ataque. Se confirmada Síndrome Coronariana Aguda, deve ser realizado em dose de ataque (a depender da idade do paciente, da presença de supra no ECG, e da estratégia utilizada de reperfusão) e mantido em dose de manutenção diária, por um ano após a SCA, independente do tratamento de reperfusão utilizado. Pode também ser utilizado como substituto à aspirina nos casos de reação de hipersensibilidade.

Os Nitratos são vasodilatadores e ajudam no alívio da dor, recomenda-se o uso nas primeiras 24/48h de evolução da SCASST, na presença de dor torácica recorrente, ICC ou hipertensão. Na fase aguda de SCA com

supra de ST são utilizados como coadjuvante a trombólise quando não há evidência de reperfusão com o objetivo de redução da área de infarto e melhora funcional de área lesada. Porém não devem ser utilizados na suspeita de infarto de Ventrículo Direito, pois podem causar instabilidade clínica e agravamento do infarto. Assim, a suspeita de infarto de parede inferior (acometimento de derivações aVF, DII e DIII), independente do acometimento de derivações direitas (V3R e V4R) os nitratos devem ser evitados. Portanto, são contra-indicados na presença de: hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg ou queda > 30 mmHg da PA basal), uso de inibidor da fosfodiasterase (por exemplo, sildenafil) nas últimas 24h (48h se tadalafila), infarto do ventrículo direito e IAM de parede inferior.

O uso de ß bloqueadores é baseado em evidências de redução de mortalidade de 10 a 15% na era pré-trombolítica, posteriormente confirmados na era pós trombolíticos com redução de mortalidade em até 40%. Está indicada a sua introdução precocemente após IAM independente de trombólise concomitante. Principalmente quando há isquemia recorrente e ocorrência de taquiarritmias.

De acordo com os Anticoagulantes, nos pacientes de alto risco deve ser utilizada a heparina de baixo peso molecular (HBPM), como enoxaparina, ou a heparina não fracionada (HNF). Uma vez optado por um tipo de heparina, esta deve ser mantida durante toda a duração do tratamento,

se possível, visando reduzir o risco de sangramento. A mudança de um tipo para outro, aumento o sangramento desses pacientes.

Os **IECA ou BRA** reduzem a mortalidade em pacientes com IAM com disfunção ventricular esquerda sistólica sintomáticos ou assintomáticos e em pacientes com doença arterial coronária sem disfunção ventricular. Portanto, devemos introduzir IECA em pacientes com disfunção ventricular esquerda assintomática (FE < 40%) ou sintomática, diabetes mellitus ou hipertensão arterial.

As **Estatinas** estão indicadas para os indivíduos portadores de angina instável de alto risco e IAM independente do nível de colesterol, por reduzir mortalidade nesses pacientes. Lembrando que o alvo de LDL-c a ser atingido nesses pacientes é mais rigoroso, devendo ser menor que 50mg/dL, segundo a nova Diretriz da Sociedade Brasileira.

OBSERVAÇÃO: Paciente usuário de cocaína com Dor Torácica Aguda, devem ser inicialmente conduzidos com Diazepam e Bloqueador de Canal de Cálcio por maior probabilidade de ser relacionado a Vasoespasmo coronariano. Caso não melhore, pensar em aterosclerose como causa da Dor.

PACOTE MEDICAÇÕES DE SCA	
Oxigênio	Apenas se Sat O2 < 90%
Nitratos	Para alívio imediato – Dinitrato de Isossorbida 5mg V.O (repetir até 3 doses de 15/15 min)
	Para manutenção – Mononitrato de Isossorbida 20 a 40mg de 12/12h ou às 8h, 14h e 20h (3x/dia) V. O
	Endovenoso – Nitroglicerina 50mg diluída em SG 5% 250ml – iniciar em 3 ml/h em BIC e aumentando de 3 3m 3 ml/h
Morfina	2 a 8mg Endovenoso, se dor intensa ou Edema Agudo de Pulmão
Ácido Acetilsalicílico	Dose de ataque – 300mg V.O. (nos pacientes em uso prévio e correto da medicação, não é necessário ataque) Dose de manutenção – 100mg/dia V. O
Clopidogrel	Dose de ataque – 300mg V.O. (se paciente maior 75 anos e necessidade de trombólise, fazer 75mg V.O.) Dose de manutenção – 75mg/dia V. O
Anticoagulantes	Enoxaparina:

	< 75 anos: 30mg EV e bolus seguidas 1mg/kg subcutâneo (SC) a cada 12/12 hs ☐ 75 anos: não fazer dose de ataque EV, manter dose de 0,75mg/kg 12/12hs Se ClCr < 30ml/min, dose 1 mg/kg 24/24 hs, independente da idade
	HNF: Dose de ataque de 60 UI/Kg/IV em bolus (máximo 4000 U) e dose de manutenção 12U/Kg/h EV em BIC (máximo de 1000 U/h) (deve se ajustar dose com valores de TPPa entre 50 e 70 segundos)
Betabloqueadores	Se FE preservada - Atenolol 25 mg a 50mg 12/12h ou 24/24hs V.O. Se FE reduzida – Carvedilol 3,125mg a 25mg 12/12hs V.O. Progressão de dose conforme frequência cardíaca e tolerância
Estatinas	Sinvastatina 40mg V.O. à noite inicialmente Após ajustar para alvo de LDL-c inferir a 50mg/dL
iECA ou BRA	Enalapril 5mg a 20mg 12/12hs VO Losartana 25mg a 50mg 12/12hs VO (para os intolerantes ao iECA) Progressão de dose conforme pressão arterial e tolerância

2.3 Estratificação de Risco na SCA

A estratificação do risco para os pacientes com SCA SST é fundamental para definição das etapas seguintes de manejo clínico, identificando aqueles que necessitam de investigação invasiva com cateterismo cardíaco. Assim todo paciente com SCA SST, após manejo inicial, deve ter seu risco calculado utilizando o Escore TIMI e GRACE.

Para os pacientes com SCA SST com risco alto e intermediário deve ser solicitado leito emergência/observação no CROSS e cateterismo cardíaco para realização idealmente em 24 a 48 horas. Já os de baixo risco, poderá avaliar o caso e optar por estratégia não invasiva e conservadora.

2.3.1 Escore de Risco TIMI (AI e IAMSSST):

A cada uma das sete variáveis dicotômicas preditoras independentes de desfechos em pacientes com angina instável e IAM sem supra de ST é atribuível o valor de 1 em caso de presente e zero em caso de ausente, variando o escore de 0 até 7 (sendo 7 o maior risco).

1.	**Idade ≥ 65 anos**	**1 ponto**
2.	**Presença de ao menos 03 fatores de risco para DAC**	1 ponto
3.	**Estenose coronariana prévia ≥ 50%**	1 ponto
4.	**Presença de desvio do segmento ST no ECG da admissão**	1 ponto

5. Ao menos dois episódios anginosos nas 24 horas prévias	1 ponto
6. Biomarcadores cardíacos de necrose miocárdica séricos elevados	1 ponto
7. Uso de Aspirina nos últimos 7 dias	1 ponto
0-2 pontos: Baixo Risco 3,4 pontos: Risco Intermediário 5-7 pontos : Alto Risco	

2.3.2 Escore de Risco Grace:

O Score de Risco de Grace deve ser realizado para estratificação de risco de SCA com ou sem Supra ST, sendo utilizado para determinar a conduta e o momento da indicação de CATE, além da avaliação da probabilidade de óbito intra Hospitalar.

Killip	Pontos	PAS (mmHg)	Pontos	FC (bpm)	Pontos	Idade (anos)	Pontos	Creatinina (mg/dl)	Pon
I	**0**	< 80	**58**	≤ 50	**0**	≤ 30	**0**	0 - 0,39	**1**
II	**20**	80 - 99	**53**	50 - 69	**3**	30 - 39	**8**	0,40 - 0,79	**4**
III	**39**	100 - 119	**43**	70 - 89	**9**	40 - 49	**25**	0,80 - 1,19	**7**
IV	**59**	120 - 139	**34**	90 - 109	**15**	50 - 59	**41**	1,20 - 1,59	**10**
		140 -159	**24**	110 - 149	**24**	60 - 69	**58**	1,60 - 1,99	**13**
		160 - 199	**10**	150 - 199	**38**	70 - 79	**75**	2,00 - 3,99	**21**
		≥ 200	**0**	≥ 200	**46**	80 - 89	**91**	> 4,00	**28**
						≥ 90	**100**		

Fatores de Risco	Pontos
PCR na Admissão	**39**
Desnivelamento do Seguimento ST	**28**
Enzimas Cardíacas Alteradas	**14**

Categoria	Pontos
Baixo	≤ 108
Intermediário	109 - 140
Alto	> 140

2.3.3 Classificação de Killip:

Classificação baseada em dados clínicos que permite estudar a gravidade da insuficiência ventricular nos pacientes com IAM é bastante usada na avaliação da mortalidade em geral.

Killip I	**sem dispneia, terceira bulha ou estertoração pulmonar**
Killip II	dispneia e estertoração pulmonar nos terços inferiores do tórax
Killip III	edema agudo de pulmão
Killip IV	choque cardiogênico

Observação:

Pacientes com SCA, sem supra de ST e com os seguintes aspectos são considerados de alto risco e devem ser encaminhados para angiografia coronariana imediata, sem atrasos:

- Choque cardiogênico
- Insuficiência cardíaca ou disfunção ventricular esquerda severa
- Angina de repouso refratária (persistente ou recorrente) apesar da terapia médica ótima
- Instabilidade hemodinâmica devido a complicações mecânicas (insuficiência mitral aguda, defeito do septo ventricular)
- Arritmias ventriculares instáveis.

3. Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST

Todo paciente com SCA com Supra de ST é caracterizado como de Alto Risco necessitando de internação emergencial e monitorização por pelo menos 48 horas dentro da emergência ou UTI. A utilização do Score de Risco de Grace pode ser feita para estimar a probabilidade de óbito intra-hospitalar.

Todo paciente com SCA com Supra de ST deverá realizar CATE durante a internação.

3.1 Trombólise

3.1.1 Indicações de Trombólise

- Duração < 12 horas não responsiva a nitrato sublingual;
- Elevação do segmento ST (>1mm) em duas derivações precordiais contíguas ou duas periféricas adjacentes, Δt < 12 horas;
- BRE novo, Δt < 12 horas (sugerido usar critérios de Sgarbossa);
- Ausência de contraindicações absolutas
- Início ou piora da dor < 12 horas

3.1.2 Contraindicações Absolutas de Trombólise

Qualquer hemorragia intracraniana prévia
Conhecida lesão vascular cerebral estrutural (por exemplo, MAV)
Conhecida neoplasia maligna intracraniana (primária ou metastática) AVC isquêmico dentro de 3 meses, salvo acidente vascular cerebral isquêmico em até 3 horas
Suspeita de dissecção aórtica
Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (excluída menstruação)
Traumatismo craniano significativo ou traumatismo facial nos últimos 3 meses

3.1.3 Contraindicações Relativas de Trombólise

História da hipertensão arterial crônica, grave, mal controlada
Hipertensão arterial grave não controlada, na apresentação (PAS 180mmHg ou PAD 110mmHg)
História de AVC isquêmico prévio de 3 meses, demência, ou patologia intracraniana conhecida não abrangida nas contraindicações
Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (10 minutos) ou cirurgia de grande porte (3 semanas)
Hemorragia interna recente (dentro de 2 a 4 semanas)
Punções vasculares não compreensíveis
Para estreptoquinase/anistreplase: exposição prévia (5 dias antes) ou reação alérgica prévia a estes agentes

OBS: Recomenda-se o acionamento da Telemedicina exceto em situações que o tempo para acionamento possa comprometer o intervalo de tempo para realização da trombólise, quando o sistema estiver disponível.

3.1.4 Regime de Doses dos Fibrinolíticos – Se elegível a trombólise

Droga de escolha: Tenecteplase E.V (Metalyse®)

- Administração única em bolus EV
- Tempo de infusão: 5 a 10 segundos
- Dose ajustada pelo peso do paciente

Dose Conforme peso do paciente – Administração de Tenecteplase			
Peso	**Tenecteplase**		**Volume solução**
< 60 Kg	6000 U	30 mg	6 mL

≥ 60 a < 70 Kg	7000 U	35 mg	7 mL
≥ 70 a < 80 Kg	8000 U	40 mg	8 mL
≥ 80 a < 90 Kg	9000 U	45 mg	9 mL
≥ 90 Kg	10.000 U	50 mg	10 mL

Observações:

Deve-se utilizar acesso exclusivo (pode ser feito em acesso preexistente desde que tenha sido usado somente para a administração de NaCl 0,9%. Incompatível com solução glicosada.

A dispensação do Tenecteplase só deverá ocorrer se houver prescrição da droga.

Após o uso do Tenecteplase deve-se preencher o documento da Secretaria Municipal de Saúde (em anexo) com a justificativa do uso, anexar cópia do ECG e encaminhar à farmácia.

Recomendações e controles realizados após a trombólise

O paciente trombolisado deve permanecer em ambiente de cuidados intensivos (Sala de Emergência) por pelo menos 48 horas, monitorizado e reavaliado constantemente. Deve-se buscar controle glicêmico e pressórico rigoroso, além da detecção precoce de sinais e sintomas clínicos sugestivos de sangramentos decorrentes da trombólise.

CUIDADOS

- Controle de SSVV a cada 2 horas.
- Instituir medidas para hipertermia S/N;
- O controle pressórico deve ser mais estrito, evitando-se de toda forma PAS >185mmHg e/ou PAD >110mmHg.
- Iniciar insulina EV S/N.
- Seguir protocolo de TEV institucional (DINST.PT.0019) para prevenção de TVP.
- Manter decúbito entre 30 e 45°
- Manter paciente euvolêmico.
- Manter o paciente em jejum por 24 horas pelo risco de hemorragia e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.
- Não realizar passagem de SNE/SNG nas primeiras 24 horas após a trombólise
- Não passar sonda vesical de demora (SVD) nas primeiras 24 horas após a trombólise
- Não utilizar antiagregantes plaquetários ou anticoagulante nas primeiras 24 horas após uso de rtPA;
- Após as 24 horas do tratamento trombolítico, o tratamento de SCA segue as mesmas orientações do paciente que não recebeu trombólise, isto é, antiagregante plaquetário e anticoagulação.
- Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas.

3.3 Critérios de Reperfusão

A Reperfusão é o restabelecimento do fluxo sanguíneo. Para verificar se a trombólise foi eficaz é necessário o acompanhamento dos sinais e sintomas:

- Melhora da dor (2 pontos em uma escala de 0 a 10)
- Redução do supra de ST de pelo menos 50% em relação a derivação que tem o maior Supra no ECG anterior, após 2 horas da trombólise
- Aparecimento de R.I.V.A (Ritmo Ideoventricular Acelerado)
- Pico precoce de marcadores de necrose miocárdica
- Manutenção da estabilidade hemodinâmica

3.4 Transferência BP – Paciente com SCA Com Supra de ST

Conforme acordado com a Secretária da Saúde, todo paciente diagnosticado com SCA com Supra de ST com até 12 horas de início de sintomas será encaminhado à Beneficência Portuguesa (BP) para tratamento e conduta. O caso deverá ser discutido entre médicos (VSC e BP) via telefone (11)94478-8628 ou (11)3285-1614 o mais rápido possível. Após alinhamento é necessário encaminhamento do caso via e-mail (anselmoasalgado@hotmail.com) com documentação completa preenchida no formulário (abaixo), ECG E scaneado e inserir o caso no CROSS informando que o caso já foi discutido.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Inclusão: Pacientes com suspeita de IAMSSST, IAMCSST e angina instável.

Exclusão: pacientes que não tem sinais de dor torácica sugestivo de síndrome coronariana aguda.

RESPONSABILIDADES

Equipe médica e assistencial

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Não se aplica

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Realização do ECG em até 10 minutos após a classificação.

Realização de AAS em até 24 horas da admissão

Tempo porta-agulha de até 30 minutos.

Letalidade

ANEXOS

Anexo 1. Formulário Protocolo Síndrome Coronariana Aguda

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

1 ( )	2 ( )	3 ( )
Dor torácica Tipica	Dor Epigástrica, em dorso, pescoço, mandíbula (com ou sem irradiação)	Equivalente isquêmico: ( ) síncope, ( )dispnéia, ( ) palpitação / arritmia, ( ) hipotensão/ choque, ( )mal-estar, ( ) lipotimia,( )palidez, ( )sudorese fria
	Se 02 e 03 tem que ter 3 ou mais dos seguintes:	
	( ) >65 anos; ( ) DAC familiar; ( ) DM, ( ) HAS, ( ) DLP, ( )TBG, ( ) IAM prévio, ( )RVM prévia , ( )AAS na última semana, ( ) angina nas últimas 24 horas, ( ) AVC/AIT prévio; ( ) DRC.	

Inicio dos Sintomas:
Data ____/____/____ Hora ____:____ ( ) Não sabe

Entrada na Unidade:
Data ____/___/____ Hora ____:____

Abertura do Protocolo:
Data ____/____/____ Hora ____:____

ECG (Meta< 10 min da admissão)
Hora ____:____

Avaliador do Protocolo (ECG): _____

Local de Abertura:
( ) Classificação de risco
( ) Observação adulto
( ) Sala de choque

_____
Enfermeiro

Avaliação da Sala de Choque / Emergência

( ) Dor tipo A ( ) Dor tipo B ( ) Dor tipo C

( ) Dor tipo D

Checagem de ECG
Solicitação e Coleta de Troponina e exames subsidiários
Aferição de Pulso , Pressão Arterial em ambos os MMSS e Avaliar Sopro Cardíaco

Descartado SCA
Outras causas :

Gastrite, Pneumonia, Angina Estável, Estresse, Refluxo, Costocondrite, etc.

Encerrar Protocolo
Hora ___:____

( ) IAM com Supra ST

( ) IAM sem Supra ST
( ) Angina Instável

( ) Suspeita de Dissecção de Aorta

AAS 300 mg ( ) sim ( ) não
Hora:_____:_____
Alergia ( )

Clopidogrel 300 mg ( ) sim ( ) não
Hora:_____:_____
Alergia ( )

Heparina ( ) sim ( ) não
Qual?
Dose: _____
Hora:_____:_____

Sinvastattina 40 mg ( ) sim ( ) não
Hora:_____:_____
Alergia ( )

Solicitar Tomografia de Tórax com contraste arterial (via CROSS)

Enzimas Cardíacas Seriadas
0, 3, 6 e 12 horas
1º coleta: Hora:____:___
Valor:_____
2º coleta: Hora:____:___
Valor:_____
3º coleta: Hora:____:___
Valor:_____
4º coleta: Hora:____:___
Valor:_____

Trombólise
(< 30 min da admissão)
Tenecteplase _____ mg Peso:_____kg
Hora:_____ ( ) Não realizado
Pq?_____
Critério de Reperfusão: ( ) sim ( ) não
Acionado Protocolo BP: ( ) sim ( ) não

Inclusão do Paciente no CROSS

Desfecho: Data ____/____/____ Hora: ____:____
( ) Alta com encaminhamento
( ) Transferência para Hospital Local: _____
( ) Óbito

Medico Responsável:_____ Data_____/_____/_____ Hora: _____:_____

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GRACE SCORE	
Categoria	Pontos
Baixo	≤ 108
Intermediário	109 - 140
Alto	> 140
TOTAL do Paciente =	

CLASSIFICAÇÃO KILLIP	
Killip I	Sem dispneia, B3, ou estertoração
Killip II	Dispneia, B3, e estertoração
Killip III	Edema Agudo de Pulmão
Killip IV	Choque Cardiogênico
TOTAL do paciente =	

TIMI RISK	
Idade ≥ 65 anos	1 ponto
Presença de ao menos 03 fatores de risco para DAC	1 ponto
Estenose coronariana prévia ≥ 50%	1 ponto
Presença de desvio do segmento ST no ECG da admissão	1 ponto
Ao menos dois episódios anginosos nas 24 horas prévias	1 ponto
Biomarcadores cardíacos de necrose miocárdica séricos elevados	1 ponto
Uso de Aspirina nos últimos 7 dias	1 ponto
0-2 pontos: Baixo / 3,4 pontos: Intermediário / 5-7 pontos : Alto	
TOTAL do Paciente =	

Terapia Adjuvante
Morfina solução decimal
O2 se Sat < 90%
Beta bloqueador
iECA ou BRA
Nitrato : Não fazer se infarto de VD

Exames Subsidiários
RX tórax
Hemograma
Creatinina / Uréia
Na / K
TP / TTPA

Dose Conforme peso do paciente – Administração de Tenecteplase

Peso	Tenecteplase		Volume solução
< 60 Kg	6000 U	30 mg	6 mL
≥ 60 a < 70 Kg	7000 U	35 mg	7 mL
≥ 70 a < 80 Kg	8000 U	40 mg	8 mL
≥ 80 a < 90 Kg	9000 U	45 mg	9 mL
≥ 90 Kg	10.000 U	50 mg	10 mL

Anticoagulação:

1) HNF: 60UI/kg, EV, bolus (máx. 4000UI)
12UI/Kg/h (máx. 1000UI/h)
(controle com TPPA 50-70 seg)

2) Enoxaparina:
< 75 anos: 30mg EV bolus
1mg/Kg SC de 12/12h
≥75 anos: sem bolus
0,75 mg/kg de 12/12h
Se ClCr < 30 : 1mg/kg de 24/24h

Terapia Fibrinolítica – Contraindicações absolutas:

Qualquer hemorragia intracraniana prévia
Conhecida lesão vascular cerebral estrutural (por exemplo, MAV)
Conhecida neoplasia maligna intracraniana (primária ou metastática) AVC isquêmico dentro de 3 meses, salvo acidente vascular cerebral isquêmico em até 3 horas
Suspeita de dissecção aórtica
Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (excluída menstruação)
Traumatismo craniano significativo ou traumatismo facial nos últimos 3 meses

Terapia Fibrinolítica – Contraindicações relativas:

História da hipertensão arterial crônica, grave, mal controlada
Hipertensão arterial grave não controlada, na apresentação (PAS 180mmHg ou PAD 110mmHg)
História de AVC isquêmico prévio de 3 meses, demência, ou patologia intracraniana conhecida não abrangida nas contraindicações
Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (10 minutos) ou cirurgia de grande porte (3 semanas)
Hemorragia interna recente (dentro de 2 a 4 semanas)
Punções vasculares não compreensíveis
Para estreptoquinase/anistreplase: exposição prévia (5 dias antes) ou reação alérgica prévia a estes agentes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013;**101(2):52-65.**

2. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2009;93(6 supl.2):e179-e264.

3. Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timerman A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arq Bras Cardiol. 2002;79 (supl II):1.

4. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST - Sociedade Brasileira de Cardiologia – Volume 105, nº2, suplemento 1, Agosto 2015.

5. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) Arq. Bras. Cardiol. 2007;89(4): e 89-e131.

6. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2017) – Atualização 2013/2014

7. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência - Sociedade Brasileira de Cardiologia - Arq Bras Cardiol - volume 79, (suplemento II), 2002.

8. 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary. Circulation. 2014; 130:2354-2394.

9. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology.

10. ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction—Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol 2007 50 : 652-726

11. ACC/AHA/ASE 2003 Guideline Update for the Clinical Application of Echocardiography A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASE Committee to Update the 1997 Guidelinesfor theClinical Application of Echocardiography). J. Am. Coll. Cardiol., Sep 2003; 42 : 954 - 970

12. Borja Ibanez Stefan James Stefan Agewall Manuel J AntunesChiara Bucciarelli-Ducci Héctor Bueno Alida L P Caforio Filippo CreaJohn A Goudevenos Sigrun Halvorsen. European Heart Journal, Volume 39, Issue 2, 7 January 2018, Pages 119–177,https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393Published: 26 August 2017 https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/2/119/4095042

1. Nicolau JC, Timerman A, Piegas LS, Marin-Neto JA, Rassi A. Jr. Guidelines for Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction of the Brazilian Society of Cardiology (II Edition, 2007). Arq Bras Cardiol 2007; 89 (4): e89-e131.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

INTRODUÇÃO

Lesão por pressão (LP) é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

OBJETIVOS

Principais

- Descrever as melhores práticas assistenciais para prevenção de lesão por pressão;
- Padronizar os processos assistenciais da equipe multiprofissional para a manutenção da integridade da pele e suas funções.

Secundários

- Estabelecer processos assistenciais que auxiliem a equipe multiprofissional na identificação precoce das alterações da integridade da pele;
- Prevenir o desenvolvimento de LP e outras alterações da pele;
- Direcionar a escolha das medidas preventivas de forma individualizada;
- Diminuir a morbidade e mortalidade hospitalar por LP;
- Evitar infecções e complicações secundárias as alterações da pele;

- Divulgar recomendações internacionais sobre prevenção das lesões por pressão, baseadas em evidências científicas.

APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão:

- Todos os pacientes internados, para tratamento clínico ou cirúrgico;
- Pacientes admitidos no hospital.

Critérios de Exclusão

- NA

AVALIAÇÃO DE RISCO E FATORES DE RISCO

Recomendações

Realizar uma avaliação estruturada do risco com a maior brevidade possível, no período máximo de oito horas após a admissão, para identificar os indivíduos em risco de desenvolver LP. Utilizar

uma abordagem estruturada para a avaliação do risco, que seja refinada pelo juízo crítico e suportada pelo conhecimento dos principais fatores de risco.

Escalas de Avaliação de Risco

Pacientes maiores que 5 anos:

Desenvolvida nos Estados Unidos, a escala de **Braden** é a mais amplamente utilizada e sua validade foi verificada. A escala é composta por seis fatores: sensorial função, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, força de cisalhamento e atrito. A pontuação varia de 6 a 23. O ponto de corte 16, sendo desejável elevar o ponto de corte para 18 ao avaliar pacientes idosos. O risco é inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos menor é a classificação de risco para desenvolver LP.

Pacientes menores que 5 anos:

A partir de uma adaptação da Escala de Braden, Quigley e Curley, desenvolveram a **Escala de Braden Q** para avaliar o risco de LP na população pediátrica. A Escala de Braden Q inclui a seis subescalas originais da Braden (mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, e nutrição), e acrescenta a avaliação da perfusão tecidual / oxigenação.

Pacientes neonatal:

A escala **Braden QD** foi criada em 2018 e é uma versão revisada e simplificada da Braden Q para abordar algumas limitações. A escala Braden QD aborda o risco de LP relacionada a dispositivos médicos bem como o risco de imobilidade em pacientes pré-termos. Com uma pontuação de corte de 13 a escala Braden QD apresentou uma sensibilidade de 86% e uma especificidade de 59%. A escala Braden Qd possui 7 subescalas: mobilidade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição, avaliação da perfusão tecidual / oxigenação e **acrescenta a avaliação de dispositivos médicos**.

Aplicação na Prática: ***Todo paciente*** deverá ser avaliado para o risco de desenvolver LP sistematicamente na **admissão com prazo máximo em até 8 horas** desta. Além disso a reavaliação de risco deverá ser realizada a cada 48h ou antes se houver mudança do quadro clínico do paciente.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

- **PS:** Todos os pacientes admitidos na observação do PS deverão ser avaliados para risco de LP.

Registro: A avaliação da pele deve ser registrada na Anotação de Enfermagem ou Evolução de Enfermagem todas as vezes em que for realizada.

AVALIAÇÃO DA PELE

Aplicação na Prática

- Avaliar a pele de forma contínua, com base no contexto clínico e no grau de risco do indivíduo (risco baixo, moderado, alto e muito alto);
- Documentar no prontuário os resultados de todas as avaliações da pele;
- Se necessário aumentar a frequência das avaliações da pele em resposta a qualquer deterioração do estado geral;
- Avaliar a pele com especial atenção às áreas cutâneas sobrejacentes às proeminências ósseas, incluindo occipital, cotovelos, sacro, os ísquios, os trocânteres e os calcâneos;
- Aproveitar cada reposicionamento do paciente para reavaliar a pele;
- Diferenciar a causa e o grau de eritema da pele se é branqueável ou não branqueável;
- Incluir os seguintes fatores em todas as avaliações da pele: temperatura da pele, edema, alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante. Atenção à avaliação de peles escuras;
- Avaliar a presença de dor;
- Inspecionar a pele sob e ao redor dos dispositivos a cada mudança de decúbito para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante. Uma descrição mais detalhada será abordada mais adiante no item Dispositivos Médicos;
- Alterações no volume dos fluidos ou estados hipoproteícos podem resultar em edemas localizados ou generalizados e fazer com que um determinado dispositivo médico que foi inicialmente encaixado de forma adequada exerça pressões externas na pele que provoquem o desenvolvimento das lesões por pressão. Em pacientes com a pele vulnerável a alterações de fluidos e/ou com sinais de edema localizado/generalizado, a avaliação da pele nos locais de interface com dispositivos médicos deve ser avaliada a cada 2/2h ou mais vezes se necessário.

FREQUÊNCIA DE AVALIAÇÃO DA PELE

Aplicação na Prática

O intervalo para a inspeção e registro das condições da pele, deverá ser realizado de acordo com o risco para desenvolvimento de LP:

- Baixo risco: 1 vez ao dia
- Moderado risco: 2 vezes ao dia
- Alto risco e risco muito alto: 3 vezes ao dia

PS: O intervalo para a inspeção e registro das condições da pele, deverá ser realizado de acordo com o risco para desenvolvimento de LP:

- Baixo risco: 1 vez dia
- Moderado risco: 2 vezes dia
- Alto risco e risco muito alto: 3 vezes dia

Registro: a avaliação da pele deve ser registrada na Evolução de Enfermagem e no impresso de Avaliação de Risco Multiprofissional, todas as vezes que for realizada. As lesões por pressão identificadas deverão ser notificadas em sistema informatizado SINAPSE, avaliadas pelo enfermeiro do GAEFE ou estomaterapeuta, que prescreverá a melhor conduta. Também deverão ser inseridas no plano terapêutico do paciente com metas estabelecidas para a recuperação da lesão, juntamente com o preenchimento do plano educacional.

PREVENÇÃO DE LP:

Higienização e Hidratação da pele

- Manter a pele limpa e seca;
- Limpar a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. Utilizar água morna e um produto de limpeza com pH equilibrado. Caso o paciente apresente evacuações líquidas, prescrever a higienização com Cavilon® Limpador de pele sem enxágue.
- Hidratar a pele seca e áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia. Sugestão de hidratante corporal: Primoderme®. Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas pois pode provocar lesão tecidual e/ou reação inflamatória. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares

Manejo da umidade

- Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência para prevenção de Dermatite Associada à Incontinência (DAI) de acordo com suas características;
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão;
- A decisão pelo uso de fraldas ou absorventes é do enfermeiro, com base na aplicação da escala de Braden e Braden Q – itens Umidade, Atividade e Mobilidade. Na instituição, estão disponíveis as fraldas: Molicare com capacidade para 2.350ml e ABENA - que comporta até 4 litros;
- Desencorajar o uso de fralda quando não há indicação formal de controle da umidade;
- Atenção a outras fontes de umidade, como, extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potenciais irritantes para a pele;
- Oferecer uma comadre ou papagaio em conjunto com os horários de mudança de decúbito.

Registro: as ações para controle da umidade devem estar registradas no impresso de Anotação/Evolução de Enfermagem e Prescrição de Enfermagem.

Manejo da Temperatura

- Ao selecionar uma superfície de apoio, considerar fatores como a capacidade de controlar a umidade e a temperatura;
- Não aplicar dispositivos de aquecimento (por exemplo, sacos de água quente, almofadas térmicas, sistemas integrados de aquecimento das superfícies de apoio) diretamente sobre a pele ou sobre lesões por pressão.O calor aumenta a taxa metabólica, induz a transpiração e diminui a tolerância do tecido à pressão;
- Manter o paciente em normotermia;

Registro: a temperatura do paciente deve ser registrada na visualização interativa/balanço hídrico /controles de sinais vitais.

Manejo da Dor

- Avaliar a dor localizada como parte integrante de cada avaliação da pele.
- A dor pode, comumente, fazer parte da experiência do paciente e quando não é devidamente aliviada tem efeitos físicos e psicológicos negativos. No contexto da prevenção de LP a dor pode ser uma das causas da imobilidade do paciente no leito. O paciente deve ser questionado/avaliado com a escala adequada para suas condições clínicas e um tratamento para dor deve ser estabelecido.

Registro: deve ser feito no quadro de manejo da dor conforme descrição na política de Gerenciamento da Dor.

DISPOSITIVOS MÉDICOS

Existem muitos estudos focados na prevenção de LP utilizando as camas especializadas, colchões, almofadas e reposicionamento. Isto porque a maioria das LP ocorre sobre proeminências ósseas. No entanto, são poucas as evidências na literatura que abordam especificamente lesões por pressão relacionadas com a utilização de dispositivos médicos, e esta tem se mostrado cada vez mais prevalentes. Assim, é importante sensibilizar a equipe multiprofissional sobre a importância de se sistematizar rotinas quanto aos cuidados com os dispositivos para prevenção de LP.

As LP relacionadas a dispositivos médicos podem ocorrer devido:

- Mau posicionamento do dispositivo;
- Fixação inadequada;
- Escolha errada do dispositivo;
- Falha no monitoramento da pele onde está localizado o dispositivo;
- Ausência coberturas protetoras da pele sob os pontos de pressão, quando aplicável;
- Falta de rodízio no posicionamento dos dispositivos médicos.

Recomendações:

- Considerar adultos e crianças com dispositivos médicos como estando em risco de desenvolver LP, **independente da pontuação das escalas de avaliação de risco**, ou seja, se o paciente for classificado como sem risco pelos critérios das escalas e estiver com dispositivos médicos em contato com a pele será considerado como risco havendo necessidade de implantar medidas de prevenção relacionadas a este fator especificamente;
- Considerar a utilização de uma cobertura de proteção para prevenir lesões por pressão relacionadas com dispositivos médicos;
- Analisar e selecionar os dispositivos médicos disponíveis na instituição de acordo com a sua capacidade para induzir o mínimo grau de dano provocado por forças de pressão e/ou cisalhamento;
- Inspecionar a pele em contato com o dispositivo diariamente pelo menos DUAS VEZES POR DIA para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante;
- Em pacientes com a pele vulnerável a alterações de fluidos e/ou com sinais de edema localizado/generalizado, a avaliação da pele nos locais de interface com dispositivos médicos deve ser mais frequente (MAIS DE DUAS VEZES POR DIA);
- No departamento de Pacientes Graves a inspeção da pele ao redor de dispositivos médicos deve ser a cada 2 horas, durante a mudança de decúbito, exceto no paciente lúcido que seja capaz de sinalizar desconforto ou dor no local, que deve ser uma vez por plantão.

Aplicação na Prática

- Escolha o tamanho correto do dispositivo médico;
- Mantenha a pele limpa e seca sob os dispositivos médicos.
- Mova os dispositivos diariamente para avaliar a pele;
- A frequência de avaliação do local do dispositivo deve ocorrer conforme a classificação do risco.

ATENÇÃO:

No momento da avaliação do local do dispositivo se identificada qualquer alteração na pele deve ser realizado o rodízio do local de fixação, afrouxamento ou troca da fixação para alívio da pressão local ou troca do dispositivo, além do uso de películas/coberturas protetoras;

- Amortecer e proteger a pele com coberturas/curativos em áreas de alto risco (por exemplo, ponte nasal, orelhas, asa nasal etc.) utilizando um adesivo adequado para fixação e espuma com silicone;
- Muitas vezes o um dispositivo médico selecionado inicialmente pode não servir mais para o paciente no que diz respeito ao seu tamanho, comprimento, largura ou diâmetro devido às alterações do quadro clínico do paciente como, por exemplo, surgimento de edemas ou perda de massa corpórea. Nesses casos o dispositivo deve ser substituído por outro de dimensões adequadas ao paciente;

- Se for decidido pela utilização de uma película/cobertura protetora da pele deve-se ter em conta os seguintes aspectos:

➢ Capacidade de controlar a umidade e o microclima, principalmente quando utilizado com um dispositivo médico que possa estar em contato com fluídos corporais/drenagem (por exemplo, sonda de gastrostomia endoscópica percutânea);

➢ Facilidade de aplicação e remoção;

➢ Capacidade de avaliar regularmente a condição da pele;

➢ Espessura do curativo por baixo de dispositivos de colocação muito apertada;

➢ Localização anatômica do dispositivo médico e tipo/finalidade do dispositivo médico:

- Evitar colocar dispositivos em locais com risco de LP ou com LP presente;
- Atenção à presença de edema sob o(s) dispositivo(s) e potencial de ruptura da pele;
- Confirmar que os dispositivos não são colocados diretamente sob o paciente;
- Orientar a equipe sobre o uso correto dos dispositivos e prevenção de lesões na pele;
- Reposicionar o indivíduo e/ou dispositivo médico para redistribuir a pressão e diminuir as forças de cisalhamento;
- Rodiziar os dispositivos médicos, com atenção para não os deslocar;
- Atenção ao refazer a fixação dos cateteres nasais (gástricos, enterais, de oxigênio etc.) para não exercer pressão excessiva, e utilize fixações apropriadas;
- Garantir que é possível visualizar toda extensão do dispositivo;
- Registrar em prontuário as avaliações realizadas do local de dispositivos bem como e as ações para prevenção de LP relacionadas ao dispositivo.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

Ventilação Não Invasiva (VNI):

- Atenção para a necessidade de corrigir o posicionamento da interface devido a presença de eritema na pele. Caso necessário rodiziar tipos de interfaces.
- Para crianças pequenas e recém-nascidas, o reposicionamento só é feito se a criança agita, se há escape de ar excessivo ou por pelo menos uma vez por período (6 horas) durante o atendimento de fisioterapia ou caso haja necessidade;
- Na presença de lesão realizar o rodízio de interfaces, para evitar compressão na área lesada e comunicar a equipe multiprofissional, para definir o tratamento adequado com medicações tópicas;
- Utilizar película protetora nos pontos de maior pressão a depender do tipo de interface;
- Questionar sempre o paciente quanto à sensação de desconforto e reposicionar caso seja necessário;
- Não fixar excessivamente, pois pode haver um pouco de escape.
- Manter pele e cavidade oral limpa e hidratada;

- Instalar película protetora em pontos de maior pressão nos paciente dependentes de VNI (sugestão: região superior do nariz, bochechas e queixo);
- Avaliar qual melhor tipo de interface para cada paciente: nasal, facial ou total e manter a interface sem sujidade;
- Caso necessário intercalar tipos de interface de VNI;

Intubação Traqueal:

- No momento da intubação ou admissão de um paciente intubado, o enfermeiro e fisioterapeuta em conjunto com a equipe médica discutem sobre a previsão do tempo em ventilação mecânica. As condições da pele e risco de extubação acidental devem ser avaliados para a tomada de decisão sobre o tipo de fixação e cobertura de proteção da pele a ser escolhida. Vide fluxograma de fixação de tubo orotraqueal.
- Avaliar a necessidade de aplicar películas/coberturas nos pontos onde a fixação do tubo traqueal possa causar pressão, como por exemplo, região posterior da cabeça, zigomático, orelhas, lábio superior e região supralabial;
- Podem ser alternados em relação ao local de pressão na cabeça, face, cavidade oral e lábios.
- Troca diária na presença de sujidade, umidade excessiva ou fixação apertada causando pressão na pele;
- Fixação com "Tensoplast", por se tratar de um adesivo, a troca excessiva pode propiciar a lesão labial e facial. Recomendamos trocar diariamente e na presença de sujidade ou descolamento parcial do adesivo. Usar Convacare® para remoção não traumática do adesivo. A cada troca, a pele deverá estar limpa e seca, livre de pêlos e ser aplicado o "Cavilon Spray", que forma uma película protetora e auxilia na proteção da pele.

Órteses:

- Órtese de MMSS e II: No primeiro dia, usar por 1 hora pela manhã e 1 hora à tarde, se o paciente não apresentar desconforto, piora da hipertonia, edema ou cianose no membro, agitação com risco de lesões, pontos de hiperemia na pele;
- Retirar a (s) órtese (s) e as meias e observar se há pontos de hiperemia ou algum outro sinal que não se observou antes (ex.: irritação da pele) que permaneça por mais de 20 minutos;
- Se não houver nenhuma alteração, voltar a utilizar por mais de 1 h no próximo período;
- Não utilizar a noite no período de adaptação (nos 3 primeiros dias);
- No segundo dia aumentar o uso para 2 horas por período e observar se ocorrem alterações na pele;
- No terceiro dia aumentar o uso para 4 horas e observar se ocorrem alterações na pele;
- A partir do quarto dia, pode-se utilizar a órtese durante o maior tempo possível, inclusive à noite, se não atrapalhar o sono do paciente. Sempre observar os sinais citados acima;

- Caso qualquer membro da equipe multiprofissional perceba ponto de pressão ou qualquer outra inadequação no uso ou colocação da órtese durante a internação, deve-se marcar o ponto com caneta demarcação da pele, descontinuar o uso da órtese e solicitar uma reavaliação com o técnico que confeccionou a órtese;
- Compartilhar com a equipe médica a ocorrência de pressão /ou desconforto relacionado ao uso da órtese;
- Enquanto é aguardada a reavaliação da órtese aplique película protetora na pele.

Pacientes submetidos à posição prona: Manobra de rotação do paciente da posição supina para decúbito ventral com o objetivo de melhorar a oxigenação e a acidose respiratória do paciente com síndrome do desconforto respiratório agudo.

Cuidados gerais:

- Utilize coxins para aliviar pontos de pressão;
- Reposicione o paciente em posição nadador, alterando o lado da cabeça e MMSS;
- Pequenas descompressões e mudanças de posição devem ser realizadas enquanto pronado;
- Planeje com todos os membros da equipe (6 profissionais: 2 de cada lado da cama, 1 cabeceira, 1 volante)
- Ao alternar a posição do braço e cabeça (posição nadador), avalie a integridade da pele do braço, cabeça, face e pontos de pressão de dispositivos;
- **REGISTRE** todas as medidas preventivas e avalições de pele.
- Avalie em conjunto com o plantonista a remoção temporária da extensão da pressão arterial invasiva para realizar a prona com a técnica de envelopamento;
- Em posição prona, verifique a distribuição desigual da pressão e o posicionamento dos dispositivos médicos;
- Use uma espuma de silicone embaixo dos dispositivos médicos;
- Gire ou reposicione regularmente o dispositivo;
- Ao retornar para a posição supina, realize a avaliação da pele e siga o fluxo de mobilização do paciente instável – use o posicionador de 15º para mudança de decúbito.

Cabeça:

- Utilize 2 alturas de colchão caixa de ovo com orifício no centro (alivio de pressão da orelha) OU posicionador fluidizável.
- Realize **DUPLA** fixação com cadarço, protegendo os pontos de contato do fixador com espuma;
- Aplique película líquida no rosto para proteção;
- Hidrate os lábios com vitamina E alternando com dexpantenol;
- Aplique lubrificantes oftálmicos e feche as pálpebras com fita de silicone;
- Posicione a língua dentro da boca;

- Reposicione a cabeça do paciente a cada 2h.

Tórax:

- Remova os eletrodos da face anterior do tórax. Reposicione na face posterior;
- Aplique espuma com silicone associado ao uso de placa de hidrogel na região da CLAVÍCULA, REBORDO COSTAL, CRISTA ILÍACA, JOELHOS e DORSO DOS PÉS.
- Confira conexões de todos os dispositivos (cateteres, drenos, tubos). Aplique coberturas de silicone para alívio da pressão sob os dispositivos. Acolchoe áreas peri-estomais COM ESPUMA (colchão caixa de ovo);
- Coloque fralda com os feixes para cima. Considere o uso de sonda retal em pacientes com diarreia;
- Pause a dieta durante o posicionamento do paciente;
- Faça mini descompressões no tórax, reposicionando os coxins a cada 2h.

MMII:

- Aplique placas de hidrogel e espumas de silicone na região dos joelhos. Finalize com atadura elástica de 15 cm para segurar o curativo profilático.
- Alinhe a extensão do cateter vesical de urina / dispositivo de controle fecal em direção ao pé da cama.
- Utilize coxins para posicionamento das pernas e alivio de pressão dos pés;
- Realize descompressões e reposicionamento dos membros inferiores a cada 2h;

Posição nadador:

- Cabeça lado oposto do membro elevado;
- Coxins: cabeça, clavícula, crista ilíaca, coxa e região tibial;
- Dupla fixação de IOT (cadarço);
- Alivie os pontos de pressão da fixação do tubo orotraqueal com espumas com silicone.
- Troca da fixação do cateter nasoenteral;
- Fixação da cobertura profilática com atadura;
- Fralda com os fechos para região posterior.

PACIENTES GRAVES

Instabilidade hemodinâmica

A instabilidade hemodinâmica é tipicamente caracterizada por variação da pressão sanguínea, bradicardia, taquicardia, hipotensão, hipoxemia e hipoperfusão que pode ser causada por perda sanguínea, redução da resistência vascular por sepse, diminuição do débito cardíaco e uso de dispositivo de circulação extracorpórea.

Algumas pesquisas sugerem que pacientes que não são mobilizados no leito desenvolvem alterações relacionadas ao efeito da gravidade no corpo - chamado de "equilíbrio gravitacional"

por Vollman- resultando intolerância e em dificuldade do corpo para se adaptar as mudanças de posição.

Além da ocorrência de LP a imobilidade no leito oferece vários outros efeitos indesejáveis para o paciente como atelectasia, pneumonias, fraqueza muscular, hipotensão ortostática, prejuízo da função cardíaca, redução da captação de oxigênio, redução da massa de células vermelhas do sangue, doença tromboembólica, aumento da resistência à insulina, aumento da glicose sanguínea e contraturas musculares.

Em contrapartida, estudos realizados nas unidades de terapia intensiva descrevem uma variedade de benefícios com a mobilização progressiva como, por exemplo: diminuição do tempo de permanência na UTI, menos dias em ventilação mecânica, diminuição do risco de pneumonia associada a ventilação mecânica e redução do tempo de internação hospitalar.

Por todos os motivos descritos anteriormente recomenda-se a mobilização/reposicionamento do paciente no leito, inclusive dos pacientes considerados graves e instáveis hemodinamicamente, de forma lenta, cuidadosa e com constante supervisão.

Recomendações: Considerar virar o paciente de forma lenta e gradual, dando tempo suficiente para estabilizar a condição hemodinâmica e a oxigenação**.**

Serão considerados pacientes hemodinamicamente instáveis ou com potencial de instabilidade com contraindicação para mobilização no leito:

- Desenvolvimento de arritmia com risco de morte (taquicardia ventricular, taquicardia supraventricular, fibrilação ventricular);
- Paciente em ressuscitação volêmica;
- Hemorragia ativa, por exemplo, hemorragias digestivas alta e/ou baixa;
- Mudanças nos parâmetros vitais sem retorno a linha de base em até 10 minutos após a mobilização/reposicionamento. O mais importante aspecto da avaliação da resposta do paciente a mobilização no leito inclui a compreensão do que seria o seu estado basal de acordo com o diagnóstico do paciente;
- Presença de fraturas instáveis;

Os pacientes identificados como hemodinamicamente instáveis com contraindicação de mobilização/reposicionamento no leito devem ser reavaliados quanto esta condição **a cada 8 horas** com objetivo de iniciar a mudança de decúbito a cada duas horas conforme indicado no protocolo. Esta reavaliação deve ser feita da seguinte forma:

- Realize "mini" mudanças de decúbito, utilizando coxins à 15°;
- Mantenha os calcâneos elevados com posicionadores;
- Quando for mobilizar o paciente faça-o LENTAMENTE! Durante mudança de roupa de cama, higiene, reposição de coxins e travesseiros mobilize o paciente;

- Na presença de fraturas instáveis os pacientes só poderão ser mobilizados com autorização do médico. Os dispositivos de imobilização de fraturas não devem ser retirados. Deve-se avaliar a pele ao redor da imobilização e questionar o paciente quanto ao conforto no local (quando aplicável);

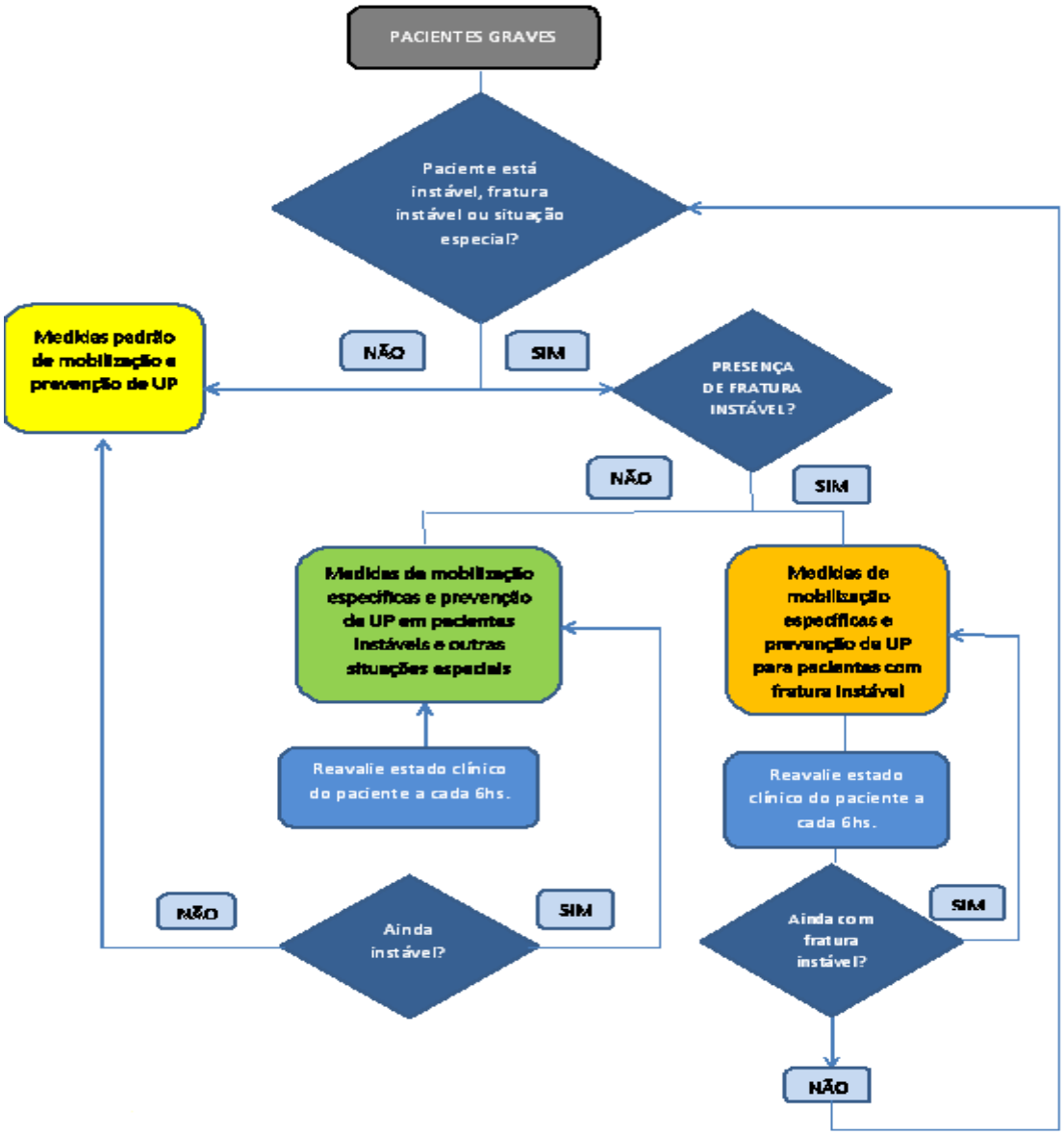
Quanto mais cedo o paciente for mobilizado no leito menos chance apresentará de desenvolver intolerância ao reposicionamento. A mobilização deve ser feita lentamente, pois uma resposta ortostática "negativa" pode ocorrer quando a equipe move rapidamente o paciente. Passos para mobilização segura do paciente instável:

- Vire o paciente LENTAMENTE!
- Vire o paciente até 10° a 15° e aguarde por 15 segundos;
- Observe as respostas do paciente e dos sinais vitais no monitor;
- **Para mudança de decúbito,** continue virando o paciente até a alcançar 30° lateralizado e aguarde 15 segundos;
- **Para realizar procedimentos,** vire o paciente até 45° e aguarde 15 segundos, terminados os procedimentos volte o paciente LENTAMENTE para 30° lateralizado;
- Providencie os apoios para manter o decúbito;

ATENÇÃO: Uma mudança inicial dos parâmetros vitais é esperada e não deve ser motivo para interromper a mobilização do paciente grave.

Pacientes intolerantes até as "minis" mudanças de decúbito (aqueles que não retornam os sinais vitais a linha basal após 10 minutos de lateralização mesmo após intervenção direcionada para a clínica) **deverão ter cabeça, membros superiores e inferiores reposicionados a cada 2 horas até serem novamente avaliados após 8h.** REGISTRE cada tentativa, avaliação e discussão com a equipe médica repetindo o processo a cada 8h.

FLUXOGRAMA PARA MOBILIZAÇÃO E PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NO PACIENTE GRAVE



Estratégias para prevenir LP no paciente hemodinamicamente instável que não pode ser totalmente mobilizado:

- **Colchão de superfície especializada:** indicado para os pacientes clinicamente instáveis ou cuja integridade da pele começou a deteriorar-se em um curto período (2 horas) na mesma posição. Se esta situação está prevista para permanecer inalterado ou deteriorar-se ainda mais no futuro próximo, ou seja, 12 horas;
- **Mobilização progressiva:** realizar a mobilização progressiva lenta e gradual, iniciando com 15° até 30° inicialmente. Pacientes que não toleram a mobilização a 15 °, devem ser reavaliados a cada 2 h**;**

- **Movimentação passiva:** consiste na movimentação das articulações dos membros superiores e inferiores em várias direções sem causar contração muscular. Esse procedimento é realizado pelo fisioterapeuta 2 vezes por dia (manhã e tarde).

REPOSICIONAMENTO

Recomendações:

- Estabelecer planos de reposicionamento onde constem a frequência e a duração da alternância do posicionamento;
- Reposicionar todos os indivíduos que estejam em risco de desenvolver ou que já tenham desenvolvido LP, a menos que contraindicado;
- Ter em conta a condição clínica do indivíduo e a superfície de apoio de redistribuição da pressão em uso no momento de decidir se o reposicionamento deve ser implementado como estratégia de prevenção;
- Não posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia. O rubor indica que a pele ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.

ATENAÇÃO: nenhuma superfície de apoio permite o alívio total da pressão.

Frequência do Reposicionamento

- Os pacientes identificados com risco para o desenvolvimento de LP deverão ser reposicionados a cada 2h; (TODOS PACIENTES INDEPENDENTE DO RISCO);
- Justificar em prontuário quando houver restrição à mudança de decúbito;

Aplicação na Prática

No Leito

- Utilizar uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente para o lado direito, para o lado dorsal e para o lado esquerdo) ou para a posição de pronação se o indivíduo assim o tolerar e a condição clínica o permitir.
- Incentivar os indivíduos capazes de se reposicionar a dormirem deitados de lado entre 30° a40° ou na horizontal se tal não for contraindicado;
- Evitar posturas deitadas que aumentem a pressão, tais como estar deitado de lado a 90° ou estar semi reclinado;
- No caso de um indivíduo em repouso no leito, limitar a elevação da cabeceira da cama a 30° salvo contraindicação devido à condição clínica ou a aspectos digestivos e relacionados com a alimentação. Se for necessário ficar sentado na cama, evitar elevar a cabeceira e evitar posições incorretas que centrem a pressão e o cisalhamento ao nível do sacro e do cóccix;
- Na posição de Pronação utilizar superfície de redistribuição de pressão e avaliar a região frontal do corpo a cada 2 horas, protegendo as proeminências ósseas: ombros, mamas quando mulher, crista ilíaca, joelhos e dorso do pé com hydrosorb e cobrir com placa de silicone;

- Realizar o posicionamento do paciente a cada 2 horas na posição de nadador e rodiziar o posicionamento da cabeça com a mesma frequência;
- Nas áreas onde for possível retirar a placa de silicone para avaliação da pele, realizar de 2/2h.
- Atenção especial aos dispositivos evitando tracioná-los e mantê-los longe de pressão.

Sentado

- Quando estiver sentado o paciente deve sentir-se confortável e estável na posição;
- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira acima de 30º, evitando a centralização e aumento da pressão ao nível do sacro e cóccix;
- O tempo de permanência em poltrona é de até 2h consecutivas, com uso obrigatório de superfície especializada de redistribuição de pressão, exceto para os pacientes com independência completa.
- Pacientes com LP em proeminências ósseas na região dorsal e/ou pélvica deverão permanecer sentado por até 1h, no máximo 3x/dia.
- Garantir que o paciente que não têm independência completa esteja previamente em decúbito lateral nas últimas 2h antes da transferência para a poltrona. Este cuidado garante o alívio de pressão adequado às proeminências ósseas;
- Posicione o paciente em decúbito lateral sempre que retornar a cama e estimule este cuidado nos pacientes com independência completa. Este cuidado evita a pressão sobre as mesmas proeminências ósseas;
- Se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, impedindo que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal;
- Evitar a utilização de apoios para elevação das pernas em indivíduos com comprimento inadequado dos ísquios, pois aumenta a pressão no cóccix e/ou sacro;
- Após utilizar dispositivos eletrônicos para transferência do paciente, retirar a esteira;
- Quando sentados, os pacientes sob risco de desenvolver LP devem estar posicionados sobre um dispositivo de redistribuição de pressão por no máximo 2h. Estimule o paciente sentado (sem déficit cognitivo e que seja capaz de realizar mudanças de posição) a reposicionar o corpo frequentemente para minimizar os pontos de pressão. Durante orientação, **ATENÇÃO A EXISTÊNCIA DE RISCO DE QUEDA!**

Reposicionamento do paciente com LP

- Não posicionar um indivíduo diretamente sobre uma lesão por pressão;
- Não posicionar o indivíduo sobre a(s) área(s) com suspeita de lesão profunda dos tecidos com pele intacta;

- Se o paciente já tem uma LP, considerar períodos de repouso no leito para promover a cicatrização das úlceras na região sacrococcígea e isquiática;
- Se um indivíduo com LP sobre o sacro/cóccix ou região isquial tiver de estar sentado, limitar a posição de sentado a três vezes por dia em períodos iguais ou inferiores a 60 minutos. Utilizar uma superfície adequada para o indivíduo se sentar e/ou técnicas de posicionamento para evitar ou minimizar a pressão sobre a lesão. Sugestão de superfície aliviadora de pressão em poltrona: Almofada Quadrada em Gel;
- Continuar a virar e a reposicionar o indivíduo independentemente da superfície de apoio em uso. Definir a frequência de reposicionamento com base nas características da superfície de apoio e na resposta do indivíduo;
- Evitar sentar um indivíduo com uma lesão isquiática numa postura totalmente ereta (na cadeira ou na cama);
- Modificar os horários para estar sentado e reavaliar a superfície de apoio e a postura do indivíduo se a lesão agravar ou se não melhorar;
- Não utilizar dispositivos em forma de anel ou argola.

Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

- Nunca arrastar o paciente sobre o leito. Levantar o paciente, **NÃO** o arrastar;
- Se o paciente for sobrepeso ou obeso movimentá-lo em duas pessoas;
- Utilizar dispositivos eletrônicos para transferência;
- Usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito;
- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral;
- Limitar o tempo de cabeceira elevada, e não elevar acima de 30º, pois o corpo do paciente tende a escorregar ocasionando fricção e cisalhamento;
- Sempre inspecionar o leito e verificar se foram esquecidos objetos sob o paciente;
- Para paciente sob intubação traqueal ou mantendo sondas gástricas é recomendado manter a cabeceira elevada entre 30° e 45 ° com o objetivo de reduzir o risco de Pneumonia Associada à Ventilação mecânica ou aspiração de conteúdo gástrico;
- Considerar a aplicação de curativos para prevenção de LP nos locais de proeminências ósseas (por exemplo, calcâneo ou sacro) frequentemente submetidas à fricção e cisalhamento.

Os cuidados diários para o paciente em uso da película de silicone sacral são:

- Aplicar a película na região sacral;
- Colocar a data na película;
- Retirar a película diariamente, avaliar a pele e fechar novamente;
- Registrar o aspecto da pele;
- Remover e descartar a cada 3 dias;

- Reaplicar a película de acordo com os critérios de inclusão;
- Se o paciente é incontinente não troque a película. Se a parte externa da película estiver suja basta limpá-la;
- Se devido à incontinência no prazo de 24h não for possível manter a película fixa na pele, descontinue o uso desta e aplique um creme barreira ou outra medida para manutenção da integridade da pele.

SUPERFICIES DE APOIO E REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO

As superfícies de apoio são "dispositivos especializados de redistribuição da pressão concebidos para gerir as cargas teciduais, o microclima e/ou outras funções terapêuticas (ou seja, colchões, sistema integrado na cama, substituição de colchões, colchões de sobreposição, almofadas de assento ou sobreposições de almofadas de assento)".
Selecionar uma superfície de apoio que atenda às necessidades do paciente e a necessidade de redistribuição de pressão com base nos seguintes fatores:

- Nível de imobilidade e inatividade;
- Necessidade de controle do microclima e redução do cisalhamento;
- Altura e peso do indivíduo;
- Risco de desenvolvimento de novas lesões por pressão;
- Número, gravidade e localização de lesão(ões) de pressão existente(s).

Camas e colchões

Recomendações:

- Utilizar colchões de espuma reativa e de alta especificidade em vez de colchões de espuma reativa que não sejam de alta especificidade em indivíduos avaliados como estando em risco de desenvolver lesões por pressão;
- Antes de utilizar uma superfície de apoio, verificar se esta encontra-se dentro do tempo de vida útil funcional com base no método de avaliação recomendado pelo fabricante (ou através de outros métodos de avaliação reconhecidos pela indústria);
- Sempre que não for possível um reposicionamento manual frequente, utilizar uma superfície de apoio dinâmica (colchão normal ou colchão de sobreposição) em indivíduos com alto risco de desenvolver lesões por pressão;
- Continuar a reposicionar os indivíduos colocados numa superfície de apoio de redistribuição da pressão;
- Nas unidades de internação da SBIBAE existem colchões de redistribuição de com diferentes especificidades. O enfermeiro deve direcionar o uso de acordo com o risco do paciente em desenvolver LP;

ATENÇÃO: O uso de superfícies de redistribuição de pressão não substitui a obrigatoriedade da mudança de decúbito.

Almofadas

Recomendações:

- Optar por uma cobertura de almofada flexível/respirável que assente de forma solta na parte superior da almofada e que seja capaz de se ajustar aos contornos do corpo;
- Avaliar a almofada e respectiva cobertura em termos de dissipação de calor. Escolher uma almofada e uma cobertura que permitam a circulação de ar de forma a reduzir a temperatura e a umidade na região dos glúteos;
- Utilizar uma almofada de redistribuição da pressão para indivíduos com mobilidade reduzida sentados numa cadeira.

NUTRIÇÃO

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA PREVENÇÃO DAS LP

- O enfermeiro é o profissional responsável por acionar o nutricionista quando há risco ou presença de LP e também quanto a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (<60% das necessidades nutricionais entre cinco a sete dias), a equipe discutirá a possibilidade de colocar uma sonda para dieta.
- Nutricionista e médico avaliam a necessidade de incluir suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão.

Rastreio do Estado Nutricional: Triagem nutricional de cada indivíduo em risco de desenvolver ou com presença de lesão por pressão (reforçar treinamento Avaliação de Risco da Equipe Multiprofissional – Notificação do Risco Nutricional):

- No momento da admissão;
- Em cada alteração significativa da condição clínica (ocorre a cada 48h a reavaliação);
- Quando não se verificam progressos em termos de cicatrização da LP.

Uma vez notificado Risco Nutricional: avaliação do nutricionista.

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES COM RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LP

- Considerar os pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição, que estejam acamados ou imobilizados no leito, em risco para desenvolvimento de LP.

- Avaliar e monitorar estes pacientes de acordo com o protocolo de conduta nutricional do HIAE, classificando-os em nível de assistência secundário ou terciário:
- Avaliar o peso, respectiva história de perda de peso (>5% em 30 dias ou >10% em 180 dias);
- Avaliar a capacidade do indivíduo para comer de forma independente;
- O foco da avaliação nutricional deve recair sobre a avaliação do consumo de energia, a alteração de peso, velocidade de perda de peso, e o impacto do stress psicológico ou de problemas neuropsicológicos;
- Analisar a adequação da via de alimentação (oral, enteral, parenteral ou mista);
- Adequar a dieta às características individuais não deixando de considerar o risco para LP;
- Vigiar o estado de hidratação do paciente, eventuais sinais e sintomas de desidratação nos indivíduos, incluindo alteração de peso, turgor da pele, diurese, níveis séricos de sódio elevados. Providenciar líquidos adicionais em caso de desidratação, com temperaturas elevadas, vômitos, sudorese, diarreias, feridas exsudativas.

Registro: Evolução da nutricionista o acompanhamento, evolução da LP (sobre a cicatrização). Enfermeiros e nutricionistas devem compartilhar e trocar informações.

PRESCRIÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA LP – ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q.

Ao realizar a prescrição de enfermagem, o enfermeiro deverá elaborar o plano de cuidados do paciente de acordo com os fatores de risco identificados e a classificação do risco. Os itens em negrito correspondem aos cuidados mínimos a serem adotados para a manutenção da integridade da pele e prevenção de LP a todos os pacientes identificados com risco, independentemente da classificação. Demais cuidados serão selecionados pelo enfermeiro, baseado nas necessidades do paciente e no julgamento clínico.

Modelo de Prescrição de Enfermagem para Prevenção de LP

Os itens podem ser selecionados de acordo com o risco do paciente em desenvolver LP e presença de dispositivos médicos.

- **Baixo / Moderado Risco:**
  - Estimular a mobilização no máximo a cada 2/2h OU
  - Auxiliar a mudança de decúbito a cada 2/2h;
  - Manter os calcâneos livre de pressão (com travesseiro ou posicionador de calcâneo);
  - Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
  - Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
  - Manter o paciente com a cabeceira a 30°;
  - Manter o paciente a 30° quando lateralizado à direita ou esquerda;
  - Estimular paciente a sentar em poltrona;
  - Monitorar presença de dor em proeminências ósseas e locais com dispositivos médicos;

- Pesar paciente 1x ao dia;
- Monitorar e comunicar aceitação alimentar;
- Manter paciente em normotermia;
- Rodiziar dispositivo: _____ de _____
- Proteger local de dispositivo: _____ com _____na(s) região (s)_____
- Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s)_____
- Realizar troca em: _____
- Estimular uso de papagaio/ comadre/ vaso;
- Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
- Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
- Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;
- Utilizar quadro balcânico para facilitar a mobilização do paciente;
- Sentar o paciente três vezes por dia por 60 minutos;
- Manter os pés apoiados no chão;

- **Alto / Muito alto Risco:**

- Auxiliar a mudança de decúbito a cada 2/2h OU
- Realizar a mudança de decúbito a cada 2/2h;
- Manter os calcâneos livre de pressão (com travesseiro ou posicionador de calcâneo);
- Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
- Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
- Manter o paciente com a cabeceira a 30°;
- Manter o paciente a 30° quando lateralizado à direita ou esquerda;
- Manter os joelhos ligeiramente dobrados de 5° a 10°;
- Monitorar presença de dor em proeminências ósseas e locais com dispositivos médicos;
- Pesar paciente 1x ao dia;
- Monitorar e comunicar aceitação alimentar;
- Mover dispositivos para avaliar a pele 2/2h;
- Manter paciente em normotermia;
- Rodiziar dispositivo: _____ de _____;
- Proteger local de dispositivo: _____ Com _____na(s) região (s)_____;
- Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s)_____;
- Realizar troca de_____a cada _____;
- Intensificar troca de fraldas;
- Utilizar fralda com capacidade de _____ml;
- Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
- Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
- Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;

- Utilizar quadro balcânico para facilitar a mobilização do paciente;
- Sentar o paciente três vezes por dia por 60 minutos;
- Manter os pés apoiados no chão;

- **Pacientes instáveis**

- Reavaliar a condição clínica a cada 6 horas;
- Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
- Realizar mobilização progressiva (15° a 30°) para realizar procedimentos ou iniciar lateralização do paciente;
- Utilizar coxins de 15° - 30° para manter a lateralização do paciente;
- Manter os calcâneos livre de pressão (com travesseiro ou posicionador de calcâneo);
- Manter os joelhos ligeiramente dobrados de 5° a 10°;
- Reposicionar a cabeça, braços e pernas do paciente a cada 1 hora;
- Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão;
- Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e S/N;
- Manter paciente em decúbito de 30°;
- Pesar paciente a cada _____;
- Mover dispositivos para avaliar a pele 2/2h;
- Manter paciente em normotermia;
- Rodiziar dispositivo: _____ de _____;
- Proteger local de dispositivo: _____ com _____na(s) região (s)_____;
- Aplicar a película de silicone na região _____;
- Remover a película para avaliação da pele a cada_____;
- Substituir a película em _____dias;
- Proteger as premências ósseas com _____na(s) região (s) _____;
- Realizar troca de _____a cada_____;
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva com_____ na (s) região (ões): _____;
- Intensificar troca de fraldas;
- Utilizar fralda com capacidade de _____ml;
- Utilizar o dispositivo eletrônico nas transferências do paciente;
- Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente;
- Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente;

- **Dispositivos Médicos:**

- Avaliar a pele em contato com o dispositivo uma vez por plantão;
- Rodiziar dispositivo: _____ de _____
- Proteger a pele em contato com o dispositivo _____ com _____na(s) região(s) _____

- Verificar se o tamanho do dispositivo está adequado – aplicável a pacientes sujeitos a edema/anasarca;
- Rodiziar o local de fixação dos dispositivos:_____ (de acordo com a classificação de risco do paciente);
- Rodiziar o local de fixação do cateter vesical;

RECUSA DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Nos casos de recusa de mudança de decúbito pelo paciente ou familiar/acompanhante, a equipe assistencial poderá acionar a equipe da psicologia através da avaliação **do risco psicológico,** pelos fatores de: **dificuldade de aderir ou falha na adesão ao tratamento/dificuldade de compreensão as orientações**, onde o psicólogo fará avaliação do paciente, reforçando a importância da mudança de decúbito.

Além do acionamento da psicologia, **o fluxo de resolução de conflitos na assistência ao paciente**, poderá ser acionado.

Mesmo diante dos fluxos acima se a recusa ainda persistir devemos entregar o **termo de recusa ao tratamento**.

GERENCIADO

A incidência e prevalência de lesão por pressão é monitorada através das notificações de eventos adversos e auditoria de busca ativa que inclui avaliação do prontuário e avaliação da pele do paciente por enfermeiros treinados para coleta de dados sobre LP conforme descrição do *The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI®).* Ambos os dados são tratados pelo setor de Epidemiologia, analisados e apresentados à Instituição, cujas ações de melhorias são discutidas no Comitê Multiprofissional de Prevenção e Tratamento de LP.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Número de pacientes que adquiriram lesão por pressão após admissão no hospital/ Número total de pacientes na população estudada = Taxa de LP adquirida no hospital

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Resolução de Conflitos na Assistência ao Paciente
- Recusa ao tratamento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick

Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). 3ª Ed. EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. Disponível em: http://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick_Reference_Guide-10Mar2019.pdf

2. Noonan C, Quigley S, Curley MAQ. Using the Braden Q Scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. The Journal of Pediatric Nursing. 2011; Capítulo 26 (6); p. 566-75.

3. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden scale. September/October 1998 - Volume 47 - Issue 5 – p. 261-269.

4. Quigley SM1, Curley MA. Skin integrity in the pediatric population: preventing and managing pressure ulcers. J Soc Pediatr Nurs. 1996; Capítulo 1(1): 7-18.

5. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; Capítulo 59(3); p. 279-84.

6. Schub T, Avital O. Pressure Ulcers: Assessment of Risk. CINAHL Nursing Guide, EBSCO Publishing. Ipswich, Massachusetts; 2015 Jun 12. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703890&site=nrc-live

7. Jaffe SE, Pravikoff D. Pressure Injuries: Prevention. CINAHL Nursing Guide, EBSCO Publishing; Quick Lesson – CEU; 2014 Nov 07. Available from: http://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=5&sid=cf20087c-7b83-45b9-8acb-dafdc0f09307%40sessionmgr111&hid=124&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T702546.

8. Protocolo de Dor

9. Dyer A. Ten Top Tips: preventing device-related pressure ulcers. Wounds International; 2015;

10. Fletcher J. Device related pressure ulcers. Wounds UK. 2012 June;

11. Cooper KL. Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. Critical Care Nurse 2013.

12. Brindle CT, Malhotra R, O'Rourke S, Currie L, Chadwik D, Falls P, Adams C, Swenson J, Tuason D, Watson S, Creehan S. Turning and Repositioning the Critically Ill Patient With Hemodynamic Instability: A Literature Review and Consensus Recommendations. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013; Capítulo 40 (3); p.254-267.

13. Vollman K. Introduction to progressive mobility. Crit Care Nurse; 2010; Capítulo 30; p. 3-5.

14. Ciasulli K, Pravikoff D. Bed Rest, Prolonged: Preventing Complications - an Overview (Nursing Practice and Skill). Cinahl Nursing Guide, EBSCO; 2015. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T706703&site=nrc-live

15. Jill Cox. Pressure Ulcer Development and Vasopressor Agents in Adult Critical Care Patients: A Literature Review. Ostomy Wound Manage; 2013. Capítulo 59(4); p.50–60. Available

from: http://www.o-wm.com/article/pressure-ulcer-development-and-vasopressor-agents-adult-critical-care-patients-literature-re#sthash.HNKqr1Yo.dpuf

16. Anna E. Krupp & Jill Monfre. Pressure Ulcers in the ICU Patient: An Update on Prevention and Treatment. Curr Infect Dis Rep; 2015.

17. Nathalie Smith, Sara Richards. Skin Assessment: Performing. CINAHL Nursing Guide, EBSCO; Ipswich, Massachusetts; 2015. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703887&site=nrc-live

18. Castilho LD, Caliri MHL. Úlcera de decúbito e estado nutricional: revisão da literatura. Rev Bras Enferm; 2005. Capítulo 58(5); p. 597-601.

19. Domansky RC, Borges EL. Manual para prevenção de lesões de pele. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.

20. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

21. Why Prone? Why Now? Improving Outcomes for ARDS Patients. Crit Care Nurse, 2019. 39(5): p. 84.

22. National Pressure Injury Advisory Panel. Pressure Injury Prevention - PIP Tips for Prone Positioning, 2020.

ANEXOS

N/A

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Intervenção nutricional na LP.

PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO PACIENTE ADULTO

Objetivo - População Alvo
Escopo

Essa diretriz é destinada a pacientes com idade acima de 18 anos, com presença de sepse suspeita ou confirmada decorrente de uma infecção clinicamente relevante, atendidos nos diversos setores envolvidos no cuidado e na experiência do paciente no hospital.

Destaques e fluxogramas
A sepse é definida pela presença de uma disfunção orgânica ameaçadora a vida, devido uma resposta desregulada do organismo à infecção;

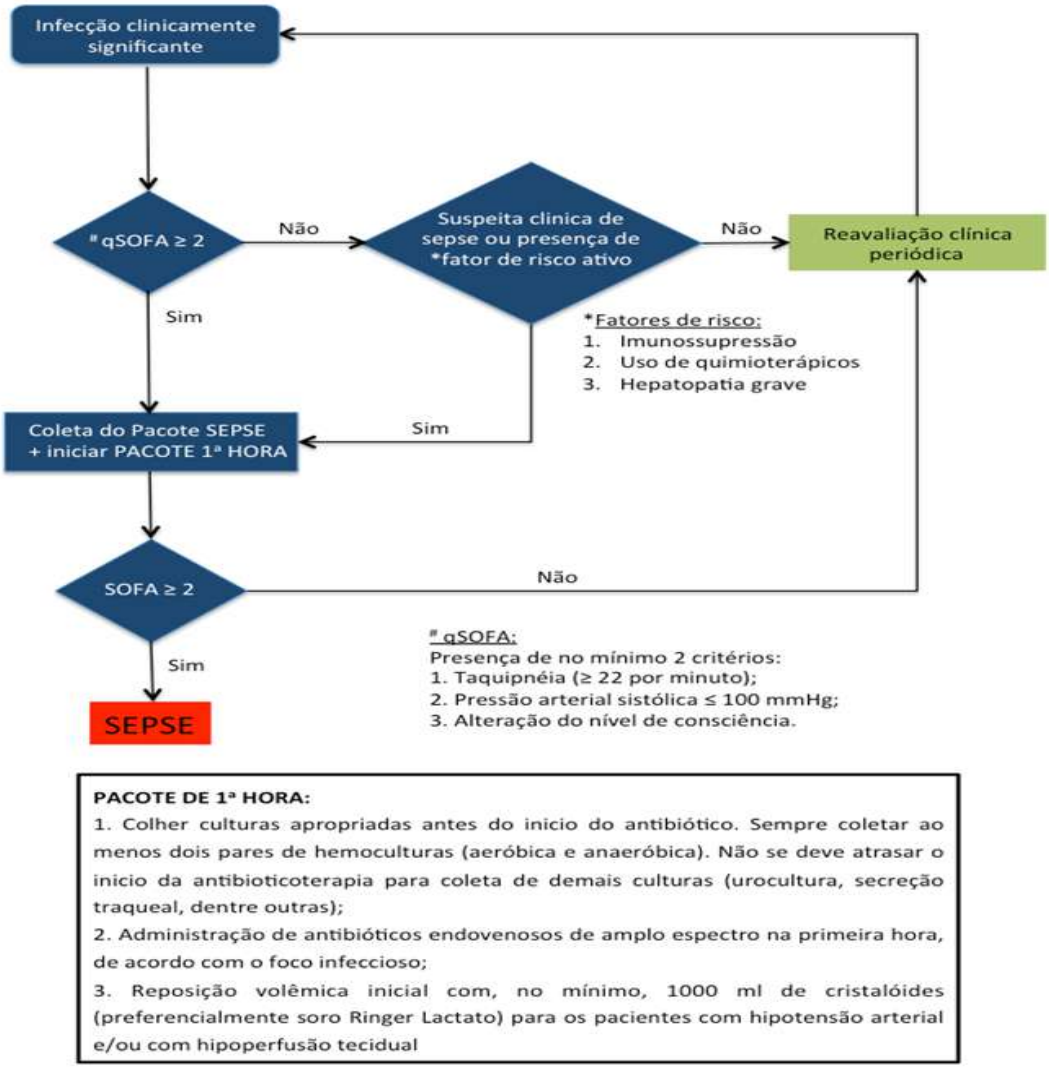
Todos os pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escorem qSOFA positivo suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos (imunossupressão, uso de quimioterápicos ou hepatopatia grave) devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do Pacote SEPSE e inicio do PACOTE DE 1a HORA;

No PACOTE DE 1a HORA, deve-se garantir a coleta de lactato sérico, coleta de culturas e início de antibiótico endovenoso apropriado dentro de 1 hora. Os pacientes que apresentem hipotensão arterial ou hipoperfusão tecidual (lactato sérico maior que 36 mg/dL), devem receber expansão volêmica inicial com, 30ml/kg de cristaloides(preferencialmente soro Ringer lactato) em 1 hora em paciente, pacientes cardiopatas, insuficiência renal crônica ou já em terapia intensiva, deverá ser avaliado a necessidade de infusão de volume.

As evidências atuais apontam para redução das taxas de mortalidade hospitalar quanto mais precocemente for realizado o início da antibioticoterapia, a coleta de culturas e do lactato sérico;

Os pacientes que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada após a expansão volêmica inicial ou lactato inicial maior ou igual a 36 mg/dL, devem ser conduzidos dentro do PACOTE DE 6 HORAS.

Fluxograma de atendimento inicial dos pacientes com suspeita de sepse



3. DETERMINANTES DA DOENÇA

A sepse é uma síndrome clinica desenvolvida a partir da interação entre fatores do patógeno e do hospedeiro (como idade, sexo, comorbidades e fatores ambientais), levando a uma nova disfunção orgânica decorrente de uma resposta desregulada do organismo a infecção [1].
A disfunção orgânica induzida pela sepse também pode ser oculta, principalmente na presença de alguns fatores de risco, como uso de quimioterapia, pacientes imunossuprimidos ou com hepatopatia grave.

4. APRESENTAÇÃO CLINICA E ACHADOS FÍSICOS

Os critérios de síndrome de resposta inflamatória sistêmica não devem ser utilizados para identificar pacientes com sepse, devido sua baixa sensibilidade e especificidade [1]. Assim, para adequada identificação dos pacientes com suspeita de sepse, deve-se atentar para a presença

de sinais e sintomas que possam sugerir a presença de uma disfunção orgânica nova. Dessa forma, destaca-se a seguinte definição:

Suspeita clínica de sepse: pacientes com infecção presumida ou confirmada com sinais clínicos de disfunção orgânica nova, como hipotensão arterial, saturação de oxigênio baixa pela oximetria de pulso, dispneia com aumento da necessidade de oxigênio/suporte respiratório, alteração do nível de consciência ou oligúria [5].

Adicionalmente, a presença de alguns sinais clínicos pode auxiliar na identificação dos pacientes com infecção com maior risco de gravidade clínica. Com esse objetivo, recomenda-se utilizar o escore quick-SOFA (qSOFA) como ferramenta de rastreamento para identificar os pacientes que apresentam risco elevado de apresentar desfechos clínicos desfavoráveis [1]. O escore qSOFA é considerado positivo quando o paciente apresenta pelo menos dois dos seguintes critérios clínicos:

Frequência respiratória maior ou igual a 22 incursões por minuto;

Alteração do nível de consciência (escore segundo a Escala de Coma de Glasgow inferior a 15);

Pressão arterial sistólica menor ou igual a 100mmHg.

5. DIAGNÓSTICO

Todos os pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escore qSOFA positivo ou suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do PACOTE SEPSE ADULTO.

Os exames do PACOTE SEPSE ADULTO são:

Gasometria (arterial ou venoso), Lactato (arterial ou venoso), glicose, Sódio, Potássio, Cálcio Iônico;

Hemograma Completo (incluído plaquetas);

Uréia e Creatinina;

Bilirrubinas totais e frações (BTF);

RNI;

Culturas apropriadas

2 pares de hemocultura

Atualmente, a sepse é definida pela presença de uma infecção associada a uma disfunção orgânica nova, que é determinada pelo aumento maior ou igual a 2 pontos do escore total do SOFA basal do paciente (Sequential Organ Failure Assessment) (Tabela 1) [1].

Para o diagnóstico de choque séptico, utiliza-se como critério a presença de hipotensão arterial com necessidade de vasopressor para manter a pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e lactato sérico acima de 18 mg/dL, após ressuscitação volêmica adequada [1].

Tabela 1. Escore SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

Escore SOFA	0	1	2	3	4
Respiratório					
PaO2/FiO2, mmHg	≥ 400	< 400	<300	< 200 e em VM	< 100 e em VM
Coagulação					
Plaquetas, x10^3/mm	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Hepático					
Bilirrubinas totais, mg/dL	< 1,2	1,2 - 1,9	2 - 5,9	6 - 11,9	> 12
Cardiovascular					
PAM, mmHg ou catecolaminas (mcg/Kg/min)	PAM ≥ 70	PAM < 70	Dopamina < 5 ou dobutamina (qualquer dose)	Dopamina 5,1 – 15 ou Adrenalina ≤ 0,1 ou Noradrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou Adrenalina> 0,1 Noradrenalina >0,1
Sistema nervoso central					
Escala de coma de Glasgow	15	13 - 14	10 - 12	6 - 9	< 6
Renal					
Creatinina, mg/dL	< 1,2	1,2 - 1,9	2 - 3,4	3,5 - 4,9	> 5
Débito urinário, ml/24h	-	-	-	< 500	< 200

Observações:

Deve-se considerar o SOFA basal do paciente como zero nos casos de disfunção orgânica prévia não conhecida, ou caso o paciente já possua exames prévios alterados no decorrer da internação.

Em casos de disfunção orgânica ambulatorial (por exemplo, doença renal crônica não dialítica, hepatopatia, DPOC) deve-se considerar o aumento de pelo menos 2 pontos para o diagnóstico de sepse, na presença de infecção, ou seja, se o paciente tiver alteração previa de creatinina, deverá ser zerada no momento do calculo e considerar se ele apresentar mais alguma disfução. Pacientes cardiopatas que possuem hipotensão, deve-se seguir a mesma orientação dos paciente com disfunção orgânica laboratórial.

6. ESCORE DE GRAVIDADE E INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

6.1 Escore de gravidade

Os pacientes com suspeita de sepse com escore qSOFA positivo apresentam maior probabilidade de apresentar desfechos clínicos desfavoráveis, como maior tempo de internação na UTI e mortalidade hospitalar. O subgrupo de pacientes com sepse que evoluem com choque séptico ou hiperlactatemia também apresentam maior probabilidade de mortalidade hospitalar [1].

6.2 Indicação de internação

Atualmente, entende-se que a sepse é uma condição grave, caracterizada pela presença de ao menos uma disfunção orgânica potencialmente fatal decorrente de um quadro infeccioso, com necessidade de internação hospitalar.
Assim, para adequada alocação e fluxo de pacientes com sepse no HMAP, deve-se atentar para os critérios de admissão na unidade de internação e na UTI:

Unidade de Terapia Intensiva:

Critérios de admissão na UTI:

Pacientes com sepse com hipotensão arterial, necessidade de vasopressor ou valores de lactato maior ou igual a 36mg/dl;

Pacientes com sepse e disfunção respiratória com necessidade de ventilação mecânica não-invasiva ou invasiva;

Pacientes com sepse com outras indicações de UTI contempladas na politica institucional de admissão em UTI:

Pacientes com suspeita de infecção e presença de escore qSOFA positivo que se jugue apresentar alto risco de deterioração clinica;

Pacientes com sepse que não apresentem os critérios acima para internação na UTI, porém que se julgue apresentar alto risco de deterioração clínica subsequente, conforme discussão com equipe médica titular e/ou médico do Código Amarelo.

Unidade de Internação:

Critérios de admissão na Unidade de Internação:

Pacientes com sepse que revertem a disfunção orgânica após tratamento inicial .

Paciente que a equipe médica jugar naõ apresentar risco de deterioração clinica subsequente.

7. TRATAMENTO

Nos casos de pacientes com suspeita de infecção e qSOFA positivo, o protocolo SEPSE dever ser aberto imediatamente e as medidas do PACOTE DE 1a HORA prontamente iniciadas, caso ainda não tenham sido realizadas. Esse grupo de pacientes apresenta risco elevado de desfecho clinico desfavorável, assim, toda atenção situacional da equipe multidisciplinar envolvida nos cuidados desses pacientes deve ser dispendida para identificação precoce de eventual deterioração clinica e cumprimento efetivo das recomendações presentes nos PACOTES DE 1a e DE 6 HORAS. Os pacientes que não apresentarem qSOFA positivo, porém tiverem suspeita clínica de sepse ou possuírem fatores de risco ativos, também devem ter o protocolo sepse aberto imediatamente, com o início do pacote de 1a hora.

No PACOTE DE 1a HORA, deve-se garantir a coleta de lactato sérico (dentro de 30 minutos), coleta de culturas e início de antibiótico endovenoso apropriado dentro de 1 hora. Os pacientes que apresentem hipotensão arterial ou hipoperfusão tecidual (lactato sérico maior que 36 mg/dL), devem receber expansão volêmica inicial com, no mínimo, 1000 ml de cristaloides em 1 hora [6], preferencialmente soro Ringer lactato. Deve-se atentar também, adicionalmente ao início da antibioticoterapia, à necessidade de procedimentos cirúrgicos para controlar o foco da infecção se indicado, como drenagem de abscessos, retirada de dispositivos invasivos, desbridamentos de feridas, dentre outros.

Os pacientes que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada após a expansão volêmica inicial ou tiverem lactato inicial maior ou igual a 36 mg/dL, devem ser conduzidos dentro do PACOTE DE 6 HORAS [3]. Nesse pacote, após expansão volêmica inicial, deve-se reavaliar constantemente o paciente para definir nova necessidade de expansão volêmica adicional, com 500-1000 ml de cristaloides, conforme a presença de sinais de má perfusão periférica (sinais vitais, tempo de enchimento capilar > 3 segundos, extremidades frias ou presença de livedo) e/ou hipotensão arterial. Vale lembrar que a Surviving Sepsis Campaign preconiza a expansão volêmica nas primeiras 3 horas com 30 ml/Kg de cristaloides [3]. Dessa forma, caso o paciente apresente sinais de má perfusão periférica (tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, presença de livedo ou frialdade cutânea) ou hipotensão arterial nas reavaliações clinicas seriadas, é razoável receber alíquotas de fluidos que totalizem uma expansão volêmica de no mínimo 30 ml/kg de cristaloides durante as 3 primeiras horas de atendimento, salvaguardado contraindicações clinicas para ressuscitação volêmica agressiva.

Caso a hipotensão arterial persista em detrimento da expansão volêmica, deve-se iniciar Noradrenalina, como vasopressor de primeira escolha, com objetivo de manter a PAM acima de 65 mmHg. Em casos de hipotensão arterial ameaçadora a vida (como PAS abaixo de 70 mmHg), pode-se considerar o início de Noradrenalina enquanto se realiza a expansão volêmica.

Não há evidências atuais que a utilização de monitorização invasiva com a presença de cateter venoso central para aferição de pressão venosa central e da saturação venosa central seja superior aos critérios clínicos (tempo de enchimento capilar > 3 segundos, extremidades frias e presença de livedo) para adequada ressuscitação hemodinâmica em pacientes com sepse [7]. Dessa forma, recomendam-se os critérios clínicos para reavaliações subsequentes dos pacientes com sepse.

Deve-se garantir também a coleta de nova dosagem de lactato sérico dentro do PACOTE DE 6 HORAS, nos pacientes que tenham valor de lactato elevado inicialmente. A tendência de normalização do lactato sérico em pacientes com sepse e choque séptico após a reanimação inicial é relevante, pois é associado a melhores desfechos clínicos [3].

Dessa forma, podemos resumir as recomendações dos PACOTES DE 1a HORA e de 6 HORAS abaixo:

8. RECOMENDAÇÕES

PACOTE 1a HORA: para pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem escore qSOFA positivo ou suspeita clínica de sepse ou presença de fatores de risco ativos:

1. Coletar lactato sérico. Nos pacientes que não tenham indicação de coleta de gasometria arterial, a coleta deve ser realizado do sangue venoso periférico, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;
2. Coleta do tempo de protrombina, o tempo de liberação do resultado será de 60 minutos a partir da entrada no laboratório;
3. Coleta do Hemograma com plaquetas, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;
4. Perfil emergêncial Arterial, o tempo de liberação do resultado será de 30 minutos a partir da entrada no laboratório;
5. Bilirrubina total e frações, o tempo de liberação do resultado será de 60 minutos;
6. Creatinina, o tempo de liberação do resultado será de 30 mintos a partir da entrada no laboratório;

7. Colher culturas apropriadas antes do inicio do antibiótico. Sempre coletar ao menos dois pares de hemoculturas (aeróbico e anaeróbico). Não se deve atrasar o inicio da antibioticoterapia para coleta de demais culturas (urocultura, secreção traqueal, dentre outras);
8. Administração de antibióticos de amplo espectro na primeira hora, de acordo com o foco infeccioso;
9. Reposição volêmica de, no mínimo, 1000 ml de cristaloides em 1 hora, para os pacientes com hipotensão arterial sistêmica e/ou com hipoperfusão tecidual, que não possuirem contra indicação;

A. Hipoperfusão tecidual: lactato sérico maior que 36 mg/dL;
B. Hipotensão arterial sistêmica: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial média menor que 65 mmHg.

É importante destacar que as evidências atuais apontam para redução das taxas de mortalidade hospitalar quanto mais precocemente for realizado o início da antibioticoterapia, a coleta de culturas e do lactato sérico [8].

PACOTE 6 HORAS: para pacientes com lactato sérico maior que 36 mg/dL ou que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada (PAM abaixo de 65 mmHg) após expansão volêmica inicial:

1. Reavaliar a volemia e a perfusão tecidual para definição da necessidade de nova expansão volêmica de 500-1000 ml de cristaloides:

Deve-se utilizar parâmetros clínicos, como sinais vitais, tempo de enchimento capilar (> 3 segundos), presença de livedo e temperatura de extremidades;

Pode-se também utilizar, alternativamente, parâmetros avançados de monitorização, como ecocardiografia point-of-care e ou métodos dinâmicos de avaliação de fluido-responsividade (leg raising);

2. Iniciar Noradrenalina para manter pressão arterial média acima de 65 mmHg nos pacientes que não apresentaram resposta à expansão volêmica;
3. Nova coleta de lactato sérico se a medida inicial estiver elevada. Nos pacientes que não tenham indicação de coleta de gasometria arterial, a coleta deve ser realizado do sangue venoso periférico;

9. INDICADORES DE QUALIDADE

Os protocolos gerenciados buscam, por meio da instituição de diretrizes assistenciais e da monitorização contínua de indicadores de qualidade, garantir a implementação de ações específicas baseadas na melhor evidência científica disponível.
Dessa forma, foi estabelecido indicadores de processo e de desfecho que avaliam a qualidade assistencial do atendimento aos pacientes com sepse monitorizados pelo protocolo na nossa instituição.

Indicadores de processo:

1. Tempo médio de coleta do lactato sérico (meta 60 minutos);
2. Tempo médio da administração do antibiótico (meta 60 minutos
);
3. Adesão ao Pacote de 1 hora e de 6 horas;
4. Acurácia dos triggers de entrada (escore qSOFA, suspeita clinica de sepse ou presença de fatores de risco) no protocolo em predizer sepse;
5. Mediana da quantidade de fluidos administrados no pacote de 6 horas.
6. Numero de resultados liberados fora do prazo por tipo de protocolo pelo laboratório

Indicadores de desempenho:
1. Mortalidade por sepse estratificada pela presença do escore qSOFA positivo;

A coleta dos dados deve er realizada a seguinte forma:

Pacientes alocados na UTI, a coleta é realizada mediante o acompanhamento do SOFA por 72hs até aprensentar SOFA ≥2 , é realizado a conferência dos itens do pacote e registrado a evidência e armazenados em banco de dados, do qual são gerados relatórios de monitorização. Estes relatórios serão, posteriormente, divulgados para as equipes envolvidas (feedback);

Paciente que são atendidos pelo TRR com Qsofa positivo e não possuem critérios de alocação na UTI, se SOFA ≥2 , inserir a informação no banco de daedos e reporte pra as euquipes envolvidas

Ações: A partir dos resultados dos indicadores são desenhadas ações conjuntas para garantir a melhoria contínua da prática clínica

referencias bibliograficas

1. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10

2. Taniguchi LU, Bierrenbach A, Toscano CM, Schettino G, Azevedo L. Sepsis-related deaths in Brazil: an analysis of the national mortality registry from 2002 to 2010. Crit Care. 2014;18:608.

3. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W et al (2017) Surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of sepsis and septic shock—2016. Int Care Med. doi:10.1007/s00134-017-4683-6

4. Machado FR, Carrara FS, Bozza FA, Lubarino J, Azevedo LC, Salomão R. Prevalência e mortalidade por sepse grave e choque séptico em unidades de terapia intensiva brasileiras. Rev Bras Terapia Intensiva.
Supl 1:S14.

5. Machado FR, de Assunção MSC, Cavalcanti AB, Japiassú AM, de Azevedo LCP, Oliveira MC. Getting a consensus: advantages and disadvantages of Sepsis 3 in the context of middle-income settings. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2016;28(4):361-365. doi:10.5935/0103-507X.20160068.

6. The ARISE Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group . Goal-directed resuscitation for patients with early septic shock . N Engl J Med 2014;371:1496-1506.

7. The PRISM Investigators. Early, goal- directed therapy for sep

tic shock — a patient-level meta-analysis. N Engl J Med 2017;376:2223-34.

8. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, et al. Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. N Engl J Med. 2017;376(23):2235–44. Epub 2017/05/23. pmid:28528569.

resumo

Protocolo de sepse

ANEXOS

NA

Documentos relacionados

NA

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA – ADULTO

OBJETIVO - POPULAÇÃO ALVO

- Identificar a população de risco, por meio da avaliação de risco e escalas definidas para queda, em pacientes hospitalizados adultos;
- Planejar intervenções para prevenção da queda de acordo com os fatores de risco identificados para cada paciente;
- Prevenir e reduzir a ocorrência e dano decorrente de queda na população adulto.

APLICABILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão:

- Pacientes hospitalizados/internados (unidades de internação e pré-internação);
- Pacientes adultos hospitalizados/internados que irão realizar procedimentos cirúrgicos;

Critérios de Exclusão:

- Unidades ambulatoriais e medicina diagnóstica avançada;

INTRODUÇÃO

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade corporal.

Esta definição considera como queda as seguintes situações:

- Paciente escorregar de uma cadeira para o chão;
- Encontrar o paciente no chão;
- Amparar o paciente durante a queda (mesmo que não chegue ao chão).
- Manter-se apoiado sobre o mobiliário ou no chão.

Trata-se de um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e declínio da saúde.

Estudos apontam que as quedas se constituem em um dos eventos adversos mais prevalentes no ambiente hospitalar, representando cerca de 70% dos casos, com índices que variam de 1,4 a 10,7 quedas para cada 1.000 pacientes/dia, dependendo do hospital e do tipo de paciente.

Na maioria dos países, as quedas são a causa mais comum de ferimentos na infância, e representam de 25% a 52% das avaliações nos setores de emergência hospitalar.

Já na população idosa, que atualmente representa 12% da população mundial, esses eventos são responsáveis por 75% das mortes. Os idosos, bem como a população infantil com menos de 10 anos, tem taxas aproximadamente duas vezes maiores que o total da população.

RECOMENDAÇÕES

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM PACIENTES ADULTOS

Para pacientes adultos internados foi estabelecido institucionalmente o uso da escala de queda Johns Hopkins, que classifica o risco de queda em diferentes níveis de gravidade: baixo, moderado e alto risco. Esta classificação é realizada inicialmente pela avaliação de quatro situações determinantes para a classificação do risco. São elas: paralisia completa ou imobilização completa com direcionamento automático para implementação das intervenções de baixo risco de queda; paciente com duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão; paciente apresentar uma queda durante a internação atual e presença de protocolos específicos, como por exemplo: risco de sangramento, fragilidade óssea e procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas. Para as últimas três situações específicas devem-se considerar implementações das intervenções de alto risco de queda e desconsiderar o restante da escala.

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	
( )	Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrição). Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda).
( )	Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação.
( )	Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período da internação.
( )	Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.

Caso o paciente não apresente nenhuma das situações mencionadas acima, o protocolo deve ser direcionado por meio de uma pontuação através dos seguintes fatores de risco: idade, história de queda, eliminações, uso de medicamentos de alto risco, uso de equipamentos assistenciais, mobilidade e cognição. Desta forma é possível direcionar as intervenções a partir dos riscos identificados, com o objetivo de prevenir a queda.

De acordo com avaliação clínica do enfermeiro, o risco do paciente poderá ser ajustado segundo a aplicação da escala preditiva, entretanto se faz necessário uma justificativa.

A avaliação do risco para queda deve ocorrer no momento da admissão do paciente. A reavaliação do paciente deve ocorrer a cada 48 horas, mediante mudança do estado clínico ou após episódio de queda.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM PACIENTES PEDIÁTRICO

Para pacientes pediátricos internados foi estabelecido institucionalmente o uso da escala de queda Humpty Dumpty, que classifica o risco de queda em três níveis de gravidade: sem risco, risco e alto risco. Esta classificação é composta por sete dimensões, que resultam em um score de risco, divididos em: idade, gênero, diagnóstico, comprometimento cognitivo, fatores

ambientais, procedimentos cirúrgicos, sedação ou anestesia e medicamentos. Desta forma é possível direcionar as intervenções a partir dos riscos identificados, com o objetivo de prevenir a queda.

Assim como no adulto, a avaliação do risco para queda deve ocorrer no momento da admissão do paciente. A reavaliação do paciente deve ocorrer a cada 48 horas, mediante mudança do estado clínico e após episódio de queda.

PREVENÇÃO DE QUEDA - ADULTO

Para todos os pacientes internados são implementados cuidados universais para prevenção de queda com o objetivo de reduzir a ocorrência do evento, bem como o dano, sendo eles:

- Deixar a campainha, mesa auxiliar, telefone, e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente, de acordo com as condições clínicas do paciente.
- Propiciar iluminação adequada e utilizar "luz noturna".
- Manter cama baixa e travada.
- Manter as grades superiores da cama elevadas.
- Manter área livre para deambulação.
- Uso de sapatos adequados (solado de borracha, fechado e sem salto alto).

Nos pacientes com baixo e moderado risco além dos cuidados universais também pode ser implementado o Plano – Prevenção de queda adulto que consta no prontuário eletrônico e apresenta as seguintes medidas: checar o entendimento das orientações para prevenção de queda e manter pulseira laranja no paciente, (somente nos casos de moderado risco). Já no paciente com alto risco deve-se checar rondas para avaliar o conforto e segurança do paciente de 2/2 horas e auxiliar/acompanhar paciente nas movimentações, obrigatoriamente.

ATENÇÃO: Caso o paciente apresente queda durante a internação, ele deverá ter as mesmas intervenções aplicadas aos pacientes com ALTO RISCO para queda.

As intervenções de queda com foco nos fatores de risco alterados estão relacionadas a:

Fator de Risco	Intervenções
HISTÓRIA DE QUEDA	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; Avaliar nível de confiança para deambulação;
ELIMINAÇÕES	• Orientar o paciente a não se movimentar sem auxílio.

	• Levar o paciente ao banheiro em horários previamente definidos e oferecer fralda quando urgência intestinal/miccional.
MEDICAÇÕES	• Orientar, o paciente e/ou família/acompanhante quando em uso de medicamentos que aumentam o risco para queda. • Orientar sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas como: vertigens/tonturas/sonolência/sudorese excessiva/palidez cutânea/mal estar geral/alterações visuais/alteração dos reflexos que aumentam o risco para queda. • Solicitar a avaliação farmacêutica clínica
USO DE EQUIPAMENTOS	Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos/dispositivos, para planejamento da assistência relacionado a mobilização deste paciente.
MOBILIDADE/ EQUILÍBRIO/ COGNITIVO	• Levantar do leito acompanhado pela enfermagem; • Orientar o paciente/família para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo, sempre que for sair da cama. • Manter as duas grades superiores elevadas e inferiores esquerdas ou inferiores direito, e caso necessário optar em manter as quatro grades elevadas. • Checar a permanência de acompanhante ou familiar. • Avaliar a necessidade do uso de restrição em caso de pacientes incapazes ou que recusam as orientações. • Em caso de hipotensão postural - Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 min), antes de sair da cama. • Solicitar a avaliação do fisioterapeuta.

PREVENÇÃO DE QUEDA – PEDIÁTRICO

Para a população pediátrica internada, independente do risco de queda registrado, são implementados os cuidados universais supracitados, além dos descritos abaixo:

- Deixar a campainha e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente de acordo com o estágio de desenvolvimento e/ou condições clínicas que o paciente se encontra.
- Acompanhar a criança sempre que for ao banheiro.
- Quando em uso de bebê conforto, sempre utilizar cinto de segurança e não deixar sobre o sofá.

- Manter vigilância para evitar que as crianças durmam com os responsáveis no sofá e/ou colo.
- Permanecer com acompanhante em tempo integral, independente da faixa etária.

Nos pacientes com risco também pode ser implementado o Plano – Prevenção de queda Pediátrico que consta no prontuário eletrônico e apresenta as seguintes medidas: manter área de deambulação livre, manter uso da pulseira laranja no paciente e checar o entendimento das orientações para prevenção de queda. Para os pacientes de alto risco, devem-se considerar os seguintes cuidados: rondas para avaliar conforto e segurança do paciente, auxiliar/acompanhar pacientes nas movimentações, orientar paciente a não se movimentar sem auxílio, manter grades elevadas, usar protetores de grades lateral e quando pertinente utilizar prescrições necessárias relacionados ao uso de medicamentos anestésicos/sedação.

As intervenções de queda com foco nos fatores de risco alterados estão relacionadas a:

Fator de Risco	Intervenções
IDADE	• **≤ 36 meses** (3 anos), devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima *Exceto crianças sem mobilidade, estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação clínica da enfermeira*. • **> 36 meses**, devem ser acomodadas em cama com as 4 grades elevadas.

	• **≤ 6 meses**, devem ser transportadas no colo do responsável e esta em cadeira de rodas.
	• **> 6 meses ≤ 36 meses**:
	  ○ Maca deitado junto com o responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação.
	  ○ Cadeira de rodas no colo do responsável.
	• **> 36 meses:** em maca (deitado ou não com o responsável) ou em cadeira de rodas no colo do responsável, dependendo da avaliação clínica da enfermagem.

	• Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não

	deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).
DIAGNÓSTICO	• Não levantar do leito sozinho (de acordo com a idade e condições clínicas); • Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente, registrar e orientar para a família/responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular. • Acompanhar sempre a criança na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor); • Avaliar o uso de grade e protetores; • Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar-se progressivamente
HISTÓRIA PREGRESSA/ATIVIDADE	• Não levantar do leito sozinho e ou quando história de queda pregressa com dano grave.
CIRURGIA/SEDAÇÃO/ANESTESIA	• Orientar o paciente e/ou família/responsável do risco para queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico. • Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar-se progressivamente • Sair do leito acompanhado pela enfermagem. • Se paciente em cama permanecer com as 4 grades elevadas (pré cirúrgico e POI).
MEDICAÇÕES	• Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio. • Orientar paciente e/ou família/acompanhante, quando houver mudança na prescrição, de medicamentos associados ao risco para queda. • Não levantar do leito sozinho; • Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou família/acompanhante quanto aos efeitos colaterais. • O enfermeiro pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e risco para queda.

ORIENTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE QUEDA

O objetivo da orientação ao paciente/acompanhante a respeito de quedas é garantir a adesão do mesmo em relação às medidas preventivas. Deste modo, devem ser registradas no plano educacional as seguintes informações:

- Manter o uso da pulseira laranja (moderado e alto risco de queda, além dos pacientes pediátricos de acordo com a classificação).
- Apresentar o guia/vídeo de prevenção de quedas e assinar termo de ciência.
- Manter todas as grades da cama elevadas.
- Manter a cama baixa e rodas travadas.
- Solicitar ajuda para deambulação.
- Solicitar a campainha para chamar a enfermagem
- Utilizar óculos e aparelho auditivo quando aplicável.
- Manter luzes noturnas acesas
- Utilizar calçado antiderrapante.
- Manter objetos pessoais próximos.
- Manter área de circulação livre de objetos.
- Orientar quanto precauções para alto risco de queda.
- Seguir orientações para prevenção de queda
- Fatores de risco de queda e específicos do paciente.
- Orientar paciente/família sobre a ronda
- Envolver família nas medidas preventivas de queda.

A periodicidade de orientação deve ocorrer sempre que houver alteração dos fatores de risco contemplados na avaliação do risco para queda e após episódio de queda.
A validação do entendimento do paciente/familiar deve verificar o nível de compreensão em relação aos seguintes questionamentos: Quais os motivos que levaram você a estar no protocolo para prevenção de queda? Quais cuidados devem ser tomados para evitar a queda, de acordo com o que foi orientado anteriormente? Você sabe o que significa essa pulseira laranja?
Nos casos em que o profissional de saúde identifique um comportamento resistente ou não adesão as orientações por parte do paciente, familiar ou acompanhante, o enfermeiro deverá

acionar o fluxo de recusa e não adesão às medidas de prevenção de queda que contempla a solicitação da avaliação do psicólogo, o envolvimento
do médico e o termo de recusa. Se houver recusa para a assinatura deste impresso, o profissional deverá registrar suas observações em evolução. (vide anexo)

Para a população adulta, quando avaliados em ALTO RISCO DE QUEDA, utilizar placa de "Risco de Queda" na porta do quarto como um sinalizador para equipe multiprofissional sobre as medidas de atenção para com esse paciente durante as terapias ou visitas.

Para a população pediátrica, quando avaliados como RISCO DE QUEDA somado do fator dos acompanhantes não aderentes às medidas de prevenção, utilizar placa de "Risco de Queda" na porta do quarto como um sinalizador para equipe multiprofissional sobre as medidas de atenção para com esse paciente durante as terapias ou visitas.

Dispositivos utilizados para prevenção de quedas:
- Cinto pélvico (critérios de utilização na política de Restrição Mecânica do Paciente - PO.ASS.ENFE.55.10).
- Abraço seguro.
- Cinto para deambulação (dispositivo utilizado durante os atendimentos de fisioterapia).
- Meia com solado antiderrapante.
- Alarme da cama (sinalizador de saída do leito).
- No ambiente cirúrgico, o uso da faixa de segurança em todas as etapas cirúrgicas é a principal medida de prevenção de queda.

MANEJO PÓS-QUEDA ADULTO E PEDIÁTRICO

Nos casos de queda presenciada por Profissional da Assistência com dano ausente ou leve - o enfermeiro comunicará o médico do paciente (titular ou assistente) sobre a ocorrência da queda, na impossibilidade deste proceder à avaliação, a enfermeira comunicará o médico plantonista da UTI adulto ou UTI pediátrica sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda.
Nos casos de queda NÃO presenciada por Profissional da Assistência com dano ausente ou leve - o enfermeiro comunicará o médico plantonista da UTI adulto ou UTI pediátrica sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda.
Nos casos de queda com dano moderado ou grave o enfermeiro acionará o Código Amarelo Adulto ou Pediátrico, que tem 5 minutos para avaliar o paciente conforme politica estabelecida do acionamento do código amarelo.
Após atendimento do paciente e realização das intervenções necessárias, o enfermeiro deve proceder à análise do evento com o objetivo de identificar como e porque a queda ocorreu. Esta

análise auxiliará na reavaliação dos riscos para queda do paciente, e resultará em um plano de assistência interdisciplinar (se necessário) para reduzir o risco de futuras quedas, além disso, deverão ser considerados nas intervenções os cuidados dirigidos aos pacientes classificados como alto risco para queda.

É aconselhável, se possível, pedir que o paciente tente se lembrar da sensação no momento da queda, a fim de identificar episódios de síncope. Investigar a localização e momento da queda, o que o paciente estava fazendo imediatamente antes da queda, os mecanismos da queda (escorregou, vertigem, tontura, perda da consciência, entre outros).

Pode-se também obter as informações necessárias dos acompanhantes, visitantes, e/ou de quem acompanhou o episódio de queda.

As ações podem contemplar orientações ao paciente/família, introdução de novos procedimentos e/ou rotinas, adequação de ambiente e/ou equipamento, introdução de outros profissionais na assistência ao paciente para minimizar o risco de queda (tais como fisioterapeuta).

Deve-se comunicar a equipe assistencial, familiares e cuidadores do evento ocorrido com o paciente, e o plano de assistência estabelecido ao paciente após a queda.

A enfermeira responsável pelo paciente deve documentar em evolução de enfermagem, as circunstâncias em que a queda ocorreu, as avaliações clínicas realizadas, os danos decorrentes do evento (caso exista) e o estado clínico do paciente no momento.

Proceder à notificação do evento via intranet, mesmo que não haja dano aparente. Registrar como Evento de Queda ou EAG (dependendo da gravidade do dano decorrente da queda). É desejável que a notificação contemple as informações relatadas na evolução de enfermagem relacionadas ao evento.

Os eventos notificados serão investigados e analisados pela Diretoria de Qualidade de Segurança com o apoio da Diretoria de Padrões e Práticas Assistenciais, com o objetivo de identificar os fatores causais e possíveis ações de melhoria necessárias. A análise dos fatores causais é uma das principais ferramentas para favorecer a aprendizagem organizacional, adequação de práticas e políticas, com consequente prevenção de quedas futuras.

CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE QUEDA

Quedas Extrínseca/Acidental: ocorre quando um paciente cai involuntariamente, geralmente como resultado de tropeçar ou escorregar, como resultado da falha do equipamento ou outros fatores ambientais; não é possível classificar com tendo risco de queda antes de o evento ocorrer;

Quedas Intrínseca/Imprevisíveis por causa fisiológica: não há relato de queda anterior ou identificação de risco para queda durante a avaliação do paciente, porém após a análise do evento é possível relacionar a causa com alterações fisiológicas.

Quedas Intrínseca/Previsíveis por causa fisiológica: ocorre em pacientes classificados com risco de queda, através da utilização de uma ferramenta de avaliação de risco.
Quedas associadas ao desenvolvimento: são quedas não acidentais, que ocorrem durante o desenvolvimento da criança, comum durante o período de aprendizagem da deambulação.

CLASSIFICAÇÃO DO DANO APÓS QUEDA

A gravidade do dano é classificada de acordo com a National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) em:

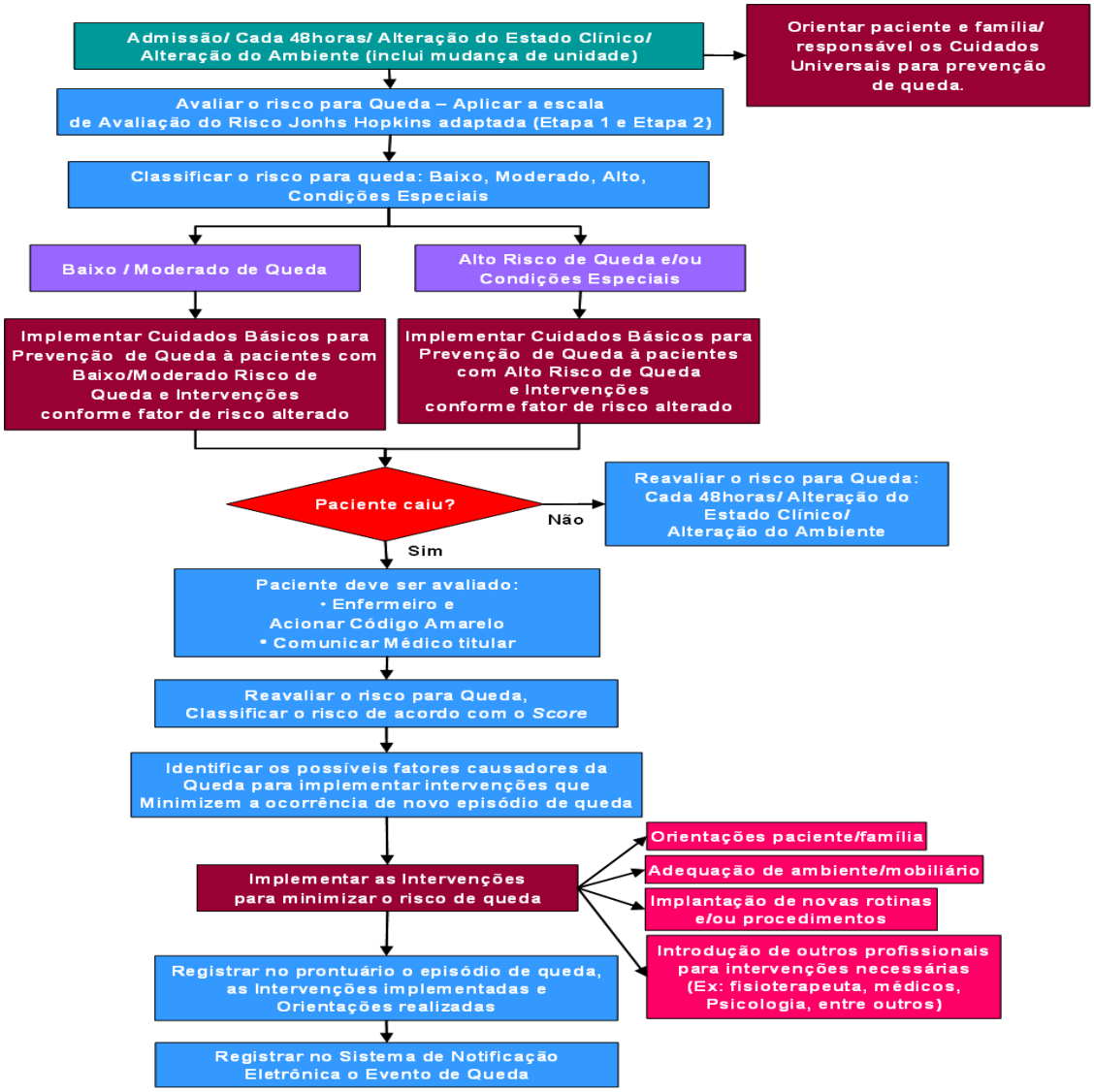
- Ausente: refere-se a uma queda que não ocasionou nenhuma lesão após avaliação pós-queda, mesmo que inclua exames adicionais.
- Leve: pode resultar em pequenos procedimentos, tais como aplicação de um curativo ou de gelo, limpeza de uma ferida, elevação do membro ou uso de medicação tópica. Dor local sem comprometido dos tecidos, hematoma, laceração e/ou escoriação, skin tears, abrasão, contusão mínima, "inchaço" local, perfuração mínima, presença de pele "avermelhada", podem ser classificados nessa categoria.
- Moderado: quando há ocorrência de danos que necessitam de intervenção do tipo sutura, aplicação de cola, steri-strip (para aproximação das bordas), fissuração ou tensão muscular / articular.
- Grave: quando há a ocorrência de danos que resultam em cirurgia, fundição, tração, consultas com especialistas em neurologia e neurocirurgia (como fratura de crânio basilar, hematoma subdural), lesão interna (como fratura de costela, pequena laceração hepática) pacientes que apresentem qualquer tipo de fratura, independentemente do tratamento instituído e pacientes com coagulopatia que necessitem de hemoderivados, em decorrência da queda.
- Morte: em consequência de danos causados pela queda.

MONITORAMENTO DOS EVENTOS DE QUEDA

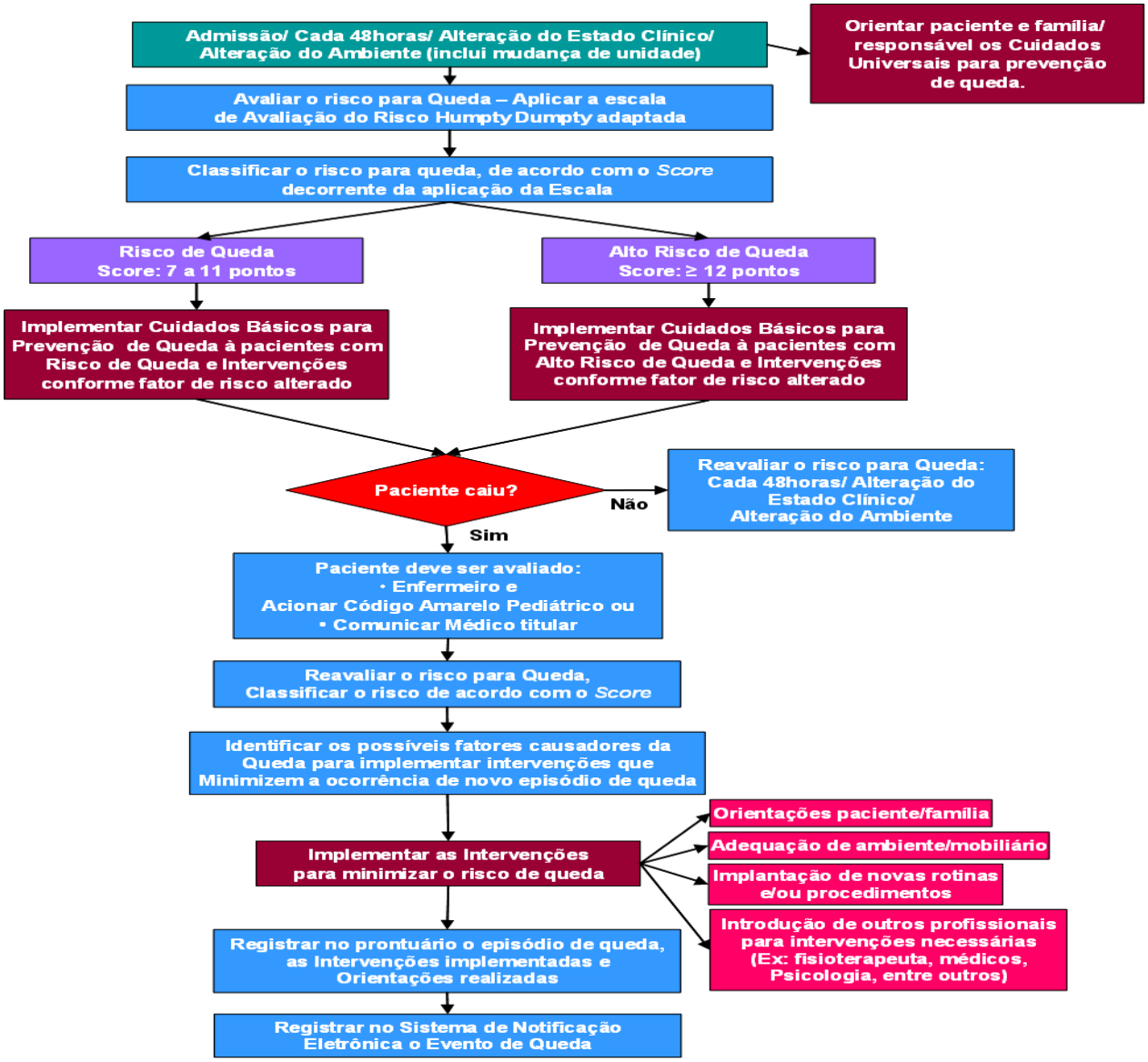
O monitoramento das ocorrências de quedas na instituição é feito através da notificação de eventos adversos e eventos adversos graves via SINAPSE.
Os dados gerados pela notificação dos eventos são coletados e analisados pela equipe do Gerenciamento e Vigilância do Risco da Diretoria de Qualidade de Segurança.
A evolução dos eventos de queda bem como o acompanhamento das ações para redução de quedas e da gravidade são apresentados e discutidos nas áreas e no Comitê de prevenção de quedas.

FLUXOS

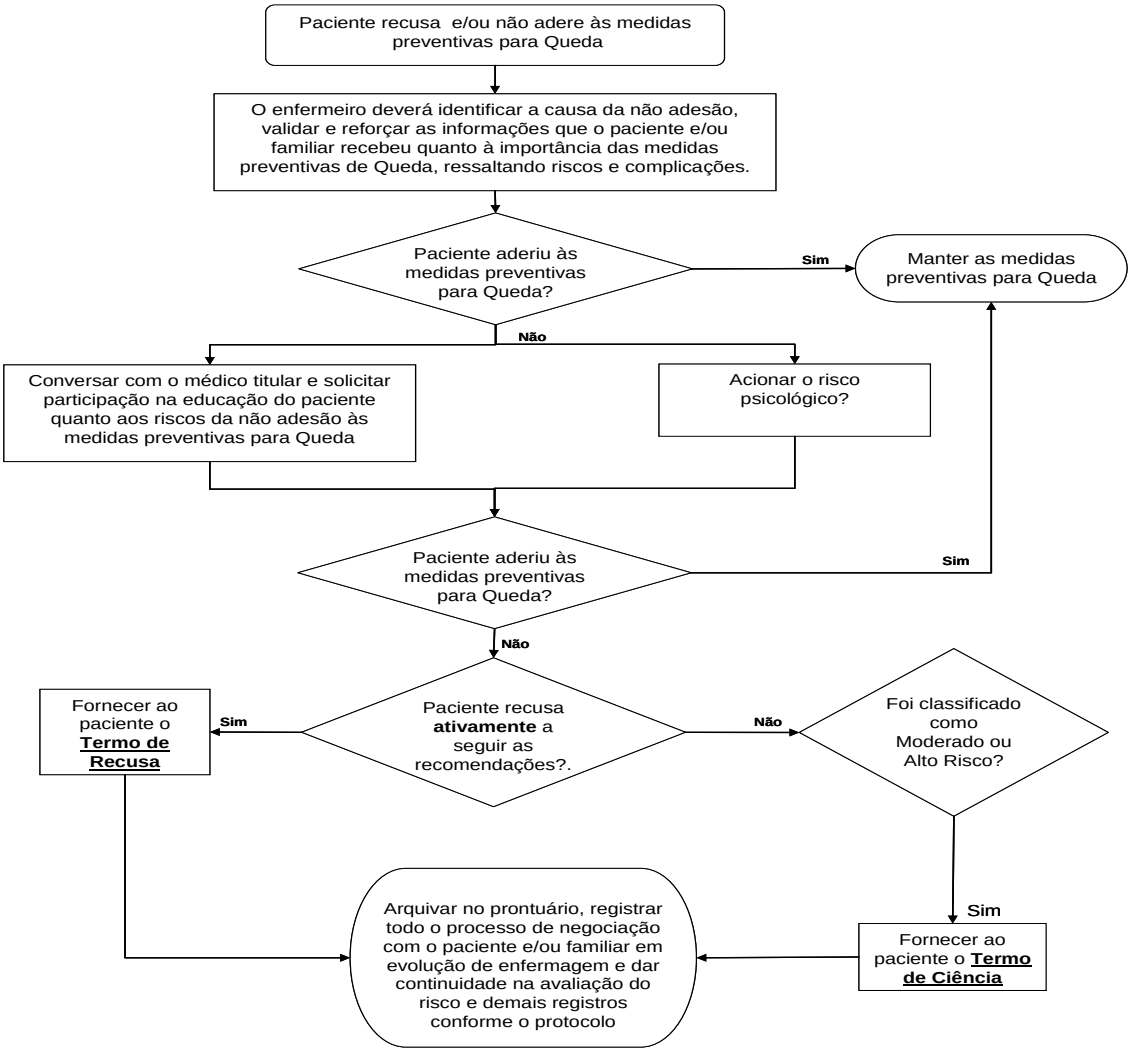
ANEXO 1: FLUXOGRAMA PARA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS ADULTO (PACIENTE HOSPITALIZADO)



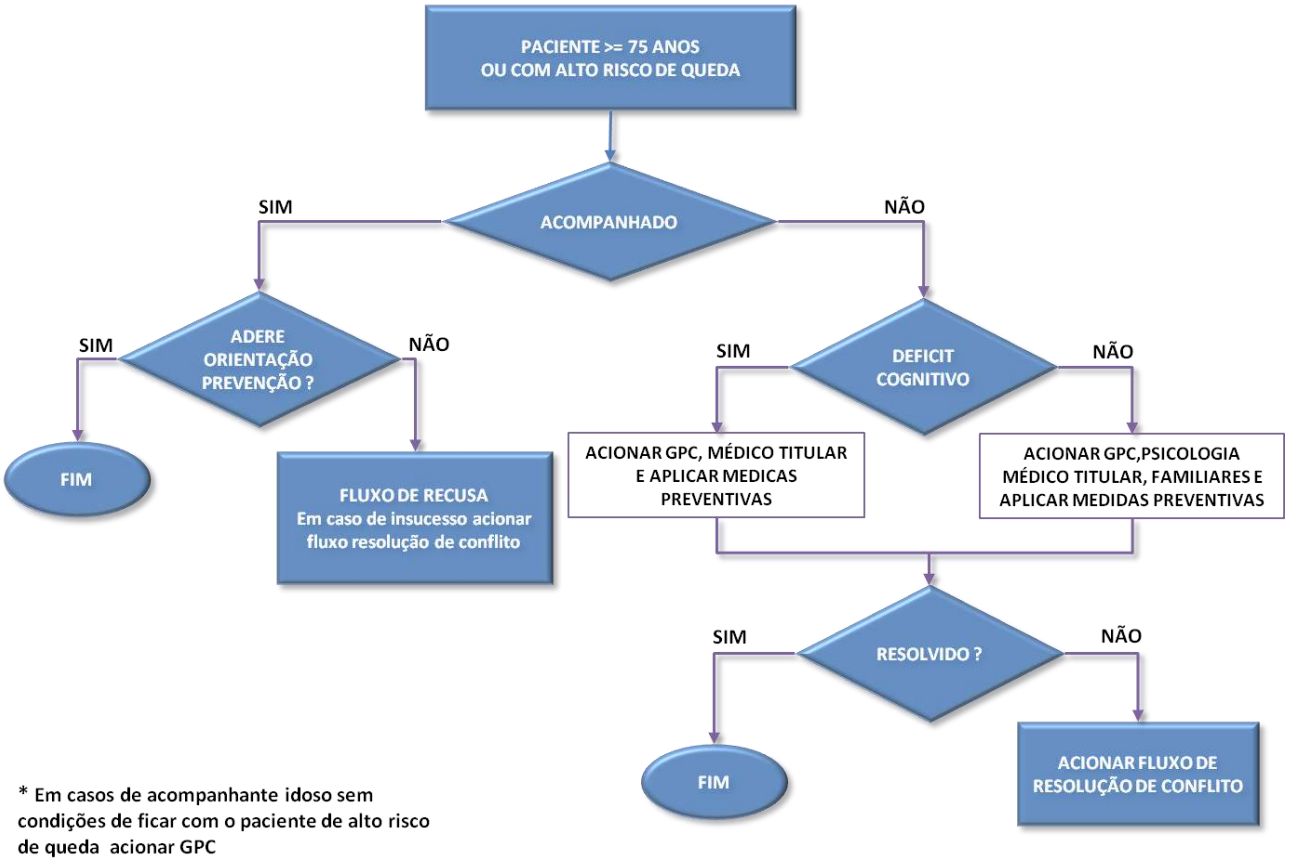
Anexo 2: Fluxograma para aplicação do Protocolo de Prevenção de Quedas Pediátrico



Anexo 3: Fluxo de Recusa e de Não Adesão às Medidas Preventivas de Queda



Anexo 4: Fluxograma de Prevenção de Queda para Pacientes sem Acompanhante



NIVEL DE EVIDENCIA

Não aplica

GERENCIADO

Protocolo de Queda é gerenciado a partir da adesão as medidas preventivas avaliadas através da auditoria das Metas Internacionais, acompanhamento do desfecho das ocorrências de queda,

por meio do monitoramento e análise dos eventos, cujas oportunidades de melhoria são discutidas e estabelecido planos de ação perante a causa raiz e os principais detratores junto ao Comitê de prevenção de quedas.

INDICADOR INSTITUCIONAL

Os indicadores institucionais relacionados ao monitoramento do protocolo de quedas são: Taxa de queda com dano ambulatorial, Taxa de queda com dano em internado, Índice conformidade na prevenção de quedas. Total de pacientes que apresentaram quedas com dano grave notificada durante o mês vigente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cameron Ian D, Murray Geoff R, Gillespie Lesley D, Robertson M Clare, Hill Keith D, Cumming Robert G, Kerse Ngaire. Interventions for Preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12, 2010.

2. Maia VC, Viana PS, Arantes PMM, Alencar MA. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2011; 14(2):381-393.

3. Luzia MF, Victor MA, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.22 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2014

4. Hasegawa J, Kuzuya M, Iguchi A Urinary incontinence and behavioral symptoms are independent risk factors for recurrent and injurious falls, respectively, among residents in long-term care facilities. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Jan-Feb;50(1):77-81.

5. National Database of Nursing Quality Indicators. Guidelines for Data Collection on the American Nurses Association's National Quality Forum Endorsed Measures: Nursing Care Hours per Patient Day, Skill Mix, Falls, Falls with Injury. USA: American Nurse Association; [atualizada em 2010; acesso em 2010 Oct 01]. Disponível em: https://www.nursingquality.org.

6. National Patient Safety. Slips, trips and falls. UK: National Service Health. [atualizada em 2010; acesso em 2010 Oct 01]. Disponível em: http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821.

7. National Patient Safety Agency. Using Bedrails Safely and effectively. UK. [atualizada em 2009 Sept 17; acesso em 2010 Oct 05]. Disponível em: http://www.npsa.nhs.uk/nrls/alerts-and-directives/notices/bedrails/?locale=en.

POLÍTICA DE VIA AÉREA DIFÍCIL

INTRODUÇÃO

Essa política estabelece os critérios para o manejo do paciente com via aérea difícil (VAD).

OBJETIVO

Padronizar o manejo imediato do paciente com VAD garantindo a homogeneidade e segurança no reconhecimento e abordagem da via aérea difícil.

Padronizar o material básico para a abordagem da VAD.

Definir qualificações mínimas para o médico e enfermeiro que atuam na abordagem da VAD.

DEFINIÇÕES

Consideramos pacientes com VAD aqueles que apresentam um dos dois fatores:

1. Dificuldade de ventilação – dificuldade de ventilar o paciente sob máscara facial seja com duas ou quatro mãos impossibilitando a manutenção da Sp02 acima de 90%.
2. Dificuldade de intubação oro-traqueal (IOT) – impossibilidade de intubar o paciente com o uso da laringoscopia direta otimizada após duas tentativas.

A falha de ventilação sob máscara ou da IOT no paciente em condições otimizadas (sniff position) deve exigir do profissional que irá abordar a via aérea conhecimentos básicos sobre outros materiais e equipamentos disponíveis, assim como ter em mente um fluxo para tomada de decisão imediata em casos de emergência.

Estão padronizados materiais básicos para a abordagem da VAD. Estes devem estar prontamente disponíveis em maletas ou carros de VAD próprios e devidamente identificados nos seguintes locais:

Distribuição de maletas VAD: Unidade Morumbi
Semi 8º A - 1 unidade modelo adulto
UTI/SEMI 3º A - 1 unidade modelo adulto
Farmácia UTI 5º A – 2 unidades modelo adulto e 1 unidade modelo pediátrico
12º A CTIP – 1 unidade modelo pediátrico
Farmácia Maternidade 8º D - 1 unidade pediátrica e 1 unidade adulta
UPA (Sala de Emergência) – 1 unidade adulta e 1 unidade pediátrica
Ambulância - 1 unidade adulta e 1 unidade pediátrica
CO – 1 unidade modelo adulto e 1 unidade modelo pediátrico

Distribuição de maletas VAD: Unidades Avançadas
Ibirapuera UPA - 1 unidade adulta e 1 unidade pediátrica Ibirapuera EDA - 1 unidade adulta

Alphaville UPA - 1 unidade adulta e 1 unidade pediátrica
Perdizes UPA - 1 unidade adulta e 1 unidade pediátrica
Klabin UPA - 1 unidade adulta e 1 unidade pediátrica

Distribuição de maletas VAD: HMVSC
UTI Pediátrica - 2º andar – 1 unidade pediátrica
UTI Neonatal - 2º andar – 1 unidade pediátrica
UTI Adulto - 1º andar - 1 unidade adulta
CC Geral - 1º anda - 1 unidade adulta
CC Transplante - 1º andar - 1 unidade adulta
Salão QT - Térreo - 1 unidade adulta
Endoscopia – Térreo -1 unidade adulta
Tomografia - 1º SS - 1 unidade adulta
UTI Geral - 1º SS - 1 unidade adulta
Gripário - 1º SS - 1 unidade adulta
UPA – Externo - 1 unidade adulta

Distribuição de maletas VAD: HMAP
UTI Pediátrica - 1º andar – 1 unidade pediátrica
UTI Adulto - 1º andar - 2 unidades adulta
CC Geral - 1º anda - 1 unidade adulta
UTI Adulto e Cardiológica - Térreo - 2 unidades adulta
Pronto Socorro - Térreo - 1 unidade adulta
Endoscopia – Térreo -1 unidade adulta
Tomografia - Térreo - 1 unidade adulta
PS – Térreo - 1 unidade adulta
Distribuição de maletas VAD:
A DEFINIR

Carro de VAD estão distribuídos nos seguintes locais:

Unidade Morumbi:

- Centro de intervenção por imagem – RPA 4º B
- Endoscopia – I4 A1

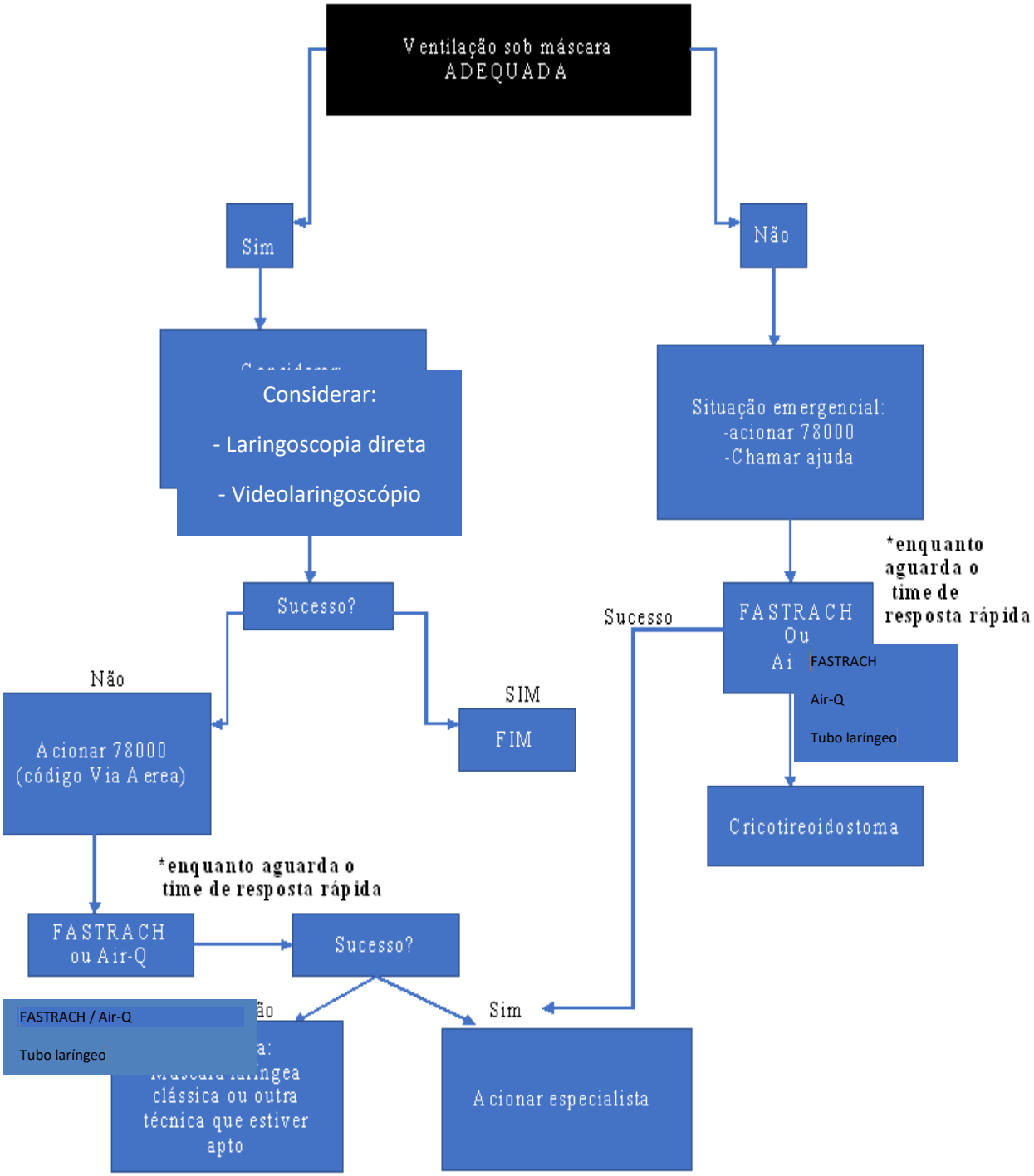
- REMA – 1º SS
- Centro Cirúrgico – I4 A1 e 5º D

Unidades Avançadas:

- Perdizes: CC

Demais unidades externas, HMAP e HMVSC não possuem Carro de VAD

Estratégia para IOT após indução anestésica ou pacientes inconsciente



Preditores de dificuldade em manter a ventilação sob máscara facial:

Segundo Langeron, 2000

- Presença de Barba
- Ausência de dentes
- IMC > 26 kg/m2
- Idade > 55 anos
- Histórico de Roncos

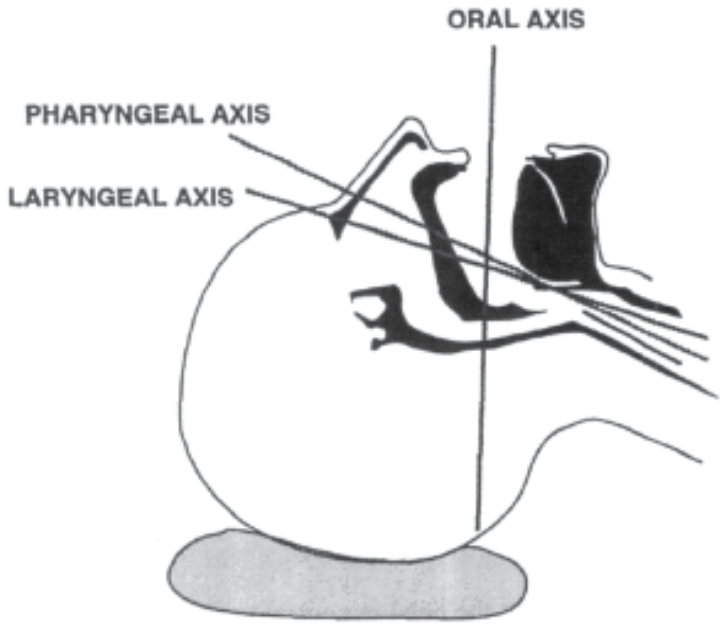
Segundo Ketherpal, 2006

- Presença de barba
- IMC > 30kg/m2
- Mallampati III ou IV
- Protrusão Mandibular limitada ou severamente limitada
- Histórico de apneia do sono

Posição ideal com coxim occipital

A cabeça ao ser elevada em "posição olfativa" facilita a visualização das estruturas laríngeas, uma vez que os eixos orofaríngeo e faríngeo-traqueal estarão mais bem alinhados.

Para se obter esta posição, a coluna cervical é fletida em direção anterior (ventral), com a elevação da cabeça em aproximadamente 8 - 10 cm com auxílio de um suporte firme (coxim suboccipital) ao mesmo tempo em que a cabeça é estendida (dorso-flexão), a nível da articulação atlanto-occiptal.



Classificação (graus) de laringoscopia (Cormack Lehane)

	Classificação:	Frequência na população	Complicações
1	Visualização completa das cordas vocais	68-74%	<1%
2a	Visualização parcial das cordas vocais	21-24%	4.3-13.4%
2b	Somente a parte posterior das cordas vocais ou das	3.3-6.5%	65-67.4%
3a	Somente epiglote, sem aritenóides	1.2-1.6%	80-87.5%
3b	Parte da epiglote	raro	alta
4	Nem a epiglote, nem as aritenóides	raro	Muito alta

Visão laringoscópica	Cormack e Lehane	Modificação		Técnica de intubação	Nova classificação
Maior parte da fenda glótica visível	1	1		Direta	Fácil
Apenas porção posterior da fenda glótica visível	2	2a		Direta	Fácil
Apenas aritenóides visíveis	2	2b		Indireta (bougie)	Restrita
Epiglote visível e passível de elevação	3	3a		Indireta (bougie)	Restrita
Epiglote aderida à faringe	3	3b		Avançada	Difícil
Nenhuma estrutura laríngea visível	4	4		Avançada	Difícil

Um ilustrativo gráfico (figura I), baseado em uma publicação de Farmery, demonstra como os pacientes dessaturam em apneia, após o uso de bloqueador neuromuscular de curta duração (succinilcolina). Antes mesmo de seu efeito ser revertido (7 a 10 minutos) já se observa hipoxemia, que é mais acentuada em obesos, crianças e adultos com patologias prévias.

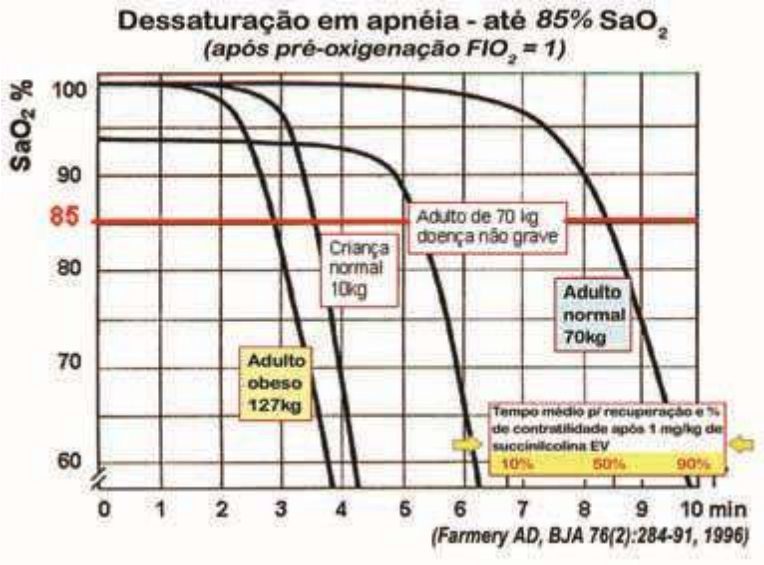


Figura I - Dessaturação em apneia: é bem mais relevante em obesos, crianças e adultos com doenças prévias.

Desta forma, para garantirmos a segurança de nosso paciente não basta exclusivamente o conhecimento ou treinamento nas diversas técnicas e dispositivos para o manuseio da VA. É importante lembrar que apenas através de uma simples avaliação prévia das vias aéreas, é possível antecipar boa parte dos eventuais problemas e com isso, planejar antecipadamente condutas para superá-los.

Avaliação da via aérea e achados não desejáveis:

Parâmetros	**Achados *não* desejáveis**
1) comprimento dos incisivos superiores	relativamente longos
2) relação entre incisivos maxilares e mandibulares durante o fechamento normal da mandíbula	arcada superior protrusão (incisivos maxilares anteriores aos mandibulares)
3) relação entre incisivos maxilares e mandibulares durante protrusão voluntária da mandíbula	os incisivos mandibulares não ultrapassam os incisivos maxilares
4) distância inter-incisivos	menor que 3 cm
5) visibilidade da úvula	não visível quando a língua é protraída com o paciente em posição sentada (ex.: classe Mallampati maior que II)
6) conformação do palato	excessivamente arqueado ou muito estreito
7) complacência do espaço mandibular	endurecido, ocupado por massa, ou não elástico
8) distância tireo-mentoniana	menor que 6cm ou largura de 3 dedos médios

9) comprimento do pescoço	curto
10) largura do pescoço	grosso
11) mobilidade da cabeça e pescoço	limitação da extensão da cabeça ou flexão do pescoço

Doenças com comprometimento da via aérea:

Patologias congênitas	Síndromes: Pierre-Robin, Treacher Collins, Klippel-Feil , Beckwith-Wiedemann Trissomia do 21, Freeman–Sheldon, microssomiahemifacial, fibrodisplasia ossificante progressiva. higroma cístico, acondroplasia, atresia de coana, traqueomalacia, fissura palatina/ lábio leporino.
Trauma	trauma maxilofacial, fratura ou instabilidade de coluna cervical, lesão de laringe, queimaduras de vias aéreas
Patologias endócrinas	obesidade, diabetes melito, acromegalia, síndrome Cushing
Processos inflamatórios	espondilite anquilosante, artrite reumatóide
Condições fisiológicas	gestação
Tumores	tumores em via aérea alta e baixa
Infecção	epiglotite, abscessos, difteria, bronquite, pneumonia
Corpo estranho	
História de radioterapia ou cirurgia em cabeça e pescoço	
História de ronco e apnéia do sono	

Estratégia para intubação

A forma de intubação, seja com o paciente acordado ou anestesiado, deve ser guiada conforme o algoritmo da Sociedade Americana do Manejo de vias aéreas(anexo I), avaliando preditores de via aérea difícil e em manter a ventilação bolsa-máscara adequada. Visando com isso manter a segurança ao paciente e evitando eventos adversos graves.

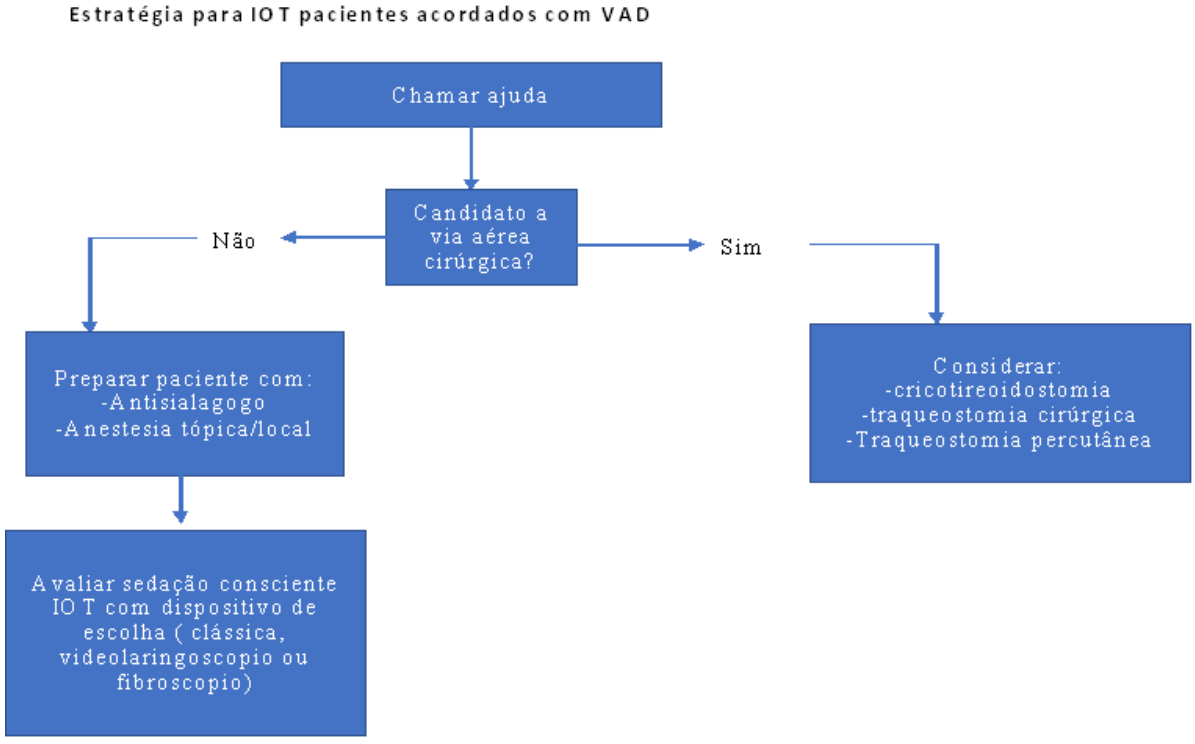
Em paciente com preditores de via aérea difícil ou com o diagnostico preveo é obrigatório ter todos os materiais em mãos para que a manipulação de das vias aéreas e o numero de tentativas de intubação sejam os menores possíveis, aqui uma tabela do trabalho realizado por Thomas C. Mort mostra o aumento do numero de complicações após a segunda tentativa de intubação:

Emergency Tracheal Intubation: Complications Associated with Repeated Laryngoscopic Attempts

Thomas C. Mort, MD

Eventos % / Número de Tentativas (2833 pacientes)	≤ 2 tentativas %	> 2 tentativas %
Hipoxemia	11,8	70
Regurgitação	1,9	22
Aspiração	0,8	13
Bradicardia	1,6	21
Parada Cardíaca	0,7	11

Anesth Analg 2004;99:607–13



Guia de sedativos e medicações para abordagem da VAD

IOT eletiva com paciente desperto e anestesia tópica

Nos casos em que for feita essa opção deve-se conversar com o paciente explicando a segurança, o procedimento como um todo e principalmente os riscos aos quais o paciente estará sujeito caso se opte por outra técnica.

Premissa: O objetivo dos sedativos e opióides na técnica de IOT acordado é de prover conforto ao paciente e ao mesmo tempo facilitar a realização da técnica de acesso à via aérea proposta. Portanto o objetivo final é ter um paciente sonolento, porém, responsivo e colaborativo com uma boa analgesia e anestesia tópica para tolerar a laringoscopia.

Lidocaína 10% Spray:

Borrifar a orofaringe, pilares amigdalianos (utilizar abaixador de língua e atomizador).

Paciente pode referir sensação de não conseguir respirar devido ao efeito do próprio anestésico (observar SpO_2).

Midazolam:

Dose inicial de 2mg EV (exceto extremos de idade)

Titular de 1 em 1mg a cada 5 minutos até atingir nível de sedação moderada (Sonolento, desperta ao chamado).

Atenção para o nível de sedação, risco de sedação profunda e apneia principalmente em extremos de idade e obesos.

Em caso de emergência considerar o uso de antagonista (flumazenil).

Fentanil:

Dose inicial 1µg/Kg EV

Titular dose de 25µg em 25µg até obter uma redução de reflexos de vias aéreas

Atenção para sobre doses induzindo a apneia principalmente em extremos de idade e obesos.

Em caso de emergência considerar o uso de antagonista (naloxona)

Anestesia geral para acesso as vias aéreas

Premissas: A indução anestésica deve ser realizada em pacientes pouco colaborativos ou em que se tenha optado por esta técnica frente a todos os comemorativos do caso.

É fundamental ter a ciência de que este procedimento leva a apneia e perda de reflexos. Isto pode nos levar a um caso do tipo não ventilo/não intubo. Este é um quadro de emergência que deve ser rapidamente reconhecido e tratado conforme o protocolo vigente.

Propofol:

Utilizar em pacientes hemodinamicamente estáveis.

Evitar em pacientes com cardiopatias, ICC ou hemodinamicamente instáveis.

Dose de indução: 2-5 mg/Kg

Atenção para:

Hipotensão

Etomidato

Utilizar em pacientes que apresentam instabilidade hemodinâmica, ICC ou cardiopatias.

Dose de indução: 0,2 a 0,4 mg/Kg

Fentanil:

Dose: 1 a 2µg/Kg

Atenção: Utilizar doses menores em pacientes idosos e hemodinamicamente instáveis

Bloqueadores neuromusculares

Succinilcolina

Dose: 1-2mg/Kg

Ação entre 60 e 90 segundos

Término de ação em aproximadamente 6 minutos.

Fasciculação previa ao relaxamento muscular

Atenção para: hiperpotassemia, arritmias, dor pós fasciculação

Contraindicado: Grandes queimados (agudo), hiperpotassemia, trauma raqui-medular, histórico de hipertermia maligna, doenças neuromusculares prévias, diagnóstico de pseudocolinesterase atípica.

Rocurônio

Dose: 1,0 mg/Kg (pico de ação entre 60´´ e 90´´).

Meia vida longa podendo ter duração de mais de 2 horas

Possuí antagonista específico (sugamadex), dose de 0,5 mg/kg (curarização residual)a 4,0mg/kg (curarização profunda.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Essa politica aplica-se a pacientes adultos e pediátricos em situações de emergência/urgência durante a intubação oro traqueal na Unidade Morumbi, conforme critérios de acionamento previamente definidos:

- Não recuperação da oxigenação após primeira tentativa (SaTO2 < 90%)
- Insucesso na IOT após 2ª tentativa
- Diagnostico prévio de VAD caso necessário a presença do especialista

RESPONSABILIDADES

O serviço de Anestesia em conjunto com o Departamento de Pacientes Graves é responsável por gerenciar a Política e os indicadores do manejo da via aérea difícil.

Todos os envolvidos na assistência ao paciente são responsáveis pelo sucesso da abordagem da via aérea difícil, incluindo:

- Médicos (anestesiologistas e intensivistas)– responsáveis pela abordagem da via aérea.
- Equipe de enfermagem – responsável por dar apoio e auxiliar na abordagem da via aérea dentro de sua área de atuação.

- responsável por verificar a validade e disponibilidade do material de VAD mensalmente.

- Farmácia - responsável por manter os estoques e disponibilidade dos materiais e medicamentos para abordagem da via aérea difícil, reposição dos insumos utilizados e manter o serviço atualizada quanto a disponibilidade dos dispositivos.
- Serviço de Anestesia e IEP – desenvolver e aplicar programa de qualificação
    - Médicos Anestesia e Pacientes Graves – Curso de VAD no CSR
    - Enfermeiros – Atendem os códigos e anestesia - Curso de VAD no CSR

Responsáveis e atividades durante o procedimento	
Médico	Identifica paciente com via aérea difícil e planeja seu atendimento. Solicita ajuda e o equipamento disponível para VAD (carrinho de VAD: CC/RA 4ºB, REMA 1ºSS e Endoscopia I4; maleta de VAD UTI, SEMI 8ºA, UPA, Pediatria e Oncologia 11ºD). Aplica o protocolo garantindo em primeiro lugar a ventilação, e como objetivo secundário a concretização da intubação ou via aérea cirúrgica Confirma a intubação através da capnografia e/ou ausculta torácica (campos pulmonares)
Enfermeiro e técnico de enfermagem	Monitoriza o paciente. Dá apoio ao médico que está manipulando a VAD disponibilizando e preparando o material.
Fisioterapeuta (será acionada quando houver necessidade de ventilação mecânica)	Providenciar o capngrafo. Prepara o ventilador e auxilia na ventilação manual caso essa seja possível e efetiva.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Não se aplica

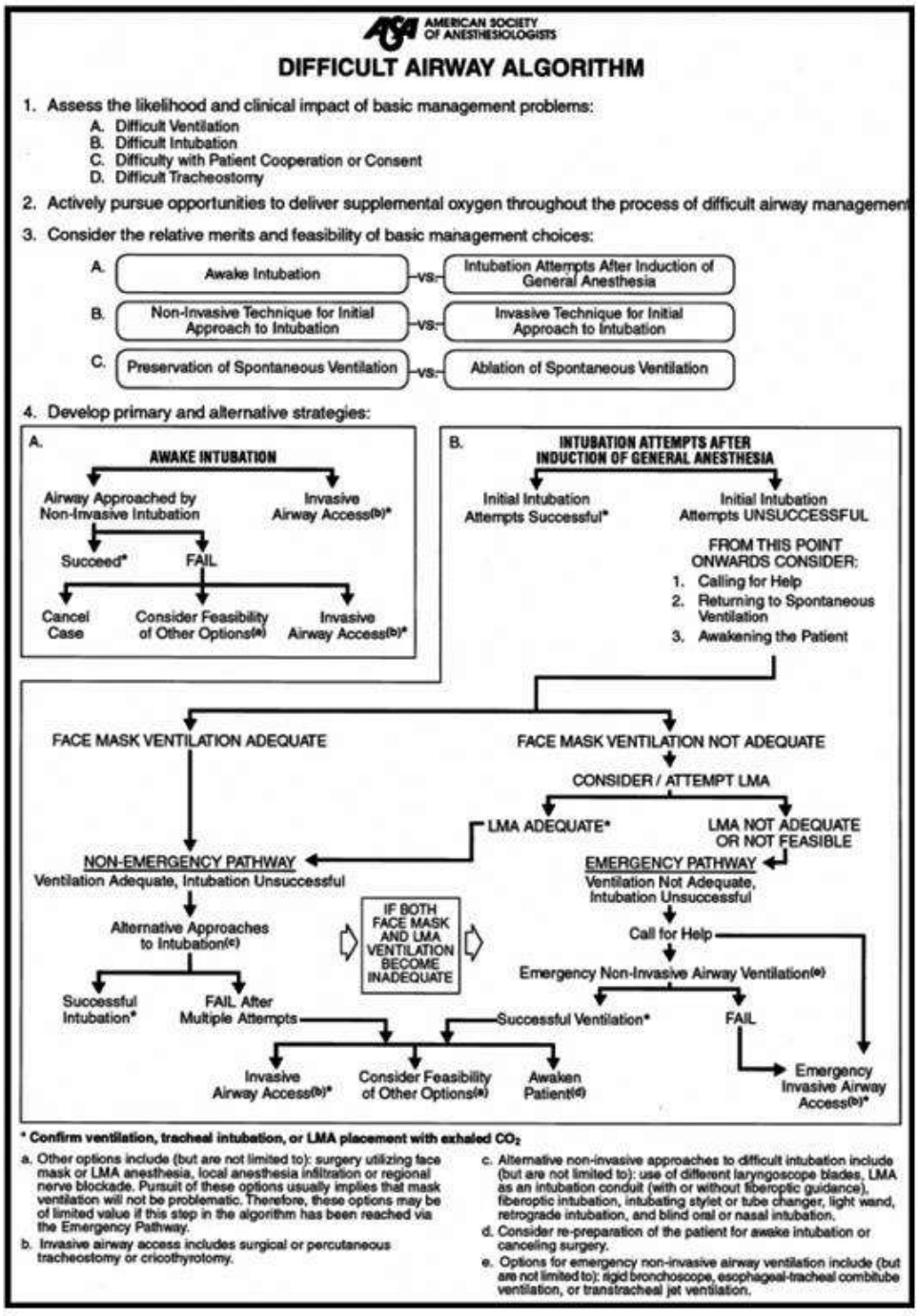
INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

1. Atendimentos realizados em menos de 5 minutos
2. Porcentagem de eventos adversos graves
3. Índice de paciente não-intubados pelo prestador do código

4. % de profissionais alvo treinados
5. Utilização do material de via aérea difícil por 1000 passagens no PA
6. Utilização do material de via aérea difícil por 1000 pacientes dia na UTI
7. Utilização do material de via aérea difícil por 1000 anestesias no CC

ANEXOS

1. Algoritmo Sociedade Americana de Anestesiologistas



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANESTHESIOLOGY 2013 FEB; 118 : 251-70.
2. PRACTICE GUIDELINES FOR MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY: AN UPDATED REPORT BY THE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY.
3. Koh, L. K. D.; Kong, C. E.; Ip-Yam, P. C. (2002-02-01). "The modified Cormack-Lehane score for the grading of direct laryngoscopy: evaluation in the Asian population". *Anaesthesia and Intensive Care*. **30** (1): 48–51.

Analgesia, sedação e manejo do delirium em pacientes adultos sob ventilação mecânica

1. OBJETIVOS

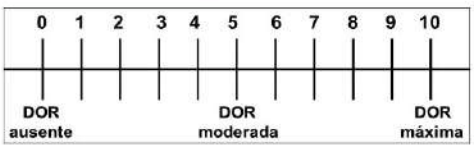
Este guia aplica-se a pacientes adultos internados no Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTIA) do HIAE que estejam em ventilação mecânica (VM).
Estratégias para abolir a dor e o desconforto de pacientes críticos internados em Unidade de terapia Intensiva (UTI) são fundamentais para minimizar o estresse e aliviar o sofrimento. O uso de sedativos e analgésicos tem sido o principal foco destas estratégias. O uso excessivo ou insuficiente de sedativos e analgésicos estão ambos associados a consequências indesejáveis, incluindo aumento da morbidade e atraso na recuperação do paciente grave. Para garantir o melhor cuidado e os melhores desfechos, o manejo da analgesia, da ansiedade, da agitação e do delirium nos pacientes graves, deve seguir recomendações baseadas nas melhores evidências. (1,2,3)

2. ANALGESIA NA UTI: CONTEXTO CLÍNIICO E AVALIAÇÃO PADRONIZADA DA DOR

Cerca de 50 a 80% dos pacientes internados em ambiente de terapia intensiva apresentam dor e/ou desconforto e a prevalência de dor é a mesma em pacientes clínicos e cirúrgicos. Os pacientes críticos apresentam dor em situações que normalmente não causariam dor em indivíduos saudáveis, incluindo a simples mobilização no leito ou mesmo durante o repouso no leito. (4)
O reconhecimento da dor e do desconforto oferece um desafio em pacientes graves, muitas vezes impossibilitados de comunicar-se verbalmente em função de sedação, presença de dispositivos e/ou alterações do estado mental. A falha em reconhecer a dor é uma importante causa de analgesia inadequada na UTI. Escalas foram desenvolvidas para avaliar a dor em pacientes graves incapazes de comunicar a dor (verbalmente ou por gestos) e devem ser usadas para monitorar a dor na UTI. No Centro de Terapia Intensiva – Adulto (CTIA) é utilizada a escala BPS- Behavioral Pain Scale para pacientes que não conseguem comunicar dor.

AVALIAR E QUANTIFICAR A DOR

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)



- Deve ser usada sempre que possivel, desde que o paciente consiga comunicar dor, mesmo que esteja intubado e sedado

- Deve haver contato visual do paciente com a escala: mostrar a escala ao paciente e pedir que ele aponte para o número que corresponde à sua dor.

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Achados Clínicos	Escore
Expressão Facial	
Relaxada	1
Parcialmente contraída: sobrancelhas contraídas	2
Completamente contraída: pálpebras fechadas	3
Careta: esgar facial	4
Movimentos do membros superiores: verifique o tônus, mobilizando o membro	
Sem movimento	1
Parcialmente fletidos	2
Muito fletidos com flexão dos dedos	3
Retraídos, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao ventilador	
Tolera a ventilação	1
Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível	3
Incapaz de controlar a ventilação	4

Utilizar quando o paciente não conseguir comunicar dor

- Paciente sem dor: BPS = 3 pontos
- Dor leve a moderada: BPS = 4 a 5 pontos
- Dor intensa: BPS = 6 a 11 pontos
- Dor máxima: BPS 12 pontos

3. ANALGESIA NA UTI: DIRETRIZES (1,2)

- ***Recomendação:*** **Analgesia primeiro**

A primeira intervenção em sedação deverá ser sempre a avaliação da dor e seu tratamento.

- **Recomendação: Monitorização da dor em pacientes críticos**

O uso de uma escala para avaliação da dor é essencial não só para o diagnóstico da dor, mas também para monitorar os efeitos do tratamento analgésico. A titulação cuidadosa dos medicamentos, através da monitorização da dor e do uso de protocolos de manejo, melhora a analgesia e os desfechos clínicos. No HIAE, em pacientes adultos, as escalas utilizadas para avaliar a dor em pacientes graves são:

- ✓ Escala visual analógica (EVA): deve ser utilizada em pacientes capazes de comunicar dor.
- ✓ Escala BPS (Behavioral Pain Scale): usada em paciente incapazes de comunicar dor, como naqueles com sedação moderada a profunda ou com alteração significativa do estado mental.

- ***Recomendação:*** **Uso de analgésicos apropriados e estratégias poupadoras de opióides**

- ✓ Analgésicos da classe dos opiáceos seguem como o principal recurso para tratar a dor não neuropática em pacientes críticos. Porém, seu uso está associado a risco de eventos adversos potencialmente graves, incluindo sedação excessiva, delirium, depressão respiratória, íleo e imunossupressão.
- ✓ Sempre que possível, evitar o uso de opióides em infusão endovenosa contínua. Os benefícios da estratégia de uso intermitente versus o uso contínuo de opioides em pacientes críticos incluem menor dose diária de opioides e menor risco de efeitos adversos.
- ✓ Analgésicos não opióides podem ser usados em pacientes críticos com os objetivos de reduzir a dose de opióides e de aumentar a eficácia da analgesia.
- ✓ Individualizar a escolha do medicamento, dose, via e duração.
- ✓ Prescrever analgésico em horários agendados ("around the clock"). Planejar as doses com objetivo de aumentar a eficácia e minimizar o risco de eventos adversos.
- ✓ Utilizar a analgesia multimodal sempre que possível.
- ✓ No manejo da dor pós-operatória, considerar bloqueio regional com anestésicos locais.
- ✓ Intervenções não farmacológicas podem ser úteis no manejo da dor em pacientes selecionados.

- ***Recomendação:*** **Uso de protocolo de analgo-sedação baseado em analgesia – primeiro**

- ✓ O manejo da dor através de um protocolo de analgo-sedação pode reduzir o requerimento de sedativos, a duração da VM, a duração do tempo de internação na UTI e a intensidade da dor. A implementação dessa recomendação infere que a instituição deve ter um protocolo guiado por avaliação padronizada e periódica da dor, e uma orientação clara de analgésicos e doses, e dessa forma propiciar o tratamento prioritário da dor.

Analgésicos Opióides em Pacientes Críticos

	Tratamento para a Dor Aguda	Manutenção
Morfina	-Doses de resgate: 3mg EV em bolus, de 15/15 min até o controle da dor. Dose máxima 15mg (5 bolus)	É o analgésico preferencial em pacientes graves Usar preferencialmente de forma intermitente e com intervalos curtos: 2 a 4 mg EV cada 2 a 4 h. Se disfunção renal: reduza 50% da dose
Fentanil	-Dose de resgate: bolus de 50-100 mcg EV de 10/10 min até controle da dor. Dose máxima 200 mcg	Droga de escolha se instabilidade hemodinâmica Uso EV intermitente (preferível).: 50 a 100 mcg em Bolus:, cada 2-4h Uso EV contínuo: 0,3 a 2 mcg/Kg/h

Analgésicos Adjuvantes aos Opióides em Pacientes Críticos

Analgésico	Dose sugerida	Comentários
Dipirona	500 a 1000 mg/dose, até 6/6h VO ou EV	
Paracetamol	500 a 1000 mg 6/6h VO. Dose máxima 4000 mg/d	Risco de toxicidade hepática e renal
Analgésico para dor neuropática	Gabapentina –iniciar com 300 mg/dia VO/VS, ou Carbamazepina-iniciar com 100 mg/dia VO/VS, ou Pregabalina 150 mg/dia VO/VS	Para o manejo da dor neuropática em pacientes críticos. Opção também para dor pós-operatória. Limitar a dose de Gabapentina se disfunção renal

4. DIRETRIZES PARA SEDAÇÃO NA UTI

Os objetivos da sedação na terapia intensiva são:

- Prevenção e alívio do desconforto
- Promoção do cuidado seguro e efetivo, que conduza aos melhores desfechos

As melhores práticas envolvendo analgo-sedação incluem intervenções que têm como objetivo manter o paciente mais acordado e ativo possível.(1,2,5,6) O uso de um pacote de intervenções (ABCDEF bundle) com as melhores práticas de analgo-sedação resulta em melhora significativa dos desfechos, incluindo redução de mortalidade, tempo de ventilação mecânica, delirium e readmissão na UTI. (3)

***Recomendação :* Usar sedação leve sempre que possível**

Para a maioria dos pacientes na UTI, a sedação leve é uma estratégia eficaz e segura, que garante conforto ao paciente, ao mesmo tempo que conduz aos melhores desfechos clínicos. Em boa parte dos pacientes é possível promover a tolerância ao ambiente de terapia intensiva preservando, pelo menos parcialmente, a consciência. A sedação excessiva acarreta numerosas consequências indesejadas, e notadamente está associada a piores desfechos clínicos, incluindo aumento do tempo de permanência na UTI, aumento do tempo de internação hospitalar e pior desempenho cognitivo a longo prazo.

***Recomendação :* A sedação leve associada a uma estratégia de analgesia e sedação guiada por alvos deve ser a primeira opção em pacientes graves sedados.**

São crescentes as evidências dos benefícios de estratégias com ênfase em protocolos guiados por alvos. Para tanto, é fundamental a avaliação periódica do paciente sedado, com uso de ferramentas padronizadas, em relação à:

1. Presença e intensidade de dor
2. Nível de sedação/agitação
3. Identificação da presença de delirium

***Recomendação* : Reduzir a utilização de benzodiazepínicos para melhorar os desfechos clínicos em pacientes em VM**

- ✓ Em pacientes em ventilação mecânica, os benzodiazepínicos associam-se a maior prevalência de delirium, maior número de dias com delirium ou coma e pior desempenho cognitivo a logo prazo.
- ✓ Os benzodiazepínicos constituem fator de risco independente para delirium em pacientes hospitalizados.
- ✓ Há estreita correlação entre redução das doses de benzodiazepínicos e melhores desfechos, incluindo menor tempo de ventilação mecânica, menor tempo de internação na UTI e redução do risco de delirium.

COMPONENTES CLÍNICOS DA ANALGO-SEDAÇÃO	AVALIAÇÃO DOS 3 COMPONENTES CLÍNICOS COM ESCALAS PADRONIZADAS
Presença e intensidade da Dor	EVA ou BPS
Nível de Sedação/Agitação	RASS
Identificação e Manejo de *Delirium*	CAM-ICU

DEFINIR META DE SEDAÇÃO

Sedação leve
RASS + 1 a - 2

- Utilize sedação leve sempre que possível
- Nível ideal de sedação é aquele em que o paciente encontra-se calmo e possa ser facilmente despertado.

* regra dos 3 C's: Calmo, Confortável e Cooperativo

Sedação moderada
RASS 0 a - 3

A sedação moderada pode ser utilizada nos casos de dificuldade de atingir a meta dos 3 C's com sedação leve.

Sedação profunda
RASS - 3 a - 5

Sedação profunda está indicada nas seguintes situações:

- Hipertensão intracraniana
- Uso de bloqueador neuromuscular
- Status epilepticus
- Hipotermia terapêutica
- Posição PRONA
- Hipoxemia grave (relação PO2/FiO2 < 100) se necessidade de sedação para otimizar oxigenação

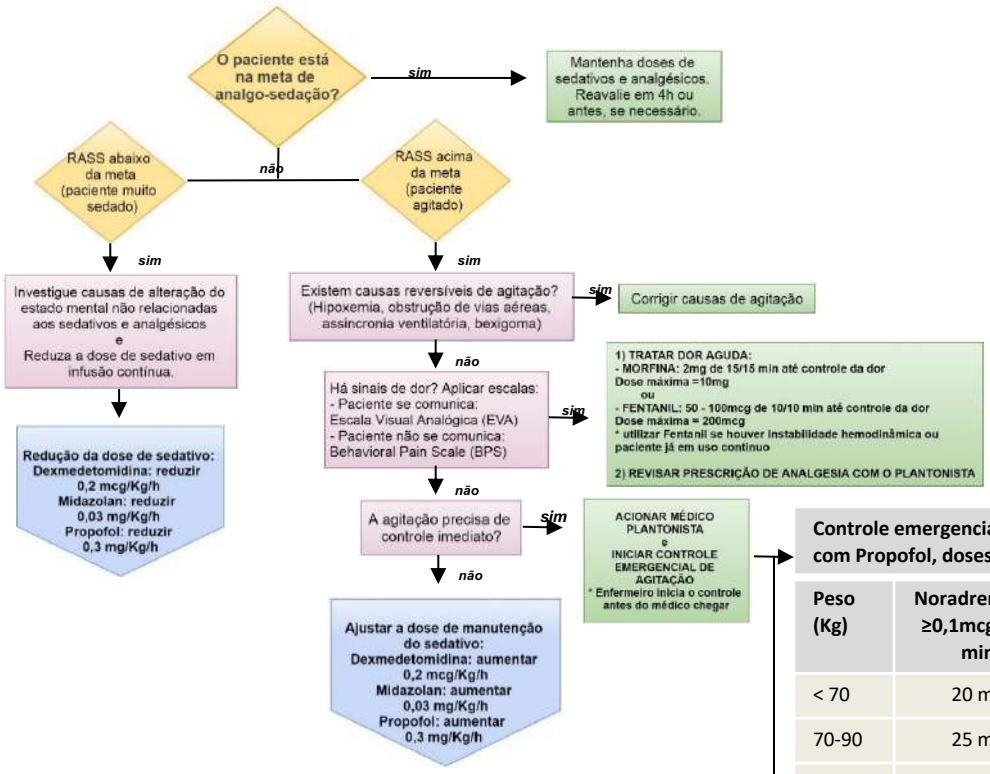
Escala de Agitação – Sedação de Richmond (RASS)

Pontuação	Classificação	Descrição
+ 4	Combativo	Combativo, risco para equipe
+ 3	Muito agitado	Agressivo física e verbalmente, puxa ou remove tubos e cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com ventilador mecânico
+ 1	Inquieto	Ansioso, sem movimentos vigorosos agressivos
0	Alerta e Calmo	Acordado, calmo
- 1	Sonolento	Desperta facilmente ao chamado, mantem contato visual por mais de 10 segundos
- 2	Sedação leve	Desperta ao ser estimulado, mantem contato visual por menos de 10 segundos
- 3	Sedação moderada	Movimentos de abertura ocular ao estímulo verbal, sem contato visual
- 4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, abertura ocular ao estímulo físico
- 5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

5. ESTRATÉGIAS DE SEDAÇÃO

- ✓ Protocolos de analgesia e sedação guiados por alvos têm-se mostrado factíveis em vários contextos em terapia intensiva. A estratégia baseada em alvos promove as melhores práticas, já que leva em consideração os alvos individualizados de sedação, incentiva a reavaliação frequente dos pacientes através de ferramentas padronizadas, favorece intervenções educativas na equipe assistencial e provavelmente reduz a exposição a sedativos. Estas intervenções estão associadas a melhores desfechos clínicos em pacientes em ventilação mecânica. (1,7)
- ✓ A interrupção diária da sedação é uma estratégia consagrada que vem recebendo recomendação forte nos guias clínicos há vários anos; permite melhor avaliação do paciente, reduz o uso de sedativos e analgésicos, e está associada à redução do tempo de ventilação mecânica e do tempo de internação na UTI. (8)
- ✓ Em pacientes já tratados com protocolo guiado por alvo de sedação leve, a adição da interrupção diária parece não ter benefício. (9) Mas nos casos em que não for possível o uso de sedação leve, a interrupção diária da sedação é uma alternativa para reduzir a exposição aos sedativos.
- ✓ A estratégia de acoplar o teste do despertar ao teste respiração espontânea (interrompendo ou reduzindo a infusão de sedativo antes do teste de respiração) resulta em melhores desfechos e faz parte do Bundle ABCDEF. (3,5)

Algoritmo de Analgo-Sedação Baseado em Alvo e Implementado pela Enfermagem. CTIA-HIAE



Controle emergencial da agitação para pacientes sedados com Propofol, doses em bolus.

Peso (Kg)	Noradrenalina ≥0,1mcg/kg/min	Noradrenalin <0,1mcg/kg/min	Sem Droga vasoativa
< 70	20 mg	30 mg	40 mg
70-90	25 mg	40 mg	50 mg
> 90	30 mg	50 mg	60 mg

Controle emergencial da agitação para pacientes sedados com Dormonid, doses em bolus.

Dose de resgate: 3mg IV.
Se necessário repetir a cada 15 min até controle da agitação
Dose máxima 15 mg (5 bolus)

Recomendações de doses de sedativos e opioides em infusão contínua na UTI. CTIA-HIAE

Sedativo	Dose inicial	Manutenção	Dose máxima	½ vida
Midazolan	0,02 mg/kg/h	0,04 – 0,2 mg/kg/h	0,2 mg/kg/h	3 – 11h
Propofol	0,7 mg/Kg/h	1,0 – 3,0 mg/kg/h	4,0 mg/kg/h	30 – 60min
Dexmedetomidina	0,2 mcg/kg;h	0,2 – 1,2 mcg/kg/h	1,4 mcg/kg/h	2h
Fentanil	0,3 mcg/kg/h	0,3 – 2,0 mcg/kg/h	2,0 mcg/kg/h	1,5 – 6h

6. DELIRIUM:O PROBLEMA E SEU IMPACTO - AUMENTO DA MORBIDADE E DA MORTALIDADE

Delirium é uma síndrome neurocomportamental aguda causada por disfunção neuronal transitória e decorrente de distúrbios sistêmicos. Na UTI, o delirium é reconhecido como um problema grave, que afeta 30 a 80% dos pacientes. Pacientes em ventilação mecânica apresentam altíssimo risco para delirium.

Delirium na UTI é um preditor independente de maior mortalidade, maior tempo de internação (na UTI e no hospital) e de disfunção cognitiva a longo prazo. Além disso, pacientes críticos com delirium permanecem mais tempo na ventilação mecânica e apresentam uma taxa bem maior de complicações durante a internação. (10,11)

7. DELIRIUM: UMA DAS CONDIÇÕES MAIS PREVENÍVEIS EM PACIENTES IDOSOS HOSPITALIZADOS

- ✓ Apesar de ser uma condição muito frequente e de sua etiologia multifatorial, o delirium é uma entidade prevenível. Vários estudos têm demonstrado que uma abordagem não farmacológica multicomponente pode prevenir o delirium em pacientes hospitalizados.
- ✓ O manejo do delirium passa pela identificação precoce dos fatores de risco e pelo rastreio sistemático do delirium. A detecção precoce do risco ou mesmo do delirium já instalado, antecipa o subsequente tratamento da (s) causa (s) de base, o que pode melhorar os desfechos clínicos . (10,11)
- ✓ Os fatores de risco para o desenvolvimento de delirium são classificados em fatores predisponentes e precipitantes.

Fatores de risco predisponentes
(Não modificáveis)

Características Individuais	Doenças crônicas
Idade acima de 65 anos Uso de álcool Uso de substâncias psicoativas	Doença neurológica Demência Depressão Doença cardíaca Doença pulmonar Insuficiência renal Insuficiência hepática Desnutrição HIV

Fatores de risco precipitantes
(Modificáveis)

Relacionados ao Ambiente	Condições Agudas
Ruído excessivo Ausência de luz natural Isolamento Ausência de visita Restrição física Ausência de relógio Uso de Dispositivos: sondas, cateteres, drenos	**Doença Aguda** sepse, hipoxemia, hipoperfusão, insuficiência respiratória **Desidratação** **Distúrbios Metabólicos** Hipo/hipernatremia hipo/hiperglicemia hipo/hipertireoidismo **Drogas Indutoras de Delirium** benzodiazepínicos, opiáceos, anticolinérgicos, outros

RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO & MANEJO DO DELIRIUM EM PACIENTES CRÍTICOS

- Reduzir a exposição a sedativos
- Estratégias de analgesia poupadoras de opióides
- Analgo-sedação baseada em alvos
- Avaliação sistemática para rastreio de delirium 1x/turno, através de escala padronizada: CAM-ICU
- Identificar e reduzir os fatores precipitantes de delirium
- Mobilização precoce
- Reduzir a exposição a benzodiazepínicos
- Evitar medicamentos de alto risco para o desenvolvimento de delirium
- Visitas multidisciplinares diárias para otimizar analgesia, sedação e a condução dos casos de delirium
- Abordagem não farmacológica multicomponente

FLUXOGRAMA DE PREVENÇÃO & MANEJO DE DELIRIUM NO DPG

Paciente admitido no DPG

Avaliação periódica do risco de delirium

Paciente apresenta risco de delirium?

SIM

Instituição precoce de medidas preventivas: Abordagem não farmacológica multicomponente

Rastreio sistemático de delirium com CAM-UCU 2x /dia

Avaliação clínica imediata com pacientes com CAM-ICU positivo confirma o diagnóstico de delirium?

SIM

Diagnóstico Confirmado de Delirium

Identificar e tratar as causas e fatores contribuintes

Avaliação clínica
-Status volêmico
-Indícios de infecção
-Distúrbios metabólicos
-Rever medicamentos em uso

Prevenção de complicações
- Proteção via aérea
- Manter euvolemia
- Aporte nutricional
- Prevenção Lesão por Pressão

Medicamentos a serem evitados

Precipitantes de delirium:
- Benzodiazepínicos
- Opióides em dose alta
- Anti-histamínicos
- Dihidropiridinas (bloqueador de cálcio)

Outros medicamentos com Critérios de Beers:
- Antidepressivos tricíclicos
- Corticosteróides
- Antagonistas do receptor H2
- Hipnóticos
- Clorpromazina
- Tioridazina

Estratégias farmacológicas para os casos de agitação intensa (risco de lesão ao paciente ou equipe)

Manejo da agitação perigosa
Inicie com dose baixa de uma das drogas abaixo, e se necessário, aumente lentamente, a cada 2 dias:

Anti-psicóticos*:
- Quetiapina 12,5 a 25 mg 2x/d VO/VS
- Olanzapina 2,5 a 5 mg 2x/d VO/VS
- Risperidona 0,5 a 1 mg 2x/d VO/VS
- Haloperidol 0,25 a 0,5 mg VO/VS/EV

Em situação de emergência :
- Haloperidol 2,5 a 5 mg EV, repetir a cada 20 min até controle da agitação. Dose máxima 20 mg em 24h.
- O uso de haloperidol EV requer ambiente monitorado, devido ao risco de torsides de pointes.

Manejo do ciclo sono-vigília:
Melatonina 3 a 5 mg VO/VS à noite

Estratégias não farmacológicas
- Mobilidade precoce
- Evitar restrição física
- Favorecer a participação da família
- Orientação e estimulação cognitiva
- Garantir hidratação adequada
- Prover dispositivos de adaptação sensorial (óculos, aparelho auditivo, outros)
- Facilitação não farmacológica do sono
- Ambiente com luz natural

*Anti-psicóticos são usados para delirium com agitação grave, porém podem contribuir para eventos adversos e piores desfechos a longo prazo

Copyright © 2002,E. Wesley Ely, MD, MDH and Vanderbilt University, all rights reserved

8. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo de ventilação mecânica
- Tempo de internação na UTI
- Tempo de internação hospitalar
- Consumo de sedativos
- Consumo de opioides endovenosos
- Número de dias livres de ventilação mecânica
- Número de dias livres de delirium ou coma

Referências

[1] Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al.: Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med 2013; 41(1):263– 306.
[2] Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med 2018;46:e825-e873.
[3] Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for critically ill patients with the ABCDEF bundle: results of the ICU liberation collaborative in over 15,000 adults. Crit Care Med. 2019;47(1):3–14.
[4] Chanques G, Sebbane M, Barbotte E, et al: A prospective study of pain at rest: Incidence and characteristics of an unrecognized symptom in surgical and trauma versus medical intensive care unit patients. Anesthesiology 2007; 107:858–860.
[5] Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, et al. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. Lancet 2008;371:126-34.
[6] Olsen HT, et al. Nonsedation or Light Sedation in Critically Ill, Mechanically Ventilated Patients. N Engl J Med 2020;382:1103-11.
[7] Brook AD, Ahrens TS, Schaiff R, et al. Effect of a nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation. Crit Care Med 1999;27:2609-15.
[8] Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. N Engl J Med 2000;342:1471-7.
[9] Mehta S, Burry L, Cook D, et al. Daily sedation interruption in mechanically ventilated critically ill patients cared for with a sedation protocol: a randomized controlled trial. JAMA 2012;308:1985-92
[10] Slooter AJ, Van De Leur RR, Zaal IJ. Delirium in Critically Ill Patients. Handbclin Neurol 2017;141:449-466.
[11] Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK.. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA 2017,318 (12):1161-1174.

Guia do Episódio de Cuidado

Cateterismo Vesical Transuretral por Não Especialista

As lesões uretrais iatrogenicas por cateterismo podem resultar em aumento do tempo de internação, infecções e estenose da uretra.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO DA LESÃO URETRAL TRAUMÁTICA

Clínica

- As lesões mais frequentes induzidas por sondagem vesical são o falso trajeto decorrente de inserção forçada e a lesão mucosa e submucosa por insuflação do balão dentro da uretra [1];
- A tríade clássica da lesão ureutral consiste em sangue meatal, bexiga urinária distendida com incapacidade de urinar e uma próstata aumentada, mas a ausência de um dos fatores não deve excluir o diagnóstico [2] **(a).**

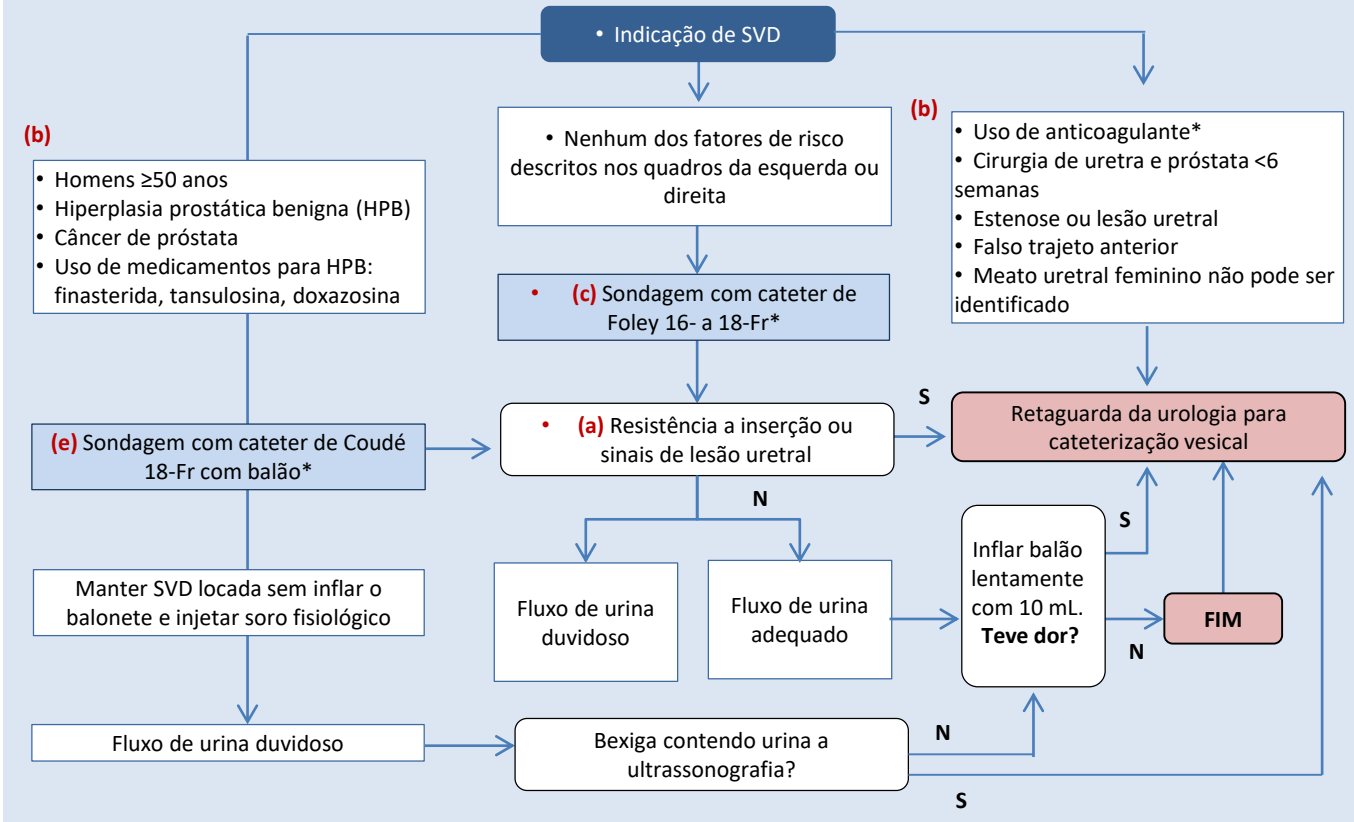
Confirmação

- A confirmação diagnóstica pode ser feita por uretroscopia flexível (idealmente) ou uretrografia retrógrada.

2. FATORES DE RISCO PARA LESÃO IATROGÊNICA DA URETRA E CONTRAINDICAÇÃO A SONDAGEM VESICAL (b)

- A maioria das lesões uretrais iatrogênicas ocorrem em pacientes com fatores de risco, como os descritos no quadro ao lado.
- Lesão uretral confirmada ou mesmo suspeita é uma indicação absoluta para que a cateterização uretral seja realizada por urologista [3];
- Contraindicações relativas incluem a estenose de uretra, cirurgia uretral ou vesical recente e paciente combativo e ou não cooperante [3].

- Hipertrofia ou câncer de próstata
- Prostatite aguda
- Prostatectomia
- Estenose uretral



*** Heparina em dose terapêutica, varfarina, rivaroxabana, dabigatrana ou apixabana**

3. ALGORITMO PARA SONDAGEM VESICAL

Para a maioria dos homens são apropriados cateteres de 16- a 18-Fr [3] **(c)**. Após injeção da lidocaína (10-20 mL), espere 3 a 5 minutos. A dor pode induzir espasmo e dificultar a inserção. Solicite ao paciente que respire lenta e profundamente para relaxar. Se sentir resistência quando a sonda atingir o nível do esfincter (antes da uretra prostática), apenas mantenha o cateter pressionado gentilmente até que o esfincter abre a permita sua passagem [4].

A inserção do cateter deve ser feita com o pênis alongado na posição vertical formando um ângulo de cerca de 30° com a linha horizontal, o que reduz o ângulo entre as uretras bulbar e prostática facilitando a inserção do cateter e passagem pelo esfíncter externo [5] **(d)**. Cerca de 90% dos falsos pertuitos ocorrem neste ângulo (Foto) **(d)**. A hiperplasia prostática aumenta esta angulação. Por isto, o cateter de Coudé, que tem ponta angulada, facilita a inserção [1] **(e)**. Depois que o cateter cruza o esficter externo da uretra membranosa, mas com sua ponta ainda dentro da uretra prostática, um discreto fluxo de urina já pode fluir pela sonda. Por isso, sempre introduzir o cateter totalmente até a bifurcação em Y e só insufle o balão se a drenagem de urina for convincente.

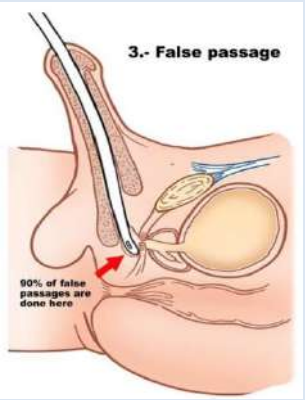
Após 1 ou 2 tentativas são mal sucedidas, deve-se chamar imediatamente o urologista para evitar lesão uretral e possível necessidade de cirurgia reconstrutiva [6].

*** Sempre inserir o cateter até o Y**

II. INDICADOR DE QUALIDADE

- Incidência de lesão uretral decorrente de sondagem vesical (meta < 5 por 1.000)

(A incidência de lesão traumática ureteral, na literatura, foi de 6,7 para cada 1.000 sondagens vesicais [7])



III. GLOSSÁRIO

SVD: Sonda Vesical de Demora

IV. Referências

[1] AUA Update Series 2011, 30:41;
[2] BJU Int 2004, 93:1195;
[3] N Engl J Med. 2006;354:e22;
[4] Eur J Emerg Med 2016, 23:80;
[5] Eur J Emerg Med 2016, 23:80;
[6] West J Emerg Med 2012, 13:472;
[7] J Urol 2016, 196(5):1473

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

INTRODUÇÃO

Essa política visa estabelecer diretrizes de diagnósticos e condutas para pacientes internados no HIAE em quaisquer de suas dependências físicas da Unidade Morumbi - HIAE e IIEP com sangramento ativo ou choque hemorrágico.

O ***Código Hemorrágico*** consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais no paciente adulto associadas a sangramento, com critérios previamente estabelecidos, que permitirá ao profissional de saúde (médicos e/ou enfermeiros), acionar uma equipe treinada para a melhor condução do caso no HIAE assim como todos os serviços necessários para o manejo do sangramento em tempo hábil, com o objetivo de rápida resolução do quadro e modificação da evolução em direção a desfechos favoráveis.

OBJETIVO

Assegurar que qualquer paciente admitido e ou utilizando as dependências físicas da Unidade Morumbi - HIAE e IIEP sejam devidamente identificado e tratado na vigência de emergências e urgências, mesmo na ausência de seu médico titular e independente de sua anuência.

Cópia Controlada

Garantir a identificação precoce de pacientes com suspeita de sangramento ou em sangramento ativo com práticas e condutas médicas bem estabelecidas de acionamento de equipes, setores envolvidos direta ou indiretamente na assistência dos pacientes.

DEFINIÇÕES

O reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros hemodinâmicos ou de perfusão do(s) paciente(s) adulto(s) associadas a sangramento ou com alto grau de suspeição criará o acionamento de um fluxo institucional cujas ações e medidas visam o rápido diagnóstico e resolução do foco de sangramento.

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

Essa politica aplica-se a todos os pacientes adultos com sangramento agudo ou suspeita de sangramento com instabilidade hemodinâmica:

- PAS < 90mmHg após 500ml de ressuscitação volêmica
- PAD < 60mmHg após 500ml de ressuscitação volêmica
- FC > 110bpm após 500ml de ressuscitação volêmica
- Palidez cutânea **associada aos fatores acima**
- Diagnóstico de sangramento por imagem
- Resultado de Pânico em exames de coagulação

RESPONSABILIDADES

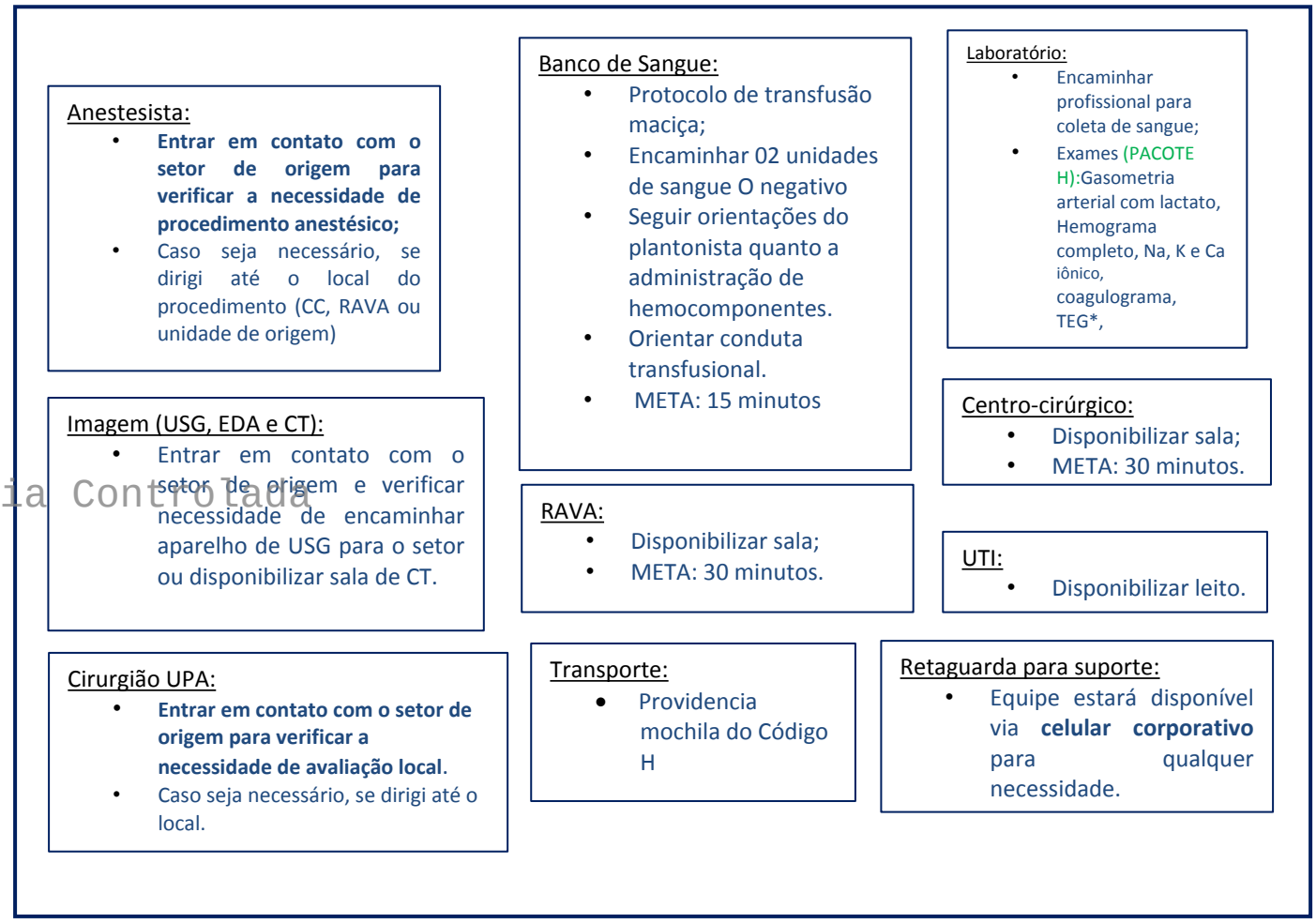
Cópia Controlada

O **Código H** deve ser acionando após avaliação do médico que estiver atendendo o código amarelo ou durante plantão no CTI. O acionamento se faz pelo 7055 +1 do telefones cadastrados no sistema de emergência identificados nas unidades. Exclusivamente no CC quando o paciente estiver em sala operatória, a enfermagem pode acionar o código H se a equipe médica em sala não controlar a instabilidade em até 20 minutos. O código amarelo pode ser acionado também se necessário.

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Após o acionamento algumas áreas recebem simultaneamente o chamado e devem seguir metas para atender as demandas estabelecidas:



Cópia Controlada

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Agentes	Descrições das Atividades
Médico Plantonista	• Identifica sangramento agudo ou suspeita de sangramento e solicita que acionem o **Código H – 7055 + 1** • Realiza avaliação clínica da gravidade; • Proceder ABCD do atendimento paciente crítico; • Expansão volêmica: 500 a 1000ml de cristalóide; • **Se sangramento cirúrgico: priorizar transporte para o CC ou RAVA (META para disponibilizar sala 30 minutos)** • **Se sangramento não cirúrgico: priorizar transporte para a UTI** • Garantir sangue *O negativo* ou tipado sangue específico (02 unidades) - META do banco de sangue para disponibilizar as bolsas 15 minutos • Avisar ao médico titular se possível o destino do paciente; • Ativa PowerPlan do Código H
Enfermeiro da Unidade	• Parar ou suspende drogas anticoagulantes/ antiagregantes/ fibrinolíticos; • Providencia o carro de emergência e monitorar o paciente • MOV: Monitor; Oxigênio e Veia calibrosa (Jelco 16 ou 14); • Verifica SSVV de 5/5min • Realiza glicemia capilar 1x; • Promover aquecimento do paciente (manta térmica imediata ou infusão de solução fisiológica aquecida) • Providencia Ranger * • Realiza dupla checagem para coleta de tipagem com o profissional do laboratório - Impresso disponível na pasta do CE • Encaminhar amostras do banco de sangue pelo tubo pneumático estação 43 ou 123 a depender do modelo disponível na unidade. • Passar informações necessárias para as áreas que entrarem em contato após acionamento do Código H • Ativa Power Plan do Código H para co-assinatura médica

Cópia Controlada

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Transporte	• Direciona-se até a unidade com a mochila do código h **Conteúdo da mochila:** INSYTE AUTOG ORN 14GAX1.75IN INSYTE AUTOBLOOD CONT16G Cateter Introcan SAFETY 18G CURTO PELICULA FENEST CATETER 6,5X7 SERINGA DESC 10ML LUER LOCK AGULHA ROMBA DESC 25X12/1.20X25 EQUIPO MACROGOTA S/INJ 1.40M EQUIPO FOTOSS INFUSOMAT SPACE EQUIPO AQ SAN FL ALT FLUXO 24355 CONECTOR MICROCLAVE CLEAR COMPRESSA GAZE EST 13 FIOS PCT 10 LUVA ESTERIL 7.5 SERINGA INSULINA SAFETYGLIDE 1ML AGULHA DESC 30X7/0.70X30 CONECTOR NEUTRON 011NC100 KIT MONIT COMPLETO MONONYLON 3.0 AG 2.4PS P1663T PELIC S/FENESTRA CAT 10CMX12 TORNEIRA DS 3 V LUER CONJ MON PRESS ARTERIAL 3FR CONJ MONIT PRESS ARTERIAL 4FR MANTA TERMICA ADULTO BPS210 RINGER LACTATO SODIO FR 500M CLOR CALCIO 100MG/ML AP 5ML SORO FISIOLOGICO FR 100ML PVC BIC SODIO 8,4% SO FR250ML NOREPINEFRINA 1MG/ML AP 4ML GLICOSE 5% SO FR 250ML XYLESTESIN 2% S/VASO FAP 20ML SORO FISIOLOGICO FR 250M Rioex DEGERMANTE 2% 100ML RIOEX ALCOOLICO 0,5% 100ML ***Validade dos itens verificados mensalmente pela farmácia satélite**

Cópia Controlada

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

***Localização do RANGER**

Intermediário 1, bloco A1

10° andar, bloco A

8° andar, bloco A

UTI 5° andar, bloco A

UTI 3° andar bloco A

8° andar, bloco D

CC 5º D

CC I4

OBJETIVOS GERAIS DURANTE O ATENDIMENTO

- Temperatura: 35,7- 37°C
- Cálcio: repor cloreto de cálcio 02 ampolas + SF 0,9% 100ml a cada 02 bolsas de qualquer hemocomponentes;
- Acidose: objetivo pH 7,35-7,45 (evitar bicarbonato; considerar DVA mais precocemente)
- Bicarbonato de sódio 8,4% (se pH<7,1 e/ou Bic<12): administrar 1 meq/Kg;

Cópia Controlada

Hemodinâmica:

- PAM 65mmHg: população geral (hipotensão permissiva PAM 50 mmHg)
- PAM 90 a 100mmHg: Neurológicos agudos (se HIC) sem PIC

Sanguíneo/coagulação:

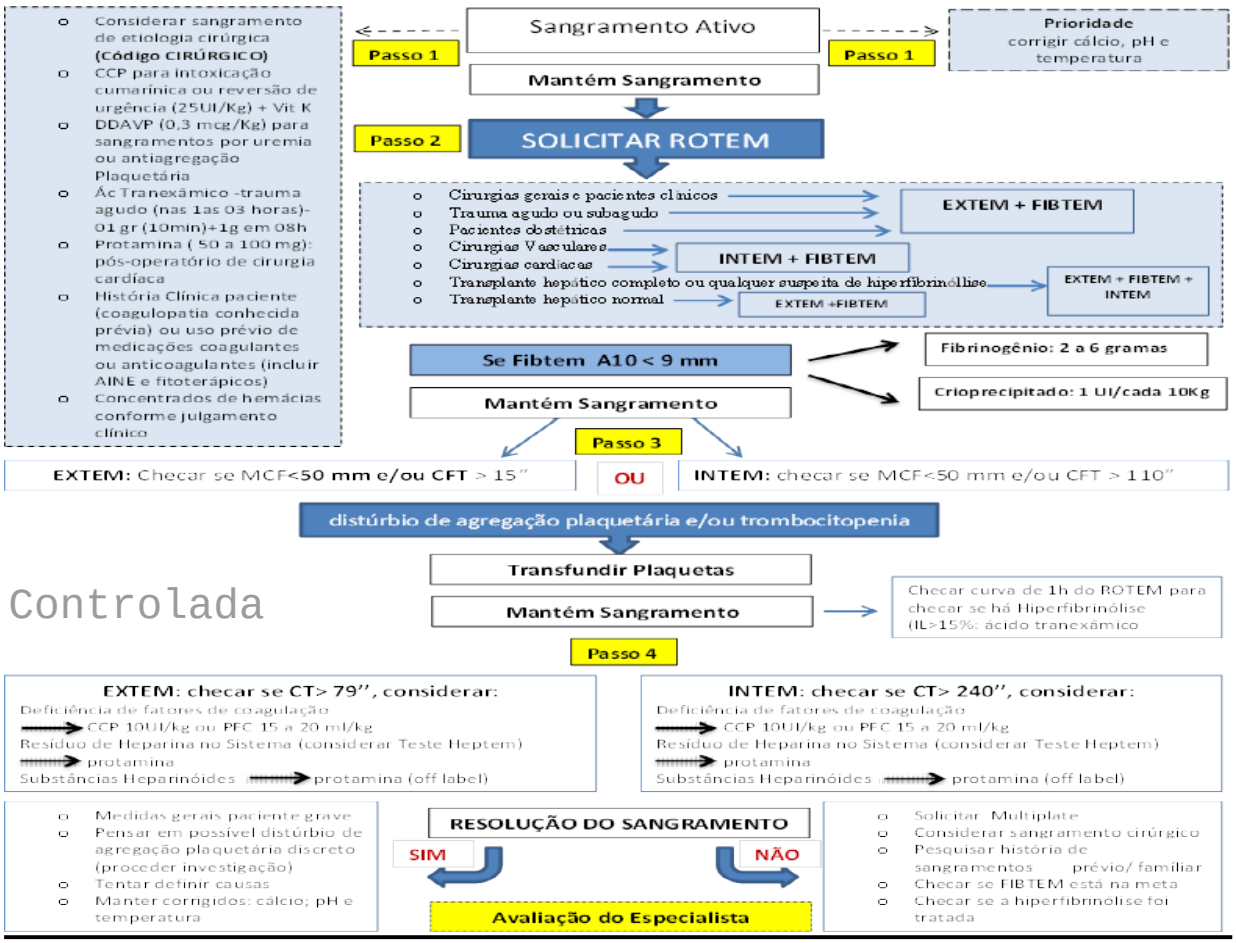
- População geral: Hb entre 7 e 8mg/dl
- Neurológicos agudos: Hb entre 9 e 10mg/dl
- Corrigir Coagulação com Rotem (Fluxo 1) – Acionar Risco de Sangramento (Especialista)
- Indicar transfusão maciça na impossibilidade de guiar por trombo e quando necessário

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Fluxo 1 - Algoritmo Transfusional para Sangramento Ativo Guiado por Trombo

Arquivo para impressão, clicar no link para abrir: Algoritmo_Transfusional_para_Sangramento_Ativo_-_Guiado_por_trombo.pdf



Cópia Controlada

Legenda:

CP - Complexo protrombinico **DDVAP- Desmopressina**

CFT - Clot Formation Time **MCF – Maximum Clot Firmness**

CT – Clotting Time **IL – Index Lysis**

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Fluxo 2: Transfusão Maciça - Banco de Sangue

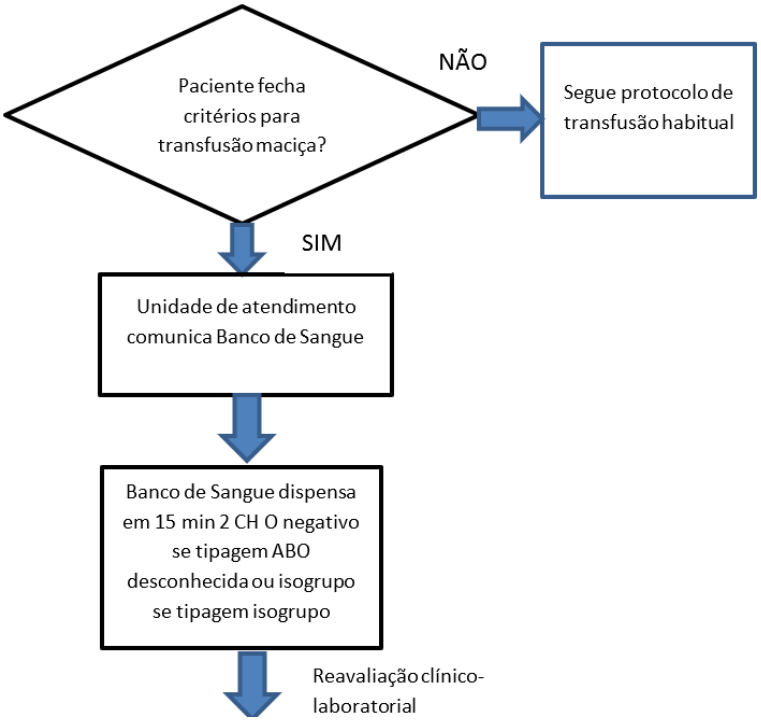
Metas:

- Monitoramento de temperatura, pH e cálcio iônico

-Administração de ácido tranexâmico 1g em 10 min e após 1g após 8h (a primeira dose DEVE ser feita em ATÉ 3 horas da injúria)

-Reavaliação com parâmetros hematimétricos a cada intervenção (Hb, plaquetas, TP/TTPA, fibrinogênio e tromboelastografia)

-Ausência de coagulopatia em exs laboratoriais: verificar sangramento de causa cirúrgica

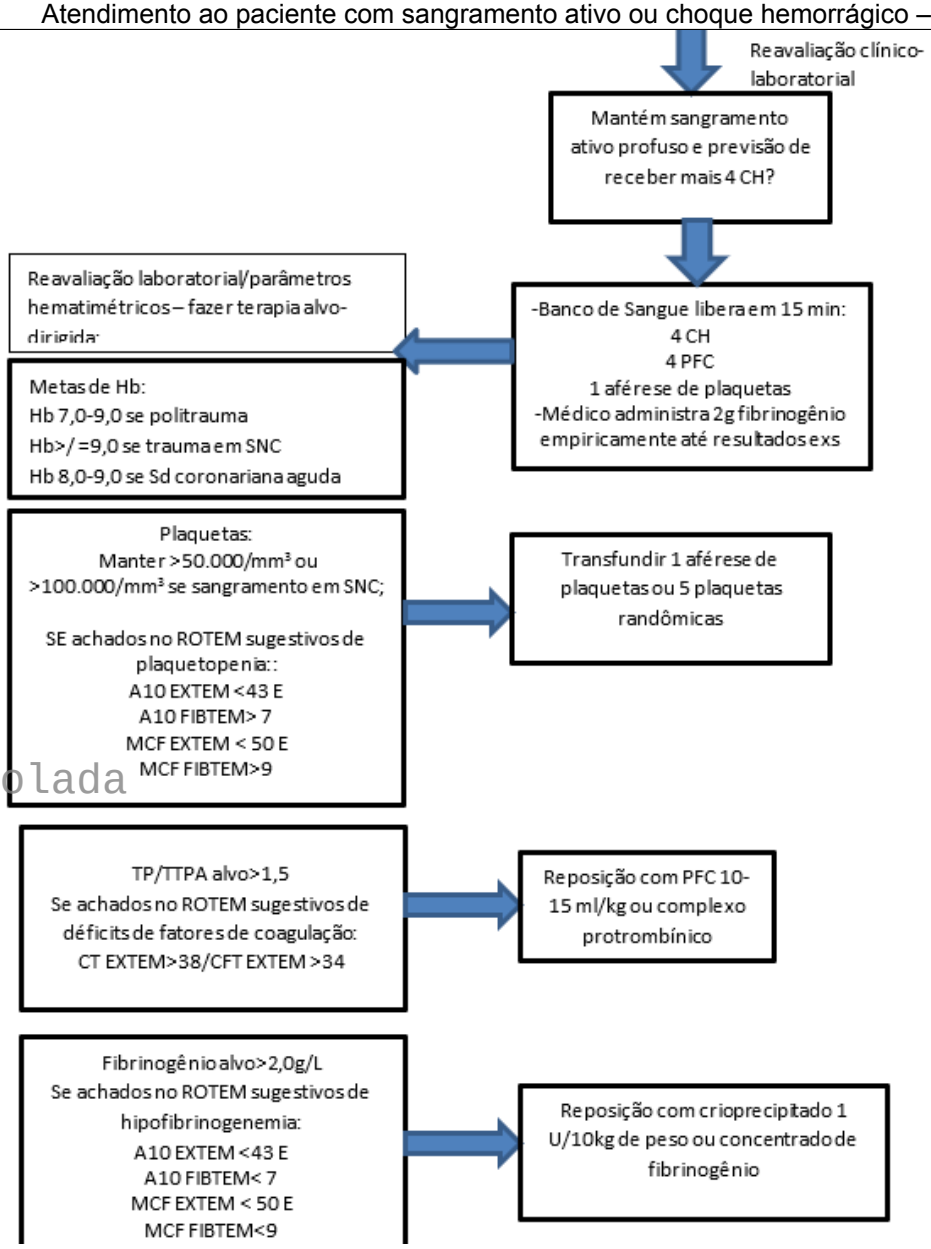


Cópia Controlada

Continua:

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H



Cópia Controlada

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

1. *Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.*
2. Manual de Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais – 7ª Edição:

   Padrão COP.3.2: O corpo clínico é treinado para reconhecer e responder a mudanças na condição de um paciente.

   Padrão COP.3.3: Serviços de ressuscitação estão disponíveis em todo o hospital.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

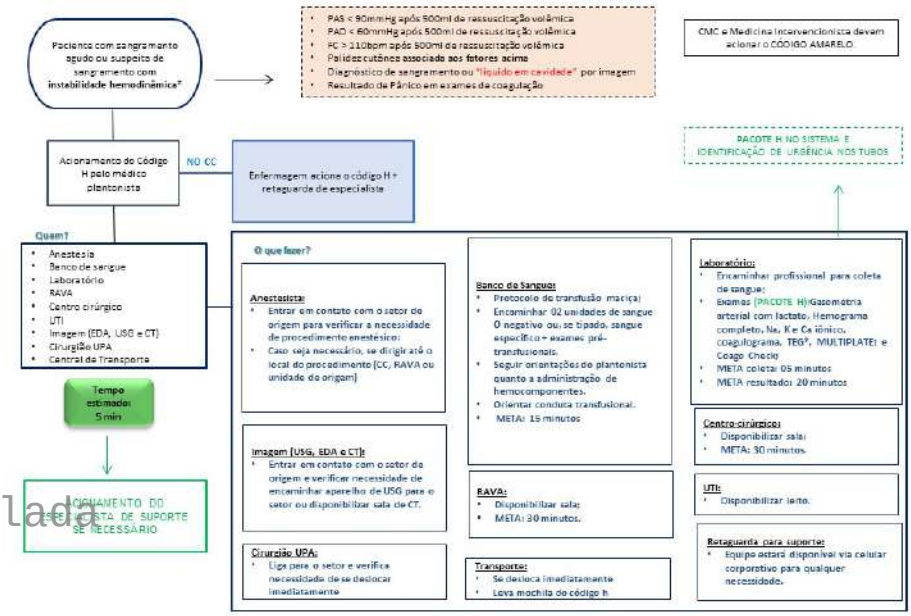
Indicadores:

1. Intervalo entre o acionamento e a chegada dos serviços à unidade
2. Taxa de mortalidade dos pacientes atendidos
3. Taxa epidemiológica das principais causas de sangramento atendidas pelo código

Cópia Controlada

ANEXOS

Fluxo de Atendimento do Código H



CLICK PARA ABRIR: Fluxo_cógigo_H_2021.pdf

Cópia Controlada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rohde JM; Dimcheff DE;Blumberg N; et al. HealthCare–Associated Infection After Red Blood Cell Transfusion. A Systematic Review and Meta-analysis; JAMA. 2014;311(13):1317-1326. doi:10.1001/JAMA.2014.2726
2. Goodnough LT, Spain DA, Maggio P. Logistics of transfusion support for patients with massive hemorrhage. Curr Opin Anaesthesiol 2013; 26: 208–14.

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
PRATICA MEDICA		ASSISTENCIAL	MULTIPROFISSIONAL	Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

3. Yücel N, Lefering R, Maegele M, et al; Polytrauma study group of the German Trauma Society. Trauma Associated Severe Hemorrhage (TASH)-Score: probability of mass transfusion as surrogate for life threatening hemorrhage after multiple trauma; J trauma. 2006 jun;60(6):1228-36; 1236-7
4. Johansson PI: Goal-directed hemostatic resuscitation for massively bleeding patients: the Copenhagen concept. Transfus Apher Sci 2010, 43(3):401-405.
5. Schochl H, Nienaber U, Hofer G, et al: Goal-directed coagulation management of major trauma patients using thromboelastometry (ROTEM)-guided administration of fibrinogen concentrate and prothrombin complex concentrate. Crit Care 2010, 14(2):R55.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Código Amarelo Adulto - Morumbi

Código_Amarelo_Adulto_Morumbi.pdf

Código Cirúrgico- Morumbi

Código_Cirúrgico_Morumbi.pdf

Cópia Controlada

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Nova documentação, elaborada com a participação de:

- João Carlos de Campos Guerra – Médico Hematologista do Laboratório
- Roseny dos Reis Rodrigues - Médica Terapia Intensiva
- Felipe Maia de Toledo Piza - Médico Terapia Intensiva
- Tomaz Crochemore - Médico Terapia Intensiva
- Fernanda Paulino Fernandes – Consultora de Praticas - DPAQSMA - Gerenciamento e Vigilância do Risco
- Camila Bertozzi de Oliveira – Analista de Práticas - DPAQSMA - Gerenciamento e Vigilância do Risco
- Jean Carlo Rodriguez Pegas – Médico DPAQSMA - Gerenciamento e Vigilância do Risco
- Ana Paula Hitomi Yokoyama – Médica Hemoterapia

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAssistencial
Título Documento
Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H

Michele Jaures (30/05/2016 04:46:59 PM) - Primeira versão do documento

Michele Jaures (22/03/2018 08:22:12 PM) - Ajustes nos anexos e inclusão das versões para impressão dos fluxos.

Michele Jaures (25/09/2019 12:50:06 PM) - Inclusão do conteúdo da mochila do código h e localização do ranger

Michele Jaures (23/02/2021 06:13:29 PM) - Atualização do fluxo de transfusão maciça

Atualização da atuação do cirurgião após acionamento do Código H Revisão dos Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais conforme atualização da 7ª Edição

Michele Jaures (08/06/2021 11:50:42 AM) - Ajuste de layout do fluxo de acionamento

Cópia Controlada

Diretoria PRATICA MEDICA		Espécie ASSISTENCIAL	Especialidade MULTIPROFISSIONAL	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ASS.MEDI.128.5	Versão 5	Data Criação 31/05/2016	Data Revisão 10/06/2021
Elaborador Michele Jaures	Revisor Michele Jaures	Parecerista	Aprovado por Adriana da Silva Pereira | Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Data Aprovação 10/06/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Delirium

Trata-se de uma alteração cognitiva definida pelo início agudo e curso flutuante e presença de distúrbios da atenção, consciência, orientação, memória, pensamento, comportamento e percepção do ambiente. Considerado emergência clínica por estar relacionado a agravamento do prognóstico, mas uma síndrome potencialmente prevenível e tratável com abordagem adequada precoce. Apesar da alta prevalência especialmente em idosos, é geralmente subdiagnosticado e diretamente relacionado à piora de desfechos clínicos como aumento de mortalidade, tempo de internação e do declínio funcional.

O DSM-V lista cinco características-chave na sua descrição:

1. Desenvolve-se num curto período de tempo (geralmente horas a dias), representa uma mudança do estado basal, e tende a apresentar ***flutuação durante o curso do dia***;

2. ***Distúrbio de atenção*** (dificuldade direcionar/focar/ sustentar/mudar a atenção) ***e orientação*** em relação ao ambiente;

3. Presença de um ***distúrbio adicional de cognição*** – como déficits de memória, linguagem, desorientação, alteração visuoespacial e de percepção;

4. Distúrbios ***não são melhor explicados por outra alteração neurocognitiva preexistente*** e não ocorrem no contexto de um nível de consciência muito reduzido, como estado de coma;

5. Evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é ***causado por uma condição clínica, intoxicação exógena, efeito adverso ou da retirada de medicações***.

Adicionalmente, podem tipicamente estar presentes:

- comportamento psicomotor alterado, hipoatividade ou hiperatividade com atividade simpática aumentada e alteração na arquitetura e duração do sono;
- distúrbios emocionais variados, incluindo medo, depressão, euforia e perplexidade.

CLASSIFICAÇÃO

DELIRIUM HIPERATIVO:	***DELIRIUM HIPOATIVO:***	**DELIRIUM MISTO:**
nível de alerta elevado, agitação, inquietação, comportamento inadequado e alucinações	quadro de letargia, atividade motora reduzida, fala incoerente e falta de interesse	combinação dos sinais e sintomas acima, de maneira alternante ou sobreposta.

I- ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico é **eminentemente clínico**, através de uma história aguda de alteração cognitiva;
- Sugere-se investigação de potenciais causas que devem ser adicionados a anamnese e observação minuciosa, incluindo fatores ambientais;
- Será utilizado um instrumento de rastreio e identificação neste processo: o **Confusion Assessment Method** (**CAM**);
- Ele deverá ser aplicado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem em todos pacientes com idade igual/superior a 65 anos, com previsão de internação de 2 dias ou mais ou internado em UTI/Semi-Intensiva.

CAM
CONFUSION ASSESSMENT METHOD (adaptado)

1. Mudança do estado mental de início agudo ou curso flutuante;
2. Déficit de atenção;
3. Alteração do nível de consciência (hipoativo ou hiperativo);
4. Pensamento desorganizado.

Delirium = (1) + (2) e (3) ou (4)

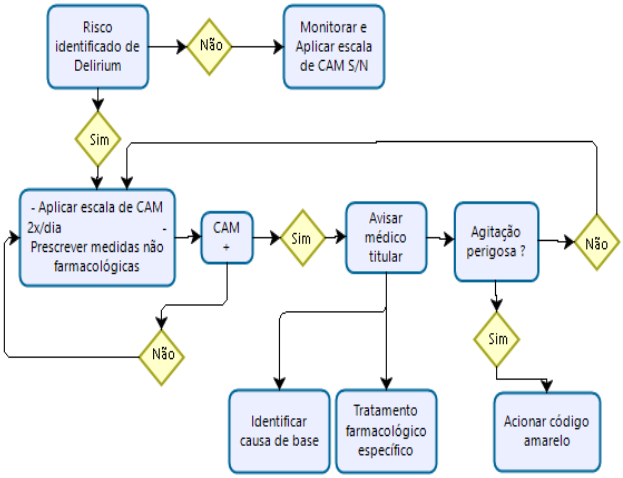
CAM UTI
CONFUSION ASSESSMENT METHOD (adaptado)

1. Mudança do estado mental de início agudo ou curso flutuante;
2. Déficit de atenção. Leia em voz alta as seguintes letras: "SAVEAHAART" e peça para o paciente apertar a sua mão quando ouvir a letra "A". São erros: paciente não apertar quando ouve a letra "A" e paciente aperta quando ouve outra letra que não a "A". Menos que 3 erros, não há delirium
3. Alteração do nível de consciência - Avaliação da escala de RASS – se RASS diferente de zero (0), considere que paciente está com delirium. OBS: se pontuação entre -3 até +4. Proceder aplicação do CAM UTI. Se RASS entre -4 ou -5, pare e reavalie o paciente depois.
4. Pensamento desorganizado – considerado presente se houver 2 ou mais erros na série de perguntas e comandos a seguir:

Uma pedra flutua na água?
No mar tem peixes?
Um quilo pesa mais que dois quilos?
Você pode usar o martelo para bater um prego?
Comando ("levante estes dedos") – o examinador levanta dois dedos na frente do paciente e pede para que ele repita o gesto. Testar os dois lados, direito e esquerdo, modificando a quantidade de dedos. Se o paciente é incapaz de mover os dois braços, para a segunda parte, peça para o pacientes levantar um dedo a mais.

Delirium = (1) + (2) + (3) ou (4)

IDENTIFICAÇÃO – RISCO PARA DELIRIUM



2. EXAMES ADICIONAIS

• ***Investigação diagnóstica mínima:*** glicemia capilar, avaliação de sinais vitais e oximetria de pulso;
• ***Coleta laboratorial:*** hemograma, função renal, hepática e tireoidiana, eletrólitos, urina-I e cultura, raio-X tórax e ECG;
• ***A critério clínico:*** exame de neuroimagem (tomografia ou ressonância magnética) e em casos específicos, análise do líquor, EEG e marcadores de necrose miocárdica.

3. ALOCAÇÃO

- De maneira geral, pacientes podem ser alocados nas alas de apartamentos;
- Em casos específicos em que o rebaixamento do nível de consciência for significativo e /ou demandar monitorização cardíaca e respiratória, ou quando a agitação psicomotora oferecer risco ao paciente, deve-se considerar a alocação em semi-intensiva ou unidade de terapia intensiva.

4. INTERVENÇÕES PREVENTIVAS

Pacientes identificados como de risco para apresentar delirium:
• **Idade > 65 anos;**
• **Tempo de permanência esperado acima de 2 dias.**
• **Pacientes internados em UTI ou Semi-Intensiva.**

Deverão ser avaliados e cuidados por equipe treinada e capacitada na prevenção de delirium que realizarão um ***pacote de intervenções multicomponente*** individualizado já nas primeiras 24h admissão, que aborda vários fatores de risco modificáveis: **Medidas Não Farmacológicas Universais* de Prevenção de Manejo do Delirium**.

5. FATORES DE RISCO

Delirium é essencialmente uma síndrome de etiologia multifatorial.

Fatores Predisponentes (prévios)	Fatores Precipitantes (novos)
Medicamentos (uso prévio): Polifarmácia (em especial com psicoativos), abuso de álcool;	***Medicações:*** Hipnóticos, opioides, anticolinérgicos, polifarmácia, abstinência de álcool ou outras medicações;
Condições clínicas preexistentes: Doença neurológica, AVC prévio, doença grave, múltiplas comorbidades, insuficiência renal ou hepática, distúrbios metabólicos, trauma ou fratura, doença terminal;	***Intercorrências clínicas:*** Infecções, choque, desidratação, complicações iatrogênicas, hipóxia, febre, anemia, desnutrição, distúrbios metabólicos (eletrolíticos, glicemia, ácido-base), obstipação intestinal;
Alteração cognitiva prévia: Demência, depressão ou história anterior de delirium;	***Doenças neurológicas:*** AVC (especialmente hemisférico não dominante), sangramento intracraniano, meningite, encefalite;
Status funcional: Dependência funcional, imobilidade, baixo nível de atividade, história de quedas;	***Pós-Operatório:*** Cirurgia ortopédica, cardíaca, bypass cardiopulmonar prolongado;
Demográficos: Acima 65 anos, sexo masculino ;	***Ambiental:*** UTI, restrição física, sonda vesical, múltiplos procedimentos, dor, estresse emocional;
Déficit sensório: visual , auditivo.	Privação de sono.

QUADRO 1 - MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS UNIVERSAIS DE PREVENÇÃO E MANEJO DO DELIRIUM

Alteração cognitiva ou desorientação	• iluminação adequada; • relógio e calendário facilmente visíveis; • estimular reorientação tempo, espaço, pessoa; • atividades de estimulação cognitiva; • facilitar visitas regulares de familiares e amigos.
Abordar a deficiência sensorial	• resolução de qualquer causa reversível da deficiência (ex: impactação cerúmen); • garantir que óculos e aparelhos auditivos estejam disponíveis e sejam usados quando de uso prévio e em boas condições de funcionamento.
Avaliação da dor	• sempre abordar a dor; • procurar sinais não verbais de dor, pacientes com dificuldades de comunicação (alterações cognitivas ou demência, ventilação mecânica); • iniciar/revisar o tratamento adequado em todos em que for identificada ou suspeita.
Abordar imobilidade ou mobilidade limitada	• incentivar mobilização logo após a cirurgia; • estimular deambulação (com ajuda apropriada sempre acessível, se necessário); • incentivar a todos exercícios ativos de amplitude de movimento, incluindo os que não podem andar.
Revisão de medicamentos	• atenção à polifarmácia e medicações de risco; • criteriosa reconciliação medicamentosa.
Evitar a desidratação e / ou obstipação	• garantir oferta adequada de líquidos incentivando a ingesta e considerar a via parenteral, se necessário; • cuidados específicos na presença comorbidades (cardíaca, renal, hepática); • atenção ao padrão intestinal.
Abordagem nutricional	• seguir diretrizes institucionais de suporte nutricional ; • se utilizar próteses dentárias, assegurar que se encaixem adequadamente.
Avaliar infecção	• identificar e tratar apropriadamente infecção existente; • evitar cateterismo desnecessário ; • seguir procedimentos de controle de infecção de acordo com diretrizes institucionais.
Avaliar hipoxemia	• otimizar a saturação de oxigênio, se necessário, conforme clinicamente apropriado.
Avaliação sono	• promover bons padrões de sono e higiene do sono; • evitar procedimentos médicos ou enfermagem durante as horas de sono; • ajustar aprazamento de medicações; • reduzir o ruído ambiental ao mínimo período noturno.

6. TRATAMENTO

- Objetivo primário é **abordar as causas ou fatores desencadeantes modificáveis** (ex: interrompendo medicamento específico, corrigir alteração metabólica ou tratar infecção);
- Simultaneamente, o tratamento de suporte, composto por **medidas não farmacológicas universais de prevenção e manejo do delirium (Quadro 1)**, visa evitar o surgimento e prevenir complicações;
- **Tratamento farmacológico específico (Quadro 2)** pode ser necessário e deve ser restrito a**:**
  - Casos de agitação ou confusão graves;
  - Que coloque em risco o paciente ou a segurança de outros;
  - Comprometa a realização de exames ou tratamento;
  - Mostrem-se refratários às medidas acima.

- Nestes casos, classe de escolha é dos antipsicóticos. Deve-se utilizar estratégia de começar com baixas doses, com aumento lento e progressivo, se necessário ("start low, go slow"). As escolhas iniciais para o tratamento podem ser haloperidol, quetiapina, risperidona, olanzapina ou ziprasidona. Dentre essas opções, além da experiência pessoal, deve-se considerar o efeito sedativo e risco de efeitos colaterais extrapiramidais de cada droga;
- Em pacientes com parkinsonismo, a primeira medicação a ser tentada deve ser a quetiapina;
- Benzodiazepínicos devem em geral ser restritos ao tratamento de delirium secundário à abstinência de álcool, pós crise epiléptica ou na síndrome neuroléptica maligna. Nessas situações, recomenda-se lorazepam, em dose de 0,25 a 0,5 mg.

QUADRO 2 – TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ESPECÍFICO EM CASOS SELECIONADOS

Medicação	Dose inicial	Formas de administração	Risco de SEP (sintomas extrapiramidais)	Risco de sedação
Haloperidol	0,25-0,5 mg	VO, IM, IV	Alto	Baixo
Risperidona	0,25-0,5 mg	VO	Alto	Baixo
Quetiapina	12,5–25 mg	VO	Baixo	Alto
Olanzapina	2,5-5 mg	VO, IM	Moderado	Moderado
Ziprasidona	5-10 mg	VO	Moderado	Moderado

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de delirium - hospital e unidade de internação;
- Tempo duração delirium;
- Tempo de internação hospitalar;
- Taxa de readmissão;
- Taxa de quedas.

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Atualização de template

IV. REFERÊNCIAS

[1] Marcantonio, ER. Delirium in hospitalized older adults. N Engl J Med, 377 (2017), pp. 1456-1466. Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1605501.

[2] Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014 Mar 8;383(9920):911-22. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1. Epub 2013 Aug 28. PMID: 23992774; PMCID: PMC4120864. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23992774/.

[3] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline. Published: 28 July 2010 nice.org.uk/guidance/cg103 NICE 2010. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-pdf-35109327290821.

[4] Zaubler TS, Murphy K, Rizzuto L, Santos R, Skotzko C, Giordano J, Bustami R, Inouye SK. Quality improvement and cost savings with multicomponent delirium interventions: replication of the Hospital Elder Life Program in a community hospital. Psychosomatics. 2013 May-Jun;54(3):219-26. doi: 10.1016/j.psym.2013.01.010. Epub 2013 Mar 12. PMID: 23489646. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23489646/.

[5] Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and MetaAnalysis. J Am Geriatr Soc. 2016 Apr;64(4):705-14.

[6] Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. JAMA. 2010 Jul 28;304(4):443-51.

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração: / Data de revisão:	Data de Aprovação:
CPTW104.4	Jose Campos Filho Ivan Hideyo Okamoto Jerusa Smid	Mauro Dirlando C de Oliveira	Giancarlo Colombo	13/10/2021 16/06/2023	13/10/2021

Guia do Episódio de Cuidado

Diretriz de Hemorragia Subaracnoidea Aneurismática Espontânea

A hemorragia subaracnoidea (HSA) não traumática relacionada a ruptura de aneurismas cerebrais tem incidência bastante variada ao redor do mundo, indo de 2 casos a cada 100.000 pessoas na China a 22.5 casos a cada 100.000 pessoas na Finlândia. Alguns estudos sugerem uma incidência anual de HSA, nos EUA, de 9,7 casos por 100.000 pessoas e uma amostra nacional de pacientes internados com HSA sugere uma incidência anual de 14,5 altas por 100.000 adultos. Como uma parte dos óbitos por HSA ocorrem antes da admissão a um hospital, aproximadamente 12 a 15%, a verdadeira incidência deve ser ainda maior. A ruptura de um aneurisma é relatada numa taxa de 5 a 8 casos a cada 100.000 habitantes anualmente nos EUA e apresenta um pico de incidência por volta da 5ª década de vida. No Brasil, as taxas de incidência são comparáveis às dos EUA, havendo menos estudos populacionais que sustentem essas estatísticas. A hemorragia subaracnoidea é claramente mais comum em mulheres do que homens e os negros e hispânicos são mais afetados do que os caucasianos. Já os aneurismas que nunca romperam parecem afetar 2-5% da população geral. A mortalidade da doença é alta ainda, a despeito da queda de mortalidade observada em países industrializados nas últimas décadas. Taxas medias de mortalidade nos EUA são estimadas em 32%, comparadas com 43% na Europa e 27% no Japão[5]. Mundialmente estas taxas são afetadas principalmente pela qualidade e facilidade de acesso ao sistema de saúde local assim como pela disponibilidade e uso do serviço de verificação da causa de óbito através da autópsia.

1. APRESENTAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

A hemorragia subaracnoidea tem uma das mais conhecidas e distintas apresentações em toda a medicina: a manifestação súbita da pior cefaleia que o paciente já teve em sua vida. Ainda que a cefaléia seja de longe o sintoma inicial mais comum ela pode ser acompanhada de náusea, vômitos, sinais meníngeos (especialmente rigidez nucal), acometimento de nervos cranianos e perda transitória ou duradoura da consciência. Uma apresentação interessante é a da "cefaleia sentinela" que ocorre em até 20% dos pacientes entre 2 a 8 semanas precedendo a HSA e se caracteriza por uma cefaleia mais leve que pode durar alguns dias.

A importância do reconhecimento deste fenômeno não deve ser subestimada, uma vez que é a oportunidade de diagnóstico e tratamento de um aneurisma antes de um sangramento potencialmente fatal.

Nas últimas duas décadas, a tomografia computadorizada (TC) de crânio não contrastada se tornou uma das ferramentas mais importantes para o diagnóstico da HSA. A sensibilidade da tomografia depende do tempo de apresentação pós hemorragia e do grau de sangramento que o paciente apresenta, podendo chegar a 98-100% nas primeiras 12 horas, caindo para 93% após 24 horas e menos de 85% após 1 semana. A angiotomografia (angioTC) de vasos cranianos tem sensibilidade entre 95 a 100% para aneurismas >5 mm e é geralmente reservada para aqueles pacientes que já tem o diagnóstico de HSA pela TC não contrastada.

A sensibilidade do método pode ser significativamente menor para aneurismas <5 mm e em instituições com aparelhos de pior qualidade, tecnologia menos avançada ou radiologistas menos experientes. O uso rotineiro da AngioTC como exame inicial para toda suspeita de HSA ainda é debatido na literatura e ao mesmo tempo que pode auxiliar no diagnóstico precoce da fonte de sangramento, pode também gerar ansiedade ao revelar a presença de um aneurisma incidental não roto e que nenhuma relação teria com a cefaleia em investigação.

Pacientes com uma TC de Crânio inicial negativa mas com história clínica convincente devem ser submetidos a punção lombar para análise de liquido cefaloraquidiano (LCR). A técnica correta de coleta, análise e interpretação do LCR é fundamental. A presença de xantocromia, bilirrubina e alta contagem de hemácias, que não diminuem com a coleta em 3 tubos de LCR, são sugestivos de hemorragia subaracnoidea e podem ser úteis para diferenciar de uma punção traumática (acidente de punção). A xantocromia esta geralmente presente após 4 horas do sangramento.

Nos pacientes com TC de crânio e punção lombar negativas e sem quaisquer alterações no exame físico neurológico, a cefaleia pode ser tratada com sintomáticos e os pacientes liberados com orientações adequadas.

Nos últimos anos o uso da ressonância magnética (RM) e da angioressonancia (AngioRM) para o diagnóstico da HSA tem despertado mais interesse. No entanto, pelo caráter urgente da doença, custos, dificuldades técnicas e baixa disponibilidade dos aparelhos de RM seu uso fica limitado. Novas técnicas de aquisição de imagem, como "*proton density weighted*" e FLAIR podem igualar a sensibilidade da punção lombar no diagnóstico de HSA. Geralmente, em nossa rotina, a RM do crânio e coluna cervical são o próximo passo de investigação após uma HSA com Angio TC e angiografia digital negativas.

A angiografia digital cerebral é o exame padrão ouro para o diagnóstico de aneurismas intracranianos. Atualmente, aparelhos e técnicas modernas que permitem a reconstrução dos angiogramas em 3D contribuíram enormemente para as informações pré-operatórias ou pré-procedimento endovascular. A angiografia diagnóstica pode ser realizada com o intuito de tratar o aneurisma e esse tratamento pode ser realizado via embolização por molas (*coils*) no mesmo procedimento. A desvantagem do método é sua natureza invasiva, com riscos de complicações mínimos mas existentes, como acidente vascular cerebral (AVC), dissecção arterial, hematomas relacionados a punção arterial, complicações relacionadas a anestesia e reações adversas ao contraste. Aproximadamente 20-25% dos pacientes com HSA terão uma angiografia negativa para a pesquisa de aneurismas. Em casos em que não se encontre um aneurisma no primeiro exame, a repetição do exame apos 1 semana pode revelar um aneurisma não diagnosticado em 1-2% dos casos.

Na prática, em nosso serviço, para um paciente com suspeita clínica de HSA, nós utilizamos inicialmente uma TC de crânio sem contraste. A decisão de acrescentar um estudo de angiotomografia de crânio já no primeiro exame fica a critério do médico que avalia o caso e deve levar em conta vários fatores como o grau de suspeita clínica, a idade, função renal e chance de reações ao contraste.

Se há sangue na TC de crânio sem contraste inicial o exame a seguir deve ser direcionado para a pesquisa da fonte de sangramento (um aneurisma) e pode ser uma AngioTC ou uma angiografia digital cerebral.

Se não há sangue visível na TC o próximo passo é a punção lombar. Se positiva, o paciente deve ir para uma arteriografia digital diagnóstica de urgência. Nos pacientes com um estudo negativo na angiografia geralmente uma RM de Crânio e coluna cervical é realizada, e a angiografia pode ser repetida em 1-2 semanas. Se todos os exames não revelarem nenhuma etiologia para o HSA, o tratamento sintomático é iniciado.

2. FATORES DE RISCO

Estudos de análise multivariada realizados em diversas regiões distintas étnica e geograficamente têm mostrado consistentemente que o tabagismo, a hipertensão arterial sistêmica e o abuso de álcool são fatores de risco independentes para a hemorragia subaracnóidea. É consenso de que o tabagismo é um dos maiores fatores de risco por levar à destruição das propriedades elásticas da parede vascular.

O uso de drogas simpatomiméticas é também um fator de risco, assim como o uso de drogas ilícitas por via endovenosa contribui para a formação de aneurismas micóticos. Algumas síndromes genéticas como a doença renal policística autossômica dominante e a síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV também trazem um risco maior de formação e ruptura de aneurismas. A síndrome de aneurismas múltiplos intracranianos familiar pode levar a HSA precocemente e a um risco aumentado da formação de múltiplos aneurismas; ela ocorre quando 2 ou mais familiares de primeiro a terceiro grau desenvolvem aneurismas intracranianos. Parece claro que o rastreio de aneurismas com Angioressonância ou Angiotomografia deve ser realizado nesta população já que o risco de um aneurisma assintomático chega a 8%. O mecanismo genético específico desta síndrome não está totalmente elucidado.

A formação de novos aneurismas pode ocorrer numa taxa de 1-2% ao ano em pacientes previamente tratados para um aneurisma roto, sugerindo que alguma forma de seguimento a longo prazo para esses pacientes deva ser considerada.

3. AVALIAÇÃO E TRATAMENTO INICIAL

Pacientes com a suspeita de HSA devem ser transferidos o mais rápido possível para um centro de excelência com suporte neurocirúrgico, neuroendovascular e neurointensivo. Como em qualquer paciente crítico, a prioridade inicial envolve garantir a via aérea, ventilação adequada e estabilidade hemodinâmica. Se existe preocupação com o nível de consciência o paciente deve ser prontamente intubado para prevenir hipercapnia, o que poderia resultar em aumento da pressão intracraniana (PIC).

A pressão arterial (PA) deve ser agressivamente controlada até que o aneurisma seja tratado, com um alvo sistólico máximo de 160 mm Hg. Este numero é de certa forma arbitrário e os benefícios para esta conduta não são claros, apesar dos estudos sugerirem uma tendência na redução de ressangramento para os pacientes que tiveram sua PA agressivamente controlada[18].

Diversas escalas clínico-radiográficas existem para a HSA, incluindo a escala de Hunt e Hess, a escala da *World Federation of Neurosurgeons* (WFNS), a escala de coma de Glasgow (GCS) e a escala de Fisher, muitas delas elaboradas retrospectivamente. As escalas de Hunt e Hess e WFNS baseiam-se na condição clínica do paciente e no nível de consciência, traduzindo muitas vezes piora por hipertensão intracraniana. Nesses pacientes torporosos ou comatosos, a intubação é indicada e na maioria das vezes o manejo inicial com administração de manitol ou salina hipertônica até o tratamento definitivo é recomendado. Nos casos de hipertensão intracraniana, geralmente com Hunt Hess >3 ou WFNS >3 o tratamento inicial envolve a instalação de um cateter ventricular de derivação externa (DVE).

O sistema hospitalar tem papel importante no prognóstico dos doentes com HSA. Diversos estudos correlacionam melhor prognóstico desses pacientes com o atendimento em centros com alto volume de casos de HSA e centros com maior experiência no tratamento endovascular. Além disso, pacientes com HSA tem melhores chances de recuperação quando tratados por uma equipe de neurointensivismo.

Todos os pacientes devem ser admitidos em uma unidade de cuidados intensivos e geralmente lá permanecem pelos próximos 10-14 dias para observação. Os pacientes mais críticos recebem monitorização invasiva de PA e hemodinâmica, incluindo cateteres centrais que permitam monitorar pressão venosa central e ocasionalmente pressão de artéria pulmonar e débito/índice cardíaco. Em nossa opinião esses pacientes são melhores tratados por uma equipe dedicada ao neurointensivismo.

A incidência de crises epilépticas nos pacientes com HSA podem variar de 6 a18% dos casos. A maioria ocorre precocemente, no momento do sangramento, o que deixa dúvida da natureza epilética desses eventos. Crises tardias são menos frequentes, mas merecem atenção. Não há neste momento, evidências suficientes para sustentar ou refutar o uso de medicações antiepilépticas profiláticas, caso indicado deve ser usado no momento imediato após a hemorragia e utilizado por curto período de tempo, tentando evitar o efeito deletério de uma crise convulsiva em aneurismas não tratados. No nosso meio é comum o uso de fenitoína, após a presença de crise convulsiva, nos primeiros 7 dias após o evento vascular, ou até o tratamento do aneurisma.

Alguns estudos chegam a mostrar até 23 % de efeitos adversos com o uso de rotina de anticonvulsivantes na HSA. Séries pequenas de casos relacionaram o uso de fenitoína a uma piora do desfecho cognitivo nos pacientes com HSA. O tratamento com drogas anti-epilepticas pode prolongar-se caso: o paciente apresente um hematoma intraparenquimatoso, seja submetido a procedimento cirúrgico para clipagem do aneurisma ou apresente crises clínicas ou eletrográficas. Pacientes com alteração prolongada da consciência após o tratamento do aneurisma roto, não explicado por hemorragia, hidrocefalia, vasoespasmo ou alterações metabólicas, podem ser monitorizados por EEG contínuo para avaliação de estado de mal não convulsivo.

Finalmente, o manejo do sódio nesses pacientes deve ser agressivo. Hiponatremia é um achado comum, ocorrendo em 10-50% dos pacientes e é um fator de risco independente para um mau desfecho. A hiponatremia é provavelmente um alarme para natriurese e contração do volume vascular. Alguns autores acreditam que ocorra a queda do sódio nos dias que antecedem o vasoespasmo sintomático. Não está claro se isso é causa ou efeito dos sintomas de vasoespasmo, mas recomenda-se corrigir agressivamente os níveis de sódio para um alvo de normonatremia entre 135-145.

4. AVALIAÇÃO E TRATAMENTO INICIAL

Pacientes com a suspeita de HSA devem ser transferidos o mais rápido possível para um centro de excelência com suporte neurocirúrgico, neuroendovascular e neurointensivo. Como em qualquer paciente crítico, a prioridade inicial envolve garantir a via aérea, ventilação adequada e estabilidade hemodinâmica. Se existe preocupação com o nível de consciência o paciente deve ser prontamente intubado para prevenir hipercapnia, o que poderia resultar em aumento da pressão intracraniana (PIC).

A pressão arterial (PA) deve ser agressivamente controlada até que o aneurisma seja tratado, com um alvo sistólico máximo de 160 mm Hg. Este numero é de certa forma arbitrário e os benefícios para esta conduta não são claros, apesar dos estudos sugerirem uma tendência na redução de ressangramento para os pacientes que tiveram sua PA agressivamente controlada[18].

Diversas escalas clínico-radiográficas existem para a HSA, incluindo a escala de Hunt e Hess, a escala da *World Federation of Neurosurgeons* (WFNS), a escala de coma de Glasgow (GCS) e a escala de Fisher, muitas delas elaboradas retrospectivamente. As escalas de Hunt e Hess e WFNS baseiam-se na condição clínica do paciente e no nível de consciência, traduzindo muitas vezes piora por hipertensão intracraniana. Nesses pacientes torporosos ou comatosos, a intubação é indicada e na maioria das vezes o manejo inicial com administração de manitol ou salina hipertônica até o tratamento definitivo é recomendado. Nos casos de hipertensão intracraniana, geralmente com Hunt Hess >3 ou WFNS >3 o tratamento inicial envolve a instalação de um cateter ventricular de derivação externa (DVE).

O sistema hospitalar tem papel importante no prognóstico dos doentes com HSA. Diversos estudos correlacionam melhor prognóstico desses pacientes com o atendimento em centros com alto volume de casos de HSA e centros com maior experiência no tratamento endovascular. Além disso, pacientes com HSA tem melhores chances de recuperação quando tratados por uma equipe de neurointensivismo.

Todos os pacientes devem ser admitidos em uma unidade de cuidados intensivos e geralmente lá permanecem pelos próximos 10-14 dias para observação. Os pacientes mais críticos recebem monitorizao invasiva de PA e hemodinâmica, incluindo cateteres centrais que permitam monitorar pressão venosa central e ocasionalmente pressão de artéria pulmonar e débito/índice cardíaco. Em nossa opinião esses pacientes são melhores tratados por uma equipe dedicada ao neurointensivismo.

A incidência de crises epilépticas nos pacientes com HSA podem variar de 6 a18% dos casos. A maioria ocorre precocemente, no momento do sangramento, o que deixa dúvida da natureza epilética desses eventos. Crises tardias são menos frequentes, mas merecem atenção. Não há neste momento, evidências suficientes para sustentar ou refutar o uso de medicações antiepilépticas profiláticas, caso indicado deve ser usado no momento imediato após a hemorragia e utilizado por curto período de tempo, tentando evitar o efeito deletério de uma crise convulsiva em aneurismas não tratados. No nosso meio é comum o uso de fenitoína, após a presença de crise convulsiva, nos primeiros 7 dias após o evento vascular, ou até o tratamento do aneurisma.

Alguns estudos chegam a mostrar até 23 % de efeitos adversos com o uso de rotina de anticonvulsivantes na HSA. Séries pequenas de casos relacionaram o uso de fenitoína a uma piora do desfecho cognitivo nos pacientes com HSA. O tratamento com drogas anti-epilepticas pode prolongar-se caso: o paciente apresente um hematoma intraparenquimatoso, seja submetido a procedimento cirúrgico para clipagem do aneurisma ou apresente crises clínicas ou eletrográficas. Pacientes com alteração prolongada da consciência após o tratamento do aneurisma roto, não explicado por hemorragia, hidrocefalia, vasoespasmo ou alterações metabólicas, podem ser monitorizados por EEG contínuo para avaliação de estado de mal não convulsivo.

Finalmente, o manejo do sódio nesses pacientes deve ser agressivo. Hiponatremia é um achado comum, ocorrendo em 10-50% dos pacientes e é um fator de risco independente para um mau desfecho. A hiponatremia é provavelmente um alarme para natriurese e contração do volume vascular. Alguns autores acreditam que ocorra a queda do sódio nos dias que antecedem o vasoespasmo sintomático. Não está claro se isso é causa ou efeito dos sintomas de vasoespasmo, mas recomenda-se corrigir agressivamente os níveis de sódio para um alvo de normonatremia entre 135-145.

5. TRATAMENTO DO ANEURISMA

Existem poucas controvérsias no estudo da neurologia e neurocirurgia vascular tão bem estabelecidas quanto o debate clipe x *coil*. Apesar de algumas tentativas de estabelecer as evidências em favor de um lado ou de outro, uma visita a qualquer congresso de doenças cerebrovasculares irá revelar que o debate está longe de terminar.

Um grupo grande de neurocirurgiões mais experientes, mas que no seu treinamento foram expostos apenas às técnicas de clipagem ainda argumenta contra um grupo mais jovem já exposto às técnicas endovasculares. Um novo tipo de especialista surgiu desses debates, mas em muitos casos, mesmo os neurocirurgiões mais híbridos tendem a preferir um método ou outro. Dois fatores contribuem para a eficácia no tratamento dos aneurismas cerebrais: as taxas de resangramento pós-tratamento e a recorrência angiográfica de aneurismas pós-tratamento.

O primeiro fator é relativamente simples de se estudar já que o desfecho é binário. No *International Subarachnoid Hemorrhage Trial* (ISAT), 28/1073 (2.6%) dos pacientes tratados com embolização por *coil* e 11/1073 (1.0%) dos pacientes tratados cirurgicamente sofreram um ressangramento do aneurisma tratado ao longo do primeiro ano pós tratamento. Esta hemorragia foi fatal em 53.6% e 45.5% dos pacientes, respectivamente. Após um ano, o número de ressangramentos foi de 7/1073 (0.65%) dos pacientes embolizados e 2/1070 (0.19%) dos tratados cirurgicamente. Estes números tem sido consistentes com outras séries de casos de antes e depois do ISAT, os quais mostram taxas de ressangramento pós *coiling* de aproximadamente 0.9-2.9% por ano. As taxas de sangramento pós clipagem são prejudicadas pelo fato de que muitos dos estudos mais antigos não tinham angiografia pós-clipagem para ter certeza da oclusão do aneurisma e muitos estudos usaram técnicas cirúrgicas mistas como clipagem, "*wrapping*" e ligação do vaso nutridor. Imagina-se que atualmente, quando tanto a inspeção visual quanto a angiografia de controle demonstram obliteração do aneurisma após clipagem cirúrgica, a taxa de resangramento nesses casos seria próxima de zero.

A recorrência angiográfica após o tratamento é um tópico mais controverso, tanto pela definição do que constitui uma recorrência quanto pelo que fazer com os achados. Inicialmente, uma metanálise demonstrou que apenas 54% dos aneurismas eram completamente ocluídos no primeiro tratamento com embolização por *coil* e 88% dos aneurismas eram mais de 90% ocluídos. A taxa de crescimento e recorrência de um aneurisma está fortemente relacionada com o tamanho do aneurisma e a morfologia do colo (largo ou estreito). Murayama et al publicaram o seguimento angiográfico de 665 aneurismas embolizados (nos últimos 6 anos para eliminar o efeito da curva de aprendizado) divididos em categorias de acordo com seu tamanho e morfologia do colo. Em aneurismas menores com colos menores que 4mm, a obliteração completa foi alcançada em 74.5% das vezes com 1.1% de recorrência em aneurismas completamente embolizados e crescimento de 21% dos aneurismas incompletamente embolizados. Em aneurismas menores com colos mais largos que 4mm, a obliteração completa foi alcançada em apenas 41% com recorrência em 7.5% dos completamente embolizados e 29.4% dos incompletamente embolizados. Em aneurismas maiores (11-25 mm), a obliteração completa foi alcançada em 44% das vezes, com 30% de recorrência em aneurismas completamente ocluídos e crescimento em 44% dos incompletamente ocluídos. Em aneurismas gigantes, a oclusão completa foi atingida em 37% das vezes apenas, com 42% de recorrência nos aneurismas completamente ocluídos e crescimento em 60% dos que não foram totalmente embolizados. Deve ser levado em conta que esses aneurismas foram tratados antes de 2001 e desde então as técnicas endovasculares evoluíram muito, fazendo com que as taxas de recorrência pós tratamento venham diminuindo.

Por último, as taxas de morbimortalidade do procedimento ou da hospitalização devem ser consideradas. O ISAT revelou que 250/1063 (23.5%) dos pacientes alocados para terapia endovascular estavam mortos ou dependentes em 1 ano, comparado com 326/1055 (30.9%) selecionados para tratamento cirúrgico. Este achado inicial como análise interina do estudo provocou o termino precoce da inclusão de pacientes no estudo, e certamente mudou a abordagem da HSA em muitos centros no mundo. O procedimento endovascular é mais tolerável para muitos pacientes, e há claramente uma tendência a menores taxas de complicações hospitalares como infecções, intubação prolongada, hipovolemia e perda sanguínea que podem acompanhar um procedimento neurocirúrgico. Ainda não está claro, no entanto, quando, e nem se, as maiores taxas de recorrência e ressangramento após tratamento endovascular afetariam os índices de morbimortalidade encontrados.

No Hospital Israelita Albert Einstein, consideramos o melhor tratamento aquele aonde ocorre uma discussão entre neurocirurgiões, neurointervencionistas e neurologistas experientes de forma individualizada, caso a caso, abordando a melhor técnica de tratamento. O objetivo do tratamento deve ser a oclusão completa do aneurisma, da maneira mais segura possível. A técnica escolhida portanto, é a que preenche esses critérios. À medida que as técnicas endovasculares continuam a evoluir é provável que o tratamento dos aneurismas siga de forma menos invasiva; ainda assim acreditamos que sempre haverá espaço para o tratamento cirúrgico e que teremos que vencer o desafio de manter a formação de novos neurocirurgiões vasculares qualificados em um ambiente com menor número de procedimentos cirúrgicos.

Assim, o tratamento precoce do aneurisma e a instalação de um cateter de derivação ventricular em pacientes com aumento da pressão intracraniana tornam-se necessários. O tratamento precoce do aneurisma permite que a equipe neurointensiva seja mais agressiva no tratamento do vasoespasmo ao longo do evento.

6. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO VASOESPASMO E ISQUEMIA CEREBRAL TARDIA

Vasoespasmo é um termo genérico que na maior parte das vezes refere-se a um conjunto de sintomas de deterioração neurológica e cujo correlato angiográfico é a constrição das artérias cerebrais. O termo vasoespasmo sintomático é usado similarmente ao termo isquemia cerebral tardia (ICT) e a tendência é o uso deste último ao descrever os sintomas clínicos do vasoespasmo. A ICT ocorre em 20-40% dos pacientes pós HSA e é um dos componentes menos compreendidos no cuidado desses pacientes, levando a piora do prognóstico. A presença de vasoespasmo pode determinar o método de tratamento; os benefícios de evitar a cirurgia durante os dias de pico de vasoespasmo foram caracterizados em 1990 com o estudo *International Cooperative Study on the Timing of Aneurysm Surgery*, que mostrou que a cirurgia em vigência de vasoespasmo levaria a piores desfechos. O desenvolvimento das técnicas endovasculares tiveram impacto positivo nesse conceito, já que o tratamento com *coil* pode ser acoplado ao tratamento do vasoespasmo sem piorar o prognóstico dos doentes.

Os mecanismos finais do desenvolvimento do vasoespasmo são pouco compreendidos, mas sabe-se que o risco de desenvolvimento de ICT está intimamente ligado ao tamanho do sangramento. Em 1980, Fisher publicou o estudo seminal estabelecendo um sistema de classificação para os pacientes com HSA que conseguia predizer o risco de desenvolverem ICT. Apesar de muito usado ainda na prática médica, a classificação de Fisher baseava-se na TC de Crânio em seus primórdios; ainda assim, os riscos relacionados à quantidade de sangue subaracnóideo ou intraventricular já foram verificados por outros estudos.

O estudo padrão ouro para o diagnóstico de vasoespasmo é a angiografia digital cerebral, mas, sua natureza invasiva a torna um exame pouco prático no rastreio do vasoespasmo. Até 70% dos pacientes com HSA aneurismática exibem espasmo das artérias cerebrais na angiografia, a partir do 3º dia após o sangramento. Somente metade dos pacientes com vasoespasmo apresentarão um déficit neurológico relacionado ao território arterial acometido e aproximadamente 1/5 desses pacientes irão de fato desenvolver sinais de isquêmia nas regiões afetadas. O aspecto mais difícil do vasoespasmo é determinar quais pacientes devem ser tratados, já que nem todos os pacientes com vasoespasmo apresentarão uma ICT.

Na nossa rotina, pacientes com HSA que desenvolvem um novo déficit neurológico não explicado por resangramento, hidrocefalia ou complicações clínicas (distúrbios hidroeletrolíticos, infecções, crises) por volta do 3º ao 14º dia pós sangramento são tratados agressivamente inicialmente com terapia hemodinâmica (indução de hipertensão) e se necessário com resgate angiográfico (infusão de drogas vasodilatadoras ou angioplastia). Um alto grau de suspeição deve ser mantido para pacientes graves, com redução da consciência ou sedados e exame neurológico limitado. O Doppler transcraniano (DTC) seriado é muito útil nesta avaliação. O uso de DTC mostrou-se confiável no rastreio de vasoespasmo com uma sensibilidade de 67%, especificidade de 99%, valor preditivo positivo de 97% e valor preditivo negativo de 78%. Na nossa rotina os DTCs são realizados diariamente ou a cada 2 dias nos pacientes com HSA como um exame de rastreio para vasoespasmo.

O primeiro passo para redução da morbimortalidade do vasoespasmo na HSA é a prevenir a isquemia. Diversas estratégias preventivas foram estudadas e muitas são usadas no cuidado do paciente com HSA atualmente. O tratamento com nimodipina via oral, um bloqueador do canal do cálcio, se tornou padronizado no tratamento de todos os pacientes com HSA. Isto se baseia no estudo de Allen et al, em 1983, no qual 13% dos pacientes do grupo placebo sofreram um déficit neurológico grave relacionado a vasoespasmo versus 1,7% dos que estiveram no grupo que recebeu nimodipina ($p<0.03$). Curiosamente, demonstrou-se que a nimodipina melhorou morbimortalidade, mas não teve ação significativa na prevenção do vasoespasmo angiográfico.

Isto abre a possibilidade de que sua ação possa ser mais neuroprotetora do que vasodilatadora. Outras medicações, como as estatinas, não tiveram sua eficácia comprovada nos últimos estudos de prevenção de vasoespasmo ou aguardam ensaios clínicos maiores, como no caso de infusões intratecais de bloqueadores do canal de cálcio.

7. TRATAMENTO DO VASOESPASMO

O objetivo final no tratamento do vasoespasmo cerebral apos a hemorragia subaracnoidea é evitar a isquemia através da redução da PIC e otimização do fluxo sanguíneo cerebral e da taxa de demanda de oxigênio cerebral.
Assim, o tratamento precoce do aneurisma e a instalação de um cateter de derivação ventricular em pacientes com aumento da pressão intracraniana tornam-se necessários. O tratamento precoce do aneurisma permite que a equipe neurointensiva seja mais agressiva no tratamento do vasoespasmo ao longo do evento.

8. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO VASOESPASMO E ISQUEMIA CEREBRAL TARDIA

Vasoespasmo é um termo genérico que na maior parte das vezes refere-se a um conjunto de sintomas de deterioração neurológica e cujo correlato angiográfico é a constrição das artérias cerebrais. O termo vasoespasmo sintomático é usado similarmente ao termo isquemia cerebral tardia (ICT) e a tendência é o uso deste último ao descrever os sintomas clínicos do vasoespasmo. A ICT ocorre em 20-40% dos pacientes pós HSA e é um dos componentes menos compreendidos no cuidado desses pacientes, levando a piora do prognóstico. A presença de vasoespasmo pode determinar o método de tratamento; os benefícios de evitar a cirurgia durante os dias de pico de vasoespasmo foram caracterizados em 1990 com o estudo *International Cooperative Study on the Timing of Aneurysm Surgery*, que mostrou que a cirurgia em vigência de vasoespasmo levaria a piores desfechos. O desenvolvimento das técnicas endovasculares tiveram impacto positivo nesse conceito, já que o tratamento com *coil* pode ser acoplado ao tratamento do vasoespasmo sem piorar o prognóstico dos doentes.

Os mecanismos finais do desenvolvimento do vasoespasmo são pouco compreendidos, mas sabe-se que o risco de desenvolvimento de ICT está intimamente ligado ao tamanho do sangramento. Em 1980, Fisher publicou o estudo seminal estabelecendo um sistema de classificação para os pacientes com HSA que conseguia predizer o risco de desenvolverem ICT. Apesar de muito usado ainda na prática médica, a classificação de Fisher baseava-se na TC de Crânio em seus primórdios; ainda assim, os riscos relacionados à quantidade de sangue subaracnóideo ou intraventricular já foram verificados por outros estudos.

O estudo padrão ouro para o diagnóstico de vasoespasmo é a angiografia digital cerebral, mas, sua natureza invasiva a torna um exame pouco prático no rastreio do vasoespasmo. Até 70% dos pacientes com HSA aneurismática exibem espasmo das artérias cerebrais na angiografia, a partir do 3º dia após o sangramento. Somente metade dos pacientes com vasoespasmo apresentarão um déficit neurológico relacionado ao território arterial acometido e aproximadamente 1/5 desses pacientes irão de fato desenvolver sinais de isquêmia nas regiões afetadas. O aspecto mais difícil do vasoespasmo é determinar quais pacientes devem ser tratados, já que nem todos os pacientes com vasoespasmo apresentarão uma ICT.

Na nossa rotina, pacientes com HSA que desenvolvem um novo déficit neurológico não explicado por resangramento, hidrocefalia ou complicações clínicas (distúrbios hidroeletrolíticos, infecções, crises) por volta do 3º ao 14º dia pós sangramento são tratados agressivamente inicialmente com terapia hemodinâmica (indução de hipertensão) e se necessário com resgate angiográfico (infusão de drogas vasodilatadoras ou angioplastia). Um alto grau de suspeição deve ser mantido para pacientes graves, com redução da consciência ou sedados e exame neurológico limitado. O Doppler transcraniano (DTC) seriado é muito útil nesta avaliação. O uso de DTC mostrou-se confiável no rastreio de vasoespasmo com uma sensibilidade de 67%, especificidade de 99%, valor preditivo positivo de 97% e valor preditivo negativo de 78%. Na nossa rotina os DTCs são realizados diariamente ou a cada 2 dias nos pacientes com HSA como um exame de rastreio para vasoespasmo.

O primeiro passo para redução da morbimortalidade do vasoespasmo na HSA é a prevenir a isquemia. Diversas estratégias preventivas foram estudadas e muitas são usadas no cuidado do paciente com HSA atualmente. O tratamento com nimodipina via oral, um bloqueador do canal do cálcio, se tornou padronizado no tratamento de todos os pacientes com HSA. Isto se baseia no estudo de Allen et al, em 1983, no qual 13% dos pacientes do grupo placebo sofreram um déficit neurológico grave relacionado a vasoespasmo versus 1,7% dos que estiveram no grupo que recebeu nimodipina ($p<0.03$). Curiosamente, demonstrou-se que a nimodipina melhorou morbimortalidade, mas não teve ação significativa na prevenção do vasoespasmo angiográfico.

Isto abre a possibilidade de que sua ação possa ser mais neuroprotetora do que vasodilatadora. Outras medicações, como as estatinas, não tiveram sua eficácia comprovada nos últimos estudos de prevenção de vasoespasmo ou aguardam ensaios clínicos maiores, como no caso de infusões intratecais de bloqueadores do canal de cálcio.

A terapia dos 3 H's tem sido uma corrente de tratamento da HSA por muitos anos. A ideia de que evitar hipovolemia e hemoconcentração pode ajudar a melhorar o fluxo cerebral não é nova e parece intuitiva; no entanto colocar essa ideia em prática parece ser um tanto mais controverso. Os efeitos deletérios destes tratamentos, que incluem edema pulmonar, insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca, disfunção renal e exacerbação do edema cerebral tornam estas condutas muito questionáveis. Para melhor análise, é melhor que dividamos os 3 Hs nas explicações abaixo.

Um dos sinais que anunciam a instalação do vasoespasmo/ICT é geralmente uma elevação da pressão arterial, numa tentativa do que restou dos mecanismos de autoregulação cerebral aumentarem o fluxo sanguíneo cerebral ao aumentar a pressão arterial sistêmica. Se aumentar a pressão arterial conseguiria prevenir uma ICT é uma questão fundamental. Foi demonstrado, por exemplo, que o aumento da pressão arterial conseguiu aumentar o fluxo sanguíneo em territórios em isquemia mas ainda não infartados, apesar de não ter mudado o fluxo sanguíneo cerebral global (global CBF). No entanto, nenhum estudo de indução de hipertensão conseguiu demonstrar uma diminuição na incidência de vasoespasmo angiográfico. Portanto, é provável que a hipertensão seja útil para reverter déficits neurológicos que resultem do vasoespasmo e evitar a ICT, mas não tenha ação como profilaxia para o desenvolvimento do vasoespasmo. Em nossa rotina, permitimos que o paciente autoregule até atingir níveis de pressão sistólica de 180-200 mm Hg assim que o aneurisma esteja tratado (clipado ou embolizado). Se o paciente desenvolver sinais de ICT com PAS menor que 180 mm Hg geralmente utilizamos de drogas vasoativas para aumentar a pressão tentando obter resposta clínica.

A hipervolemia é talvez o mais controverso dos componentes dos 3 H's. Muitos centros continuam a usar hipervolemia no tratamento do vasoespasmo, guiados pelo uso dos cateteres centrais e de artéria pulmonar, apesar da falta de evidencia de seus benefícios. Um estudo randomizou 82 pacientes para hipervolemia versus euvolemia, mantidas até o 14º dia apos ruptura do aneurisma. As pressões venosas centrais estiveram mais elevadas no grupo da hipervolemia, mas não houve diferença em CBF ou CBV e incidência de vasoespasmo foi de 20% em ambos os grupos. Outro estudo não encontrou diferença na incidência de vasopespasmo ou no desfecho clínico, mas os custos hospitalares e taxas de complicações foram muito maiores nos pacientes tratados com hipervolemia. Há pouca dúvida de que a hipovolemia seja deletéria a esses pacientes, mas a hipervolemia pode ser maléfica também. Em nossa rotina, preferimos euvolemia e monitoramos o status volêmico e o peso do paciente de perto.

Pouca atenção tem sido dada a hemodiluição como um componente da terapia dos 3 H's. Muitos pacientes com HSA se tornam hemodiluídos como resultado das perdas sanguíneas no intraoperatório e da reposição volêmica agressiva com cristalóides. A hemodiluição acaba por aumentar o CBF local ao diminuir a viscosidade sanguínea, mas faz isso às custas de grandes perdas na capacidade de distribuir e ofertar oxigênio. Outros estudos mostraram que a transfusão sanguínea é um fator de risco independente para mau desfecho, mas este achado por ser simplesmente o resultado do insulto inicial que motivou a transfusão sanguínea. Os autores da última diretriz de manejo na HSA não encontraram evidências suficientes para recomendar contra ou a favor da hemodiluição. No Hospital Israelita Albert Einstein, sugerimos manter o hematócrito em 30% e usamos indicadores clínicos como taquicardia ou sinais de diminuição da oferta de oxigênio para indicar a transfusão.

9. MANEJO ENDOVASCULAR DO VASOESPASMO

As técnicas de angioplastia por balão para o tratamento do vasoespasmo por meio endovascular foram descritas em 1984. Ainda existem muitas controvérsias a respeito de quais técnicas seriam melhores, quais pacientes são candidatos à terapia e o momento ideal da intervenção. No geral, a qualidade de evidência para as terapias intra-arteriais é baixa, mas elas tem ganhado aceitação no algoritmo de tratamento da HSA especialmente em centros que dispões de bons serviços endovasculares.

O momento ideal para a realização da terapia endovascular é algo controverso. Um estudo randomizado foi conduzido para o estudo da angioplastia por balão como medida profilática. Os pacientes tratados assim (profilaticamente) tinham uma diminuição significativa da necessidade de terapia de resgate urgente para o vasoespasmo sintomático (12% versus 26%, P=0.03) mas não houve diferença estatística na taxa de infarto cerebral (23.5% vs. 31.8%, P>0.05) ou nas taxas de desfecho ruim após 3 meses (redução de risco relativo 29.4%, p>0.05).

Diversos estudos demostraram que os pacientes tinham melhor recuperação neurológica se a intervenção (angioplastia ou administração de vasodilatadores arteriais) fosse realizada o quanto antes no paciente com déficit neurológico por vasoespasmo. O risco de complicações deve ser levado em consideração ao determinar o momento de intervenção. No estudo de intervenção profilática, 4/85 (4.7%) dos pacientes tiverem perfurações nos vasos acessados, o que levou a morte de 3 pacientes.

A escolha da terapia é amplamente motivada pelos segmentos arteriais afetados. Se há pouco espasmo angiográfico na região do sifão carotídeo ou segmento M1, e o espasmo for mais difuso, distal ou ainda microvascular, a administração de vasodilatadores arteriais pode ser a melhor opção. Os estudos conduzidos utilizaram diversas drogas, mas muitos deles são pequenos e retrospectivos. Em 1993, Kassel et al descreveram a administração intra-arterial de papaverina para o tratamento do vasoespasmo e revelaram uma importante melhora angiográfica (66%) e clínica (33%). Estes achados foram replicados em outros estudos.

No entanto, a papaverina parece ter um efeito neurotóxico levando a piora neurológica em alguns estudos. Outras drogas vasodilatadoras foram utilizadas como: Verapamil, Nicardipina e Milrinone em infusões intrarteriais, endovenosas ou associadas. Apesar de bons resultados no tratamento do vasoespasmo, a maior parte dos estudos são pequenos e necessitam de demonstração de melhor desfecho clínico e de definição das doses ideais . Todos estes agentes são vasodilatadores e a administração pode causar um aumento no CBF e CBV; portanto é recomendado que a PIC seja monitorada durante o tratamento. É importante também evitar hipotensão arterial durante a infusão já que isso pode ser ainda mais deletério para o paciente com vasoespasmo.

Nos vasos maiores acometidos (sifão carotídeo, M1, basilar), a angioplastia por balão tem se mostrado muito efetiva e talvez tenha efeitos mais duradouros. A angioplastia geralmente não é considerada segura nos vasos distais a M1, apesar de que novos cateteres têm se mostrado seguros em vasos mais distais. No geral, a literatura a respeito de angioplastia por balão no tratamento do vasoespasmo tem poucos estudos de qualidade. Um deles comparou a eficácia da angioplastia por balão versus nimodipina intra-arterial e revelou igualdade entre as terapias no tratamento de vasoespasmo angiográfico, sem diferença no desfecho clínico. Um estudo valioso de angioplastia profilática na HSA demonstrou uma diminuição significativa na ICT e na necessidade de novas angioplastias terapêuticas, sugerindo que o tratamento é eficaz e duradouro.

❖Novos estudos clínicos nesta área são necessários para investigar os benefícios reais da angioplastia por balão no tratamento do vasoespasmo. No Hospital Israelita Albert Einstein, geralmente utilizamos a angioplastia por balão como terapia de resgate a um quadro de ICT refratário a terapia hemodinâmica, principalmente nos vasos maiores (sifão carotídeo ou M1), e geralmente usamos de terapia com vasodilatadores intra-arteriais no vasoespasmo mais difuso e de vasos mais distais.

10. CONCLUSÃO

Os pacientes que apresentam quadro de cefaleia de início súbito seguido ou não de alteração da consciência requerem um alto grau de suspeição para o diagnóstico adequado no pronto atendimento. Os pacientes com sintomas mais leves e a presença de cefaleia sem outras alterações neurológicas são os com o maior risco de erro diagnóstico. Todos os pacientes com HSA devem ser avaliados rapidamente e devem receber tratamento precoce do aneurisma.

O cuidado de um paciente com HSA é um processo no qual os melhores resultados costumam ser obtidos nos centros com grandes volumes de procedimentos cirúrgicos e grande experiência neurovascular. Reforçamos nossa opinião de que estes centros devem oferecer tratamento multimodal (cirúrgico e endovascular) e também dispor de cuidados neurointensivos especializados. Os melhores resultados surgem com a discussão individualizada de cada caso envolvendo multiplos especialistas como: neurocirurgiões, neurointervencionistas e neurointensivistas racionalizando a discussão clipe versus coil.

Por fim, a discussão sobre o tratamento desses pacientes não acaba com a definição do tratamento dos aneurismas; se quisermos melhores resultados no futuro devemos também lançar esforços para melhor prevenir, reconhecer e tratar o vasoespasmo e a isquemia cerebral tardia.

11. OBJETIVOS

Estabelecer diretrizes para o atendimento, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento dos pacientes com diagnóstico Hemorragia Subaracnoidea do Centro de Atendimento ao paciente com AVC

12. INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

INDICAÇÃO: Pacientes com diagnóstico principal ou intra-hospitalar de Hemorragia Subaracnoidea aneurismática espontânea.
CONTRA- INDICAÇÃO: Pacientes com diagnóstico de Hemorragia Subaracnoidea traumática.

13. RESPONSÁVEIS

Programa Integrado de Neurologia - HIAE

14. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Estrutura física
Profissionais treinados e capacitados para o atendimento do paciente com AVC

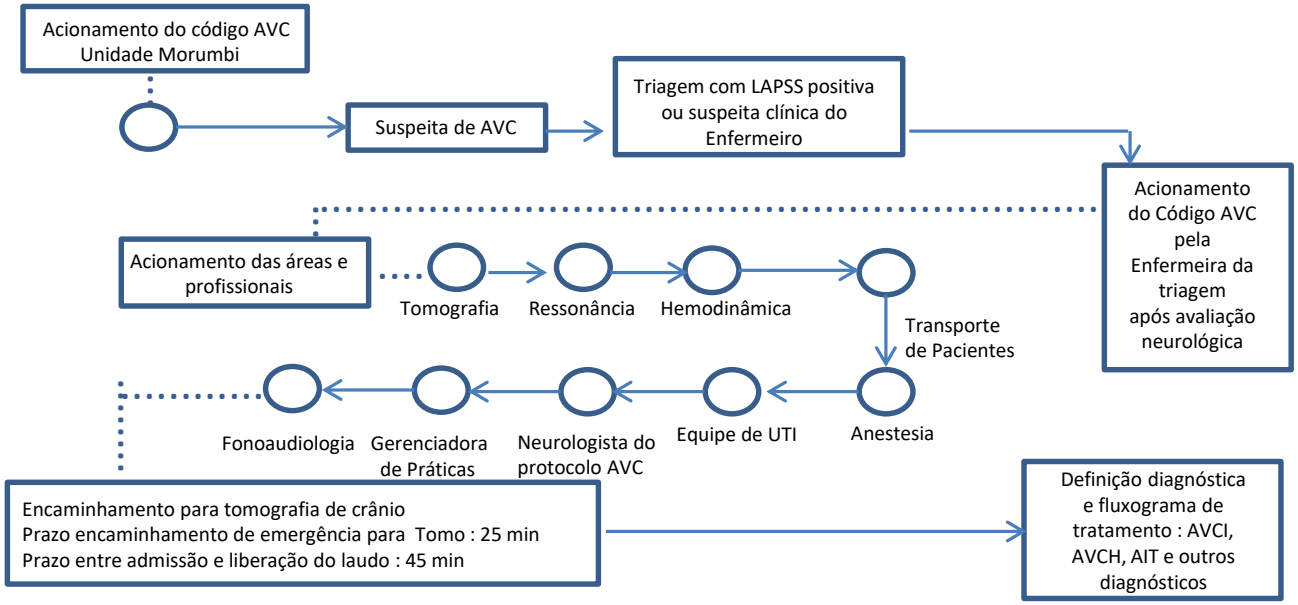
15. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

UPA Morumbi

Para o atendimento ao paciente com suspeita de AVC na unidade Morumbi, o enfermeiro da triagem após o reconhecimento de sinais e sintomas sugestivos de AVC seguindo o protocolo do ESI, deve acionar a tecla AVC ou por contato direto com a semi intensiva neurológica no 8° andar do Bloco A, ala leste no Ramal (75901 ou 76177) no período diurno, pois no período noturno o neurologista estará alocado no pronto atendimento.

O neurologista deve avaliar o paciente com suspeita de AVC, na UPA do Morumbi, em até 10 minutos após o acionamento pela enfermeira da triagem. Caso o paciente apresente risco eminente de morte, exemplo insuficiência respiratória com necessidade de IOT, esse deve ser avaliado inicialmente pelo emergencista e posteriormente pelo neurologista de plantão dentro do período de 10 minutos. Caso o neurologista de plantão esteja em alguma intercorrência na semi-intensiva da neurologia, ou em outra situação de emergência neurológica intra- hospitalar o plantonista da UPA desencadeia o código AVC e conduz o caso até a chegada do neurologista.

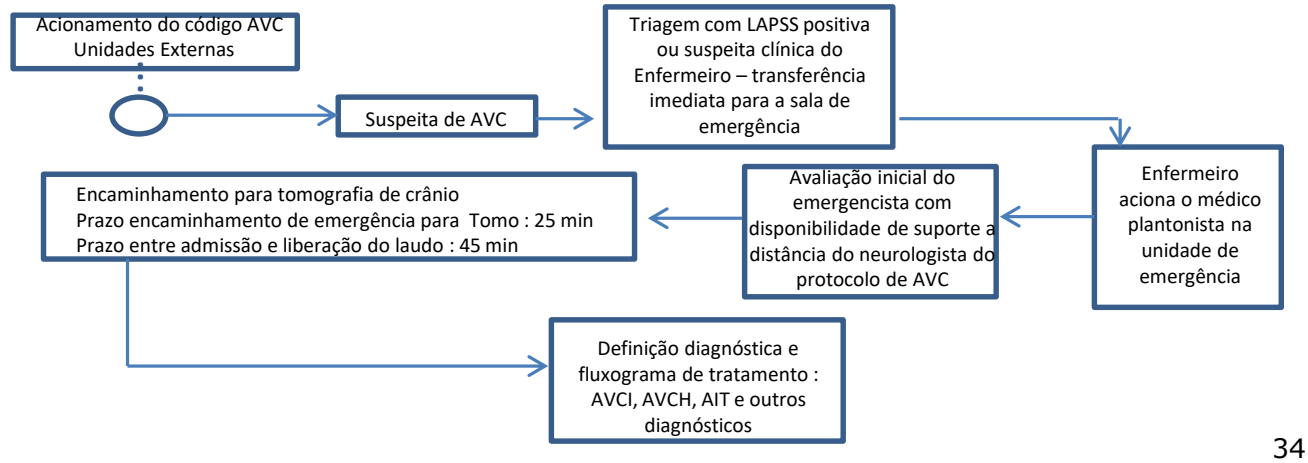
Após o acionamento do código AVC pelo enfermeiro da triagem, todos os setores acionados retornam a ligação para sala de emergência para resposta do chamado para se organizarem como time de resposta rápida.



UNIDADES EXTERNAS

Nas Unidades externas Alphaville, Ibirapuera e Perdizes o enfermeiro usa o mesmo sistema de triagem usando a escala LAPSS para detecção de casos suspeitos de AVC encaminhando o paciente imediatamente para a sala de emergência conforme o sistema ESI e acionando o código através da campainha da sala de emergência ou sistema de ramal móvel que acionam a tomografia o emergencista de plantão e as ambulâncias que permanecem de prontidão para remoção após diagnóstico e conduta definidos na própria unidade avançada, pelo emergencista com suporte a distância do neurologista de plantão da unidade Morumbi.

Para os atendimentos realizados com acionamento do código AVC deve haver o contato com o neurologista (ramal móvel do 76177 ou ramal da unidade semi intensiva neurológica 75901 no período diurno).



16. ATENDIMENTO AO AVC INTRA-HOSPITALAR

Os pacientes internados que apresentarem sinais e sintomas de AVC devem ser atendidos pelo time de resposta rápida de acordo com o setor que estão alocados:

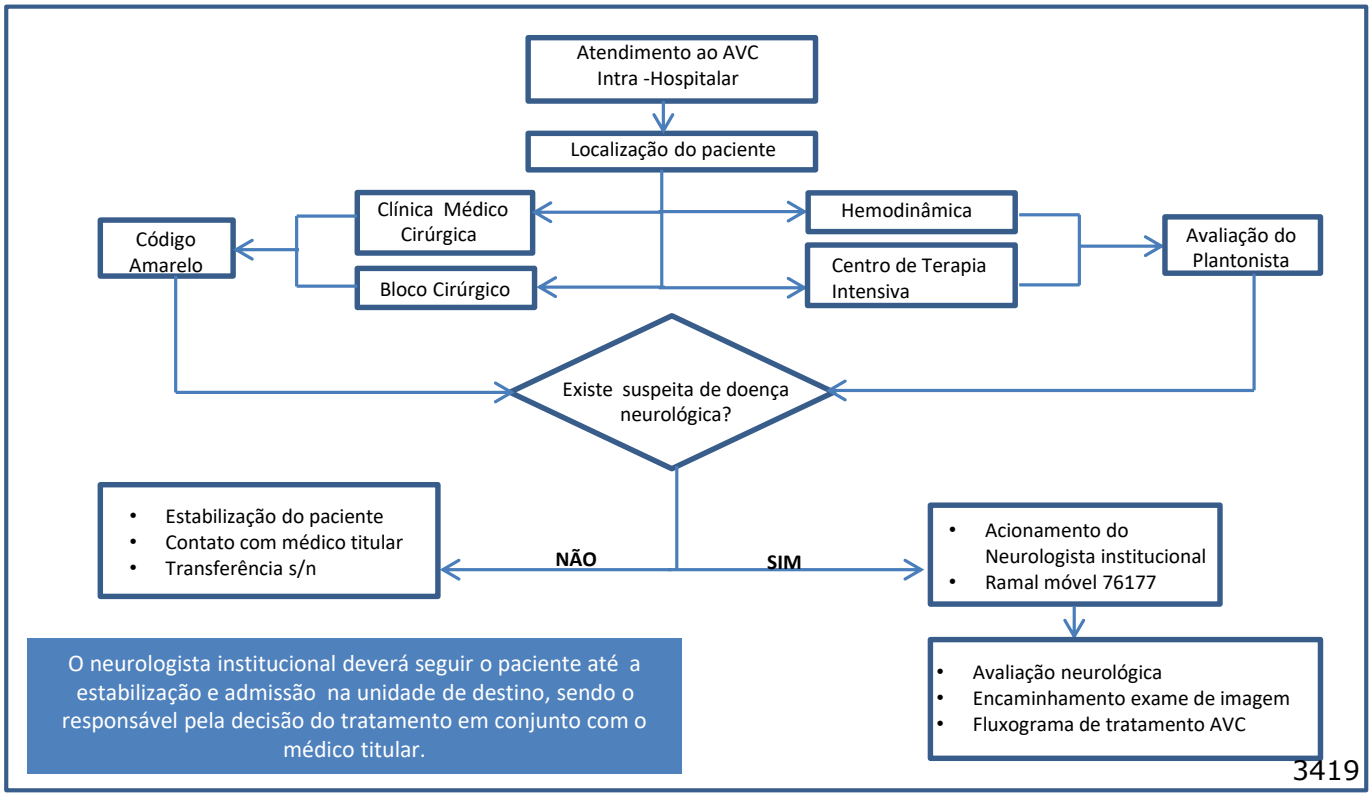
CLÍNICA MÉDICA-CIRÚRGICA: acionamento do código amarelo pelo enfermeiro, avaliação do médico do código amarelo e posteriormente do neurologista institucional, caso o médico titular seja neurologista ou neurocirurgião acioná-lo concomitantemente.
Centro de terapia intensiva: avaliação do médico intensivista, acionamento do neurologista institucional e caso o médico titular do paciente seja neurologista ou neurocirurgião acioná-lo concomitantemente.

BLOCO CIRÚRGICO: acionamento do código amarelo pelo enfermeiro, avaliação do médico do código amarelo e posteriormente do neurologista institucional e caso o médico titular seja neurologista ou neurocirurgião acioná-lo concomitantemente.
Hemodinâmica (cardiologia e neurologia): acionamento do neurologista institucional.

PACIENTES EXTERNOS: acionamento do código amarelo, avaliação do médico do código amarelo e posteriormente do neurologista institucional.

UNIDADES EXTERNAS FORA DA UPA: acionamento do código amarelo pelo enfermeiro, avaliação do médico do código (plantonista).O enfermeiro deve avaliar o paciente e na suspeita de AVC acionar o código amarelo, o médico intensivista é o responsável pelo atendimento do time de resposta rápida que deve avaliar o paciente e caso se confirme a suspeita de doença neurológica aguda e aciona o neurologista de plantão. O acionamento deve ser feito pelo ramal móvel (76177) ou pelo ramal da semi intensiva neurológica (75901).

- Para o neurologista acionar a equipe notificando AVC, os telefones que ficam nos postos de enfermagem foram cadastrado com o novo sistema de emergência.
- O acionamento ocorrerá a partir do ramal fixo e os profissionais com ramal móvel (protocolo AVC) serão notificados por mensagem de texto com a localização da ocorrência onde devem se deslocar para o atendimento, ou aguardar a chegada do paciente e seguir alguns comandos de aceite em seu aparelho móvel. O Código AVC só deverá ser acionado por solicitação do Neurologista do protocolo AVC que deverá estar na unidade avaliando solicitação de código AVC decorrente de código amarelo ou solicitação médica no CTI. **O ACIONAMENTO DEVERÁ SER REALIZADO PELO TECLADO NUMÉRICO, DISCANDO 7044 E CONFIRMAR O ACIONAMENTO DISCANDO 1 CONFORME ORIENTAÇÃO DA GRAVAÇÃO, ESSE ACIONAMENTO DEVERÁ SER REALIZADO PELO NEUROLOGISTA.**
- O neurologista institucional deve avaliar o paciente em até 10 minutos. Caso o neurologista esteja em uma intercorrência o protocolo é conduzido pelo intensivista até a possibilidade de avaliação neurológica. Lembrando que o enfermeiro da unidade deve acionar o transporte comunicando o setor de transporte que se trata de um protocolo AVC para que o transporte responda o mais rápido possível para que não haja atraso no diagnóstico e tratamento (descrever Protocolo AVC no sistema de acionamento da intranet).



SUPORTE AVANÇADO DE VIDA E CONDUTAS CLÍNICAS INICIAIS

As medidas iniciais, abaixo descritas, são aplicadas a todos os pacientes com suspeita clínica ou confirmação diagnóstica de AVC. São necessárias para estabilização hemodinâmica e permitem o tratamento trombolítico na fase aguda do AVCI. Estes cuidados são prestados na sala de emergência de maneira sistematizada.

AVALIAÇÃO INICIAL

A avaliação inicial de um paciente com suspeita de AVC é similar a qualquer outra emergência e segue a regra mnemônica do ABCDE. A avaliação neurológica visa a identificar sinais e sintomas do paciente com AVC, seus diagnósticos diferenciais e suas complicações imediatas.

A INFORMAÇÃO MAIS IMPORTANTE DA HISTÓRIA CLÍNICA É O HORÁRIO DE INÍCIO DOS SINTOMAS. A definição atual do início dos sintomas é o momento que o paciente foi visto pela última vez em seu estado usual de saúde ou assintomático. Para pacientes incapazes de fornecer informações (afásicos ou com rebaixamento do nível de consciência) ou que acordam com os sintomas de AVC, o horário de início dos sintomas é definido como aquele em que o paciente foi visto assintomático pela última vez. Para pacientes que apresentaram sintomas que se resolveram completamente e posteriormente apresentaram instalação de novo déficit, o início dos sintomas é considerado como o início do novo déficit.

A presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares deve ser determinada, assim como historia de abuso de drogas, enxaqueca, infecção, trauma ou gravidez..

O exame clínico deve incluir oximetria de pulso e mensuração de temperatura, avaliação de coluna cervical em casos de trauma e da presença de rigidez de nuca, ausculta de carótidas, observação das jugulares, ausculta pulmonar e avaliação do padrão respiratório, ausculta e palpação abdominal e avaliação de pulso e edema em membros superiores e inferiores.

A	Vias aéreas
B	Respiração
C	Circulação
D	Exame Neurológico
E	Exposição

A e B - Monitorização respiratória

- Em casos de trauma cervical realizar a imobilização da coluna com colar e protetor lateral de cabeça.
- A manutenção da oxigenação adequada é importante nos casos de AVC isquêmico, prevenindo a hipóxia. As causas mais frequentes de hipóxia em pacientes com AVC são obstrução parcial das vias aéreas, edema agudo de pulmão, pneumonias, atelectasias, hipoventilação, dentre outras.
- Pacientes com rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow menor que 8) ou com sinais de comprometimento de tronco cerebral a intubação orotraqueal deve ser considerada.

17. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

Não aderência dos profissionais aos indicadores do protocolo

18. INDICADORES DE QUALIDADE

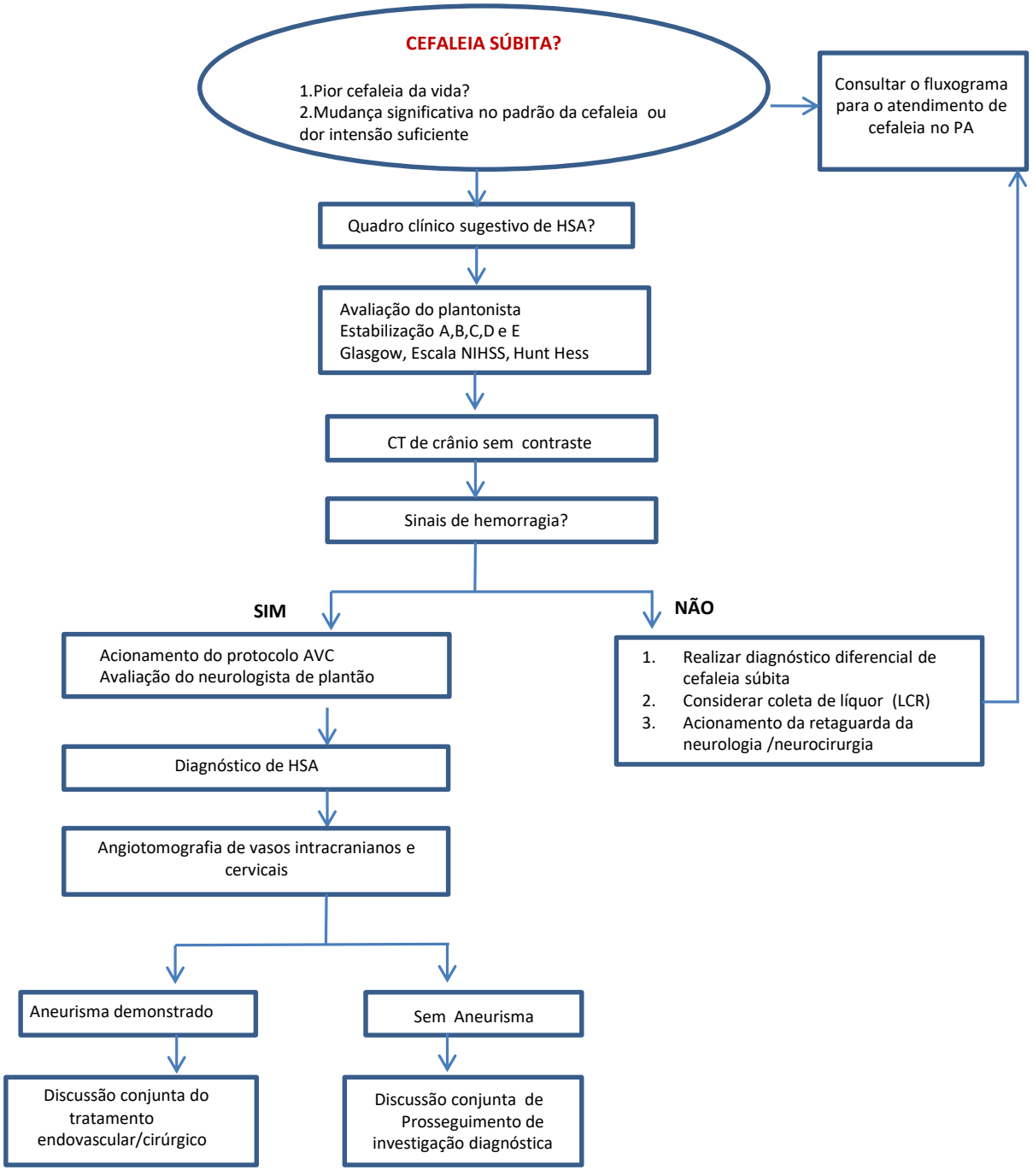
Descrito no decorrer da descrição da diretriz

19. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Treinamento periódico conforme anexo abaixo no item 10

Vide link da documentação:
Conhecimentos_requeridos_para_atuação_da_equipe_multiprofissional_no_atendimento_ao_paciente_com_AVC

FLUXOGRAMA DE ABORDAGEM INICIAL DA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÂNEA ANEURISMÁTICA



Referências

[1] Al-Tamimi YZ, Orsi NM, Quinn AC, Homer-Vanniasinkam S, Ross SA. A review of delayed ischemic neurologic deficit following aneurysmal subarachnoid hemorrhage: historical overview, current treatment, and pathophysiology.*WNEU*.2010;73(6):654–667 doi:10.1016/j.wneu.2010.02.005.

[2] Allen GS, Ahn HS, Preziosi TJ, et al. Cerebral arterial spasm--a controlled trial of nimodipine in patients with subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med*. 1983;308(11):619–624. doi:10.1056/NEJM198303173081103.

[3] Aburto-Murrieta Y, Marquez-Romero JM. Endovascular Treatment Balloon Angioplasty Versus Nimodipine Intra-arterial for Medically Refractory Cerebral Vasospasm Following Aneurysmal Subarachnoid …. *… and endovascular …*. 2012.

[4] Badjatia N, Topcuoglu MA. Preliminary experience with intra-arterial nicardipine as a treatment for cerebral vasospasm. *American …*. 2004.

[5] Bardach NS, Zhao S, Gress DR, Lawton MT, Johnston SC. Association between subarachnoid hemorrhage outcomes and number of cases treated at California hospitals. *Stroke*. 2002;33(7):1851–1856.

[6] Bardach NS, Olson SJ, Elkins JS, Smith WS. Regionalization of Treatment for Subarachnoid Hemorrhage A Cost-Utility Analysis. *Circulation*. 2004.

[7] E. Sander Connolly, Jr, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*. 2012;43:1711-1737

[8] Bejjani GK, Bank WO, Olan WJ, Sekhar LN. The efficacy and safety of angioplasty for cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgery*. 1998;42(5):979–86– discussion 986–7.

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW157.2	Flavio Augusto de Carvalho	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	20/04/2021	20/04/2021

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Erradicação de Varizes

Varizes de membros inferiores são muito frequentes e, a depender da metodologia/gradação dos estudos populacionais, são identificadas em 2-56% dos homens e 1-60% das mulheres. Caracterizam-se por dilatações maiores que 3mm em vasos superficiais dos membros inferiores.[1,2] A erradicação de varizes é um procedimento eletivo de baixo risco, que, entre outras técnicas, consiste em exérese (retirada) das veias insuficientes, podendo estar indicada ou não a safenectomia (retirada da veia safena), em um ou ambos membros inferiores.

1. DIAGNÓSTICO

Exames Diagnósticos: US doppler Venoso de MMII.

Exames Pré-Operatórios: Hemograma, Coagulograma, Rx de tórax*, ECG*, Glicemia**, Função renal**.
*Pacientes ASA II; ** Pacientes > 60 anos

Indicação Cirúrgica: a cirurgia é indicada para tratamento dos CIDs especificados na tabela abaixo.

CID	Descrição
I83	Varizes dos membros inferiores
I83.0	Varizes dos membros inferiores com úlcera
I83.1	Varizes dos membros inferiores com inflamação
I83.2	Varizes dos membros inferiores com úlcera e inflamação
I83.9	Varizes dos membros inferiores sem úlcera ou inflamação

2. FATORES DE RISCO

A fisiopatologia da doença varicosa é complexa e multifatorial; são fatores de risco conhecidos o histórico familiar de varizes, idade avançada, ortostatismo, sobrepeso/obesidade, uso de estrógenos e gestação [3].

3. ESCORE DE RISCO

Elegíveis:
- Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA): I e II;
- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades.

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

Não Elegíveis:
- Procedimentos não eletivos (origem UPA ou casos de cirurgias realizadas no decorrer de internação para tratamento clínico).
- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo de internação previsto.

4. ALOCAÇÃO

- 1 diária de apartamento de Clínica Médica e Cirúrgica;
- Elegível para Day Clinic em casos de cirurgia no primeiro horário.

5. TRATAMENTO

PRÉ-OPERATÓRIO:

• Assinatura dos Termos de Consentimento;
• Demarcação das varizes é realizada em sala operatória e dura em média 15min.

ANESTESIA:

• Raquianestesia com sedação.

CIRURGIA:

Paciente com úlcera tem o tempo de sala aumentado para em média para 4h.

PÓS-OPERATÓRIO:

• Dieta: Geral;
• Curativo: Steri-strip, compressa cirúrgica, atadura crepe;
• Cuidados específicos: pode ser necessária sondagem vesical de alívio (SVA) ;
• Atividade: após 6h do procedimento o paciente pode deambular com auxílio;
• Indicação de exames de controle: NA.

Agente	Dose	Via	Frequência
Antibiótico profilático (Cefazolina)*	1g	EV	8/8h
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	EV	8/8h s/n
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h s/n
Opióide (Tramadol)	100mg	EV	s/n
Sondagem Vesical de Alívio			s/n
Profilaxia de TEV conforme protocolo institucional	*	*	*

Critérios para Alta hospitalar
• Sinais vitais normais para faixa etária
• Dor controlada
• Diurese presente
• Boa aceitação alimentar
• Ausência de sangramento
• Membro aquecido com boa perfusão
• Ausência de sinais de trombose

*Em casos de safenectomia

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:

• Dieta: Geral;
• Atividade: caminhar por 2-3 min a cada 2h ao dia, aumentando gradativamente em 3min;
• Retorno no consultório: 7 dias após a alta;
• Retornar ao trabalho em 7-14 dias;
• Procura o cirurgião em caso de sangramento, febre, aumento da dor em relação ao dia da alta e inchaço importante na perna.

Agente	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	VO	6/6h
Opióide (Tylex) ou	7,5mg	VO	s/n
Cetoprofeno			
Profilaxia de TEV (Enoxaparina)	20mg	SC	1x/dia por 3 dias

***** De acordo com cada caso, Clexane por 3 dias após alta como rotina pós-operatória.

OBS.: programação de safenectomia aumenta tempo cirúrgico. Pouquíssimos terão úlcera, mas muitos tirarão safena.

6. INDICADORES DE QUALIDADE

• Tempo Médio de Permanência do paciente no hospital;

• Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;

• Complicações Clavien ≥ 3 em até 30 dias após a alta;

• Custo médio da internação (passagem);

• Valor médio faturado.

A SBIBAE recomenda:

1. O paciente **DEVE** ser avaliado antes da alta.

Referências

[1] Robertson et al. Epidemiology of chronic venous disease, Phlebology 2008; 23: 103-111.

[2] Beebe-Dimmer et al, *The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins*. Ann Epidemiol 2005; 15(3):175-84.

[3] Jacobs et al. Pathophysiology of varicose veins, Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders. 2017;5: 460-467.

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW63.2	Marcelo P Teivelis Cynthia de A Mendes	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	26/04/2021	26/04/2021

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Estado de Mal Epiléptico Convulsivo em Adultos (Fluxo de atendimento UPAs)

DEFINIÇÃO: Estado de mal epiléptico tônico-crônico (convulsivo) é definido quando se observa 30 minutos ou mais de: Crise epiléptica contínua ou; Duas ou mais crises consecutivas, sem recuperação completa do nível de consciência entre elas. O tempo para definição se deve à duração necessária para causar dano neurológico permanente. Como a maioria das crises não ultrapassa 5 minutos, o protocolo de tratamento se inicia aos 5 minutos, pois é provável que uma crise que atinja essa duração irá durar 30 minutos ou mais. O tempo de 5 minutos define, portanto, ***o estado de mal epiléptico iminente*** (ou inicial).

1. DIAGNÓSTICO

- A prioridade é estabilizar o paciente, conforme fluxograma abaixo;
- Exames gerais para se descartar alterações metabólicas e infecciosas (hemograma, função renal, hepática, Na, Mg, Ca, glicemia, toxicológico – na suspeita de intoxicação exógena, rastreio infeccioso)
- Neuroimagem (preferencialmente RM de crânio; TC de crânio pode ser solicitada, em especial na suspeita de AVC para se priorizar a rapidez de execução do exame)
- EEG (solicitado na urgência caso dúvida diagnóstica, persistência das crises ou rebaixamento de consciência persistente)
- LCR (caso suspeita de neuroinfecção e encefalites)

2. TRATAMENTO

1. Alocar paciente em sala de emergência

2. Estabilização (<5 min):
- Cronometrar a crise
- Monitorização contínua: FC, PA, SatO2
- Ofertar O2 em máscara não reinalante
- Puncionar AVP
- Realizar glicemia capilar
- Colher exames laboratoriais (se necessário)
- Corrigir hipotensão (PAM < 65) com expansão 20ml/kg de cristaloide
- Corrigir hipoglicemia (DX <60) administrar 100 mg de tiamina IV e 50-100 ml de glicose 50% IV
- Acionar neurologista

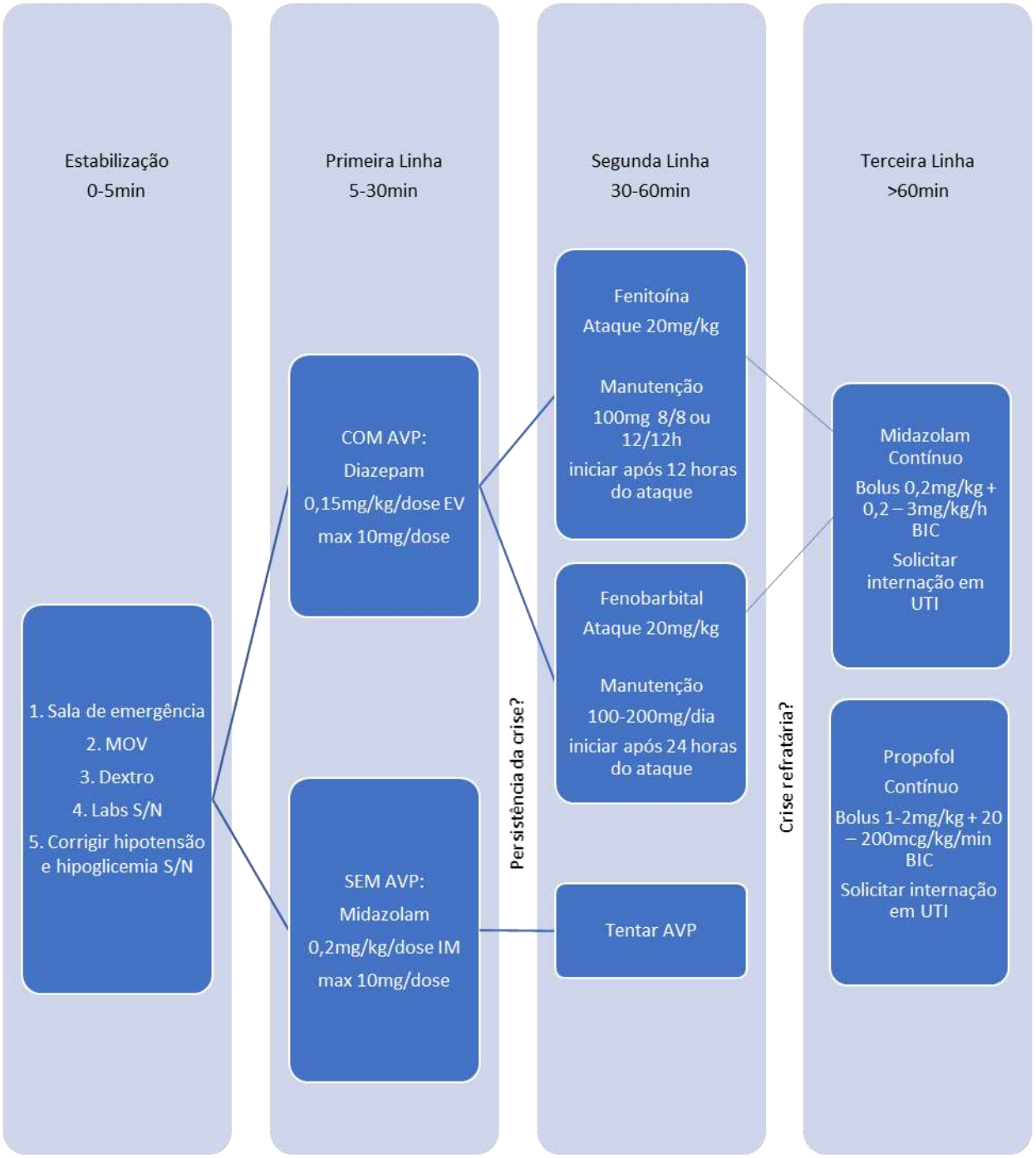
3. Medicamentos de Primeira Linha (>5 min):
- Paciente com AVP:
  - Diazepam (5mg/ml) 0,15mg/kg EV - máximo 10mg/dose (infusão 5mg/min) – pode repetir 1x
- Paciente sem AVP:
  - Midazolam (50mg/10mL ou 15mg/3mL) 0,2mg/kg IM - máximo 10mg/dose - em >40 kg – dose única
  - Midazolam (50mg/10mL ou 15mg/3mL) 5mg/dose - em <40 kg – dose única

4. Medicamentos de Segunda Linha – deve ser administrada para evitar recorrência das crises: Fenobarbital é uma alternativa quando Fenitoína não está disponível, quando houver contraindicação à fenitoína ou quando o paciente já faz uso crônico do mesmo (30-60 min)
- Fenitoína (50mg/mL)
  - Dose de ataque 20mg/kg EV - pode repetir com 10 mg/kg – deve ser administrada pura (em bomba de injeção com seringa) ou diluída em 250-500 de soro fisiológico – velocidade máxima de infusão: 50 mg/minuto
  - Dose de manutenção, em geral, 100 mg a cada 8 ou 12 horas, iniciar 12 horas após o ataque
- Fenobarbital (100mg/mL)
  - Dose de ataque 20mg/kg EV - infundir em 50mg/min
  - Dose de manutenção, em geral 100-200 mg 1x/dia; iniciar 24 horas após o ataque
  - Pacientes que usam fenobarbital após benzodiazepínico podem necessitar de IOT para proteção de via aérea
- Lacosamida** (10mg/ml)
  - Não é liberada para o tratamento de estado de mal epiléptico convulsivo, mas parece demonstrar eficácia comparável aos outros anticonvulsivantes e é bem tolerada;
  - Uso pode ser considerado caso contraindicação a fenitoína e fenobarbital
  - 200 – 400mg em bolus EV

5. Medicamentos de Terceira Linha: Indicado na crise refratária (duração 60min)
- Midazolam (50mg/10mL ou 15mg/3mL) 0,2mg/kg bolus EV – infusão 0,1 – 3 mg/kg/h
- Propofol (10mg/ml) 1-2mg/kg bolus EV – infusão 20-200mcg/kg/min

PRONTO ATENDIMENTO

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



4. GLOSSÁRIO

AVP: Acesso Venoso Periférico
TC: Tomografia
RM: Ressonância Magnética
S/N: Se necessário

Referências

Ozdemir D, Gulez P, Uran N, Yendur G, Kavakli T, Aydin A. Efficacy of continuous midazolam infusion and mortality in childhood refractory generalized convulsive status epilepticus. Seizure (2005)

Riviello JJ, Ashwal S, Hirtz D, et al. Practice parameter. Diagnostic assessment of the child with status epilepticus (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology (2006)

Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D, Conwit R, Pancioli A, Palesch Y, et al. Intramuscular versus intravenous therapy for prehospital status epilepticus. N Engl J Med (2012)

Zhao ZY, Wang HY, Wen B, Yang ZB, Feng K, Fan JC. A comparison of midazolam, lorazepam, and diazepam for the treatment of status epilepticus in children: a network meta-analysis. J Child Neurol (2016)

Rosati A, Ilvento L, L'Erario M, De Masi S, Biggeri A, Fab- bro G, et al. Efficacy of ketamine in refractory convulsive status epilepticus in children: a protocol for a sequential design, multicentre, randomised, controlled, open-label, non-profit trial (KETASER01). BMJ Open (2016)

Glauser T, Shinnar S, Gloss D, et al. Evidence based guideline: treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: report of the guideline committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Curr (2016)

McTague A, Martland T, Appleton R. Drug management for acute tonic–clonic convulsions including convulsive status epilepticus in children. Cochrane Database Syst Rev (2018)

Dalziel SR, Borland ML, Furyk J, et al. Levetiracetam versus phenytoin for second line treatment of convulsive status epilepticus in children (ConSEPT): an open label, multicentre, randomized controlled trial. Lancet (2019)

Lyttle MD, Rainford NEA, Gamble C, et al. Levetiracetam versus phenytoin for second line treatment of pediatric convulsive status epilepticus (EcLiPSE): a multicentre, open label, randomized trial. Lancet (2019)

Le Coz J, et al. Diagnostic evaluation and management of seizures and status epilepticus in children with known epilepsy or new-onset seizures: A retrospective and comparative analysis. Archives de Pediatrie (2020)

Chamberlain JM, Kapur J, Shinnar S, Babcock L, et al. Efficacy of levetiracetam, fosphenytoin, and valproate for established status epilepticus by age group (ESETT): a double-blind, responsive-adaptive, randomised controlled trial. Lancet (2020)

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Exacerbação Asmática Em Adultos

Tratamento na emergência

Exacerbação é uma piora aguda ou subaguda dos sintomas e da função pulmonar de um paciente em relação ao seu estado habitual ou, em alguns casos, a apresentação inicial da asma.

1. DIAGNÓSTICO

Princípios básicos para o tratamento da exacerbação:

- Avaliar a gravidade do quadro clínico, reconhecer pacientes com maior risco de morte relacionada a asma e excluir fatores de complicação como pneumonia, atelectasia, pneumotórax e pneumomediastino;
- Identificar potenciais desencadeantes (exposição a alérgenos, irritantes e medicamentos como aspirina ou betabloqueadores, má aderência ao tratamento);
- Usar beta-agonistas de curta duração precocemente e frequentemente, considerar o uso concomitante de ipratrópio para exacerbações graves;
- Iniciar glucocorticoide sistêmico se não houver rápida melhora com os broncodilatadores;
- Reavaliações frequentes (a cada 1 ou 2 horas) da resposta ao tratamento até obter melhora sustentada;
- Internação hospitalar se não houver melhora após 4-6 horas (Unidade Semi-Intensiva ou UTI);
- Orientar os pacientes sobre como atuar para reconhecimento precoce e tratamento inicial de possível reexacerbação.

❖ IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES COM MAIOR RISCO DE MORTE RELACIONADA A ASMA

- História de asma quase fatal necessitando de intubação e ventilação mecânica;
- Hospitalização ou passagem por pronto-socorro devido a asma nos últimos 12 meses;
- Não está em uso de corticosteroide inalatório ou baixa aderência ao tratamento;
- Usando atualmente ou término recente do uso de corticosteroide oral (indica a gravidade de eventos respiratórios recentes);
- Uso exagerado de broncodilatadores de curta duração, especialmente mais de uma unidade/mês;
- Falta de um plano de ação por escrito/orientação de como atuar no controle da doença;
- História de problemas psiquiátricos ou psicossociais;
- História de alergia alimentar confirmada.

2. CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DAS EXACERBAÇÕES

a) EXACERBAÇÃO LEVE OU MODERADA

- Capaz de falar frases
- Prefere ficar sentado a deitar
- Ausência de agitação
- Taquipneico
- Sem uso de musculatura acessória
- Frequência cardíaca entre 100 e 120
- SATO2 ar ambiente > 90%
- PFE > 50% do predito ou do seu melhor (se disponível)

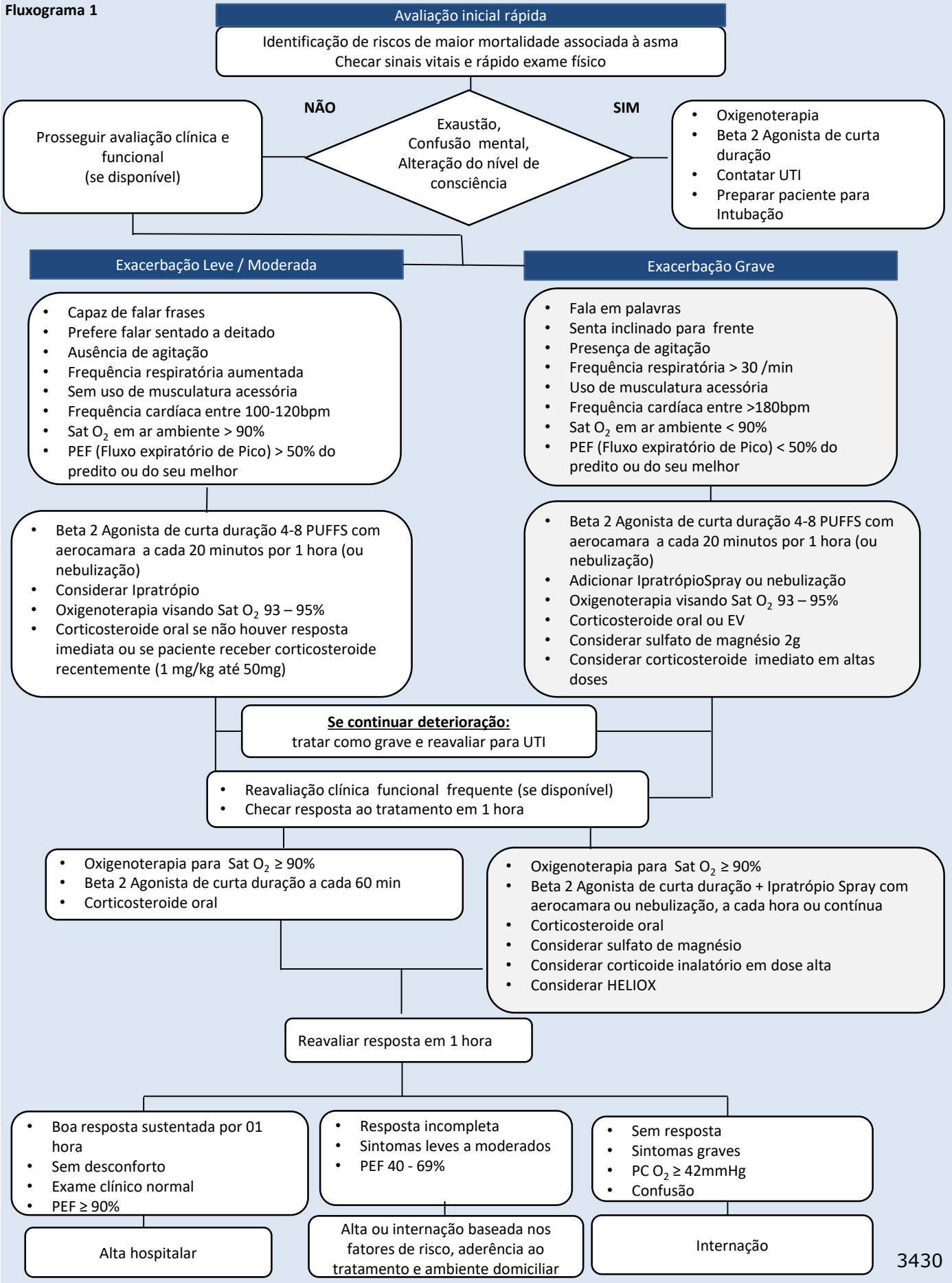
b) EXACERBAÇÃO GRAVE

- Fala frases interrompidas
- Prefere sentar inclinado para frente
- Presença de agitação
- Frequência respiratória > 30/min
- Uso de musculatura acessória
- Frequência cardíaca > 120 bpm
- SATO2 em ar ambiente <90%
- PFE < 50% do predito ou do seu melhor (se disponível)

c) EXACERBAÇÃO COM RISCO DE VIDA

- Exaustão
- Paciente sonolento, confuso
- Retrações acentuadas da musculatura respiratória
- Tórax silencioso
- Frequência cardíaca > 140 bpm ou bradicardia

Fluxograma 1



3. EXAMES COMPLEMENTARES

- Oximetria de pulso;
- Medida de função pulmonar - Medidor de pico de fluxo expiratório (PFE) ou espirometria quando disponíveis;
- Exame de imagem do Tórax – para os casos mais complicados (febre, dor torácica, hipoxemia), para os pacientes que necessitem de hospitalização ou quando o diagnóstico ainda é incerto;
- Hemograma – Quando houver suspeita de infecção;
- Gasometria arterial – Sinais e sintomas de quadros mais graves, PFE < 30% do predito ou do melhor do paciente, hipoxemia

4. TRATAMENTO

a) Tratamento inicial pacientes com exacerbação leve/moderada:

- Salbutamol spray 4-8 puffs (com aerocama) a cada 20 min durante 1 hora ou nebulização com Salbutamol/Fenoterol (associado a Ipratrópio) se paciente não consegue usar a aerocamara e posteriormente manter conforme necessário, com reavaliações frequentes durante a próxima hora;
- Prednisolona 1 mg/Kg (máximo 60 mg);
- Oxigenioterapia para manter SATO2=93-95%.

b) Tratamento em caso de piora ou em casos exacerbação grave/risco de vida:

- Salbutamol spray 4-8 puffs (com aerocama) a cada 20 min durante 1 hora ou nebulização com Salbutamol/Fenoterol (associado a Ipratrópio) se paciente não consegue usar a aerocamara e posteriormente manter conforme necessário, com reavaliações frequentes durante a próxima hora;
- Metilprednisolona 40-60 mg EV (Dose inicial de 60 a 80 mg a cada 6 a 12 horas pode ser administrada para pacientes que necessitem de internação em UTI) UPTODATE;
- Sulfato de Magnésio 2 gramas EV em 20 min;
- Ventilação não invasiva/Intubação orotraqueal + ventilação mecânica;
- Internação na Unidade de Terapia Intensiva.

5. INDICAÇÃO PARA HOSPITALIZAÇÃO

- Pacientes sem melhora substancial após 4-6 horas de observação tendo recebido adequadamente broncodilatadores e corticosteroide oral;
- Asma de início recente, múltiplas visitas ao pronto-socorro ou internações prévias, corticosteroide oral já em uso ao chegar ao PS e dificuldades psico-sociais;
- PFE entre 40-60% do melhor valor do paciente (PFE <40% considerar internação na UTI).

6. ORIENTAÇÕES PARA ALTA

- Prescrever a medicação para controle (corticosteroide sistêmico 40-60 mg por 3 a 10 dias, corticosteroide inalatório associado ou não a broncodilatador de longa duração) ou aumentar a dose da medicação que o paciente já faz uso, broncodilatadores de curta-duração se necessário;
- Checar a técnica de uso dos medicamentos inalatórios e aderência;
- Plano de ação por escrito;
- Retorno ambulatorial precoce (2 a 7 dias).

7. INDICAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

- Parada cardiorrespiratória, ventilação mecânica não invasiva ou invasiva;
- Hipercapnia, acidose (pH<7,30), hipoxemia;
- Níveis elevados de lactato sérico;
- Hipotensão arterial ou arritmias cardíacas;
- Persistência dos sintomas de gravidade (sonolência, confusão mental, exaustão, cianose, tórax silencioso ou PFE < 30 %) apesar do tratamento adequado;
- Necessidade de monitorização acurada devido à gravidade da doença e medicamentos utilizados (beta2-agonista endovenoso, uso de Heliox).

8. MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA EXACERBAÇÃO ASMÁTICA

Medicamento	Dose
Salbutamol spray	100 mcg/jato - 4-8 jatos a cada 20 minutos por 3 doses (com espaçador)
Salbutamol nebulização	5 mg/mL - 2,5 a 5 mg (10 a 20 gotas) a cada 20 minutos por 3 doses — nebulização contínua – 10-15 mg/hora
Salbutamol injetável	0,5 mg/mL – 200 mcg em 10 minutos, seguido de infusão de 3-12 mcg/minutos
Brometo de Ipratrópio spray 20 mcg/jato	4-8 jatos a cada 20 minutos por 3 doses, em seguida a cada 2-4 horas
Brometo de Ipratrópio nebulização	0,25 mg/mL – 0,5 mg (40 gotas) a cada 20 minutos por 3 doses, em seguida a cada 2-4 horas
Prednisona ou Prednisolona	1 mg/kg (máximo 60 mg)
Metilprednisolona	40-80 mg EV (Dose variável - 60 a 80 mg a cada 6 a 12 horas pode ser administrada para pacientes que necessitem de internação em UTI)
Hidrocortisona	2-3 mg/kg a cada 4 horas
Sulfato de Magnésio 50%	2 g (4 mL) - Diluir em 50 mL de SF, tempo de infusão > 20 minutos pode repetir em 20 minutos

É classificada em: clássica, nosocomial, associada à imunossupressão (transplantados e neutropênicos), associada ao HIV e febre recorrente ou episódica de origem indeterminada [1, 2].

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

De forma geral, não existe fórmula ou roteiro para a realização de diagnóstico em FOI. A anamnese detalhada, com avaliação epidemiológica (antecedente de viagens, contato com animais ou pessoas doentes, vacinação nos últimos 30 dias) e medicamentosa, associada a exame físico minucioso e dirigido, é fundamental para a formulação de hipóteses e solicitação de exames complementares. [6]

1.1 Definição de Febre de origem indeterminada clássica (FOI clássica)	A definição da febre de origem determinada clássica corresponde à presença de febre (temperatura superior ou igual a 38,3°C), em diferentes ocasiões, durante mais de três semanas, permanecendo sem diagnóstico apesar de três consultas ambulatoriais ou pelo menos três dias de investigação em ambiente hospitalar. [1, 2, 3]
1.2 Definição de Febre de origem indeterminada nosocomial (FOI nosocomial)	Trata-se da presença da febre (temperatura superior ou igual a 38,3°C) em paciente hospitalizado, considerando que a infecção não estava presente no momento da admissão, muito menos no período de incubação. Além disso, é necessária a ausência de um diagnóstico etiológico durante três ou mais dias de investigação, incluindo dois dias de processamento de amostras para cultura.[4]
1.3 Definição de Febre de origem indeterminada associada a imunodepressão e neutropenia	No paciente com neutropenia, a FOI corresponde à presença de febre (temperatura superior ou igual a 38,3°C) em paciente apresentando contagem de neutrófilos inferior a 500 células/µl em sangue periférico ou contagem de neutrófilos inferior a 1500 células/µl com expectativa de queda em até dois dias. Além disso, é necessária a ausência de diagnóstico etiológico durante três ou mais dias de investigação, incluindo dois dias de processamento de amostra para cultura.[4, 5] No paciente transplantado, considera-se a febre como um valor de temperatura superior ou igual a 37,8°C, em pelo menos duas ocasiões em 24 horas, com duração de pelo menos três semanas, sem diagnóstico etiológico após três consultas ambulatoriais ou três dias de internação hospitalar, apesar da investigação por meio de métodos de imagem e microbiológicas.[4, 5]
1.4 Definição de Febre de origem indeterminada associada ao HIV	Define-se com a presença de febre (temperatura superior ou igual a 38,3°C) em paciente com sorologia positiva para HIV, que dura mais que quatro semanas sob regime ambulatorial e, no ambiente hospitalar, a duração deve superar três dias de investigação com diagnóstico incerto, incluindo dois dias de processamento de amostra para culturas. [1]
1.5 Definição de Febre recorrente ou episódica de origem indeterminada	Trata-se de uma FOI clássica que cursa com intervalos de pelo menos duas semanas sem manifestação do episódio febril e normalização do processo inflamatório.[1,2]

2. ESCORE DE RISCO

Não há escore de risco para FOI, pois dependerá da etiologia. De uma forma geral, a investigação diagnóstica pode variar entre 5 a 14 dias.

2. 1 EXAMES

Exames iniciais não invasivos e inespecíficos:

Hemograma, velocidade de hemossedimentação ou proteína C reativa, enzimas hepáticas (AST, ALT, Gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubina total e frações), dosagem de eletrólitos (sódio, potássio, cálcio iônico e magnésio), função renal (ureia, creatinina), DHL, análise do sedimento urinário (urina tipo 1), radiologia simples de tórax, ultrassonografia de abdome total.

Solicitação de culturas de amostras clínicas dirigidas pela suspeita clínica (sangue, urina, vias aéreas):
Escarro com cultura para aeróbios e pesquisa de BAAR), sorologias de acordo com a suspeita clínica (HIV; hepatites virais A, B e C; citomegalovírus; mononucleose; toxoplasmose; sífilis, parvovírus B19, herpes 6, herpes 7, coxsackie A e B, etc), uso de metodologias moleculares como a reação em cadeia da polimerase (PCR) para micobactérias em amostras respiratórias (escarro), PCR ou antigenemia para CMV, testes autoimunes (pesquisa de autoanticorpos: FAN, fator reumatoide, anti-DNA nativo, anti-RNP, anti-Ro, anti-La, ANCA).

Outros exames de imagem:
Ecocardiograma transesofágica para suspeita de endocardite, tomografia de tórax e abdome total com contraste, tomografia de crânio e seios da face. Se já tiver feito estes exames sem identificação de foco, utilizar PET-CT com ^{18}FDG (fluorodeoxiglicose marcado com flúor 18) no acesso do corpo todo.

Pesquisa de marcadores tumorais:
CEA, alfa-fetoprotéina, CA15.3, CA19.9, antígeno tumoral da bexiga (BTA), PSA, CA125, calcitonina, tireoglobulina.

Métodos invasivos:
Biópsia hepática (positividade do diagnóstico em 45%), se hepatoesplenomegalia ou alteração nos testes de função hepática (especialmente, quando há aumento de fosfatase alcalina); aspirado, biópsia e cultura de medula óssea (positividade no diagnóstico entre 25% e 34%); biópsia de linfonodo ou pele (no caso da presença de lesões); análise quimio-citológica e cultura do líquor para aeróbios, fungos e micobactérias.

3. INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

Por definição, toda FOI deverá ser internada para agilizar a busca etiológica, considerando que cerca de 30% a 50% dos casos são originadas de infecções, seguidas por neoplasias (10% a 30%), doenças inflamatórias autoimunes (10% a 30%) e miscelânea (20% a 40%).[1]
Os critérios de internação em ambiente de terapia intensiva estão relacionados com a presença de instabilidade respiratória ou hemodinâmica, associada a alguma insuficiência orgânica, ou seja, presença de sepse severa ou até mesmo choque séptico.

4. TRATAMENTO

Para o ***controle da febre***, utilizam-se antipiréticos (dipirona ou paracetamol), pois o uso de agentes anti-infecciosos poderá interferir com os resultados laboratoriais. [7, 8]

Nas **situações de suporte intensivo**, recomenda-se o início de esquema antimicrobiano após a coleta de culturas, direcionado para a suspeita do foco.
Nos casos de **neutropenia febril**, recomenda-se o início do esquema cefepima (2g IV 8/8h) ou piperacilina-tazobactam (4,5g IV 6/6h) após a coleta de culturas. [3, 4]

***O* esquema empírico antimicrobiano é suspenso** no caso de ausência de identificação microbiológica após a investigação.

Quanto à duração do tratamento, dependerá da etiologia da FOI: infecciosa, neoplásica ou auto-imune. [5, 6]

O atraso no diagnóstico de certas doenças pode alterar o prognóstico, como é o caso das neoplasias, infecções disseminadas de etiologia bacteriana, fúngica, parasitária e tromboembolismo pulmonar.

Pacientes com FOI sem diagnóstico etiológico, após extensiva investigação, apresentam resultado favorável, caracterizado pela resolução do sintoma de febre após quatro ou mais semanas.

5. ALTA HOSPITALAR

Os critérios de alta do paciente são:

- Identificação da etiologia da FOI, associada ao início do tratamento e estabilidade hemodinâmica sem insuficiência orgânica;
- Os exames de controle durante o tratamento e após a alta serão definidos de acordo com a etiologia da FOI;
- O prognóstico dependerá do agente etiológico e do estadiamento da doença.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- **Indicador de processo:** Número de pedidos de exame PET-CT com 18FDG (fluorodeoxiglicose marcado com flúor 18) entre pacientes com suspeita de FOI / número total de pacientes com diagnóstico de FOI (CID-10: R50);
- **Indicador de resultado:** Taxa de mortalidade da FOI - número de óbitos por FOI / número total de pacientes com diagnóstico de FOI (CID-10: R50).

III. GLOSSÁRIO

FOI: Febre de origem indeterminada

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Atualização de template
Inclusão de referências

Referências

[1] Babu C, McQuillan O, Kingston M. Management of pyrexia of unknown origin in HIV-positive patients. Int J STD AIDS 2009;20(6):369 - 72;
[2] Bouza E, Loeches B, Muñoz P. Fever of unknown origin in solid organ transplant recipients. Infect Dis Clin N Am 2007;21:1033-54;
[3] Cunha BA. Fever of unknown origin: clinical overview of classic and current concepts.Infect Dis Clin N Am 2007;21:867-915
[4] Cunha BA. Fever of unknown origin: focused diagnostic approach based on clinical clues from the history, physical examination, and laboratory tests. Infect Dis Clin N Am 2007; 21:1137-87
[5] Weitzer F, Hooshmand TN, Pernthaler B, et al. Diagnostic value of F-18 FDG PET/CT in fever or inflammation of unknown origin in a large single-center retrospective study. Sci Rep. 2022; 12: 1883
[6] Attard L., Tadolini M, De Rose DU, et al. Overview of fever of unknown origin in adult and paediatric patients. Clin Exp Rheumatol 2018;36 Suppl 110(1):10 - 24;
[7] Koujizer IJ, Mulders-Manders CM, Blekers-Rovers CP, et al. Fever of Unknown Origin: the Value of FDG-PET/CT. Semin Nucl Med 2018;48(2):100 - 107;
[8] Bharusha T, Cockbain B, Brown M. Pyrexia of unknown origin in clinical practice. Br J Hosp Med (Lond) 2016;77(10):579-83.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Infecção do Trato Urinário

Infecção do trato urinário refere-se ao processo infeccioso de qualquer topografia da via urogenital masculina ou urológica feminina que pode se dar por bactérias, vírus, microbactérias ou parasitas. A infecção bacteriana é a mais frequente em nosso meio. A infecção do trato urinário (ITU) é dita alta quando afeta os rins e baixa quando afeta o ureter, bexiga, uretra ou próstata e anexos masculinos. A prevalência de infecção do trato urinário é maior nas mulheres que nos homens até 60 anos, invertendo essa curva de prevalência por fatores urológicos masculinos após essa idade, como por exemplo, hiperplasia prostática benigna. Em mulheres em idade fértil, até 2 infecções urinárias baixas por ano são consideradas normais, já em homens toda e qualquer infecção urinária é considerada complicada. [1]

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

A infecção urinária é uma doença de diagnóstico clínico, principalmente as infecções baixas. Porém, devido ao aumento da resistência bacteriana em comunidade, se advogam exames de cultura microbiológica e antibiograma sempre que possível, visto que as uroculturas em adultos tem rendimento de 90%. A confirmação microbiológica e o teste de sensibilidade ajudam no descalonamento oral de antibióticos e eventual alta hospitalar.

Os sintomas de ITU baixa são principalmente disúria (de padrão terminal inicialmente) associados à polaciúria e eventual hematúria. Em ITU baixa, estão ausentes febre e sintomas constitucionais.

Nas ITU altas, podem ou não existir sintomas irritativos descritos acima, porem os sintomas mais importantes são febre e dor em flancos, indicando o comprometimento da loja renal, calafrios e sintomas constitucionais.

Confirmação diagnóstica

Urocultura com antibiograma coletados de jato médio urinário são os exames padrão ouro para confirmação de infecção do trato urinário alto ou baixo. [1]

2. ESCORE DE RISCO

Utiliza-se o escore de risco da sociedade urológica europeia que gradua não somente a gravidade do quadro, bem como os recursos a serem utilizados e pontuam a chance de uma infecção complicada ou não e levam em consideração fatores de risco para germes resistentes de comunidade.

Indicação de outros exames

A ressonância magnética pode ser utilizada como alternativa a tomografia em pacientes gestantes. [1]

Severidade	Gradiente de Severidade					
Sintomas	Sem sintomas	**Sintomas locais** Disúria, frequência, urgência, sensibilidade ou dor na bexiga	**Sintomas gerais** Febre, dor no flanco, náusea e vomito	**Resposta Sistêmica SIRS** Febre, falha circulatória	**Circulação e falência de órgãos** Disfunção do órgão Falência do órgão	
Diagnóstico	ABU	CY-1	PN-2	PN-3 Febril	US- 4	US- 5	US- 6
Investigação	Fita reagente (cultura jato médio + como requerido)	Fita reagente Cultura de jato médio + US Renal ou Tomografia VVUU	Fita reagente Cultura de Jato médio E cultura de sangue US Renal e/ou TC abdome ou TC VVUU			
Fator de Risco	Avaliação do fator de risco de acordo com ORENUC (Tabela 1)					
	Sem complicação UTI			Complicação UTI		
Tratamento Médico e Cirúrgico	NO*	**Empírico** 3 – 5 dias	**Empírico + dirigido** 7-14 dias	**Empírico + dirigido** 7-14 dias Considerar a combinação de 2 antibióticos	**Empírico + dirigido** 10-14 dias Combinação de 2 antibióticos	

3. ALOCAÇÃO

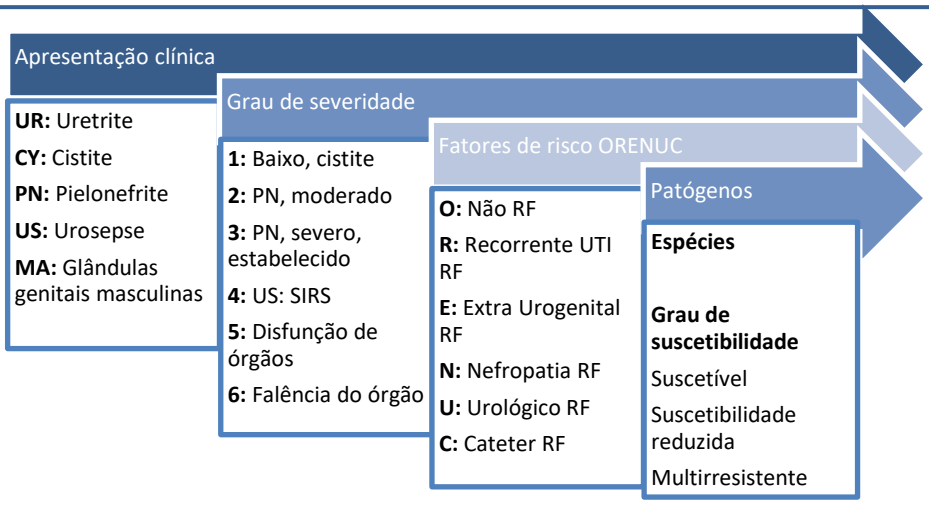
O paciente com ITU baixa raramente precisará de internação, em geral a ITU baixa que requer internação é uma infecção de repetição com fatores complicadores e/ou morbidades descompensadas bem como infecções que exijam tratamento parenteral.
Já as pielonefrites que se apresentam como urosepse devem sempre ser internadas com antibioticoterapia parenteral em ambiente de terapia intensiva. Os pacientes com pielonefrites não complicadas podem a critério clínico serem medicad0s inicialmente na UPA com a 1ª. Dose de antimicrobianos e liberad0s para tratamento oral com acompanhamento ambulatorial

Critérios de internação

- Pielonefrite complicada com necessidade de abordagem urológica, estável hemodinamicamente, sem sinais de descompensação clínica;
- Pielonefrite complicada por germe resistente isolado ou suspeita embasada em fatores de risco (em geral infecção recorrente) que necessite de antibioticoterapia parenteral inicial com posterior possível descalonamento.

Critérios de internação em UTI

- Emergências urológicas com infecção e necessidade de descompressão da via urinaria em 24 horas;
- Urosepse. [1]



4. EXAMES ADICIONAIS

Nas ITU baixas em mulheres, a triagem de urina e urocultura de jato médio são suficientes para diagnóstico. Nas prostatites e uretrites, deve-se solicitar triagem (diptest ou teste de fita de urina) e urocultura do jato inicial.
A urocultura, hemocultura e a triagem de urina também devem ser solicitadas nas ITU altas ou pielonefrites. Nestes casos, também são indicados os exames de imagem, Ultrassom ou tomografia computadorizada de rins e vias urinárias. Este último, mais sensível na detecção de cálculos renais ou ureterais, bem como outras anormalidades do trato urinário de homens e mulheres. Indicação de outros exames
A ressonância magnética pode ser utilizada como alternativa a tomografia em pacientes gestantes.

5. TRATAMENTO

Antimicrobiano é a pedra angular do tratamento da pielonefrite e deve ser ofertado em até 1 hora para pacientes em urosepse, principalmente os hipotensos. No caso dos pacientes com pielonefrite estável, o tratamento também deve ser ofertado em até 1 hora na UPA caso haja suspeita ou confirmação de complicação.

Tratamento inicial

5.1)Antibioticoterapia com espectro que leve em consideração a epidemiologia local do hospital, bem como os fatores de risco associados a germes resistentes que o paciente apresente, como imunossupressão, diabetes mellitus, uso de antimicrobianos (principalmente quinolonas e cefalosporinas) nos últimos 6 meses, ITU de repetição, anormalidades do trato urológico, nefro litíase, entre outros. Outras drogas como analgesia potente, hidratação e reanimação volêmica podem ser necessários caso a caso.
5.1.a) Cistite aguda não complicada em mulheres: fosfomicina 3g VO dose única ou macrodantina 100 mg VO 6/6h durante 5 dias, cefuroxima 500 mg VO 12/12h durante 3 dias. Somente usar sulfametoxazol-trimetropima se resistência dos isolados de E. coli na epidemiologia local for menor que 20%: 800/160 mg VO 12/12h durante 3 dias.
5.1.b) Pielonefrite aguda não complicada: ciprofloxacina 500 mg – 750 mg VO 12/12h durante 7 dias ou levofloxacina 750 mg VO 1x/dia durante 7 dias (se resistência local dos isolados for menor do que 10%); se usar sulfametoxazol-trimetropima 800/160 mg VO 12/12h durante 14 dias, nos casos de resistência local < 20% e dose de ataque intravenoso com ceftriaxona 2g/dia. Se opção intravenosa, ceftriaxona 2g/dia; ciprofloxacina 400mg 12/12h; levofloxacina 750mg/dia; cefotaxima 2g 8/8h
5.1.c) Infecção não complicada – ceftriaxona 2g/dia ; cefalosporina de segunda geral ou aminopenicilina associado com aminoglicosídeo

Critérios para conversão para terapia oral
Pacientes internados com urocultura positiva e antibiograma demonstrando sensibilidade a drogas orais e o paciente com condições de receber medicação por via oral, estabilidade hemodinâmica e ausência de febre por mais de 24 horas.

Indicação de exames de controle durante o tratamento
Para pacientes com infecções não complicadas, não estão indicados exames de acompanhamento durante o tratamento ambulatorial, bem como não se indica cultura de controle

6. ALTA HOSPITALAR

Critérios de alta
Pacientes com possibilidade de terapêutica oral ou com terapêutica oral instituída sem outras necessidades.

Indicação de retorno ambulatorial, em quanto tempo, exames no retorno.
Pacientes com ITU baixa que melhorem com o tratamento inicial proposto não necessitam de retorno. Já aqueles que não melhoram, devem retornar a UPA para ter seu antibiograma checado e sua terapêutica ajustada. Pacientes com pielonefrite e tratamento oral devem retornar ao ambulatório com consulta com urologista ou infectologista, com hemograma, função renal e proteína c reativa coletados em 48 à 72 horas. [1]

II – INDICADORES DE QUALIDADE

- tempo médio de permanência
- taxa de mortalidade
- taxa de reinternação hospitalar (até 30 dias)
- taxa de complicações

III. GLOSSÁRIO:

ABU: bacteriúria assintomática; UR:Uretrite; CY: Cistite; PN: Pielonefrite; US: Urosepse; MA: Glândulas genitais masculinas; ITU: infecção do trato urinário; SIRS : síndrome inflamatória de resposta sistêmica; TC VVUU: tomografia de vias urinárias; US renal: ultrassonografia renal; NO*: não; UPA: unidade de pronto atendimento

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Atualização do tratamento inicial; alteração do template.

V. REFERÊNCIAS

[1] Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, et al. EAU Guidelines on urological infections. 2022. Acessado em 30/09/2022. Disponível em : https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/pocket-guidelines/EAU-Pocket-on-Urological-Infections-2022.pdf.

Código Documento: CPTW150.3	**Elaborador:** Fernando Gatti de Menezes	**Revisor:** Mauro Dirlando C de Oliveira	**Aprovador:** Giancarlo Colombo	**Data de Elaboração:** 20/04/2020 Data de revisão: 30/09/2022	**Data de Aprovação:** 17/10/2022

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Lesão Renal Aguda

Lesão renal aguda (LRA) é uma síndrome clínica ampla que engloba diversas etiologias, podendo envolver doenças renais (específicas ou não), doenças extra-renais ou ainda ser resultado de múltiplos insultos associados. É caracterizada pela redução abrupta (em dias) da função renal, podendo levar a falência renal com necessidade de terapia renal de substituição (diálise).

I -ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Confirmação diagnóstica (clínica e/ou laboratorial)

- Aumento da creatinina sérica ≥ 0,3 mg/dl em 48 horas ou
- Aumento da creatinina sérica ≥ 1,5 vezes a creatinina basal (conhecida ou presumida) nos últimos 7 dias ou
- Volume urinário < 0,5 ml/kg/h por 6 horas.

Indicação de exames diagnósticos

Associado à dosagem da creatinina sérica, são indicadas dosagens de ureia, eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, fósforo) e gasometria para determinação de distúrbios hidroeletrolíticos e da ácido-base associados;
Radiografia de tórax pode auxiliar na determinação do *status* volêmico (presença de congestão, por exemplo).

Indicação de outros exames

- Outros exames estão indicados sobretudo para a determinação da etiologia da LRA.

Exames iniciais

- Urina e sedimento urinário. Pesquisa de dismorfismo eritrocitário se hematúria presente;
- Ultrassom de rins e vias urinárias;
- Hemograma

*Demais exames, conforme suspeita etiológica: vide Fluxograma (Pág. 2)

2. ESCORE DE RISCO

Estágio	Creatinina Sérica (SCr)	Volume Urinário
1	Aumento de 1,5 a 1,9 vezes a SCr basal ou Aumento de > 0,3 mg/dl	< 0,5 ml/kg/h por 6 a 12 horas
2	Aumento de 2,0 a 2,9 vezes a SCr basal	< 0,5 ml/kg/h por > 12 horas
3	Aumento > 3 vezes a SCr basal ou Aumento da SCr para > 4 mg/dl ou Início de terapia renal de substituição	< 0,3 ml/kg/h por > 24 horas ou Anúria por > 12 horas

3. TRATAMENTO

Tratamento inicial (Fluxograma)

- *Indicação de exames de controle durante o tratamento;*
- Bioquímica completa (creatinina, ureia, sódio, potássio), gasometria, hemograma.

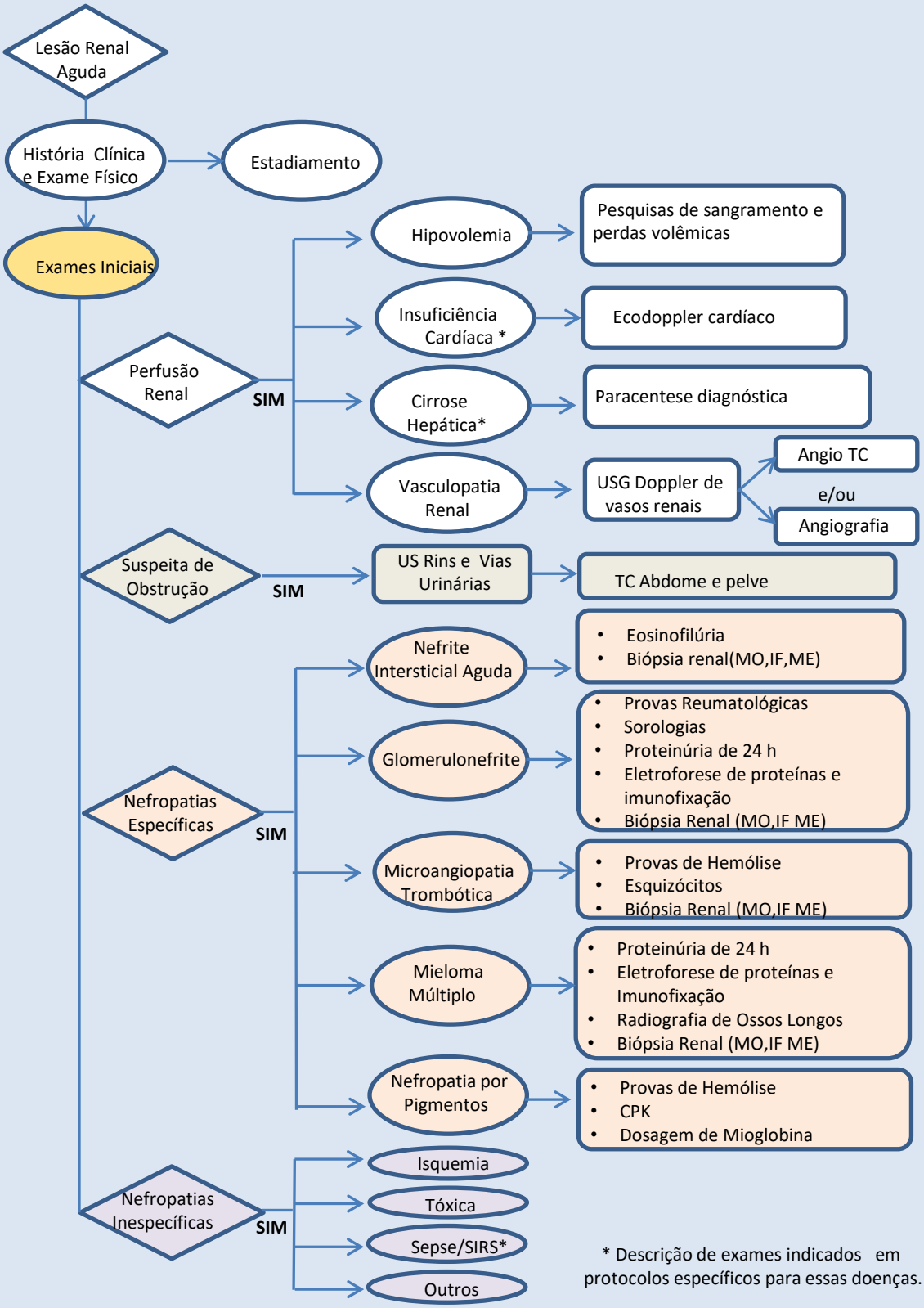
Critérios de alta

- Recuperação total ou parcial da função renal, com níveis de creatinina e ureia estáveis;
- No caso de persistência em terapia renal de substituição, com paciente clinicamente estável, autorização / vaga para realização de diálise em caráter ambulatorial.

Indicação de retorno ambulatorial, em quanto tempo, exames no retorno

- Retorno ambulatorial em 7 dias com bioquímica;
- No caso de persistência em hemodiálise, retorno na clínica de diálise em 1 a 2 dias (conforme programação dialítica).

4. FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO PARA LRA



II –INDICADORES DE QUALIDADE

- Solicitação de urina tipo I e exame de imagem na avaliação nefrológica inicial
- Correção da dose ou substituição de drogas nefrotóxicas
- Tratamento da acidose somente quando pH <7,20

III – GLOSSÁRIO

- Scr: creatinina sérica
- MO: microscopia óptica
- IF: imunofluorescência
- ME: microscopia eletrônica

IV – HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: atualização do template, inclusão de indicadores de qualidade e glossário

V- REFERÊNCIAS

[1] Kidney Int 2012; (2) Suppl 1; 1:141
[2] Kidney Int 2012; (2) Suppl 2; 1:143

Código Documento: CPTW113.3	**Elaborador:** Thais Minoto Matsui	**Revisor:** Mauro Dirlando C de Oliveira	**Aprovador:** Giancarlo Colombo	**Data de Elaboração:** 20/04/2021 **Data da revisão:** 09/06/2023	**Data de Aprovação:** 20/04/2021

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Manejo da hipertensão intracraniana (HIC) em adultos

Hipertensão intracraniana (HIC) é uma emergência neurológica que ocorre quando os mecanismos adaptativos de complacência intracraniana são sobrepujados e se tornam incapazes de se adaptar ao desenvolvimento de uma lesão expansiva com efeito de massa.

1. DIAGNÓSTICO [1]

- **A hipertensão intracraniana é definida como uma elevação sustentada (> 5 min) da pressão intracraniana (PIC) para > 22 mmHg. [2]**

A detecção da HIC requer monitoramento invasivo (monitor de PIC), mas certos sinais clínicos e sintomas podem sugerir HIC antes da monitorização:

- Cefaléia;
- Náuseas e vômitos;
- Alterações pupilares e/ ou do estado mental;
- *Tríade de Cushing* - hipertensão, bradicardia e respiração irregular ou apnéia. A ocorrência completa da síndrome é incomum e com frequência, tardia na evolução clínica.

As *síndromes de herniação intracraniana* resultam de gradientes de pressão entre os compartimentos intracranianos que levam a deslocamentos de parênquima encefálico e comprimem ou deslocam o tronco encefálico, nervos ou vasculatura cerebral. A compressão vascular resultante da herniação causa isquemia intracraniana, aumenta o edema cerebral e agrava o quadro clínico.
Sítios comuns de herniação intracraniana são o giro do cíngulo (*herniação subfalcina*), lobo temporal medial (*herniação uncal*) e o cerebelo (*herniação tonsilar*). Os sinais cardinais de herniação transtentorial (uncal) são: rebaixamento agudo da consciência, dilatação pupilar ipsilateral e hemiparesia contralateral (compressão de estruturas da fomação reticular ascendente, nervo oculomotor e trato corticoespinhal).

- **A herniação encefálica é comprovadamente reversível com terapia rápida e adequada. [3,4]**

Recomendações para monitorização invasiva da PIC:*

TCE grave (Escala de Coma de Glasgow 3 – 8) e: [2]

1. TC de crânio anormal;

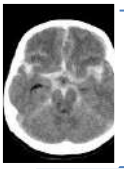
2. Sem alterações na TC de crânio, mas 2 de 3 dos critérios: Idade > 40 anos; Pressão sistólica < 90 mmHg; Posturas anômalas ao exame clínico.

AVC Hemorrágico: [5]

1. Pacientes com Escala de Coma de Glasgow ≤ 8;

2. Sinais clínicos de herniação transtentorial,

3.Hidrocefalia aguda com necessidade de derivação ventricular externa



Hemorragia Subaracnoidea Aneurismática: [6]

Pacientes em coma com hidrocefalia aguda tem indicação de derivação ventricular externa para drenagem liquórica e monitorização de PIC.

* Pacientes com lesão cerebral aguda de outras etiologias e risco de HIC devem ser avaliados individualmente para monitorização invasiva da PIC.

2. MÉTODOS NÃO INVASIVOS DE MONITORIZAÇÃO DA PIC**

Método	Achados	Considerações
Doppler Transcraniano	- Redução do fluxo diastólico ->> diástole reversa. - Índice de Pulsatilidade (PI) elevado	- PI: sensibilidade 89% e especificidade 92% para HIC. **[7]** - PI > 2,13: correlação com PIC > 22 mmHg **[8]**
USG Transcraniano	Desvio da linha média	- Boa correlação com Tomografia de crânio; - Valor prognóstico; - 5 – 20% sem janela; **[9]**
USG da bainha do Nevo Óptico	Diâmetro da bainha ≥ 6mm	- Aumento do diâmetro correlaciona-se com elevação da PIC **[10]**
Pupilometria	Npi < 3	- Redução do *Npi* correlaciona-se com PIC > 20mmHg **[11]**

** Úteis para avaliar a possibilidade de HIC a beira leito e desencadear investigação adicional. Menor acurácia do que a PIC invasiva (padrão ouro).

3. ALGORITMO PARA TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO INTRACRANIANA EM ADULTOS [1,12,13]

Definida como PIC ≥ 22 mmHg por um período > 5 minutos

META TERAPÊUTICA GERAL: MANTER PIC < 22 mmHg e PRESSÃO DE PERFUSÃO CEREBRAL (PPC)* = 60 – 70 mmHg

TERAPIAS POR ETAPAS	MEDIDAS CLÍNICAS
MEDIDAS GERAIS **Para todos os pacientes com suspeita de HIC** - ABCs; - Cabeceira elevada 30 -45 graus; - Posição neutra do pescoço; - Prevenir e tratar febre; - Utilizar apenas fluidos Hiper ou isotônicos ; - Evitar e corrigir Hiponatremia (Na < 135); - Neuroimagem** - Corticosteroides EV em condições específicas *** ↓ ***HIC***	- Intubação orotraqueal sequência rápida: **[12]** *Lidocaína 1,5mg/Kg 1 min pré laringoscopia;* *Fentanil 2-3mcg/Kg em 1 min;* *Ketamina 2mg/Kg ou Etomidato 0,3mg/Kg; Considerar Propofol 1,5mg/Kg se hipertensão arterial severa;* *Succinilcolina 1,5mg/Kg ou Rocurônio 1,2mg/kg;* *Evitar SatO2 < 94% ou PAM < 80mmHg durante intubação.* - Sedação para prevenir agitação e assincronia ventilatória: *Midazolan: 0,05 - 2mg/Kg/h (infusão contínua)* *Propofol: 0,3 – 4,8 mg/kg/h (infusão contínua)* - Analgesia eficaz: *Fentanil 0,2 – 2,0mcg/Kg/h (infusão contínua)* - Acesso venoso central e PA invasiva; - Minimizar estímulo álgico (ex: aspiração traqueal); - Aferir temperatura central (Meta: 36 – 37,4ºC); - Reavaliação neurológica seriada (pupilas e resposta motora).
PRIMEIRA ETAPA *Checar causas extracranianas de HIC: febre, assincronia ventilatória, crises convulsivas, hipotensão, pneumotórax, compressão cervical, hipertensão abdominal, dor, bexigoma)* - Terapia hiperosmolar; - Hiperventilação temporária (PCO2 = 30 – 35 mmHg); - Drenagem de líquor (implante de Derivação ventricular externa - DVE); - Considerar tratamento cirúrgico. ↓ ***HIC refratária***	- Terapia hiperosmolar: *Manitol: 0,5 – 1,0 g/Kg IV bolus em 5 – 15 min; repetir a cada 4 – 6h se necessário; monitorar GAP osmolar (sem benefício se GAP > 20)**** ou *NaCl 20%: 40 ml IV bolus em 5 min; repetir a cada 4 – 6h; manter Na sérico < 160 mEq/L.* - Hiperventilar por tempo < 2h até que as demais medidas sejam feitas; aumentar FR e/ou VC; monitorar com capnografia. - Se paciente já tem DVE: drenar 5 – 10ml de líquor observando se há resposta com redução na PIC para < 22 mmHg; - Consultar neurocirurgião para considerar cirurgia descompressiva (ex. drenagem de contusão hemorrágica). Se paciente não candidato a descompressão cirúrgica, iniciar medidas da segunda etapa.
SEGUNDA ETAPA *Considerar repetir TC de crânio se houver refratariedade às medidas de primeira etapa.* - Terapia hiperosmolar para natremias mais elevadas; - Aprofundar sedação e analgesia; - Considerar craniectomia descompressiva se indicado ↓ ***HIC refratária***	- Manter natremia elevada continuamente até que ocorra melhora do edema cerebral (*Na sérico até 160mEq/L*). - Associar anestésico ao esquema de sedação (por ex, associar Propofol se sedação contínua com Midazolan). *Meta de sedação: RASS -5.* - Considerar bloqueio neuromuscular (BNM): realizar teste com BNM e manter contínuo se responder com redução da PIC. **[13]** - *Craniectomia descompressiva (uni ou bilateral)* pode ser considerada para pacientes selecionados com edema cerebral difuso pós TCE **[14,15]** e AVCI maligno de artéria cerebral média **[16];**
TERCEIRA ETAPA - Titular sedação para surto – supressão no EEG; (5 – 20s ou 50% do traçado em supressão) - Iniciar barbitúrico; - Hiperventilação moderada (PaCO2 = 25 – 34mmHg); - Hipotermia moderada (T central 32 – 34ºC).	- Monitorizar com eletroencefalograma contínuo (EEGc); - *Tiopental: bolus 5–15 mg/kg em 30 min—2 h, seguido de infusão contínua de 1–4 mg/kg/h;* - A hiperventilação moderada envolve risco aumentado de isquemia cerebral. Recomenda-se monitorização de *oximetria cerebral* (global ou regional) se possível. **[17]**

* PPC = Pressão arterial media (PAM) – Pressão intracraniana (PIC).

**Tomografia é preferível à ressonância magnética devido maior rapidez na aquisição.

***Tumores cerebrais, abcessos cerebrais, doenças inflamatórias não infecciosas do SNC;

**** GAP Osmolar = *Osmolaridade sérica medida – Osmolaridade calculada.* Cálculo da osmolaridade sérica = *2 x Na + Glicemia/18 + Uréia/2,8*

4. INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA [1]

Processos Focais	Processos Difusos
Traumatismo Cranioencefálico	Traumatismo Cranioencefálico
Hematomas Subdurais e Extradurais	Hemorragia Subaracnoidea aneurismática
Empiema subdural	Meningoencefalites infecciosas
Tumores cerebrais (primários ou metastáticos)	Doenças inlamatórias não infecciosas do SNC
Pneumoencéfalo	Encefalopatia Hepática
AVC isquêmico	Encefalopatias tóxico-metabólicas
Hemorragia intracraniana espontânea	
Abcesso cerebral	
Hidrocefalia	

5. CONSIDERAR MONITORIZAÇÃO ADICIONAL:

- **Pacientes com HIC podem se beneficiar de monitorização multimodal, pois a terapia guiadas pelo valor da PICC e PPC informa pouco sobre o fluxo sanguíneo e o metabolismo cerebral.**

- Oximetria cerebral: pacientes que necessitam hiperventilação para controle de PIC estão sob risco aumentado de hipóxia cerebral. A monitorização da oximetria cerebral de *bulbo de jugular ($SjvO_2$)* ou a *oximetria tissular ($PtiO_2$)* podem ser utilizadas para monitorar episódios de hipóxia cerebral, que podem ocorrer mesmo quando PIC e PPC estão na meta.**[18]** O objetivo geral é manter a $SvjO_2$ > 55% e $PtiO_2$ > 20mmHg**. [2,19]**

- Doppler Transcraniano: avaliação do fluxo e do estado de auto regulação do fluxo sanguíneo encefálico **[20]**; diagnóstico e acompanhamento do vasoespasmo **[21];**

- Eletroencefalografia contínua (EEGc): o EEGc é mais sensível do que o exame intermitente para detectar crises não convulsivas, que podem causar lesão cerebral secundária e contribuir para aumento da PIC. Aproximadamente 50% das crises não convulsivas são detectadas nos primeiros 60min de exame, mas 48h de monitorização podem ser necessárias em pacientes em coma. **[22]**

6. DICAS PARA O MANEJO DA HIC: [1]

1 – A HIC e a herniação encefálica são emergências neurológicas, potencialmente reversíveis com **tratamento adequado.**
2 – Uma **Tomografia Computadorizada de Crânio** deve ser solicitada para os pacientes com sinais e sintomas de HIC ou herniação encefálica, tão cedo quanto possível.
3 – A **monitorização da PIC** deve ser discutida para todos os pacientes com sinais clínicos ou radiológicos de HIC e que potencialmente se beneficiem de terapia baseada na PIC e na PPC.
4 – Todos os pacientes com suspeita clínica de HIC devem receber as **"medidas gerais "** que incluem: elevação da cabeceira, manutenção de normotermia e valores normais de Na, PaO_2 e $PaCO_2$.
5 – Para elevações agudas da PIC, utilizar **terapia hiperosmolar** com Manitol ou solução salina hipertônica, além de otimizar a sedação.
6 – Pacientes que apresentam piora neurológica aguda relacionada a lesões focais podem se beneficiar de **tratamento cirúrgico emergencial** (descompressão).
7 – As medidas da etapa 3 (Hipotermia, coma barbitúrico) podem ser instituídas para **HIC refratária** às demais medidas, porém são mais agressivas e envolvem risco aumentado de complicações.
8 - A **hipotermia moderada** pode ser efetiva no controle da HIC refratária, porém não está associada a melhor desfecho neurológico**.[23]**

7. ALOCAÇÃO:

- **ALOCAR EM UTI** todos os pacientes candidatos a tratamento de HIC, com ou sem monitorização de PIC invasiva.
- **ALOCAR EM SEMI-INTENSIVA** – pacientes em cuidados de fim de vida. Interromper monitorização de PIC.

Referências:

[1] Cadena R, Shoykhet M, Ratcliff JJ. Emergency Neurological Life Support: Intracranial Hypertension and Herniation. Neurocrit Care. 2017;27.
[2] Carney N, Totten AM, O'Reilly C, Ullman JS, Hawryluk GWJ, Bell MJ, et al. Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition. Neurosurgery. 2017;80(1).
[3] Koenig MA, Bryan M, Lewin JL, Mirski MA, Geocadin RG, Stevens RD. Reversal of transtentorial herniation with hypertonic saline symbol. Neurology. 2008;70(13).
[4] Skoglund TS, Nellgård B. Long-time outcome after transient transtentorial herniation in patients with traumatic brain injury. Acta Anaesthesiol Scand. 2005;49(3).
[5] Hemphill JC, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, Cushman M, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015;46(7):2032–60.
[6] Bederson JB, Connolly ES, Batjer HH, Dacey RG, Dion JE, Diringer MN, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: A statement for healthcare professionals from a special writing group of the stroke council, American heart association. Vol. 40, Stroke. 2009.
[7] Bellner J, Romner B, Reinstrup P, Kristiansson KA, Ryding E, Brandt L. Transcranial Doppler sonography pulsatility index (PI) reflects intracranial pressure (ICP). Surg Neurol. 2004;62(1).
[8] Rosenfeld J V., Maas AI, Bragge P, Morganti-Kossmann MC, Manley GT, Gruen RL. Early management of severe traumatic brain injury. Vol. 380, The Lancet. 2012.
[9] Lau VI, Arntfield RT. Point-of-care transcranial Doppler by intensivists. Vol. 9, Critical Ultrasound Journal. 2017.
[10] Robba C, Robba C, Pozzebon S, Moro B, Vincent JL, Creteur J, et al. Multimodal non-invasive assessment of intracranial hypertension: An observational study. Crit Care. 2020;24(1).
[11] Jahns FP, Miroz JP, Messerer M, Daniel RT, Taccone FS, Eckert P, et al. Quantitative pupillometry for the monitoring of intracranial hypertension in patients with severe traumatic brain injury. Crit Care. 2019;23(1).
[12] Garvin R, Mangat HS. Emergency Neurological Life Support: Severe Traumatic Brain Injury. Neurocrit Care. 2017;27.
[13] Hawryluk GWJ, Aguilera S, Buki A, Bulger E, Citerio G, Cooper DJ, et al. A management algorithm for patients with intracranial pressure monitoring: the Seattle International Severe Traumatic Brain Injury Consensus Conference (SIBICC). In: Intensive Care Medicine. 2019.
[14] Jiang JY, Xu W, Li WP, Xu WH, Zhang J, Bao YH, et al. Efficacy of standard trauma craniectomy for refractory intracranial hypertension with severe traumatic brain injury: A multicenter, prospective, randomized controlled study. J Neurotrauma. 2005;22(6).
[15] Cooper DJ, Rosenfeld J V., Murray L, Arabi YM, Davies AR, D'Urso P, et al. Decompressive Craniectomy in Diffuse Traumatic Brain Injury. N Engl J Med. 2011;364(16).
[16] Hofmeijer J, Kappelle LJ, Algra A, Amelink GJ, van Gijn J, van der Worp HB. Surgical decompression for space-occupying cerebral infarction (the Hemicraniectomy After Middle Cerebral Artery infarction with Life-threatening Edema Trial [HAMLET]): a multicentre, open, randomised trial. Lancet Neurol. 2009;8(4).
[17] Muizelaar JP, Marmarou A, Ward JD, Kontos HA, Choi SC, Becker DP, et al. Adverse effects of prolonged hyperventilation in patients with severe head injury: A randomized clinical trial. J Neurosurg. 1991;75(5).
[18] Chang JJJ, Youn TS, Benson D, Mattick H, Andrade N, Harper CR, et al. Physiologic and functional outcome correlates of brain tissue hypoxia in traumatic brain injury. Crit Care Med. 2009;37(1).
[19] Okonkwo DO, Shutter LA, Moore C, Temkin NR, Puccio AM, Madden CJ, et al. Brain oxygen optimization in severe traumatic brain injury phase-II: A phase II randomized trial. Crit Care Med. 2017;45(11).
[20] Giller CA. A bedside test for cerebral autoregulation using transcranial Doppler ultrasound. Acta Neurochir (Wien). 1991;108(1–2).
[21] Sloan MA, Haley EC, Kassell NF, Henry ML, Stewart SR, Beskin RR, et al. Sensitivity and specificity of transcranial Doppler ultrasonography in the diagnosis of vasospasrn following subarachnoid hemorrhage. Neurology. 1989;39(11).
[22] Claassen J, Mayer S a, Kowalski RG, Emerson RG, Hirsch LJ. Detection of electrographic seizures with continuous EEG monitoring in critically ill patients. Neurology. 2004;62(10):1743–8.
[23] Madden LK, Hill M, May TL, Human T, Guanci MMK, Jacobi J, et al. The Implementation of Targeted Temperature Management: An Evidence-Based Guideline from the Neurocritical Care Society. Neurocrit Care. 2017;27(3).

Código Documento: CPTW263.1	**Elaborador:** Paula Rodrigues Sanches	**Revisor:** Mauro Dirlando Conte de Oliveira	**Aprovador:** Haggeas Da Silveira Fernandes	**Data de Elaboração:** 01/09/2021	**Data de Aprovação:** 01/09/2021

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Pneumonia Adquirida na Comunidade

Pneumonia é a infecção do parênquima pulmonar por bactérias, organismos "atípicos" (que não são detectados na coloração Gram e nem crescem nos meios de cultura padrão) e vírus.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Achados clínicos que elevam a probabilidade de pneumonia (a) - História de tosse, febre, calafrios, dor pleurítica;

Exame físico - Sinais vitais mostrando taquipneia, taquicardia e hipertermia; exame físico com macicez à percussão, redução dos sons respiratórios, crepitações, roncos ou egofonia [1];

Indicação de radiografia de tórax - Quadro clínico compatível com pneumonia (em 7% dos pacientes a imagem só aparece após 48 horas [2];

Confirmação diagnóstica (b) - Presença de novo infiltrado radiológico associado a quadro clínico compatível [3];

Indicação de tomografia(c) - Suspeita de pneumonia forte com radiografia de tórax negativa.

CID 10	Definição
J18	Pneumonia por microorganismo não especificada
J18.0	Broncopneumonia não especificada
J18.1	Pneumonia lobar não especificada
J18.8	Outras pneumonias devidas a microorganismos não especificados
J18.9	Pneumonia não especificada

2. ESCORE DE RISCO

Calcular o escore CURB-65 [4] (d)

Atribuir 1 ponto para cada um dos seguintes achados prognósticos:

- ***Confusion***: Nova confusão (desorientação em relação à pessoa, lugar ou tempo);
- **Urea**: Ureia sérica > 45 mg/Dl;
- ***Respiratory rate***: FR ≥ 22 respirações/min;
- ***Blood pressure***: PAS <90 ou PAD <60 mmHg;
- **65**: Idade maior ou igual a 65 anos.

Risco de morte [4]

- 0 ou 1: baixo (<3%);
- 2: intermediário (3-15%);
- 3 a 5: alto (>15%).

SINTOMAS sugestivos de pneumonia (a)

Rx Radiografia de tórax frente e perfil
Hemograma, sódio, potássio , ureia, creatinina, glicemia. Gasometria venosa com lactato venoso. Considerar gasometria arterial+lactato arterial (se dispneia significativa ou dessaturação à oximetria de pulso)

Sem Infiltrado Novo → Rx Considerar Tomografia tórax

DIAGNOSTICADO Pneumonia (b)

Calcular o score CURB-65 (d)

- **C**onfusion: nova confusão
- **U**rea: ureia sérica > 45mg/dL
- **R**espiratory rate: FR ≥ 22 respirações/min
- **B**lood pressure: PAS <90 ou PAD <60mmHg
- **65:** Idade maior ou igual 65 anos

- FR ≥ 22 respirações/min
- Confusão mental
- PAS<90 mmHg

Coletar pacote sepse

0 ou 1 critério CURB-65

ALOCAÇÃO (f): ambulatorial

Antes de deixar a UPA

Administrar a primeira dose do antibiótico

- ≥1 dos fatores abaixo?
- ❑ SaO2 ≤ 92%
- ❑ Derrame pleural > 5cm na radiografia de perfil
- ❑ Sem cuidador disponível
- ❑ Comorbidade descompensada

2 critérios CURB-65

ALOCAÇÃO (f): clínica médica

- Administrar a primeira dose do antibiótico
- Coletar: Cultura de escarro, hemocultura (2 pares) e, em pacientes com doença estrutural do parênquima pulmonar ou hepatopatia, teste para influenza (e)

Obs: Em unidades que há semi-intensiva considerar conforme o quadro clinico

ALOCAÇÃO (f): Semi intensiva

- Disfunção orgânica relacionada ao quadro infeccioso confirmado ou suspeito que não preencham os critérios de admissão em UTI.
- Na presença de sepse e necessidade de VNI, a alocação na SEMI deve ocorrer quando não houver dependência do BiPAP, isto é, o paciente deve estar apto a tolerar pelo menos 2h fora do BiPAP a cada período de 6h para ser admitido na SEMI.

ALOCAÇÃO (f): Unidade de Terapia Intensiva

- ≥3 critério CURB-65
- Pacientes com sepse com hipotensão arterial, necessidade de vasopressor ou valores de lactato maior ou igual a 36mg/dl;
- Pacientes com sepse que não responderem a administração inicial de 1000 ml de cristaloides e permanecerem com PAM < 65 mmHg.
- Pacientes com sepse e disfunção respiratória com necessidade de ventilação mecânica ou ventilação mecânica não-invasiva que não tolerem 2h fora do BiPAP em cada período de 6h;
- Pacientes com sepse com outras indicações de UTI contempladas em outros protocolos institucionais;
- Pacientes com sepse que não apresentem os critérios acima para internação na UTI, porém que se julgue apresentar alto risco de deterioração clínica subsequente, conforme discussão com equipe médica titular e/ou médico plantonista.
- Escore na Escala de Coma de Glasgow < 10
- Disfagia grave
- Redução de proteção de vias aéreas

3. EXAMES ADICIONAIS

Pneumonia moderada a grave (CURB-65 ≥2) [3, 4] (e):

- Cultura de amostra adequada de escarro e hemocultura (2 pares) ;
- Considerar pesquisa *Legionella;*
- Considerar pesquisa de COVID-19;
- Teste para influenza em pacientes com CURB-65 3 a 5, doença estrutural do parênquima pulmonar ou hepatopatia.

4. ALOCAÇÃO

Use o julgamento clínico, a oximetria de pulso, o escore CURB-65 (f)

- CURB-65 0 ou 1: considere tratamento ambulatorial;
- CURB-65 ≥ 2 saturação arterial de oxigênio <92% [5]: considere tratamento hospitalar;
- CURB-65 ≥ 3, considere internação em unidade de terapia semi ou UTI

5. TRATAMENTO [3, 4, 6, 7, 8, 9]

CURB-65	Local de tratamento	Situação clínica	Esquema antibiótico recomendado
0 ou 1	**Domicílio**	Sem comorbidades e sem uso de ATB < 3 meses	• Amoxicilina/clavulanato 875/125 mg VO 2x/dia, por 5 a 7 dias • Amoxicilina 1000 mg VO 2x/dia ou doxiciclina 100 mg 2x/dia • Para alérgicos , levofloxacino 750 mg VO, 1x/dia, por 5 a 7 dias
		Comorbidades (DPOC, cirrose, IRC,câncer, diabetes, IC, alcoolismo, asplenia ou imunossupressão) ou uso de ATB < 3 meses	• Amoxicilina/clavulanato 875/125 mg VO 2x/dia MAIS Azitromicina 500 mg VO 1x/dia por 5 a 7 dias • Levofloxacino 750 mg VO, 1x/dia; por 5 a 7 dias
2	**CMC**	Internação em enfermaria	• Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Azitromicina 500mg VO/EV 1x/dia por 7 dias* ou Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Claritromicina 500mg VO/EV 2x/dia • Levofloxacino 750 mg VO/EV 1x/dia ou moxifloxacino 400 mg VO/EV 1x/dia) por 7 a 10 dias*

5. TRATAMENTO [Continuação]

3 a 5	**UTI**	Sem risco de agentes resistentes (sem história de DPOC, bronquiectasia, uso frequente de antibióticos ou corticoide)	• Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Azitromicina 500mg VO/EV 1x/dia por 7 dias* ou Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Claritromicina 500mg VO/EV 2x/dia * por 7 a 10 dias* Levofloxacino 750 mg VO/EV 1x/dia por 7 a 10 dias*
		Com fator de risco para agentes resistentes (DPOC, bronquiectasia, uso frequente de antibiótico ou corticoide)	• Piperacilina/tazobactam 4,5 g EV 4x/dia MAIS Azitromicina 500mg VO/EV 1x/dia por 7 dias OU Claritromicina 500mg VO/EV 2x/dia

- **Pacientes com suspeita de influenza (CURB-65 3 a 5, Gestantes, doença estrutural do parênquima pulmonar ou hepatopatia) ou Síndrome Gripal introduzir tratamento para influenza até descartar o seu diagnóstico.**

- **Antes de suspender a ATB, o paciente deve estar afebril por 48 a 72 horas, respirando sem oxigênio suplementar (a não ser que necessário por doença pré-existente) e não ter mais que 1 fator clínico de instabilidade (FC >100 bpm; FR >24 respirações/minuto e PAS ≤90 mmHg).**

6. MANEJO SUBSEQUENTE

Troca para terapia oral
Deve ser realizada em pacientes que apresentam melhora clínica e preencham os seguintes critérios objetivos [10]:

- Capacidade de manter ingestão oral;
- Sinais clínicos estáveis (temperatura ≤ 37,8°C, FR ≤ 24 resp/min, PAS ≥ 90 mmHg sem vasopressor por pelo menos 8 h);
- Ausência de exacerbação de comorbidades maiores (insuficiência cardíaca, DPOC).

Indicação de exames bioquímicos, hemograma e marcadores inflamatórios de controle:
Devem ser adaptada a situação clínica do paciente. Se os exames iniciais são normais, possivelmente uma única repetição destes exames é suficiente.

Pacientes que se mantem internados em uso de antibioticoterapia, solicitar procalcitonina no quinto dia de internação e se normal, com o paciente clinicamente bem suspender antibioticoterapia.
Critérios de alta [10]:

Critérios de troca de antibiótico para via oral descritos acima;
- Estado mental basal;
- Oximetria de pulso ≥ 90 % em ar ambiente (para pacientes com hipoxemia crônica ou recebendo suplementação crônica de O_2, a oximetria de pulso deve ser similar aos valores basais).

Os critérios de troca para terapia oral e alta podem ser atingidos simultaneamente ou sequencialmente. Os pacientes não precisam ser
mantidos durante a noite para observação após a troca para via oral [11].

Indicação de radiografia de tórax de controle:
Deve ser realizada após 2 a 3 meses de tratamento em pacientes >50 anos ou tabagista >35 anos [12].

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Aderência a antibioticoterapia recomendada;
- Alocação adequada;
- Duração da hospitalização;
- Taxa de readmissão.

III. GLOSSÁRIO

- ATB: antibiótico;
- CMC: clínica médica-cirúrgica;
- DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica;
- FC: frequência cardíaca;
- FR: frequência respiratória;
- IC: insuficiência cardíaca;
- IRC: insuficiência renal crônica;
- PAS: pressão arterial sistólica;
- UTI: unidade de terapia intensiva.

IV. HISTÓRICODE REVISÃO

Versão 3: atualização dos critérios do escore CURB -65; revisão pela SCIH.

V. REFERÊNCIAS

[1] Ann Intern Med 2003; 138:109;
[2] Am J Med 2004; 117:305;
[3] Clin Infect Dis 2007; 44:S2;
[4] NICE guidelines [CG 191], December 2014;
[5] Clin Infect Dis 2011; 52(3):325-31;
[6] J Bras Pneumol 2009; 35(6):574-601;
[7] Arch Intern Med 1999; 159(21):2562-72;
[8] Chest 2003; 123(5):1503-11;
[9] Am J Med. 2007; 120(9):783-90;
[10] Arch Intern Med. 2012; 172(12):922;
[11] Am J Med. 2006; 119(6):512.e1;
[12] Clin Infect Dis. 2000; 31(2):347.

Código Documento: CPTW28.3	**Elaborador:** Moacyr Silva Jr.	**Revisor:** Mauro Dirlando C de Oliveira	**Aprovador:** Giancarlo Colombo	**Data de Elaboração:** 26/04/2021 **Data da revisão:** 12/07/2023	**Data de Aprovação:** 26/04/2021

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio do Cuidado

Primeira Crise Epiléptica em Adultos

Crise epiléptica é definida como ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas, resultantes de atividade neuronal anormal e excessiva no cérebro. Correspondem até 2% de todos os atendimentos no Pronto Socorro, sendo 25% dessas crises caracterizadas como primeira crise epiléptica.

Epilepsia é uma doença neurológica definida por qualquer das condições a seguir:
- Duas crises não provocadas, ocorrendo num intervalo maior que 24h
- Uma crise não provocada com probabilidade de recorrência semelhante àquela após duas crises não provocadas (pelo menos 60%), nos próximos 10 anos
- Diagnóstico de uma síndrome epiléptica

Crises sintomáticas agudas são decorrentes de certos insultos, como distúrbios metabólicos, abstinência de drogas ou álcool, injúria neurológica aguda (meningoencefalite, TCE etc). Nessa situação, o paciente não é portador de epilepsia, pois não haverá recorrência das crises na ausência do insulto.

Crises não epilépticas são definidas como ataques ou acessos recorrentes que se assemelham à epilepsia, mas que diferem por não serem consequentes de descargas elétricas cerebrais anormais.

I. ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- Anamnese, exame físico e exame neurológico são fundamentais
- Exames gerais para descartar condições que cursam com crises sintomáticas agudas: alterações metabólicas e infecciosas (hemograma, função renal, hepática, Na, Mg, Ca, glicemia, toxicológico – na suspeita de intoxicação exógena, rastreio infeccioso), medicações
- Neuroimagem – descartar AVC, encefalopatia anóxica, hematoma subdural, HSA, neoplasia (preferencialmente RM de crânio; TC de crânio pode ser solicitada, em especial na suspeita de AVC para se priorizar a rapidez de execução do exame)
- EEG (solicitado na urgência caso persistência das crises ou rebaixamento de consciência persistente; caso paciente não tenha critérios para EEG na urgência, solicitar como rotina ou ambulatorial)
- LCR (caso suspeita de neuroinfecção e encefalites)
- Eletrocardiograma: identificar alterações que indiquem arritmia cardíaca

- **Diagnóstico diferencial:** síncope, AIT, crise não epiléptica psicogênica, amnesia global transitória, transtornos do movimento

2. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Internação:
- Múltiplas crises ou estado de mal epiléptico
- Pós-ictal prolongado (superior à 20-30 minutos) ou sinais neurológicos focais
- Investigação revela condição que necessite de internação
- Considerar uso de fármaco anticrise a depender da etiologia

3. ALOCAÇÃO

- **Critérios de UTI:** estado de mal epiléptico ou outra indicação clínica que motive UTI
- **Critérios de semi-intensiva:** necessidade de vigilância neurológica até definição diagnóstica
- **Critérios de ala:** caso controlado e com diagnóstico definido

4. TRATAMENTO

1. Tratamento da causa que originou a crise (se crise sintomática aguda);
2. Fármaco anticrise se houver indicação – discutir com a retaguarda de Neurologia

Medicação	Dose diária inicial	Posologia (formulações de liberação imediata)	Titulação	Dose diária alvo	Tipo de crise
Carbamazepina	200 mg	3x ao dia	200 mg a cada 3 dias	400 – 800 mg	Focal e generalizada (exceto mioclônica, ausência e atônica)
Clobazam	10 mg	2x ao dia	10 mg a cada 2 semana	20 – 40 mg	Apenas para terapia combinada para crise focal e generalizada
Lacosamida	100 mg	2x ao dia	100 mg a cada semana	200 mg (máx: 600mg)	Focal e generalizada (exceto mioclônica e ausência)
Lamotrigina	25 mg primeiras 2 semanas	1-2x ao dia	50 mg na semana 3 e 4; aumentos de 50 mg a cada 1-2 semanas à partir da 4ª semana	200 – 300 mg	Focal e generalizada
Levetiracetam	500 mg	2x ao dia	500 mg a cada semana	1000 mg (máx: 4000 mg)	Focal e generalizada (incluindo mioclônica)
Fenobarbital	50 mg	1x ao dia (à noite)	50 mg a cada 1 – 2 semana	100 – 200 mg	Focal e generalizada (exceto ausência)
Fenitoína	200 – 400 mg	2 – 3x ao dia	Não precisa de titulação	200 – 400 mg	Focal e generalizada (exceto mioclônica e ausência)
Topiramato	25 mg	1-2x ao dia	25 mg a cada semana	100 mg (máx: 400 mg)	Focal e generalizada (exceto ausência)
Valproato	500 mg	2x ao dia	250 – 500mg a cada semana	1000 – 2000 mg	Focal e generalizada (incluindo mioclônica e ausência)

Tempo de observação: 6 horas

5. ALTA HOSPITALAR

- Investigação e exame físico normais, com tempo de observação suficiente
- Causa bem identificada e tratada
- Na alta, deve-se discutir a indicação ou não de fármaco anticrise
- Orientar o paciente sobre risco de recorrência das crises e evitar atividades de risco (p.ex.: dirigir, manipulação de máquinas, nadar sozinho etc).

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Número de casos de crise sintomática aguda não reconhecidos na unidade de atendimento;
- Reconhecimento do estado de mal convulsivo na unidade de atendimento

III. GLOSSÁRIO

AVC: acidente vascular cerebral
AIT: ataque isquêmico transitório
Ca: cálcio
EEG: eletroencefalograma
LCR: líquido cefalorraquidiano
Mg: magnésio
Na: sódio
RM: ressonância magnética
TC: tomografia computadorizada

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: 1. Alteração do template
2. Descritivo da “Definição”
3. Detalhamento do “Tratamento”

V. Referências

[1] Berg AT1, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W, Engel J, French J, Glauser TA, Mathern GW, Moshé SL, Nordli D, Plouin P, Scheffer IE. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. Epilepsia. 2010 Apr;51(4):676-85.

[2] Betjemann JP1, Nguyen I, Santos-Sanchez C, Douglas VC, Josephson SA. Diagnostic yield of electroencephalography in a general inpatient population. Mayo Clin Proc. 2013 Apr;88(4):326-31

[3] Fields MC, Labovitz DL, French JA. Hospital-onset seizures: an inpatient study. JAMA Neurol. 2013 Mar 1;70(3):360-4.

[4] Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, Engel J Jr, Forsgren L, French JA, Glynn M, Hesdorffer DC, Lee BI, Mathern GW, Moshé SL, Perucca E, Scheffer IE, Tomson T, Watanabe M, Wiebe S. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia. 2014 Apr;55(4):475-82.

[5] Glauser T, Shinnar S, Gloss D, et al. Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Currents. 2016;16(1):48-61.

[6] Holmquist L, Russo CA, Elixhauser A. Hospitalizations for Epilepsy and Convulsions, 2005: Statistical Brief #46. 2008 Jan. In: Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56315/>. Acesso em: 8 de mar 2022.

[7] Krumholz A, Wiebe S, Gronseth G, et al. Practice Parameter: evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. Neurology. 2007 Nov 20;69(21):1996-2007.

[8] Krumholz A, Wiebe S, Gronseth GS, Gloss DS, Sanchez AM, Kabir AA, Liferidge AT, Martello JP, Kanner AM, Shinnar S, Hopp JL, French JA. Evidence-based guideline: Management of an unprovoked first seizure in adults: Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. Neurology. 2015; 84(16):1705-13.

[9] Massengo SA1, Ondze B, Bastard J, Guiziou C, Velmans N, Rajabally YA. Elderly patients with epileptic seizures: in-patient observational study of two French community hospitals. Seizure. 2011 Apr;20(3):231-9.

[10] Robert S. Fisher, An overview of the 2017 ILAE operational classification of seizure types, Epilepsy & Behavior, 2017.

[11] Drislane FW. Convulsive status epilepticus in adults: Classification, clinical features and diagnosis. UpToDate. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com. Acesso em: 8 mar. 2022.

[12] Drislane FW. Convulsive status epilepticus in adults: Management. UpToDate. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com. Acesso em: 8 mar. 2022.

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW98.3	Victor Rebelo Procaci Luis Otávio Caboclo	Renata Paluello	Haggeas S. Fernandes	02/09/2020 Data da revisão: 29/06/2022	26/07/2022

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Profilaxia de Úlcera por Estresse

1. DEFINIÇÃO E FISIOPATOLOGIA

Úlceras por estresse (UE) são lesões ulceradas da mucosa gástrica associadas a estresse fisiológico extremo (1). O típico estado de hipersecreção ácida (fator comum na formação das úlceras duodenais) não representa o seu principal mecanismo patogênico (1).

São causadas por série de fatores envolvidos na redução da capacidade protetora da mucosa gástrica, como a menor produção de bicarbonato, menor motilidade gástrica e redução do fluxo sanguíneo em mucosa gástrica (1).

2. EPIDEMIOLOGIA

Sangramento digestivo clinicamente importante em UTI tem incidência de 1,5 a 5%, destes, aproximadamente 40% são realmente devido a úlcera por estresse.
Nestes casos, ocorre aumento do tempo de internação em 8 dias, com mortalidade atribuída de 50%. (2)
Pacientes em ECMO elevam a incidência para 13.6% (2).
Entretanto, pacientes internados fora da UTI apresentam incidência muito baixa, entre 0,05 e 0,23% (2).

3. O PROBLEMA

O conceito de "Fast Hug" com visitas multidisciplinares diárias comtemplando a necessidade de uso de profilaxia de úlcera de estresse foi amplamento difundido nas UTIs, acarretando em uso indiscriminado de medicações com ação no PH gástrico (3).

Estudos demonstram que cerca de 45% do uso da profilaxia de úlcera por estresse não tem indicação precisa e mais de 80% dos pacientes permanecem com estas medicações mesmo após a alta da UTI (4).

Os últimos guidelines específicos sobre este tema foram publicados em 1999, porém novos estudos demonstram que a profilaxia deve ser racional (5).

4. HÁ RISCOS DE EFEITOS ADVERSOS COM ESTAS MEDICAÇÕES?

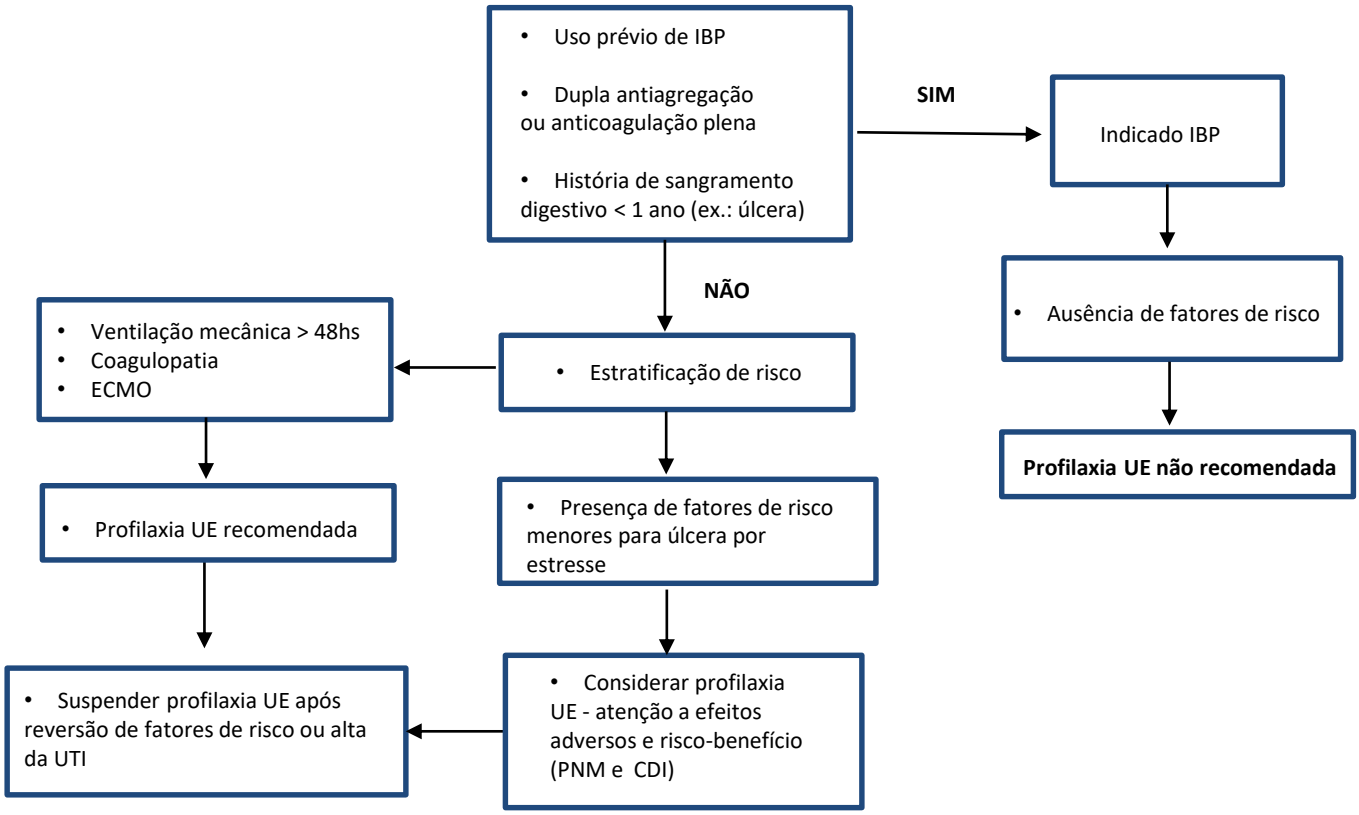
Além dos custos associados, grandes estudos observacionais e meta-análises evidenciam o risco aumentado de pneumonia associada a ventilação mecânica e de infecção por Clostridium Difficile na unidade de terapia intensiva em pacientes que utilizam medicações para profilaxia de úlcera por stress (6).

5. QUAL MEDICAÇÃO TEM MELHOR EFICÁCIA?

Os inibidores de bomba de prótons (IBP) apresentam maior eficácia no aumento de PH gástrico,
exibindo maior eficácia quando comparados ao antagonistas de H2 em relação a incidência de úlcera por estresse (7).

Importante ressaltar que a incidência de hemorragia digestiva ocorre principalmente nos primeiros 5 dias de UTI e o uso destas medicações não deve se manter por tempo prolongado (8).

ALGORITMO DE PROFILAXIA DE ÚLCERA POR ESTRESSE EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI



FATORES DE RISCO ATUALIZADOS

Maiores:

- ✓ **Insuficiência respiratória (ventilação mecânica > 48 horas)**
- ✓ **Coagulopatia (INR > 1.5, Plaquetas < 50.000 e TTPA > 2.0)**
- ✓ **ECMO**

Menores:

- ✓ **Insuficiência hepática aguda ou crônica**
- ✓ **Insuficiência renal aguda ou crônica (terapia de substituição renal aumenta o risco)**
- ✓ **Disfunção de múltiplos órgãos (SOFA)**
- ✓ **Coma / Traumatismo crânio-encefálico grave (ECG < 9)**
- ✓ **Politrauma grave (ISS > 16) ou TRM**
- ✓ **Grandes queimados (SCQ > 20%)**
- ✓ **Altas doses de corticóides (> 250mg/dia de hidrocortisona ou equivalente)**
- ✓ **Uso de medicações anticoagulantes, anti-plaquetários ou anti-inflamatórios não esteroides (9)**

6- PONTOS FUNDAMENTAIS

- Otimizar terapias para prevenção de lesão de mucosa, principalmente normalização de variáveis hemodinâmicas e início de dieta enteral precoce.
- Profilaxia medicamentosa somente em pacientes com fatores de risco para úlcera por estresse.
- Medicações inibidoras do bomba de prótons são mais eficazes, porém maior risco de pneumonia hospitalar e infecção por Clostridium difficile em relação anti-H2.
- Profilaxia deve ser por curto período, com reavaliações periódicas (diárias) sobre sua necessidade e sempre discutir suspensão após reversão dos fatores de risco e antes da alta da UTI.

7- INDICADORES

- **Meta:** Racionalização do uso, com suspensão de administração de medicamentos para profilaxia de úlcera por estresse sem indicação com base na literatura atual.
- **Indicador de Resultado:** 1) N° de doses / pacientes – dia de medicamentos relacionados a úlcera de estresse.
- **Indicador de Processo:** 2) Percentual de pacientes que recebem profilaxia indevida de úlcera de estresse; 3) Número de intervenções / mudanças na prescrição geradas pela equipe de farmacêuticos durante discussão em visita multiprofissional; 4) Percentual de pacientes que recebem profilaxia corretamente.
- **Indicador de Equilíbrio:** 5) Taxas de sangramento / HDA ; 6) Taxa de úlcera por estresse diagnosticada em exames (EDA).

Referências

[1] Machado AS, Teixeira C. Profilaxia para úlcera de estresse nas unidades de terapia intensiva: estudo observacional multicêntrico [Stress ulcer prophylaxis in intensive care units: an observational multicenter study]. Rev Bras Ter Intensiva. 2006 Sep;18(3):229-33. Portuguese.
(2) Mazzeffi M, Kiefer J, Greenwood J, Tanaka K, Menaker J, Kon Z, Sanchez P, Pham S, Herr D. Epidemiology of gastrointestinal bleeding in adult patients on extracorporeal life support. Intensive Care Med. 2015 Nov;41(11):2015.
(3) Vincent JL. Give your patient a fast hug (at least) once a day. Crit Care Med. 2005 Jun;33(6):1225-9.
(4) Rafinazari N, Abbasi S, Farsaei S, Mansourian M, Adibi P. Adherence to stress-related mucosal damage prophylaxis guideline in patients admitted to the Intensive Care Unit. J Res Pharm Pract. 2016 Jul-Sep;5(3):186-92.
(5) ASHP Therapeutic Guidelines on Stress Ulcer Prophylaxis. ASHP Commission on Therapeutics and approved by the ASHP Board of Directors on November 14, 1998. Am J Health Syst Pharm. 1999 Feb 15;56(4):347-79.
(6) Barbateskovic M, Marker S, Granholm A, Anthon CT, Krag M, Jakobsen JC, Perner A, Wetterslev J, Møller MH. Stress ulcer prophylaxis with proton pump inhibitors or histamin-2 receptor antagonists in adult intensive care patients: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. Intensive Care Med. 2019 Feb;45(2):143-158.
(7) Alshamsi F, Belley-Cote E, Cook D, Almenawer SA, Alqahtani Z, Perri D, Thabane L, Al-Omari A, Lewis K, Guyatt G, Alhazzani W. Efficacy and safety of proton pump inhibitors for stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Crit Care. 2016 May 4;20(1):120.
(8) Krag M, Perner A, Wetterslev J, Wise MP, Borthwick M, Bendel S, McArthur C, Cook D, Nielsen N, Pelosi P, Keus F, Guttormsen AB, Moller AD, Møller MH; SUP-ICU co-authors. Prevalence and outcome of gastrointestinal bleeding and use of acid suppressants in acutely ill adult intensive care patients. Intensive Care Med. 2015 May;41(5):833-45.
(9) Cook D, Guyatt G. Prophylaxis against Upper Gastrointestinal Bleeding in Hospitalized Patients. N Engl J Med. 2018 Jun 28;378(26):2506-2516.

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW262.1	Roberto Rabelo Filho	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	01/09/2021	01/09/2021

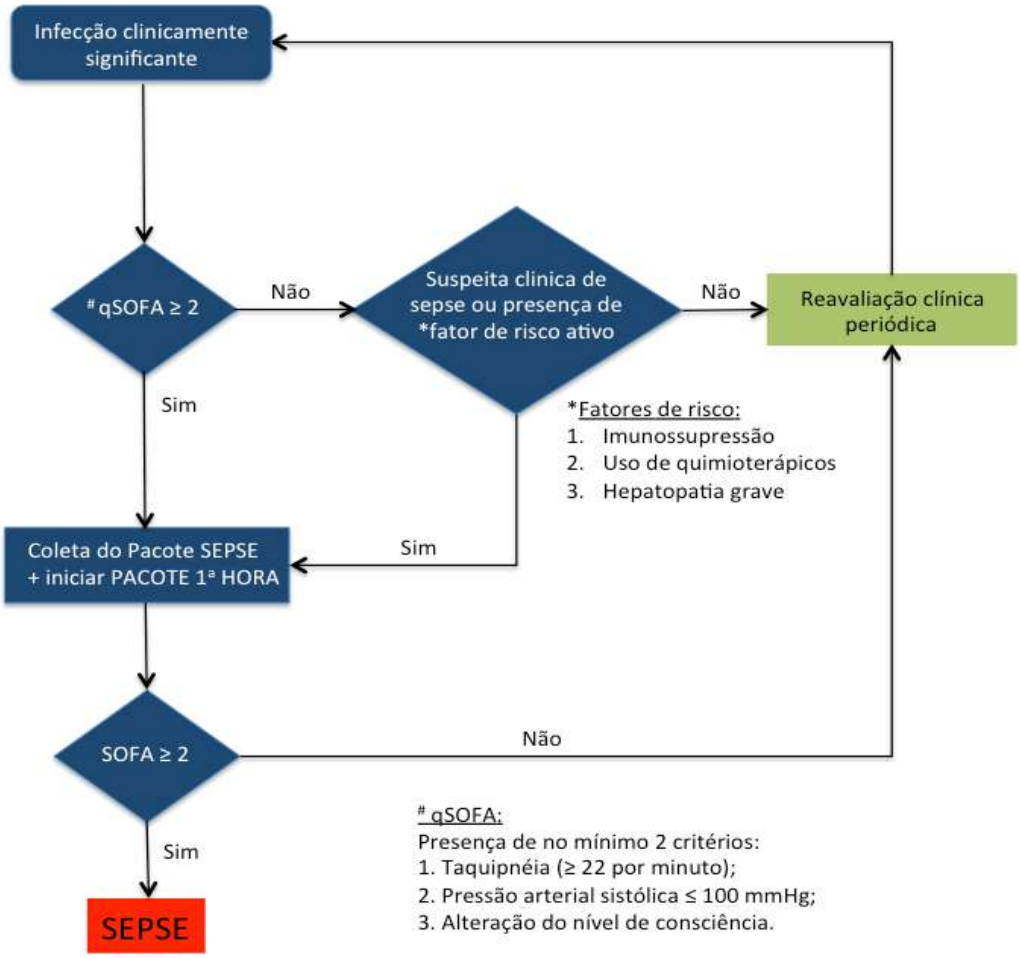
A Sepse é definida pela presença de uma infecção associada a uma disfunção orgânica ameaçadora a vida.

Para o diagnóstico de choque séptico, utiliza-se como critério a presença de hipotensão arterial com necessidade de vasopressor para manter a pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e lactato sérico acima de 18 mg/dL, após ressuscitação volêmica adequada [1].

1. TRIAGEM

Todos os pacientes com infecção clinicamente relevante que apresentem **escore qSOFA positivo** ou **suspeita clínica de sepse (**sinais clínicos de disfunção orgânica nova, como hipotensão arterial, saturação de oxigênio baixa pela oximetria de pulso, dispneia com aumento da necessidade de oxigênio/suporte respiratório, alteração do nível de consciência ou oligúria) [2], ou a **presença de quaisquer fatores de risco ativos** (imunossupressão, quimioterapia, hepatopatia grave) devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do Pacote SEPSE.

Fluxograma de atendimento inicial dos pacientes com suspeita de sepse



*** Suspeita clínica de sepse (Alteração no nível de consciência e/ou PAM ≤ 65mmHg e/ou PAS ≤90mmHg e/ou saturação ≤ 92%)**

*** Fator de risco ativo (Imunossupressão e/ou uso de quimioterápicos e/ou hepatopatia grave)**

2. ESCORE DE RISCO

O score de qSOFA é considerado positivo quando há pelo menos dois dos seguintes critérios clínicos:

- Frequência respiratória maior ou igual a 22 incursões por minuto;
- Alteração do nível de consciência (escore segundo a Escala de Coma de Glasgow menor do que 15);
- Pressão arterial sistólica menor ou igual a 100 mmHg.

Para os pacientes com suspeita de infecção, associados a **qSOFA positivo** ou quaisquer **manifestações clínicas** como hipotensão arterial (PAM ≤ 65 mmHg, saturação de oxigênio ≤ 92%, alteração do nível de consciência ou oligúria) ou ainda**,** fatores de risco ativos como hepatopatia grave, imunossupressão ou quimioterapia devem ter exames complementares coletados para determinar o score SOFA basal. A sepse será definida pela presença de infecção associada a uma disfunção orgânica e aumento maior ou igual a 2 pontos do score total do SOFA basal do paciente (*Sequential Organ Failure Assessment)* [1] – vide Tabela 1.

Tabela 1- SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

	0	1	2	3	4
Pa 0_2/FiO_2	≥ 400	300 a 399	200 a 299	100 a 199	< 100
Plaquetas (x10^3uL)	≥ 150	100 a 149	50 a 99	20 a 49	< 20
Bilirrubina(mg/dL)	< 1,2	1,2 a 1,9	2 a 5,9	6 a 11,9	≥12
Pressão	PAM ≥ 70mmHg	PAM < 70 mmHg	Dopa [1] ≤ 5 ou uso dobutamina	Dopa [1] ≤ 5,1 a 15 ou nora [2] ≤ 0,1	Dopa [1] > 15 ou nora [2] >0,1
Glasgow	15	13 ou 14	10 a 12	6 a 9	< 6
Creatinina (mg/dL) e /ou diurese (mg/Dl)	Cr< 1,2	Cr 1,2 a 1,9	Cr 2 a 3,4	Cr 3,5 a 4,9 ou diurese < 500	Cr ≥ 5 ou diurese < 200
1- Dopa = dopamina em mcg/Kg/min; 2- Nora = noradrenalina em mcg/Kg/min					

3. EXAMES DO PACOTE SEPSE: Bilirrubinas totais e frações, culturas apropriadas (ao menos dois pares de hemoculturas) gasometria com lactato arterial ou venoso, glicemia, hemograma com plaquetas, PCR, tempo de protrombina, uréia e creatinina.

4. TRATAMENTO

Pacote de 1 hora: Deve ser garantida a coleta de lactato sérico (dentro de 30 minutos), coleta de culturas e início de antibiótico endovenoso apropriado dentro de 1 hora. Os pacientes que apresentem hipotensão arterial ou hipoperfusão tecidual (lactato sérico maior ou igual que 36 mg/dL), devem receber expansão volêmica inicial com, no mínimo, 1000 ml de cristaloides em 1 hora [3], preferencialmente soro Ringer lactato. Deve-se atentar também, adicionalmente ao início da antibioticoterapia, à necessidade de procedimentos cirúrgicos para controlar o foco da infecção se indicado, como drenagem de abscessos, retirada de dispositivos invasivos, desbridamentos de feridas, dentre outros.

Pacote de 6 horas: Os pacientes que não apresentem estabilidade hemodinâmica sustentada após a expansão volêmica inicial ou tiverem lactato inicial maior ou igual a 36 mg/dL, devem ser conduzidos dentro do **PACOTE DE 6 HORAS** [4].

Nesse pacote, após expansão volêmica inicial, deve-se reavaliar constantemente o paciente para definir nova necessidade de expansão volêmica adicional, com 500-1000 ml de cristaloides, conforme a presença de sinais de má perfusão periférica (sinais vitais, tempo de enchimento capilar > 3 segundos, extremidades frias ou presença de livedo) e/ou hipotensão arterial. **Vale lembrar que a *Surviving Sepsis Campaign* preconiza a expansão volêmica nas primeiras 3 horas com 30 ml/Kg de cristaloides [4].**

5. APOIO A DECISÃO - UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Para facilitar o processo sugerimos a utilização da ferramenta de apoio a decisão deflagrada pelo Millenium que traz informações relevantes do paciente, e de acordo com o provável foco infeccioso, sugere opções de antibioticoterapia, além da expansão volêmica, exames e cuidados.

O profissional pode aceitar ou não as sugestões de atendimento, no entanto em caso de recusa, uma justificativa deve ser preenchida no prontuário eletrônico.

Referências

1. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10
2. Machado FR, de Assunção MSC, Cavalcanti AB, Japiassú AM, de Azevedo LCP, Oliveira MC. Getting a consensus: advantages and disadvantages of Sepsis 3 in the context of middle-income settings. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2016;28(4):361-365. doi:10.5935/0103-507X.20160068.
3. The ARISE Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group . Goal-directed resuscitation for patients with early septic shock . N Engl J Med 2014;371:1496-1506.
4. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W et al (2017) Surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of sepsis and septic shock—2016. Int Care Med. doi:10.1007/s00134-017-4683-6

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW153.2	Leonardo José Rolim Ferraz Andreia Pardini	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	09/06/2021	10/06/2021

I - ASSISTENCIAL

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

1. Adultos

1.1. Traumatismo crânio-encefálico (TCE)

Dados de literatura demonstram claro malefício e piora de desfechos com a presença de Hb < 7 g/dl em pacientes com TCE[1-4]. Outros estudos demonstraram melhores resultados em neurotrauma com o corte de Hb acima de 9g/dl.[5,6]

Em relação ao limite superior de gatilho transfusional nessa população, pesquisadores falharam em mostrar benefício ao manter-se Hb acima de 10g/dl nessa população, inclusive com aumento de incidência de fenômenos trombo-embólicos e progressão hemorrágica[7-10].

Para a população de pacientes com neurotrauma, os limites inferior e superior de gatilho transfusional, parecem ser 7g/dl e 10g/dl. Entre esses dois valores, deve-se tomar como base para decisão clínica, parâmetros multimodais de monitorização ($PTiO_2$, PRx, PIC, Doppler transcraniano, microdiálise, TC, RNM, PET-SCAN, etc), assim como o *status* neurológico do paciente[8,11]

1.2. AVE (acidente vascular encefálico) isquêmico, AVE hemorrágico, HSA (hemorragia subaracnóide)

Nessa população, os cortes inferior e superior para gatilho transfusional são 7g/dl (abaixo da qual, clara piora clínica parece ocorrer) e 10 g/dl (acima da qual, maior morbidade é evidenciada), respectivamente. Entre 7-10 g/dl, vários trabalhos demonstram piores desfechos com a prática transfusional, entre eles aumento da permanência de UTI, de permanência hospitalar e piores escores fisiológicos. Alguns autores não demonstram diferença de mortalidade entre pacientes transfundidos e não transfundidos[12-14], porém em um estudo maior mortalidade com transfusão de hemácias pode ser observada em HSA[10,15].

1.3. Tumores

Estudos indicam que pacientes com tumores cerebrais podem tolerar níveis de Hb de até 8 g/dl, sem prejuízo de desfechos como tempo de permanência hospitalar, mortalidade hospitalar ou taxa de complicações.[16]

2. Crianças (abaixo de 18 anos)

A literatura sugere níveis seguros de Hb em neurocirurgia infantil entre 7 (pacientes estáveis) e 8 (presença de perda sanguínea maciça) g/dl, incluindo craniotomias (ressecção tumoral, drenagem de hematomas extra-axiais, neurocirurgia vascular – aneurismas e MAVs, lobectomias, hemiesferectomias) e cirurgia crânio-facial.[17,18]

Resumo:

Tabela 1: Níveis comumente usados para transfusão de adultos e crianças

Adults Neurosurgical patients		
Níveis de hemoglobina	Agência que faz a recomendação, ano, nível de recomendação, referência	Evidência em neurocirurgia
<7g/dL	ESA (2017) (1C) [19] Análise secundária de dados obtidos em ECC [14]	ECC [13] Estudo de coorte [15] Análise retrospectiva [16] Revisão de casos [17]
<8g/dL	BCSH (2006) (N/A) [14]	N/A
<9g/dL	Revisão crítica (N/A) [1]	N/A
<10g/dL	N/A	N/A

Legenda: ECC, estudo clínico controlado; BCSH, British Committee for. Standards in Haematology; ESA, European Society of Anaesthesiology; N/A – Não avaliado

Pediatric Neurosurgical patients		
Triggers	Recommending agency, year, recommentation level, reference	Evidence in neurosurgery
<7g/dL	ESA (2017) (C) [19] BCSH (2016) (1C) [20]	NA
<8g/dL	Critical review (N/A) [4]	NA

Classes de recomendações e níveis de evidências para Estratégias Clínicas, Intervenções, Tratamento ou Testes diagnósticos no cuidado clínico*

Classe (intensidade) da recomendação

Classe I (FORTE) Beneficio >>>Risco

Frases sugeridas para escrever as recomendações:
- É recomendado
- É indicado/útil/efetivo/benéfico
- Deve ser realizado/administrado/outro

Frases de eficácia comparativa ŧ:
- O tratamento/estratégia A é recomendado/indicado preferentemente ao tratamento B
- O tratamento A deve ser escolhido ao invés do tratamento B

Classe IIa (MODERADA) Beneficio ≥Risco

Frases sugeridas para escrever as recomendações:
- É aconselhável
- Pode ser útil/ eficaz/benéfico

Frase de eficácia comparativa ŧ :
- O tratamento/ estratégia A é provavelmente recomendado/ indicado em relação ao tratamento B
- É aconselhável escolher o tratamento A ao invés do tratamento B

Classe IIb (FRACA) Beneficio ≥Risco

Frases sugeridas para escrever as recomendações:
- Pode ser aconselhável
- Pode-se considerar
- Utilidade/ efetividade é desconhecida/ incerta ou não muito bem estabelecida

Classe III Sem beneficio (MODERADA)
Beneficio =Risco (Geralmente, usa nível de evidência A ou B somente)

Frases sugeridas para escrever as recomendações:
- Não é recomendado
- Não é indicado/útil/eficaz/benéfico
- Não deve ser realizado/ administrado/outro

Classe III Prejudicial (FORTE) Risco >Benefício

Frases sugeridas para escrever as recomendações:
- Potencialmente prejudicial
- Causa danos
- Associados a mobilidade/mortalidade excessiva
- Não deve ser realizado/ administrado/outro

Nível (qualidade) da evidência:

NÍVEL A
- Evidências de alta qualidade ǂ de mais de 1 ERC
- Metanálise de ERCs de alta qualidade
- Um ou mais ECRs corroborado (a) por estudo de registro de alta qualidade

NÍVEL B-R (Randomizado)
- Evidências de moderada qualidade ǂ de 1 ou 2 mais ERC
- Metanálise de ERCs de qualidade moderada

NÍVEL B-NR (Não Randomizado)
Evidência de qualidade moderada ǂ de 1 ou mais ensaios não randomizados, estudos observacionais ou estudos de registro bem elaborados e executados
Metanálise de tais estudos

NÍVEL C-DL (Dados limitados)
- Estudos observacionais ou de registro randomizados ou não com limitações de método e execução
- Metanálise de tais estudos
- Estudos fisiológicos ou sobre mecanismos em humanos

NÍVEL C-OE (Opinião de especialistas)
- Consensos de opiniões de experts baseadas em suas experiências clínicas

CR e NE são determinados independentemente
Uma recomendação com NE C não significa que a recomendação é fraca. Muitas questões clínicas endereçadas em guidelines não se prestam a ensaios clínicos. Ainda que ECR não existam, pode haver um consenso muito claro que um particular teste ou terapia é útil ou efetivo.
*O resultado de uma intervenção deve ser especificado (um melhor resultado clínico ou acurácia diagnosticada ou incremento na informação prognóstica)
ŧ Para recomendações de efetividade comparativa (CR I e IIa: somente NE e B), estudos que suportam a utilização de verbos de comparação devem envolver comparação direta dos tratamentos ou estratégias avaliados.
ǂ O método de avaliação da qualidade está em evolução, incluindo a aplicação de padrões, grandemente usados, e preferivelmente ferramentas de classificação de evidências validadas.
CR, classe de recomendação; DL, dados limitados: ERC, ensaio randomizado controlado: NE, nível de evidência: R, randomizado.

6. ALTA HOSPITALAR

A alta hospitalar estará condicionada à condição clínica, laboratorial e radiológica de cada paciente

II – INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de adesão ao protocolo para prescrição de transfusão de concentrado de glóbulos vermelhos
- A) Neuro trauma (Hb < 7 g/dl: indicada transfusão)
- B) AVE (Hb < 7 g/dl: indicada transfusão)
- C) Tumores (Hb < 7 g/dl: indicada transfusão)
- D) Crianças (Hb < 7 g/dl: indicada transfusão)

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 2: atualização do template

REFERÊNCIAS:

[1] Carson JL, Guyatt G, Heddle NM, et al. Clinical Practice Guidelines From the AABB: Red Blood Cell Transfusion Thresholds and Storage. JAMA 2016;316:2025-35.

[2] Retter A, Wyncoll D, Pearse R, et al. Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. Br J Haematol 2013;160:445-64.

[3] Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. Critical care 2016;20:100.

[4] American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood M. Practice guidelines for perioperative blood management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management*. Anesthesiology 2015;122:241-75.

[5] Oddo M, Levine JM, Kumar M, et al. Anemia and brain oxygen after severe traumatic brain injury. Intensive Care Med 2012;38:1497-504.

[6] Griesdale DE, Sekhon MS, Menon DK, et al. Hemoglobin Area and Time Index Above 90 g/L are Associated with Improved 6-Month Functional Outcomes in Patients with Severe Traumatic Brain Injury. Neurocritical care 2015;23:78-84.

[7] Robertson CS, Hannay HJ, Yamal JM, et al. Effect of erythropoietin and transfusion threshold on neurological recovery after traumatic brain injury: a randomized clinical trial. JAMA 2014;312:36-47.

[8] East JM, Viau-Lapointe J, McCredie VA. Transfusion practices in traumatic brain injury. Curr Opin Anaesthesiol 2018;31:219-26.

[9] Vedantam A, Yamal JM, Rubin ML, Robertson CS, Gopinath SP. Progressive hemorrhagic injury after severe traumatic brain injury: effect of hemoglobin transfusion thresholds. J Neurosurg 2016;125:1229-34.

[10] Kisilevsky A, Gelb AW, Bustillo M, Flexman AM. Anaemia and red blood cell transfusion in intracranial neurosurgery: a comprehensive review. Br J Anaesth 2018;120:988-98.

[11] Feng H, Charchaflieh JG, Wang T, Meng L. Transfusion in adults and children undergoing neurosurgery: the outcome evidence. Curr Opin Anaesthesiol 2019;32:574-9.

[12] Moman RN, Kor DJ, Chandran A, et al. Red blood cell transfusion in acute brain injury subtypes: An observational cohort study. J Crit Care 2019;50:44-9.

[13] Kellert L, Schrader F, Ringleb P, Steiner T, Bosel J. The impact of low hemoglobin levels and transfusion on critical care patients with severe ischemic stroke: STroke: RelevAnt Impact of HemoGlobin, Hematocrit and Transfusion (STRAIGHT)--an observational study. J Crit Care 2014;29:236-40.

[14] Broessner G, Lackner P, Hoefer C, et al. Influence of red blood cell transfusion on mortality and long-term functional outcome in 292 patients with spontaneous subarachnoid hemorrhage. Critical care medicine 2009;37:1886-92.

[15] Festic E, Rabinstein AA, Freeman WD, et al. Blood transfusion is an important predictor of hospital mortality among patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Neurocritical care 2013;18:209-15.

[16] Alkhalid Y, Lagman C, Sheppard JP, et al. Restrictive transfusion threshold is safe in high-risk patients undergoing brain tumor surgery. Clin Neurol Neurosurg 2017;163:103-7.

[17] British Committee for Standards in H, Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton PJ. Guidelines on the management of massive blood loss. Br J Haematol 2006;135:634-41.

[18] Goobie SM, Haas T. Bleeding management for pediatric craniotomies and craniofacial surgery. Paediatr Anaesth 2014;24:678-89.

[19] Feng H, Charchaflieh JG, Wang T, Meng L. Transfusion in adults and children undergoing neurosurgery: the outcome evidence Curr Opin Anaesthesiol. 2019;32(5):574-579.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Status epilepticus

Status epilepticus é a ocorrência prolongada de crise epiléptica, com manifestação clínica ou não (nesse caso, subclínico porém com confirmação eletroencefalográfica). Configura emergência médica de alta morbidade e mortalidade se não detectado e tratado precocemente.

1. DIAGNÓSTICO

***Status epilepticus* convulsivo (SEC)**

Crise convulsiva contínua com duração > 5 minutos

OU Duas ou mais crises convulsivas sem recuperação da consciência entre as crises

***Status epilepticus* não convulsivo ou eletrográfico (SENC)**

1 - Critério eletrográfico exclusivo - Presença de padrão no EEG que satisfaça um dos critérios abaixo, com duração ≥ 10 segundos, qualifica como crise eletrográfica:

- Ocorrência generalizada ou focal de ondas agudas, espículas, espículas – onda, ondas agudas – ondas lentas, na frequência ≥ 3Hz.
- Ondas sequenciais rítmicas, periódicas ou quase periódicas com ≥ 1Hz de frequência e inequívoca evolução em frequência (gradualmente aumenta/reduz a frequência em 1 HZ), morfologia ou localização (gradualmente atinge mais de uma região envolvendo ≥ 2 eletrodos).

2 - Critério eletroclínico - Atividade eletroencefalográfica rítmica ou periódica sem evolução para crise, porém com pelo menos UM dos seguintes, qualifica como SENC:

- Clara correlação entre atividade eletrográfica rítmica ou periódica e sintomas clínicos. Os sintomas clínicos incluem: confusão mental aguda, alteração da consciência (contínua ou flutuante), torpor, coma, movimentos tônicos intermitentes, automatismos orofaciais, alterações súbitas de comportamento.
- TESTE com antiepiléptico (ver abaixo) demonstrando melhora clínica ou eletrográfica (TESTE POSITIVO)
- PET – CT ou REMA demonstrando padrão de hipermetabolismo ou restrição à difusão não explicados clinicamente por processos inflamatórios ou isquêmicos do SNC.

TESTE DIAGNÓSTICO COM ANTIEPILÉPTICOS

Fazer o teste se	EEG com padrões rítmicos ou periódicos em paciente com alteração da consciência.
Monitorar	EEGc, nível de consciência, pressão arterial, frequência respiratória, oximetria de pulso
Escolher antiepiléptico	Midazolam 1mg IV/ dose; Fenitoína 20mg/Kg IV; Lacosamida 400mg IV
Interromper o teste se	- Resolução persistente do padrão eletrográfico - Melhora clínica evidente - Depressão respiratória, hipotensão ou outro efeito adverso dos antiepilépticos - Administrada dose máxima sem resposta (no caso do Midazolan, 0,2mg/Kg)
Interpretação	**Teste POSITIVO** (i.e., *Status epilepticus*): melhora clínica *COM* resolução do padrão eletrográfico OU melhora clínica com retorno ao padrão de EEG prévio. **Resultado DUVIDOSO** (i.e., não confirma nem exclui *Status epilepticus*): melhora do padrão do EEG porém *SEM* melhora clínica associada.

2. ESCORE DE GRAVIDADE

Status Epilepticus Severity Score - STESS

	Achados	**STESS**
Consciência	Alerta ou sonolento/confuso	0
	Torporoso ou comatoso	1
Pior tipo de crise	Parcial- simples, Parcial-complexa, ausência, mioclônica*	0
	Convulsiva generalizada	1
	Status epilepticus não convulsivo em coma	2
Idade	< 65 anos	0
	≥ 65 anos	2
História prévia de crises	Sim	0
	Não ou desconhecido	1
Total		0 - 6

** Complicando epilepsia idiopática generalizada***.**

Risco de morte

- STESS 0 – 2 (Favorável): mortalidade 3%
- STESS 3 – 6 (Desfavorável): mortalidade 39%

Sensibilidade = 0,94 (IC 95% 0,804 – 0,983)

Especificidade = 0,60 (IC 95% 0,506 – 0,678)

3. ALGORITMO PARA TRATAMENTO DO *STATUS EPILEPTICUS* EM ADULTOS

Definido como crise ≥ 5 minutos, ou 2 ou mais crises sem recuperação da consciência

TERAPIA ANTIEPILÉPTICA	MANEJO CLÍNICO COMPLEMENTAR

PRIMEIROS 5 - 10 MIN

Primeira linha: para interrupção imediata do *STATUS*

Diazepam 10 mg IV em 2 min
Se crises após 5 min, repetir 1x

**Se: sem acesso IV*
- **Diazepam** (Sol. IV) 20 mg VR *OU*
- **Midazolam** (Sol. IV) 10 mg IM/ IN/ bucal

- A, B, C
- acesso venoso: **não atrasar droga antiepiléptica por falta de acesso – usar vias intramuscular (IM), retal (VR) e intranasal (IN).**
- glicemia capilar - **Glicose 50% -50ml IV se glicemia baixa ou desconhecida.**
- 100mg Tiamina IV antes da Glicose.
- monitorização contínua: O2, FC, PA, ECG.
- exames: HMG, U/C, Na/K, Ca/P/Mg, enzimas hepáticas, gasometria arterial, toxicológico, níveis séricos de antiepilépticos de uso habitual, troponina.

Crises persistentes

EM 10 - 30 MIN

Segunda linha (Para **TODOS** os pacientes)

1 - Fenitoína
20 mg/kg; infusão: 50 mg/min
Se persistir crise: mais 10 mg/kg *OU*

2 - Lacosamida
400mg IV em 5 min *OU*

3 - Fenobarbital
20mg/Kg, infusão 25-50mg/min

- Solicitar vaga/transferir para UTI
- Garantir uma droga anti-epiléptica de ação duradoura (quadro ao lado) para todos os pacientes, a fim de evitar a recorrência das crises/do status
- Se o paciente não recobrar a consciência ou se for iniciada droga IV contínua: solicitar EEG contínuo (EEGc)
  - se não for possível EEGc: controle de EEG diário
- Checar nível sérico de antiepilépticos 2h após bolus se indicado (ver abaixo)

Crises persistentes → ***Intubar (IOT) e iniciar EEGc***

EM 30 – 60 MIN

Terceira linha (*STATUS EPILEPTICUS* REFRATÁRIO)

1 - Midazolam
0,2mg/Kg IV, repetir 5/5 min, até cessar crises (máx: 20 mg)
Manutenção: 0,05 - 2mg/Kg/h (infusão contínua)
2 – Propofol
0,5 - 2,5 mg/kg IV, repetir 5/5 min, até cessar crises (máx: 10mg/kg)
Infusão inicial: 0,3 mg/Kg/h
Manutenção: 0,3 – 4,8 mg/kg/h (infusão contínua)

- neuroimagem após controle das convulsões
- monitorização hemodinâmica em UTI
- providenciar acesso venoso central
- ressuscitação volêmica: estabelecer euvolemia
- iniciar vasopressor se PA média < 70mmHg ou PA sistólica < 90mmHg
- monitorização com eletroencefalograma contínuo (EEGc)
- tratar hipertermia
- considerar punção de líquor (LCR) ou uso de ATB se suspeita clínica de infecção

Crises persistentes

APÓS 24H

Quarta linha (*STATUS EPILEPTICUS* SUPER-REFRATÁRIO)

Escolher dentre opções abaixo (ou usar combinações)

1 – surto-supressão por 24-48h
2 – Associar outro antiepiléptico (considerar Clobazan, Topiramato, Carbamazepina, outro)
3 – Sulfato de Mg IV (bolus de 4g seguido de 2-6g/h)
4 – Ketamina
Ataque: 1,5mg/Kg IV (repetir 5/5min até cessar crises (máx. 4,5mg/Kg) Manutenção: 1,2 – 7,5mg/Kg/h
5 –Tiopental (titular até surto-supressão)
Ataque: 5mg/Kg IV (repetir 5/5min até cessar crises (máx. 15mg/Kg) Manutenção: 1 – 10mg/Kg/h
6 – Piridoxina IV (200mg/dia)
7 – Imunomodulação
Metilprednisolona 1g IV/dia por 3 – 5 dias **e/ou**
Imunoglobulina IV (0,4mg/Kg/dia por 5 dias) **e/ou** Plasmaferese (1x/dia por 5 - 7 dias)
8 – Dieta Cetogênica
9 – Hipotermia Terapêutica
10 – Eletroconvulsoterapia (ECT)
11 – Tratamento Neurocirúrgico

DOSES DE MANUTENÇÃO E NÍVEIS TERAPÊUTICOS:
- Ác. Valpróico: 30 – 60mg/Kg/dia (em 2x/dia); 70 – 120ug/ml
- Levetiracetam: 2 – 4g/dia (em 2x/dia); 25 – 60mg/L
- Fenobarbital: 1 – 4mg/Kg/dia (em 2 x/dia); 20 – 50mg/ml
- Fenitoína: 5 – 7mg/Kg/ dia (em 3x/dia)*
- Lacosamida: 400 – 600mg/dia 9em 2x/dia); nível terapêutico Desconhecido

*O nível terapêutico de Fenitoína deve ser corrigido para a função renal e albumina sérica (https://www.mdcalc.com/phenytoin-dilantin-correction-albumin-renal-failure)

Em todas as fases – continuar investigação para determiner a **causa** do *status epilepticus*:
1 – Neuroimagem: Tomografia ou Ressonância Magnética de crânio
2 – Punção lombar: suspeita de doença infecciosa ou inflamatória/ autoimune do sistema nervoso central (SNC)

TRATAR A CAUSA DO *STATUS EPILEPTICUS*

4. INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA

Processos agudos	Condições crônicas
Distúrbios metabólicos: anormalidades eletrolíticas, insuficiência renal	Epilepsia
Infecções do SNC: meningites, encefalites, abcessos	Etilismo crônico
Acidente vascular cerebral: isquêmico, hemorrágico, Hemorragia subaracnóide	Tumores do Sistema Nervoso Central (SNC)
Traumatismo cranioencefálico	Doença prévia do SNC (AVC, cirurgias prévias, abcessos)
Drogas (má aderência medicamentosa, intoxicações exógenas, abstinência)	
Encefalopatia hipóxico-isquêmica	
Encefalopatia hipertensiva/ PRES (Síndrome de encefalopatia posterior reversível)	
Encefalites autoimunes, paraneoplásicas	
Sepse	

5. ADEQUAR TRATAMENTO PARA ETIOLOGIAS:

- **Intoxicação por Isoniazida:** tratar com benzodiazepínico + piridoxina (máximo. 5g)
- **Antidepressivos Tricíclicos:** checar prolongamento de (corrected QT interval) QTc no eletro cardigrama) ECG; dar bicarbonato de sódio
- **Teofilina:** tratar com benzodiazepínicos ou barbitúricos; considerar lavagem gástrica e carvão ativado se < 1h da ingesta
- **Cocaína/ simpatomiméticos:** tratar com benzodiazepínicos
- **Abstinência alcoólica:** tratar com benzodiazepínicos
- **Organofosforados:** tratar com atropina, midazolam e pralidoxima
- **Pre-eclâmpsia e eclâmpsia:** sulfato de Mg intravenoso (ataque 4-6g IV + manutenção de 2g/h)/ consultar um obstetra.

6. QUALIDADE NO MANEJO DO *STATUS EPILEPTICUS:*

1 – Tratamento **precoce e agressivo** é imperativo. Atraso no manejo do SE reduz a chance de interrupção das crises.

2 – Deve-se evitar o uso de **subdoses** de antiepilépticos, especialmente benzodiazepínicos.

3 – A **monitorização eletroencefalográfica contínua** é necessária para o adequado manejo do *status epilepticus* e permite a titulação das drogas antiepilépticas. O alvo terapêutico – resolução das crises, surto-supressão ou completa supressão da atividade elétrica cerebral – ainda é motivo de discussão, e deve ser adequado a cada caso.

4 – A **investigação etiológica** do *status epilepticus* deve ser concomitante ao tratamento das crises, e deve continuar até que a causa seja identificada.

5 – Depressão respiratória pode decorrer da causa do *status epilepticus* ou do tratamento com drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC). O socorrista deve estar equipado com adequado material de intubação para **proteção da via aérea** se necessário.

6 – **Níveis séricos** de antiepilépticos devem ser monitorados frequentemente (diariamente enquanto durar o SE) e titulados para o limite superior terapêutico. Após atingir níveis séricos adequados, os anestésicos poderão ser reduzidos enquanto o paciente permanece monitorado com eletroencefalograma contínuo (EEGc).

7 – Checar possíveis **interações** dos antiepilépticos com outras drogas prescritas, especialmente antibióticos. Aumento das doses habituais pode ser necessário para garantir níveis terapêuticos.

7. REAVALIAÇÃO DIÁRIA DA MANUTENÇÃO X REMOÇÃO DO ECGc :

A monitorização contínua com EEG pode causar úlceras de pele. Grupos de risco: Idosos (>70 anos); uso de Vasopressores, febre, monitorização prolongada (>48h).

Recomendação geral:

- **EEGc sem alterações epilépticas, pacientes conscientes em melhora clínica: 24h de monitorização**
- **EEGc em pacientes em coma: 48h de monitorização**

Questionar diariamente a necessidade de manutenção do EEGc durante visita multiprofissional.
Confirmar interrupção da monitorização com equipes médicas UTI e titular

8. ALOCAÇÃO:

Usar o julgamento clínico, considerando principalmente ETIOLOGIA, COMORBIDADES E NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. Manter EEGc em ambos os casos.

- **ALOCAR EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA (UTI)** – STESS $\geq$ 3, rebaixamento da consciência, doenças agudas primárias do SNC
- **ALOCAR EM SEMI-INTENSIVA NEUROLÓGICA** – status epilepticus focal, pacientes epilépticos crônicos que estejam conscientes e protegendo via aérea, pacientes com diretiva de não intubação – não reanimação.

9. GLOSSÁRIO

HMG – Hemograma completo
U- Uréia
C- Creatinina
Na- Sódio
K- Potássio
Ca- Cálcio
P- Fósforo
Mg – Magnésio
SNC- Sistema Nervoso Central
EEGc- Eletroencefalograma contínuo
EEG- Eletroencefalograma
O2- Oxigenação
FC- Frequência Cardíaca
PA- Pressão Arterial
ATB- Antibiótico

Referências

[1] Lowenstein DH, Bleck T, Macdonald RL. It's time to revise the definition of status epilepticus. Epilepsia. 1999;40(1).
[2] Chong DJ, Hirsch LJ. Which EEG patterns warrant treatment in the critically ill? Reviewing the evidence for treatment of periodic epileptiform discharges and related patterns. Journal of Clinical Neurophysiology. 2005.
[3] Jirsch J, Hirsch LJ. Nonconvulsive seizures: Developing a rational approach to the diagnosis and management in the critically ill population. Clin Neurophysiol. 2007;118(8):1660–70.
[4] Rossetti AO, Logroscino G, Milligan TA, Michaelides C, Ruffieux C, Bromfield EB. Status Epilepticus Severity Score (STESS): A tool to orient early treatment strategy. J Neurol. 2008;255(10).
[5] Claassen J, Goldstein JN. Emergency Neurological Life Support: Status Epilepticus. Neurocrit Care. 2017;27.
[6] Brophy GM, Bell R, Claassen J, Alldredge B, Bleck TP, Glauser T, et al. Guidelines for the evaluation and management of status epilepticus. Neurocrit Care. 2012;17(1):3–23.
[7] Claassen J, Hirsch LJ, Emerson RG, Mayer SA. Treatment of refractory status epilepticus with pentobarbital, propofol, or midazolam: A systematic review. Epilepsia. 2002;43(2):146–53.
[8] Höfler J, Trinka E. Lacosamide as a new treatment option in status epilepticus. Vol. 54, Epilepsia. 2013.
[9] Hocker S, Tatum WO, LaRoche S, Freeman WD. Refractory and super-refractory status epilepticus - An update. Curr Neurol Neurosci Rep. 2014;14(6).
[10] Alkhachroum A, Der-Nigoghossian CA, Mathews E, Massad N, Letchinger R, Doyle K, et al. Ketamine to treat super-refractory status epilepticus. Neurology. 2020;95(16).
[11] Towne AR, Pellock JM, Ko D, DeLorenzo RJ. Determinants of Mortality in Status Epilepticus. Epilepsia. 1994;35(1).
[12] Rao SK, Mahulikar A, Ibrahim M, Shah A, Seraji-Bozorgzad N, Mohamed W. Inadequate benzodiazepine dosing may result in progression to refractory and non-convulsive status epilepticus. Epileptic Disord. 2018;20(4).
[13] Rossetti AO, Alvarez V. Update on the management of status epilepticus. Vol. 34, Current opinion in neurology. 2021.
[14] Moura LMVR, Carneiro TS, Kwasnik D, Moura VF, Blodgett CS, Cohen J, et al. CEEG electrode-related pressure ulcers in acutely hospitalized patients. Neurol Clin Pract. 2017;

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Traumatismo Cranioencefálico

Traumatismo cranioencefálico (TCE) corresponde a toda agressão traumática na região da cabeça, seja por golpe direto ou de forma indireta, como mecanismos de desaceleração ou contragolpe. Deve-se considerar potencial TCE em todo paciente vítima de politraumatismos ou trauma por mecanismo de elevada energia cinética, como queda de altura, acidente automobilístico, agressão física etc. Atenção especial deve ser dada a populações mais suscetíveis a lesões, mesmo com mecanismos de trauma de baixa energia, como extremos de idade (crianças e idosos), uso de anticoagulantes, portadores de doenças que possam conferir vulnerabilidades (hepatopatia, doença neurológica, algumas neoplasias etc). TCE constitui frequente causa de invalidez e morte em todo o mundo, portanto requer diagnóstico rápido e medidas na abordagem inicial que possam reduzir o risco de lesões secundárias ou sequelas. É fundamental também considerar a possibilidade de concussão e do risco da síndrome pós-concussional, mesmo em TCE aparentemente de menor gravidade e com exames de imagem normais.

1. DIAGNÓSTICO

- Todo paciente com TCE deve receber assistência inicial de acordo com os preceitos do ATLS, garantindo ventilação e suporte hemodinâmico adequados. Pacientes traumatizados com qualquer alteração de sinais vitais (respiratório, cardiocirculatório ou neurológico) ou com potencial gravidade (mecanismo de trauma, extremos de idade, gestantes ou doenças associadas) devem receber avaliação inicial em sala de emergência e com prioridade de atendimento.
- O diagnóstico é obtido pela história de trauma da cabeça ou presença de sinais externos de TCE, independentemente dos sintomas relatados pelo paciente.
- **Duas decisões devem ser tomadas precocemente** em pacientes com TCE e dizem respeito à necessidade de realização da tomografia computadorizada do crânio e necessidade de acionamento da retaguarda de neurocirurgia, como será discutido a seguir.

2. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Deve ser realizada de modo seriado em todos os pacientes com TCE:

Abertura ocular:
4 espontânea, 3 à voz, 2 à dor, 1 ausente
Melhor resposta verbal:
5 orientado, 4 confuso, 3 palavras inapropriadas, 2 incompreensível, 1 ausente
Melhor resposta motora:
6 obedece comandos, 5 localiza dor,
4 movimento de retirada, 3 flexão anormal (decorticação),
2 extensão anormal (descerebração), 1 ausente

Tradicionalmente, considera-se:
TCE Leve - ECG 13 a 15
TCE Moderado - ECG 10 a 12
TCE Grave - ECG 3 a 9

Porém, pacientes com "TCE Leve" podem evoluir para emergência neurocirúrgica como, por exemplo, na ocorrência de hematomas extradurais em expansão, com rápida piora neurológica. A avaliação seriada da ECG, evidenciando piora do escore com o tempo, é um importante sinal de alerta de gravidade em TCE.

3. DECISÃO SOBRE ACIONAMENTO DA RETAGUARDA DE NEUROCIRURGIA E INTERNAÇÃO

Da mesma forma, a decisão sobre a necessidade de acionamento da retaguarda da neurocirurgia compete ao médico emergencista que atende o paciente. Os seguintes critérios podem auxiliar nesta tomada de decisão, devendo a neurocirurgia ser acionada caso exista:

- relato ou constatação de TCE GRAVE, incluindo ferimentos penetrantes em crânio (FAF ou FAB)
- sinais externos evidentes de TCE de maior gravidade, incluindo ecmose periorbitária ("olhos de Guaxinim"), ecmose retromastoidea ("sinal da batalha"), fístula liquórica nasal ou pelo ouvido, fraturas expostas cranianas (incluindo perda de massa encefálica)
- sinais neurológicos focais, como déficits apendiculares (por exemplo, hemiplegia) ou déficits de nervos cranianos (por exemplo, diplopia)
- rebaixamento do nível de consciência ou alterações de funções cognitivas, como amnésia anterógrada, fala desconexa etc.
- exame de tomografia craniana demonstrando a presença de lesões traumáticas (fraturas, hematomas, contusões etc.)

O acionamento da retaguarda de neurocirurgia não deve ser retardado até que esteja disponível o laudo do exame de tomografia, caso existam fatores que indiquem TCE de maior gravidade, como os descritos acima. Considerar a necessidade de acionamento da retaguarda do trauma / cirurgião do trauma, a depender da ocorrência de outras lesões pelo corpo.

4. DECISÃO SOBRE REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA

- **Em última análise, a decisão sobre a realização da tomografia de crânio sem contraste compete ao médico emergencista que atende o paciente com TCE. Os critérios descritos na próxima página servem como auxílio à tomada desta decisão, de acordo com a faixa etária.**
- Nem todos os pacientes que sofrem TCE necessitam de tomografia. Cuidado especial deve ser tomado com recém-nascidos, lactentes e crianças devido à exposição à radiação.
- A depender do mecanismo de trauma, deve-se considerar também a realização de tomografias de face (sinais de fraturas de face), coluna cervical (em caso de suspeita de lesões cervicais, seja pelo mecanismo de trauma ou sintoma de dor cervical), angiotomografia de vasos cervicais (suspeita de dissecções de carótida ou vertebrais) e, em caso de politraumatismos graves, tomografia de corpo inteiro (protocolo trauma).

5. CRITÉRIOS PARA AUXÍLIO NA DECISÃO SOBRE INDICAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EM ADULTOS COM TCE:

São fatores que favorecem a indicação da tomografia:

- Escala de Coma de Glasgow < 15 (incluindo alteração do nível de consciência ou alteração de comportamento)
- Mecanismo de trauma considerado perigoso
- Sinais externos de trauma visíveis acima da clavícula, incluindo sinais de fratura, otorragia/rreia e rinorragia/rreia, ecmose periorbitária (“olhos de Guaxinim”), ecmose retromastoidea ("sinal da batalha”)
- Perda de consciência
- Convulsão pós-trauma
- Náusea ou vômitos
- Déficit neurológico
- Amnésia lacunar (momento do trauma) ou anterógrada (dificuldade de registrar novas informações)
- Cefaleia intensa
- Idade ≥ 65 anos
- Alteração de coagulação ou agregação plaquetária (medicamentosa ou doenças associadas)
- Intoxicação exógena

6. CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO:

- Deverão ser internados pacientes que preencham os mesmo critérios utilizados para acionamento da retaguarda de neurocirurgia
- Além disso, deve-se considerar internação para pacientes que continuem apresentando sintomas (cefaleia, náuseas etc.) mesmo com exame de tomografia normal (**considerar a possibilidade de concussão e síndrome pós-concussional** nestes casos), apresentem outras condições clínicas (intoxicação, descompensação de comorbidade, outras lesões etc.) ou com indicação de realizar tomografia, mas que por algum motivo não tenha condições de fazê-lo (não colaborativo, necessidade de sedação etc.)
- Em crianças, atentar para a possibilidade de maus tratos, incluindo “shaken-baby syndrome”
- Discutir com a equipe de neurocirurgia a indicação ou não de internação em UTI ou semi-intensiva. A princípio são critérios para indicação em UTI a presença de alterações de sinais vitais e potencial de instabilidade pelas lesões traumáticas ou comorbidades.

7. CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR:

- Podem receber alta pacientes assintomáticos com exame de tomografia sem achados relacionados ao trauma ou que não preencheram critérios para realização de tomografia, a depender do julgamento do emergencista. Tais pacientes devem receber orientações para observação domiciliar. Na ocorrência de novos sintomas ou sinais de alerta, deverão retornar à UPA.
- É muito importante informar pacientes que sofreram TCE e que estejam aparentemente assintomáticos nas primeiras horas após o trauma de que **sintomas ou sinais da síndrome pós-concussional** podem se desenvolver na evolução e que, caso persistam, devem ser acompanhados ambulatorialmente por neurocirurgiões ou neurologistas. Estes paciente **não devem se expor a situações de risco para TCE** considerando que uma nova concussão poder causar a **Síndrome do Segundo Impacto**, com consequências potencialmente muito graves.

SINAIS E SINTOMAS TÍPICOS DA SÍNDROME PÓS-CONCUSSIONAL	
Cefaleia	Sintomas ansiosos
Tontura	Sintomas depressivos
Desequilíbrio	Perda de consciência (pode não ocorrer)
Sensibilidade à luz	Amnésia lacunar e anterógrada
Alterações visuais	Confusão
Náusea	Desorientação
Dificuldade com memória	Alterações de movimentação ocular
Sensibilidade a som	Incoordenação motora
Irritabilidade	Crise epiléptica
Dificuldade de concentração	Respostas verbais lentificadas
Falta de energia, cansaço	

NÚCLEO DE ATENDIMENTO A CONCUSSÃO E AO TCE

Especializado no atendimento pós-alta de pacientes que sofreram TCE e necessitam acompanhamento de sintomas

Oferecer ao paciente a possibilidade de agendar uma consulta após a alta através do telefone:

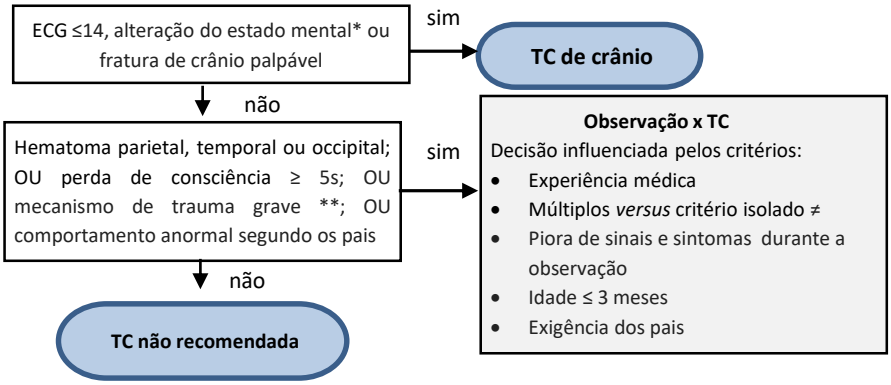
(11) 2151-9205

8. INDICADORES DE QUALIDADE

Indicação de tomografia seguindo as regras de decisão clínica

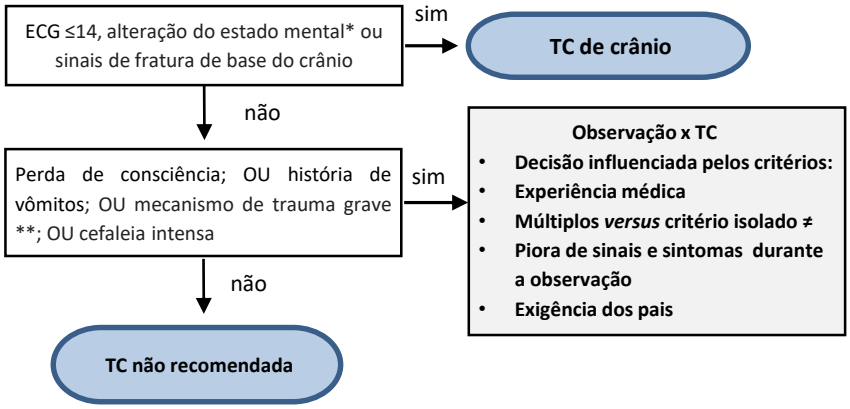
CRITÉRIOS PARA AUXÍLIO NA DECISÃO SOBRE INDICAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EM CRIANÇAS COM TCE:

Indicação de tomografia computadorizada para TCE em crianças menores do que 2 anos.



*Alteração do estado mental: agitação, sonolência excessiva, questionamento repetitivo, comunicação com resposta verbal lenta;
**Mecanismo de trauma grave: acidente automobilístico sem e com ejeção do veículo, capotamento, morte de passageiro; acidente de ciclismo sem capacete, atropelamento ; queda de 1,5 m de altura (ou 90cm para < 2 anos);
≠ Recomenda-se priorizar observação para critérios isolados, pelo risco muito menor do que 1% para lesão clinicamente importante

Indicação de tomografia computadorizada para TCE em crianças maiores do que 2 anos.



*Alteração do estado mental: agitação, sonolência excessiva, questionamento repetitivo, comunicação com resposta verbal lenta;
**Mecanismo de trauma grave: acidente automobilístico sem e com ejeção do veículo, capotamento, morte de passageiro; acidente de ciclismo sem capacete, atropelamento ; queda de 1,5 m de altura (ou 90cm para < 2 anos);
≠ Recomenda-se priorizar observação para critérios isolados, pelo risco muito menor do que 1% para lesão clinicamente importante

Referências

[1] Barbosa RR, Jawa R, Watters JM, Knight JC, Kerwin AJ, Winston ES, et al. Evaluation and management of mild traumatic brain injury: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. J Trauma Acute Care Surg. 2012 Nov;73(5 Suppl 4):S307–14.
[2] Brenner D, Elliston C, Hall E, Berdon W. Estimated risks of radiation-induced fatal cancer from pediatric CT. AJR Am J Roentgenol. 2001 Feb;176(2):289–96.
[3] Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, Hoyle JD, Atabaki SM, Holubkov R, et al. Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. Lancet. 2009 Oct 3;374(9696):1160–70.
[4] Marshall S, Bayley M, McCullagh S, Velikonja D, Berrigan L. Clinical practice guidelines for mild traumatic brain injury and persistent symptoms. Can Fam Physician. 2012 Mar;58(3):257–67, e128–40.
[5] Pearce MS, Salotti JA, Little MP, McHugh K, Lee C, Kim KP, et al. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. Lancet. 2012 Aug 4;380(9840):499–505.
[6] Shravat BP, Huseyin TS, Hynes KA. NICE guideline for the management of head injury: an audit demonstrating its impact on a district general hospital, with a cost analysis for England and Wales. Emerg Med J. 2006;23:109–13.
[7] Stiell IG, Wells G a, Vandemheen K, Clement C, Lesiuk H, Laupacis A, et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. Lancet.2001 May;357(9266):1391–6.
[8] Head Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS). Chapter 6.
[9] Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury 4th Edition. Disponível online em: https://braintrauma.org/guidelines/guidelines-for-the-management-of-severe-tbi-4th-ed#/ (acessado em 09/junho/2019)
[10] Concussion: Evaluation and management. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2017 August;84(8):623-630. Disponível online em: https://www.mdedge.com/ccjm/article/143288/adolescent-medicine/concussion-evaluation-and-management

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

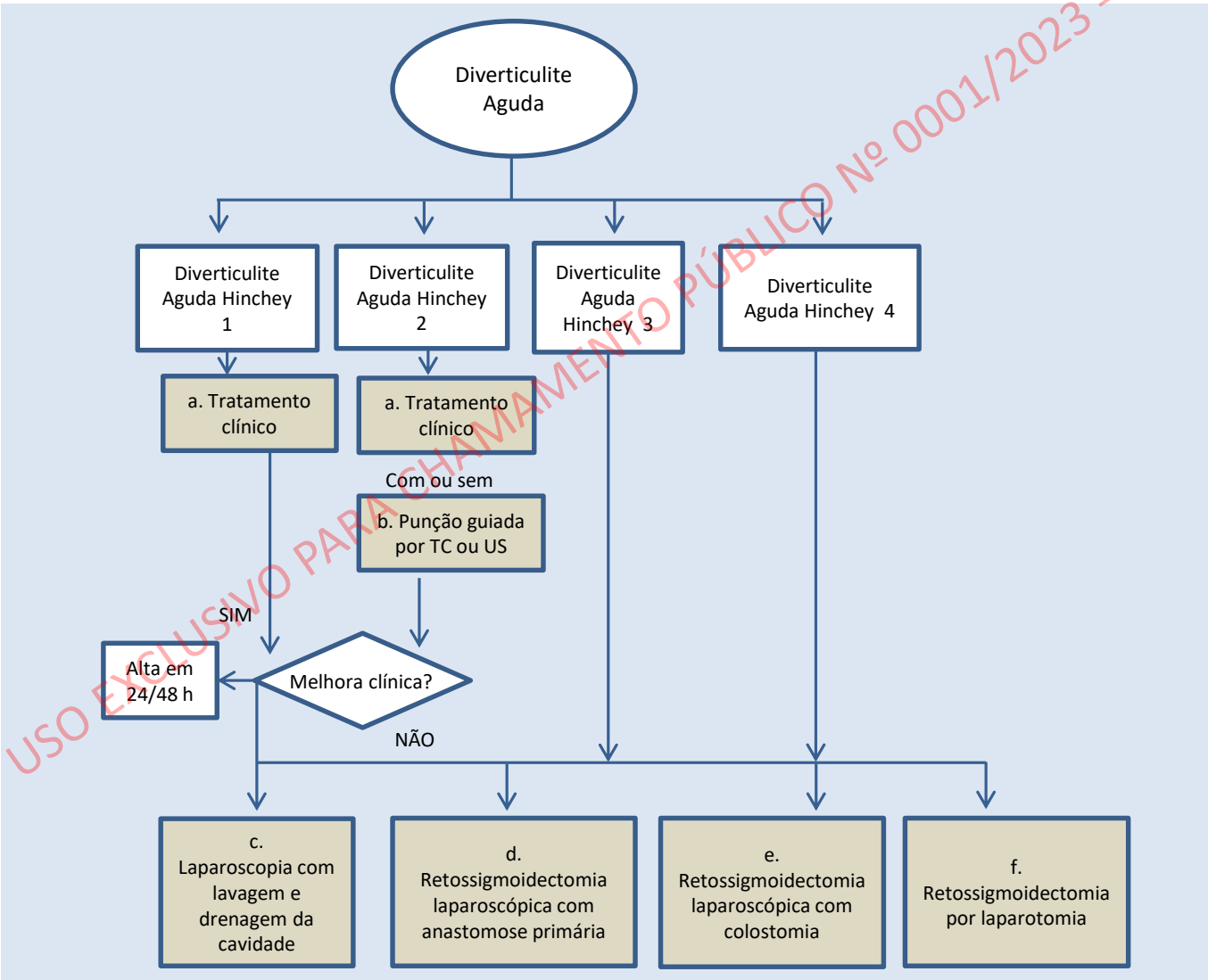
Diverticulite Aguda

Diverticulite aguda é definida como inflamação, geralmente devido à microperfuração de um divertículo. Aproximadamente 4% dos pacientes com diverticulose desenvolvem diverticulite aguda. [1]

1. DIAGNÓSTICO

Exame Diagnóstico: Tomografia de abdome total com contraste EV.
Exames Pré-Operatórios: Hemograma , PCR, Amilase, Ureia , Creatinina, Sódio , Potássio, Urina 1.
Indicação de Tratamento: Este guia de episódio do cuidado é destinado ao tratamento dos CIDs especificados na tabela abaixo

CID	Descrição
K57.2	Doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abcesso
K57.3	Doença diverticular do intestino ou abscesso
K57.8	Doença diverticular do intestino, de localização não especificada, com perfuração e abscesso
K57.9	Doença diverticular do Intestino, de localização não especificada, sem perfuração ou abscesso



USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

2. ESCORE DE RISCO

Elegíveis:

- Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA): I, II.
- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades.

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

Não Elegíveis:

- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo de internação previsto.

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

3. CLASSIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DE TRATAMENTO

- Pacientes com quadro de diverticulite leve (Hinchey I), podem ser tratados ambulatorialmente com antibióticos via oral (ciprofloxacina e metronidazol) e dieta pastosa pobre em fibras;
- Pacientes com diverticulite Hinchey II devem ser internados. A condução destes casos é bastante individualizada, porém, geralmente o tratamento cirúrgico acaba se definindo em até 48 hs, a depender da evolução clínica. Na vigência de abscesso cavitário existem as opções de drenagem guiada por radiologia intervencionista ou lavagem e drenagem da cavidade por laparoscopia. A retossigmoidectomia laparoscópica ou convencional nos casos Hinchey II é bastante controversa assim como a confecção de estoma neste procedimento;
- Pacientes Hinchey III e IV, com peritonite purulenta ou fecal devem ser submetidos a tratamento cirúrgico de urgência. Em casos selecionados a lavagem e drenagem da cavidade por laparoscopia podem ser indicadas. No entanto, na maioria dos casos, a retossigmoidectomia com anastomose primária ou a cirurgia de Hartmann acabam sendo mais realizadas.

	Classificação de Hinchey (1978)
Estádio 1	Abscesso paracólico pequeno, confinado ao mesentério do cólon
Estádio 2	Abscesso grande, distante, localizado na pelve ou retroperitônio
Estádio 3	Peritonite purulenta decorrente de ruptura de abscesso
Estádio 4	Peritonite fecal decorrente de perfuração livre de um divertículo não inflamado

4. TRATAMENTOS

a. TRATAMENTO CLÍNICO

ALOCAÇÃO

• 2 diárias de Apartamento em Clinica Médica Cirúrgica.

CONDUTA

• Dieta leve para diverticulite.
• Exames de controle: Hemograma e PCR.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h
Analgésico (Tylenol)	750mg	VO	6/6h em caso de alergia a dipirona
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h por 2 dias
ATB (Ciprofloxacina)	500mg	EV	12/12h por 2 dias
ATB (Flagyl)	500mg	EV	8/8h por 2 dias
Opioide (Denol)	2mg	EV	8/8h s/n
IBP (Pantoprazol)	40mg	EV	1x/dia
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	EV	12/12h
Digesan	10mg	EV	8/8h
SG 5% NaCl 20% KCl 19,1%	1000ml 20ml 10ml	EV	12/12h

Critérios para Alta hospitalar
• Dor controlada • SSVV dentro da normalidade

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:

- **Dieta:** Leve;
- **Retorno ambulatorial:** 7 dias após a alta;
- **Retornar ao trabalho em:** após reavaliação em 7 dias

b. PUNÇÃO GUIADA POR TOMOGRAFIA OU ULTRASSONOGRAFIA

ALOCAÇÃO:

• 2 diárias de Apartamento em Clinica Médica Cirúrgica.

CONDUTA:

• Dieta leve para diverticulite.

PROCEDIMENTO:

Prescrição	Dose	Via	Frequência
ATB (Ciprofloxacina)	500mg	EV	12/12h por 2 dias
ATB (Metronidazol)	500mg	EV	8/8h por 2 dias
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h
Analgésico (Paracetamol)	750mg	VO	6/6h em caso de alergia a dipirona
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h por 2 dias
Opioide (Denol)	100mg	EV	8/8h s/n
IBP (Pantoprazol)	40mg	EV	1x/dia
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	EV	12/12h
Bromoprida	10mg	EV	8/8h
SG 5% NaCl 20% KCl 19,1%	1000ml 20ml 10ml	EV	12/12h

Critérios para Alta hospitalar
• Dor controlada • SSVV dentro da normalidade

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:

- **Dieta:** Leve;
- **Atividade física:** Restrita até retorno médico;
- **Retorno ambulatorial:** 7 dias após a alta;
- **Retornar ao trabalho em:** após reavaliação em 7 dias.

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

c. LAPAROSCOPIA COM LAVAGEM E DRENAGEM DA CAVIDADE

ALOCAÇÃO:
• 4 diárias de Apartamento em Clinica Médica Cirúrgica.

PRÉ-OPERATÓRIO:
• Assinatura dos Termos de Consentimento.

ANESTESIA:
• Geral com bloqueio (dexametasona 10 mg, zofran 8 mg, profenid 100 mg, Plasmalite 1500 a 2500 ml, bloqueio tipo raqui com marcaína pesada, anestesia geral com propofol em bomba e bloqueio neuromuscular profundo com rocurônio em infusão contínua, sugamadex 2 ampolas ao final da cirurgia).

CIRURGIA:

Tempo de sala 2h

PÓS-OPERATÓRIO:
• **Dieta:** Líquido POI, Liquida leve no 1º PO e leve para diverticulite conforme aceitação e evolução do quadro clínico;
• **Curativo:** Opsite;
• **Fisioterapia:** 8 atendimentos;
• **Cuidados específicos:** Dreno de blake; socor SVD POI
• **Atividade:** pode deambular com auxilio assim que acordado;
• **Indicação de exames de controle**: NA.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h por 4 dias
Analgésico (Tylenol)	750mg	VO	6/6h em caso de alergia a dipirona
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h por 2 dias
ATB (Ciprofloxacina)	500mg	EV	12/12h até completar 7 dias
ATB (Flagyl)	500mg	EV	8/8h até completar 7 dias
Opioide (Tramadol)	100mg	EV	8/8h se dor por 2 dias
IBP (Pantoprazol)	40mg	EV	1x/dia até completar 7 dias
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	EV	12/12h por 4 dias
Digesan	10mg	EV	8/8h por 2 dias

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:
- **Dieta:** Leve;
- **Atividade física:** Restrita até retorno médico;
- **Retorno ambulatorial:** 7 dias após a alta;
- **Retornar ao trabalho em:** 15 dias.

Critérios para Alta hospitalar
• Sinais vitais normais para faixa etária • Dor controlada • Diurese presente • Boa aceitação alimentar • Ausência de sangramento

❑ **Procurar o cirurgião em caso de sangramento, febre, intolerância à dieta, dor abdominal forte, febre, saída de secreção na feriada operatória.**

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

d. RETOSSIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE PRIMÁRIA

ALOCAÇÃO:
• 4 diárias de Apartamento em Clinica Médica Cirúrgica.

PRÉ-OPERATÓRIO:
• Assinatura dos Termos de Consentimento.

ANESTESIA:
• Geral com bloqueio (dexametasona 10 mg, zofran 8 mg, profenid 100 mg, Plasmalite 1500 a 2500 ml, bloqueio tipo raqui com marcaína pesada, anestesia geral com propofol em bomba e bloqueio neuromuscular profundo com rocurônio em infusão contínua, sugamadex 2 ampolas ao final da cirurgia).

CIRURGIA:

Tempo de sala 3h

PÓS-OPERATÓRIO:
• **Dieta:** Jejum no POI, Liquida no 1º PO e leve para diverticulite conforme aceitação e evolução do quadro clínico.
• **Curativo: opsite**.
• **Fisioterapia:** 8 atendimentos.
• **Cuidados específicos:** Dreno de blake, soccer SVD E POI
• **Atividade:** Pode deambular com auxilio assim que acordado.
• **Indicação de exames de controle:** NA.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h por 4 dias
Analgésico (Tylenol)	750mg	VO	6/6h em caso de alergia a dipirona
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h por 2 dias
ATB (Ciprofloxacina)	500mg	EV	12/12h até completar 7 dias
ATB (Flagyl)	500mg	EV	8/8h até completar 7 dias
Opioide (Demol)	100mg	EV	8/8h se dor por 2 dias
IBP (Pantoprazol)	40mg	EV	1x/dia até completar 7 dias
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	EV	12/12h por 4 dias
Digesan	10mg	EV	8/8h por 2 dias

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:
- **Dieta:** Leve;
- **Atividade física:** Restrita até retorno médico;
- **Retorno ambulatorial:** 7 dias após a alta;
- **Retornar ao trabalho em:** 15 dias.

Critérios para Alta hospitalar
• Sinais vitais normais para faixa etária
• Dor controlada
• Diurese presente
• Boa aceitação alimentar
• Ausência de sangramento

❑ **Procurar o cirurgião em caso de sangramento, febre, intolerância à dieta, dor abdominal forte, febre, saída de secreção na feriada operatória.**

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

e. RETOSSIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM COLOSTOMIA (Hartmann)

ALOCAÇÃO:
• 4 diárias de Apartamento em Clinica Médica Cirúrgica.

PRÉ-OPERATÓRIO:
• Assinatura dos Termos de Consentimento.

ANESTESIA:
• Geral com bloqueio (dexametasona 10 mg, zofran 8 mg, profenid 100 mg, Plasmalite 1500 a 2500 ml, bloqueio tipo raqui com marcaína pesada, anestesia geral com propofol em bomba e bloqueio neuromuscular profundo com rocurônio em infusão contínua, sugamadex 2 ampolas ao final da cirurgia).

CIRURGIA:

Tempo de sala 3h

PÓS-OPERATÓRIO:
• **Dieta:** Líquido no POI, Liquida leve no 1º PO e leve para diverticulite conforme aceitação e evolução do quadro clínico;
• **Curativo:** opsite;
• **Fisioterapia:** 8 atendimentos;
• **Cuidados específicos:** Dreno de blake, bolsa de colostomia e socer SVD POI
• **Atividade:** Pode deambular com auxilio assim que acordado;
• **Indicação de exames de controle:** NA.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h por 4 dias
Analgésico (Tylenol)	750mg	VO	6/6h em caso de alergia a dipirona
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h por 2 dias
ATB (Ciprofloxacina)	500mg	EV	12/12h até completar 7 dias
ATB (Flagyl)	500mg	EV	8/8h até completar 7 dias
Opioide (Demol)	1 vez	EV	8/8h se dor por 2 dias
IBP (Pantoprazol)	40mg	EV	1x/dia até completar 7 dias
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	EV	12/12h por 4 dias
Digesan	10mg	EV	8/8h por 2 dias (opcional)

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:
- **Dieta:** Leve;
- **Atividade física:** Restrita até retorno médico;
- Orientações de cuidados com colostomia;
- **Retorno ambulatorial:** 7 dias após a alta;
- **Retornar ao trabalho em:** 15 dias.

Critérios para Alta hospitalar
• Sinais vitais normais para faixa etária
• Dor controlada
• Diurese presente
• Boa aceitação alimentar
• Ausência de sangramento
• Colostomia funcionante

❑ **Procurar o cirurgião em caso de sangramento, febre, intolerância à dieta, dor abdominal forte, febre, saída de secreção na feriada operatória.**

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

f. RETOSSIGMOIDECTOMIA POR LAPAROTOMIA COM COLOSTOMIA

ALOCAÇÃO:
• 4 diárias de Apartamento em Clinica Médica Cirúrgica.

PRÉ-OPERATÓRIO:
• Assinatura dos Termos de Consentimento.

ANESTESIA:
• Geral com bloqueio (dexametasona 10 mg, zofran 8 mg, profenid 100 mg, Plasmalite 1500 a 2500 ml, bloqueio tipo raqui com marcaína pesada, anestesia geral com propofol em bomba e bloqueio neuromuscular profundo com rocurônio em infusão contínua, sugamadex 2 ampolas ao final da cirurgia).

CIRURGIA:
Tempo de sala 3h

PÓS-OPERATÓRIO:

- **Dieta:** Jejum no POI, Liquida no 1º PO e leve para diverticulite conforme aceitação e evolução do quadro clínico;
- **Curativo:** Gaze e micropore;
- **Fisioterapia:** 8 atendimentos;
- **Cuidados específicos:** Dreno de blake e bolsa de colostomia;
- **Atividade:** Pode deambular com auxilio assim que acordado;
- **Indicação de exames de controle:** NA.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h por 4 dias
Analgésico (Tylenol)	750mg	VO	6/6h em caso de alergia a dipirona
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h por 2 dias
ATB (Ciprofloxacina)	500mg	EV	12/12h até completar 7 dias
ATB (Flagyl)	500mg	EV	8/8h até completar 7 dias
Opioide (Demol)	2 vezes	EV	8/8h se dor por 2 dias
IBP (Pantoprazol)	40mg	EV	1x/dia até completar 7 dias
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	EV	12/12h por 4 dias
Digesan	10mg	EV	8/8h por 2 dias

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:

- **Dieta:** Leve;
- **Atividade física:** Restrita até retorno médico;
- Orientações de cuidados com colostomia;
- **Retorno ambulatorial:** 7 dias após a alta;
- **Retornar ao trabalho em:** 15 dias.
- **Retorno** com enfermeira esternoperapeita em 7 dias

Critérios para Alta hospitalar
• Sinais vitais normais para faixa etária
• Dor controlada
• Diurese presente
• Boa aceitação alimentar
• Ausência de sangramento
• Colostomia funcionante

❑ **Procurar o cirurgião em caso de sangramento, febre, intolerância à dieta, dor abdominal forte, febre, saída de secreção na feriada operatória.**

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

5. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo de permanência no P.S;
- Tempo médio entre diagnóstico e definição de tratamento;
- Tempo Médio de Permanência < 48h para tratamentos a, b e 96h para tratamentos c, d, e, f;
- Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Complicações Clavien ≥ 3 em até 30 dias após a alta;
- Custo médio da internação (passagem);
- Valor médio faturado.

Referências

[1] Clinical manifestations and diagnosis of acute diverticulitis in adults. John H Pemberton, MD. https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-diverticulitis-in-adults?search=diverticulite%20aguda&source=search_result&selectedTitle=3~40&usage_type=default&display_rank=3 Acessado em 08/01/2019

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Colecistectomia Laparoscópica

A Colecistectomia Laparoscópica consiste na ressecção da vesícula biliar. O motivo mais comum de indicação cirúrgica é a colelitíase crônica calculosa, seja ela sintomática ou não. Outras doenças como colesterolose e pólipos também tem indicação de colecistectomia.

1. DIAGNÓSTICO E PRÉ-OPERATÓRIO

História clínica: Dor abdominal em epigástrio ou hipocôndrio direito pós-prandial. Pode ser também assintomático.

Exame físico: Inespecífico. Pode haver dor no hipocôndrio direito do abdome.

Exames diagnósticos: Ultrassonografia de abdome superior com presença de cálculos. Em casos específicos, se for suspeita clínica porem USG inalterado, pode ser realizada ColangioRM ou ECO-endoscopia para investigação de micro-cálculos.

2. INDICAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Elegíveis:

- **Litíase:** Sempre que presente no USG, independente de sintoma ou tamanho;
- **Microlitíase:** Se sintomático;
- **Pólipo / colesterolose / adenomiose:** Se sintomático; se associado a litíase; se >= 10mm; se >5mm com crescimento em relação a USG prévio.

3. EXAMES PRÉ OPERATÓRIOS

- Hemograma completo, Coagulograma, TGO/ TGP, Bilirrubinas total e Frações fosfatase alcalina e Gama GT.
- Exames pré-operatórios específicos conforme comorbidades associadas e risco cardiovascular.

CID 10	Definição
K80.2	Calculose da vesícula biliar sem colecistite
K82.4	Colesterolose da vesícula biliar
K82.9	Obstrução da vesícula biliar
K82.8	Outras doenças especificadas da vesícula biliar

Indicação de Colecistectomia VLP

Checar Critérios de Indicação:

- **Litíase:** sempre que presente no USG, independente de sintoma ou tamanho;
- **Microlitíase:** se sintomático;
- **Pólipo / Colesterolose / Adenomiose:** se sintomático; se associado a litíase; se >= 10mm; se >5mm com crescimento em relação a USG prévio.

Exames pré-operatórios: Hemograma completo, coagulograma, TGO/TGP, bilirrubinas total e frações, fosfatase alcalina e GamaGT. Outros exames de acordo com comorbidades e idade.

Cirurgia

- ❑ Antibioticoprofilaxia com Cefazolina
- ❑ Profilaxia TEV institucional
- ❑ Colangiografia intra-operatória?

Pós-operatório

- ❑ Prescrição padrão
- ❑ Critérios e momento da alta
- ❑ Orientações de alta
- ❑ Retornos

4. ESCORE DE RISCO

- Classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA):

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool).
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve).
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos).
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada).
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos).
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação.

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

5. ALOCAÇÃO

- Cirurgia de baixo risco;
- Pelo procedimento não há indicação de rotina de UTI;
- Porém pode ser indicado conforme comorbidades, por exemplo, alto risco CV em idoso.

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Tempo estimado de cirurgia
1h

Anestesia
Antibioticoprofilaxia

- **Antibiótico recomendado:** Cefazolina
- **Dose:** Protocolo anestesia
- **Repique durante a cirurgia:** Protocolo anestesia
- **Duração da antibioticoprofilaxia:**Até 24h

Tecnologias necessárias durante a cirurgia
Radioscopia

7. CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Prescrição médica do PO

	POI	1° PO até alta
Dieta	Leve, quando bem acordado	Leve
Analgesia	Dipirona 1g, EV, 6/6h	Dipirona 1g, EV, 6/6h
	Cetoprofeno 100mg, EV, 12/12h	Cetoprofeno 100mg, EV, 12/12h
	Buscopan 20mg, EV, 8/8h se dor moderada	Buscopan 20mg, EV, 8/8h se dor moderada
	Tramadol 100mg, EV, 8/8h se dor forte ou	Tramadol 100mg, EV, 8/8h se dor forte ou
	Morfina 2mg, EV, até 4/4h se dor forte	Morfina 2mg, EV, até 4/4h se dor forte
Outras medicações	Ondansetron 8mg, EV, 8/8h	Ondansetron 8mg, EV, 8/8h
	Dramin B6 DL 1 amp, EV, 8/8h se naúseas ou vômitos	Dramin B6 DL 1 amp, EV, 8/8h se naúseas ou vômitos
Profilaxia de TEV	Protocolo institucional	Protocolo institucional
Fisioterapia		
Ordens e cuidados	Deambulação precoce	Deambulação precoce
Curativo		
Outros		

Critérios e momento da alta

- **Dia do PO deve ocorrer a alta:** 1º PO (no máximo até 2º PO).
- **Quais os critérios mínimos para que o paciente tenha alta:** Aceitação da dieta, controle da dor, ausência de náuseas ou vômitos.

Orientações de alta

- Procurar o cirurgião caso apresente vermelhidão nas incisões, febre, aumento da dor em relação ao dia da alta hospitalar.

Retornos programados

- **Dias de PO o paciente deve retornar ao consultório:** 7 dias.
- **Que exames deve trazer nestes dias:** Nenhum.
- **Quando deve retirar os pontos:** No retorno, caso necessário (nem sempre há fio de sutura para retirar).

USO EXCLUSIVO PARA CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

8. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Médio de Permanência < 24h ou <15h em casos de Day Clinic;
- Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Complicações Clavien ≥ 3 em até 30 dias após a alta.

Referências

[1] Zakko SF. Overview of gallstone disease in adults. Chopra S, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. http://www.uptodate.com (Acessado em 07 de janeiro de 2019).

[2] Afdhal NH and Zakko SF. Gallstones: Epidemiology, risk factors and prevention. Chopra S, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. http://www.uptodate.com (Acessado em 07 de janeiro de 2019).

[3] Afdhal NH and Vollmer CM. Complications of laparoscopic cholecystectomy. Ashlewy SW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. http://www.uptodate.com (Acessado em 07 de janeiro de 2019).

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Apendicectomia Videolaparoscópica

A apendicite aguda é uma das emergências cirúrgicas abdominais mais frequentes, com prevalência aproximada de 7% da população. A apendicectomia é o tratamento de escolha, e a utilização da via laparoscópica permite recuperação pós operatória mais rápida, e diminui o risco de complicações relacionadas a aderências no pós-operatório tardio.

1. DIAGNÓSTICO

A antibioticoterapia intravenosa, instituída tão logo seja feito o diagnóstico, minimiza o risco de perfuração e abscesso, e o tratamento cirúrgico deve ser instituído nas próximas 12 a 24h após a confirmação diagnóstica, realizada com o auxílio de exames de imagens, com base na suspeita clínica (ultrassonografia de abdome e tomografia computadorizada), que nesse contexto apresentam sensibilidade e especificidade superiores a 95%. [1-5]

CID 10	Definição
K35	Apendicite aguda
K35.0	Apendicite aguda com peritonite generalizada
K35.1	Apendicite aguda com abscesso peritoneal
K35.9	Apendicite aguda sem outra especificação
k37	Apendicite sem outras especificações

2. INDICAÇÃO CIRÚRGICA

A cirurgia é indicada para tratamento dos CIDs especificados na tabela abaixo.

3. EXAMES E AVALIAÇÕES PRÉ OPERATÓRIOS

Exames Diagnósticos: US ou TC de abdome .
Exames Pré-Operatórios: Hemograma, Creatinina, Glicemia, Potássio, Sódio, Ureia, Lipase.

4. ESCORE DE RISCO

Elegíveis:

- Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA): I e II.
- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades.

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

Não Elegíveis:

- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo de internação previsto.

5. ALOCAÇÃO E DURAÇÃO DA INTERNAÇÃO

- 2 diárias de Apartamento de Clínica Médica e Cirúrgica.

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

* Em geral, o Metronidazol estará associado com Ceftriaxona ou Ciprofloxacino.

PRÉ-OPERATÓRIO:
- Assinatura dos Termos de Consentimento;
- Iniciar a Antibioticoterapia.

ANESTESIA:
- Geral.

CIRURGIA:
- Videolaparoscópica.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
ATB (Metronidazol) associado à:	500mg	EV	8/8h
ATB (Ceftriaxona) **OU***	1g	EV	12/12h
ATB (Ciprofloxacino)	400mg	EV	12/12h

7. PÓS-OPERATÓRIO

- Dieta: Leve;
- Curativo: Dermabond;
- Cuidados específicos: Avaliar sangramento, edema, hematoma, cuidados com dreno de blake;
- Fisioterapia: NA;
- Indicação de exames de controle: NA.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
ATB (Metronidazol) associado a:	500mg	EV	8/8h
ATB (Ceftriaxona) **OU***	1g	EV	12/12h
ATB (Ciprofloxacino)	400mg	EV	12/12h
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	EV	12/12h
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h
Opioide (Tylex)	30mg	VO	8/8h se dor
IBP (Omeprazol)	20mg	EV	1x/dia
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h
Antiemético (Dramin)	1 amp	EV	8/8h se náusea
Profilaxia de TEV conforme protocolo institucional	*	*	*

Critérios para Alta hospitalar
• Boa aceitação alimentar • SSVV normais para faixa etária • Ausência de sangramento • Analgesia eficaz

* Em geral o Metronidazol estará associado com Ceftriaxona ou Ciprofloxacino.

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:
- Dieta sem restrições;
- Retorno ambulatorial em 7 dias;
- Atividade leve após 30 dias;
- Procurar o cirurgião caso apresente sangramento, febre ou dor.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
ATB (Ciprofloxacino)	500mg	VO	12/12h
ATB (Cefuroxima)	500mg	VO	12/12h
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	VO	12/12h
Analgésico (Dipirona)	500mg	VO	6/6h
IBP (Omeprazol)	20mg	VO	1x/dia

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

8. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Médio de Permanência < 48h;
- Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Complicações Clavien ≥ 3 em até 30 dias após a alta;
- Custo médio da internação (passagem);
- Valor médio faturado.

Referências

[1] Jaschinski T, Mosch C, Eikermann M, Neugebauer EA: Laparoscopic versus open appendectomy in patients with suspected appendicitis: a systematic review of meta-analyses of randomised controlled trials. BMC Gastroenterol 2015;15:48.
[2] United Kingdom National Surgical Research Collaborative; Bhangu A: Safety of short, in-hospital delays before surgery for acute appendicitis: multicentre cohort study, systematic review, and meta-analysis. Ann Surg 2014;259:894-903.
[3] Podda M, Cillara N, Di Saverio S, et al.; ACOI (Italian Society of Hospital Surgeons) Study Group on Acute Appendicitis: Antibiotics-first strategy for uncomplicated acute appendicitis in adults is associated with increased rates of peritonitis at surgery. A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials comparing appendectomy and non-operative management with antibiotics. Surgeon 2017;15:303-314.
[4] Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT: Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet 2015;386:1278-1287.
[5] Sandell E, Berg M, Sandblom G, Sundman J, Fränneby U, Boström L, et al. Surgical decision-making in acute appendicitis. BMC surgery. 2015;15:69.

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Dor Abdominal Aguda em Adultos

Dor na região abdominal de aparecimento súbito, não traumática e de intensidade suficiente a levar o paciente ao atendimento médico. Poderá ou não necessitar de tratamento cirúrgico. O objetivo do atendimento inicial deve ser o de chegar ao diagnóstico sindrômico, a fim de avaliar e tratar riscos, definir tratamento inicial, controle dos sintomas e investigação diagnóstica, além de direcionar o tratamento definitivo.

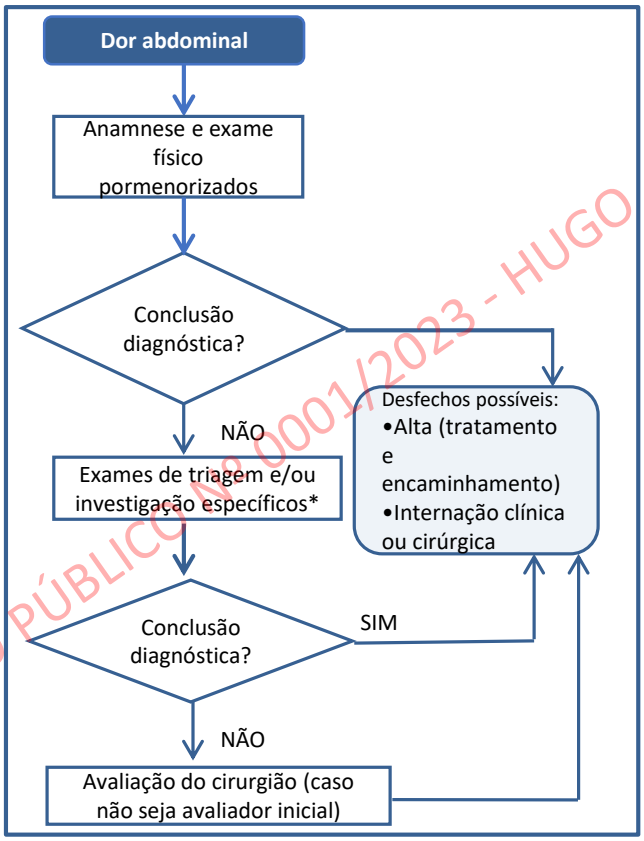
1. CLASSIFICAÇÃO

A dor abdominal aguda é classificada em 5 grupos. São os diagnósticos sindrômicos do abdome agudo:

- **Inflamatório:** apendicite, colecistite, pancreatite, diverticulite, doença inflamatória pélvica aguda, apendagite.
- **Perfurativo:** Pneumoperitôneo / Retroperitôneo (perfuração de vísceras ocas) por úlcera péptica, neoplasia gastrintestinal, diverticulite ou corpo estranho.
- **Obstrutivo:** aderências intestinais, hérnia encarcerada, tumor, fecaloma, volvo, Íleo biliar intussuscepção, Síndrome de Ogilvie, doenças metabólicas.
- **Vascular:** isquemia intestinal, trombose mesentérica, torção de cisto ou apêndice ovariano, infarto esplênico.
- **Hemorrágico:** gravidez ectópica rota, ruptura do baço, ruptura de aneurismas, cisto ovariano hemorrágico, coagulopatias, necrose tumoral, endometriose

2. DIAGNÓSTICO

- Em muitas ocasiões, cerca de 20-30% dos casos, não será definido um diagnóstico preciso, mas o paciente será levado ao desfecho mais adequado: intervenção cirúrgica, internação para observação, investigação ou tratamento clínico, alta com observação domiciliar ou encaminhamento para acompanhamento ambulatorial. Assim, o mais importante será dar a conduta correta, mesmo sem chegar a um diagnóstico definitivo.
- A busca intensiva por um diagnóstico de certeza no PA poderá levar à sobrecarga de exames, aumento dos custos do tratamento, aumento do tempo de espera e nem sempre se traduzir num maior grau de satisfação do paciente. Por outro lado, a alta sem a devida investigação e planejamento terapêutico orientado ao paciente, pode causar insegurança, insatisfação e mesmo risco à saúde do paciente. O balanço adequado entre esses dois extremos, com a padronização de condutas e orientação aos plantonistas é o objetivo desta diretriz.
- A ênfase na anamnese e exame físico para a correta identificação dos casos potenciais de abdome agudo, associada a uma propedêutica complementar direcionada, é o passo fundamental para que alcançar esse objetivo.
- Pela enorme gama de situações clínicas que podem levar a um quadro de dor abdominal, essa diretriz se restringe apenas à investigação inicial e deve ser seguida de novas diretrizes para síndromes clínicas e diagnósticos específicos relevantes de abdome agudo.



Exames iniciais = HMG, PCR, amilase, U1, β-HCG.
•AA obstrutivo ou perfurativo = Rx em três posições ou TC
•AA hemorrágico = USG
•AA vascular = angiotomografia
•AAI = USG, TC ou USG transvaginal a depender do paciente e da hipótese diagnóstica (vide texto).

Avaliação laboratorial

Exames iniciais podem ajudar na triagem de gravidade do caso, como hemograma, PCR, amilase e urina tipo 1, além ß-HCG nas mulheres em idade fértil. A solicitação de outros exames, como enzimas hepáticas, lipase, enzimas cardíacas, d-dímero, DHL, função renal, glicemia, coagulograma, exames pré-tranfusionias deve ser realizada de acordo com hipóteses diagnósticas específicas. Sugere-se:

Dor no abdome superior / epigástrio: **Amilase e Perfil hepático.**

LIPASE: reservar se > 3 dias de dor ou forte suspeita clínica de Pancreatite Aguda com Amilase normal

Abdome inferior / hipogástrio: Urina e **β-HCG** (mulheres em idade reprodutiva).

Suspeita da hemorragia: **Hemograma e Coagulograma.**

Sinais de SEPSE – **SEMPRE seguir o Protocolo SEPSE.**

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

Diagnóstico por imagem

- **Radiografia de abdome (3 incidências):** rápido e de baixo custo, é útil na suspeita de perfuração ou obstrução.
- **Ultrassonografia:** útil para avaliação das vias biliares, abdômen agudo inflamatório e hemorrágico ou quando não há definição inicial. EVITAR (pois é pouco útil) quando existe distensão abdominal importante ou obesidade (IMC > 30).
- **Ultrassonografia transvaginal** é o exame de escolha na suspeita de doença ginecológica.
- **Tomografia:** método de maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico etiológico e diferencial da dor abdominal, exceto para doenças das vias biliares. Entretanto deve-se evitar o uso desnecessário de contraste e da radiação ionizante.
- **Angiotomografia de abdome** é o exame de eleição em nosso serviço na suspeita de abdome agudo vascular.
- **Em gestantes ultrassonografia de abdome** é exame inicial, pelos riscos inerentes à radiação e ao contraste, sendo a ressonância a opção sequencial.

Dados de triagem de enfermagem

Pacientes com:

- Temperatura ≥ 37,8ºC
- FC > 100bpm
- PAM < 70 mmHg
- SatO2 < 90% ou
- FR > 28 irpm

devem ser tratados como potenciais portadores de abdome agudo e receber, além das medidas de reanimação inicial, investigação imagenológica direcionada à principal hipótese diagnóstica antes de eventual liberação.

Anamnese

A **queixa da dor** deve ser investigada a fundo, com dados sobre o início do sintoma; padrão, localização, periodicidade e intensidade da dor (preferência pela escala numérica, até para comparação na reavaliação posterior); fatores desencadeadores, de alívio e de piora; episódios anteriores, presença eventual de irradiação.

No **interrogatório sintomatológico**, devemos nos atentar a sintomas gerais como febre, perda do apetite, astenia, síncope, mialgias e icterícia; sintomas digestivos, como náuseas e vômitos, alterações do hábito intestinal, como diarreia, constipação e alterações no aspecto das fezes, alterações na eliminação de gases e distensão abdominal; sintomas urinários, como disúria, oligúria e alterações no aspecto da urina; nas mulheres em idade fértil, relações sexuais desprotegidas, leucorreia, dispareunia, data e característica da última menstruação e possibilidade de gravidez; atividade esportiva ou esforço físico fora do habitual.

A presença de comorbidade, tratamentos cirúrgicos prévios, uso de medicamentos e drogas ilícitas, hábitos de vida são aspectos importantes na anamnese e que podem levar à mudança na conduta.

3. EXAME FÍSICO

Buscar sinais clínicos através da avaliação do estado geral, mucosas e hidratação, ausculta respiratória, ausculta cardíaca, avaliação dos pulsos periféricos e tempo de enchimento capilar que sugiram casos de sepse, desidratação, icterícia, choque, insuficiência respiratória e outras alterações que denotem potencial gravidade ao caso;

O exame físico abdominal completo: Inspeção, ausculta, percussão, palpação superficial, profunda e pesquisa de sinais clínicos relacionados à sua hipótese diagnóstica e às principais doenças de diagnóstico diferencial;

A inspeção deve ser realizada desde a linha dos mamilos até a raiz da coxa, com busca de discromia, sinais de circulação colateral, abaulamentos e cicatrizes cirúrgicas. A **ausculta** deve ser cuidadosa e realizada nos 4 quadrantes a fim de identificar a presença e as características dos ruídos hidro-aéreos. A **percussão** pode ser útil na localização exata do ponto de maior dor, nos casos de peritonite e na identificação de distensão gasosa, ascite, visceromegalia e pneumoperitôneo;

A **palpação superficial** envolve o exame minucioso da musculatura abdominal, buscando identificar alterações na pele e no tecido celular subcutâneo, defesa e contração muscular involuntária, presença de hérnias (devem ser investigadas ativamente nos orifícios heniários naturais potenciais e nas cicatrizes) nos levando a identificar causas de dor relacionadas a alterações da parede abdominal, como infecções, endometriomas, hérnias e tumores, que figuram entre as menos diagnosticadas pelo emergencista. A pesquisa de peritonite pela dor à descompressão deve ser iniciada pelo local de menor dor e testada nos 4 quadrantes;

A **palpação profunda** cuidadosa deve ser rotineira em busca de tumores, visceromegalia e pontos específicos de dor. Manobras semiológicas específicas como a pesquisa dos Sinais de Blumberg, Murphy e Giordano devem ser guiadas pela hipótese diagnóstica principal, lembrando-se de que é necessária a sua confirmação e a exclusão das principais doenças de diagnóstico diferencial.

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

O toque retal deve ser realizado obrigatoriamente nos casos suspeitos de obstrução intestinal e sangramento digestivo. Nos demais deve ser avaliado caso a caso, assim como o exame genital e perineal. A avaliação ginecológica deve ser realizada pelo ginecologista de plantão, nos casos suspeitos, sempre que possível.
Reavaliações clínicas seriadas podem ser úteis para a conclusão diagnóstica mesmo sindrômica, particularmente nas fases iniciais das doenças

4. TRATAMENTO

- O tratamento inicial deve ser guiado pelo quadro clínico e baseado no diagnóstico sindrômico.
- **Casos de menor gravidade =** Promover analgesia e hidratação adequadas e manter jejum até a definição diagnóstica. Analgésicos e outras medicações sintomáticas podem ser utilizados após a avaliação inicial. O uso de múltiplas doses ou a necessidade de utilização de drogas mais potentes, sem diagnóstico específico, deve alertar o médico quanto à necessidade de investigação de urgência ou internação hospitalar para observação e investigação, impedindo a liberação sequencial sem avaliação pelo cirurgião.
- **Sinais de choque =** Seja por hipovolemia, sepse ou hemorragia, devem ser encaminhados à sala de emergência e receber tratamento específico. Aqueles com sepse de origem abdominal, devem também seguir o fluxo do protocolo de sepse.
- **Pacientes com fatores de risco para doença cardiovascular**= Com dor súbita em abdome superior devem ser investigados para isquemia miocárdica e podem ser considerados para os protocolos de IAM com e sem supra de ST e de dor torácica.
- O uso e escolha dos antimicrobianos seguem as recomendações da SCIH (Serviço de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar) (Tabela 1):

1ª Escolha: Ciprofloxacino + Metronidazol / Clindamicina

2ª Escolha: Ceftriaxone + Metronidazol / Clindamicina ou Cefepima

- NÃO prescrever antimicrobianos para uso domiciliar se não houver um diagnóstico etiológico bem definido no momento da alta
- Nos casos de dúvida diagnóstica, é recomendada uma reavaliação médica precoce (até 48 h).

Tabela 1 – Doses dos antimicrobianos

Antibiótico	Dose	Via	Frequência
Metronidazol	500mg	IV	8h/8h
Clindamicina	600mg	IV/IM	6h/6h
Ciprofloxacino	400mg	IV	12h/12h
Ceftriaxone	1g	IV/IM	12h/12h
Cefepima	2g	IV/IM	12h/12h

5. ALTA HOSPITALAR

- **Dieta leve e hidratação intensa**
- **Dor abdominal :** Localização, migração e mudança de característica da dor em um ponto específico do abdome
- **Retornar ao médico caso:**
  - Febre (acima de 38ºC)
  - Calafrios ou suor noturno;
  - Náuseas ou vômitos, diarreia inesperada (especialmente se com sangue ou muco);
  - Parada da eliminação de gases ou fezes e/ ou grande aumento do volume abdominal;
  - Icterícia (olhos amarelados) ou colúria (urina escura).

6. INDICADORES DE QUALIDADE

Retornos não programados às UPAs (por desfecho desfavorável ou evolução não prevista):

Numerador: Número de pacientes readmitidos nas upas em até 7 dias e internados (com CID igual ou correlato) no mês

Denominador: Número total de pacientes com diagnóstico de dor abdominal admitidos nas UPAs no mesmo mês.

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2025 - HUGO

Referências

[1] Gerhardt RT, Nelson BK, Keenan S, Kerman L, MacKersie A, Lane MS. Derivation of a clinical guideline for the assessment of nonspecific abdominal pain: the Guideline for Abdominal Pain in the ED Setting (GAPEDS) Phase 1 Study**.** American Journal of Emergency Medicine. 2005; 23, 709-717.
[2] Nagle A. Acute abdominal pain. In: Ashley S, Wilmore DW, Klingensmith ME, Cance WG, Napolitano LM, Jurkovich GJ, Pearce WH, Pemberton JH, Soper NJ, editors. ACS surgery: principles and practice 2011.
[3] Penner RM, Majundar SR. Diagnostic approach to abdominal pain in adults. In: UpToDate. 2013.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Atendimento ao Paciente Politraumatizado

O tratamento de uma vítima de trauma grave requer avalição rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida. O tempo é essencial, sendo importante uma abordagem sistematizada, que possa ser facilmente aplicada. É fato reconhecido que essa abordagem tem impacto para evolução clínica favorável desses doentes, diminuindo mortalidade, tempo de internação e complicações tardias.

I – ASSISTENCIAL

1. TRAUMA MAIOR

Pacientes com suspeita de trauma grave que chegam ao Pronto Socorro e são classificados de acordo com os critérios estabelecidos, apresentando um ou mais dos critérios abaixo:

1.1 Critérios fisiológicos:
- Escala de Coma De Glasgow < 15 ou deterioração neurológica;
- PAS < 90 mmHg;
- FR < 10 irpm ou > 29 irpm ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar.

1.2 Critérios anatômicos:
- Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdominal, extremidades proximais ao cotovelo e joelho;
- Fratura exposta ou afundamento de crânio;
- Para/tetraplegia ou suspeita de trauma raquimedular;
- Tórax instável ou múltiplas fraturas de costelas;
- Fratura de pelve;
- Amputação traumática proximal ao punho ou tornozelo;
- Esmagamento ou desenluvamento em extremidades;
- Suspeita de lesão em mais de 1 segmento corpóreo;
- Queimadura elétrica;
- Suspeita de lesão por inalação;
- Queimadura de 2º / 3º grau:
    - -10% de superfície corpórea (Idade < 10 ou > 50 anos)
    - -20% de superfície corpórea em qualquer idade;
- Suspeita clínica de instabilidade da pelve;
- Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero).

1.3 Mecanismo do trauma:
- Queda:
    - Altura > 3 metros;
    - Qualquer altura em paciente em uso de anticoagulante;
- Acidente com automóvel ou motocicleta:
    - Com deformidade do veículo e intrusão > 30 cm;
    - Ejeção ou capotamento;
    - Óbito de algum dos passageiros;
- Atropelamento em velocidade > 40 km/h;
- Acidente automobilístico com colisão em velocidade > 70 km/h;
- Acidente motociclístico em velocidade > 40 km/h;
- Paciente preso em ferragens;
- Queimadura elétrica;
- Explosão;
- Trauma abdominal com distensão abdominal, sinal de irritação peritoneal ou marca do cinto de segurança.

1.4 Condições clínicas de risco aumentado:
- Crianças ou adultos > 55 anos;
- Gravidez confirmada ou presumida;
- Doenças crônicas graves;
- Terapia com anticoagulante.

2. TRAUMA MENOR

Trauma menor é aquele que não se enquadra nos critérios de trauma maior, caracterizado como:

- Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior;
- Sinais vitais dentro dos parâmetros da normalidade;
- Fraturas alinhadas, luxações, lacerações;
- Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível;
- Trauma torácico com dor leve sem dispneia;
- Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias.

3. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Avaliação primária do paciente com trauma maior deverá ocorrer conforme o protocolo de atendimento inicial do politraumatizado recomendado pelo ATLS. A avaliação primária e reanimação ocorrem simultaneamente, em uma sequência lógica de condições de risco à vida, conhecida como "ABCDE".

A avaliação ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition - Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) é efetuada em até 2 a 5 minutos, sendo realizada simultaneamente o tratamento de lesões potencialmente fatais.

Avaliação Primária no Politrauma: o ABCDE		
A	Airway	Via aérea
B	Breathing	Respiração
C	Circulation	Circulação
D	Disability	Disfunção neurológica
E	Exposition	Exposição

A: Vias Aéreas e Coluna Cervical

O colar cervical deve ser posicionado corretamente e somente deve ser removido após avaliação clínica ou radiológica da coluna cervical. A decisão de instalar uma via aérea definitiva é baseada em achados clínicos e fundamenta-se em:

- Apneia;
- Impossibilidade de manter uma via aérea permeável por outros métodos;
- Proteção das vias aéreas inferiores contra aspiração de sangue ou vômito;
- Comprometimento iminente ou potencial das vias aéreas, como, por exemplo, lesão por inalação, fraturas faciais, convulsões persistentes;
- TCE (Glasgow ≤8) necessitando de auxílio ventilatório;
- Incapacidade de manter oxigenação adequada com uso de máscara de oxigênio.

A via aéreas cirúrgica está indicada na: incapacidade de Intubação Orotraqueal, no traumatismo facial grave, hemorragia traqueobrônquica persistente, na distorção anatômica devido ao trauma no pescoço, incapacidade de visualização das cordas vocais, devido ao acúmulo de sangue e secreções e edema de via aérea.

B: Respiração

O pescoço e o tórax do paciente devem ser expostos para avaliar adequadamente a distensão das veias jugulares, posição da traqueia e movimentação da parede torácica. A ausculta, inspeção, palpação e percussão do tórax devem ser realizadas.

- Pneumotórax aberto:

Provocado por grandes ferimentos da parede torácica que permanecem abertos e são denominados ferimentos torácicos aspirativos.

Sinais e sintomas: dor, dificuldade respiratória, taquipneia, diminuição dos sons respiratórios e movimento ruidoso do ar através da parede torácica afetada.

Tratamento inicial: Curativo estéril, grande o suficiente para sobrepor as bordas da ferida, fixo em apenas três lados para produzir um efeito de válvula unidirecional (curativo de três pontas).

- Pneumotórax hipertensivo:

O pneumotórax hipertensivo desenvolve-se a partir da entrada de ar no espaço pleural através de uma válvula unidirecional no pulmão ou parede torácica. Um pneumotórax simples pode se transformar em hipertensivo quando é instituída a ventilação mecânica com pressão positiva. O diagnóstico é clínico e seu tratamento não deve esperar a realização de exame de RX. Pode ser diagnosticado no e-FAST.

Sinais e sintomas: percussão hipersonora, desvio de traqueia contra-lateral, distensão das veias do pescoço e ausência de sons respiratórios (murmúrio vesicular) associado a instabilidade hemodinâmica

Tratamento inicial: Punção com Jelco 14G no 5º EIC na linha axilar média.

C: Circulação

Realiza-se na avaliação primária o diagnóstico de choque, classifica-o e trata-o de acordo com a necessidade. O exame abdominal deve ser completo e seguir a sequência a sequência clássica: Inspeção, ausculta, percussão e palpação. As estruturas adjacentes como tórax, uretra, vagina, períneo, dorso e glúteos podem nos dar pistas de possíveis lesões de órgãos abdominais. Além disso o exame da bacia é de suma importância nesse momento. Deve ser realizado toque retal e vaginal em todos pacientes politraumatizados com trauma maior e em alguns casos selecionados de trauma menor.

Para controle o sangramento no trauma pode haver necessidade de ressuscitação hemostática, hipotensão permissiva e damage control.

3.1 Classificação do Choque

Classe	Perda Estimada de Sangue	FC (bpm)	PA (mmHg)	Pulso	FR (irpm)	Sensório
I	< 750 ml (15%)	< 100	Normal	Normal	14-20	Ansiedade leve
II	750-1500 ml (15-30%)	100-120	Normal	Reduzida	20-30	Ansiedade moderada
III	1500-2000 ml (30-40%)	120-140	Reduzida	Reduzida	30-40	Ansioso e/ou confuso
IV	> 2000 ml (> 40%)	>140	Reduzida	Reduzida	>35	Comatoso, letárgico

3.2 Ressuscitação Hemostática

1º passo: administrar 1L de ringer lactato aquecido à 39°C para todos os pacientes, duas veias periféricas (cubital ou no antebraço), com jelco 18G ou maior
2º passo: avaliar responsividade através da tabela abaixo:

Reavaliação após ressuscitação hemostática	Resposta rápida	Resposta transitória	Sem resposta
Sinais vitais	Retorno ao normal	Alteração transitória de PA e FC	Mantém anormais
Perda estimada de sangue	Mínima <15%	Moderado 15-40%	Severo >40%
Necessidade de sangue	Baixa	Moderado a alto	Imediato
Preparação de sangue	Tipagem e prova cruzada	Tipo específico	Sangue na emergência
Necessidade de intervenção cirúrgica	Possibilidade	Provável	Muito provável

3º passo: em caso de resposta transitória ou sem resposta ou já apresente indicação, iniciar protocolo de transfusão maciça (PTM)

3.3 Indicação de PTM*

-Mecanismo de trauma compatível
-Choque grau III ou IV, não respondedor à volume, foco de sangramento de difícil controle
-ABC score com ≥ 2 pontos
-Shock Index > 1.1 ou 1.4

ABC Score		Shock Index (SI)
PAS ≤ 90 mmHg	(1 ponto)	
FC ≥ 120 bpm.	(1 ponto)	
FAST +	(1 ponto)	SI = FC/PAS
Ferimento penetrante no tronco	(1 ponto)	

3.4 Indicações para Administração de Ácido Tranexâmico

Critérios:
- Trauma a menos de 3 horas com suspeita de sangramento;
- Frequência cardíaca > 110bpm e/ou PAS<90 mmHg.

Administrar 1g EV bôlus em 10min e 1g EV ao longo de 8h.

3.5 Trauma Complexo de Extremidades

As lesões complexas dos membros superiores e superiores são causadas por mecanismos de alta energia. Por esta razão, deve-se ter em mente que as lesões graves das extremidades podem representar um sinal de alerta para traumas potencialmente letais de crânio, tórax e abdome. Deve ser realizada antibioticoterapia (cefalosporina de 1 geração) nas fraturas expostas, sendo realizada na primeira hora do trauma, quando não foi administrada na fase pré-hospitalar. A cobertura antitetânica deve também ser atualizada.

3.6 Objetivos da avaliação das lesões de extremidades:

1. Tratar lesões dos membros que ameacem a vida (avaliação primária).
2. Tratar lesões dos membros que ameacem sua viabilidade (avaliação secundária).
3. Conduzir uma avaliação sistemática para evitar a não detecção de lesões musculoesqueléticas (reavaliação continua).

D: Avaliação Neurológica

Uma vez que as vias aéreas, a respiração e a circulação tenham sido tratadas e estabilizadas, deve ser realizada uma avaliação neurológica focada para avaliar o nível de consciência, o tamanho e a reatividade pupilar e a função motora. Devem-se considerar causas alternativas de alteração sensorial, com realização de glicemia capilar e exames toxicológicos. Apesar do uso concomitante de drogas e álcool em muitos pacientes com trauma, não se deve atribuir simplesmente a alteração do estado mental à intoxicação na circunstância do trauma.

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) é o instrumento mais utilizado para avaliação da consciência no local da lesão e ajuda a monitorar o progresso ou a deterioração durante o tratamento.

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura Ocular	Espontânea A voz A dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta Verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta Motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

TOTAL MAXIMO	TOTAL MINIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

E: Exposição

O doente deve ser totalmente despido para facilitar o exame e avaliação completos. Após o exame, o paciente deve ser coberto com cobertores aquecidos ou algum dispositivo de aquecimento externo para prevenir a ocorrência de hipotermia na sala do trauma. Os fluidos intravenosos devem ser aquecidos antes de administrados e o ambiente deve ser mantido aquecido. O mais importante é garantir a temperatura corporal do doente.

4. EXAMES COMPLEMENTARES

4.1 Radiografia simples

Está indicada na avaliação secundária na busca por lesões no tórax (radiografia de tórax anteroposterior) e pelve (radiografia de pelve anteroposterior) e nas suspeitas de lesões musculoesqueléticas. Nas suspeitas de lesões em coluna cervical, torácica e lombar dever ser realizada apenas se a tomografia não estiver disponível.

4.2 FAST

O FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) é um método ultrassonográfico utilizado principalmente para detectar a presença de líquido livre em pacientes traumatizados. Posteriormente, com o e-FAST (Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma) possibilitou-se a ampliação da avaliação do paciente, que antes era reservada à cavidade abdominal e à janela cardíaca, para a cavidade torácica, proporcionando a detecção de pneumotórax, hemotórax e ruptura diafragmática.

Indicações para o e-FAST:

- Trauma cardíaco penetrante;
- Trauma cardíaco fechado;
- Trauma abdominal fechado;
- Trauma torácico;
- Pneumotórax;
- Hemotórax;
- Hipotensão de causa não definida.

4.3 Tomografia Computadorizada

A realização de tomografia computadorizada requer transporte do paciente. Para avaliação do tórax, abdome e pelve implica a administração de contraste endovenoso. A sua realização demanda tempo e portanto deve ser realizada apenas em paciente hemodinamicamente estáveis na suspeita de lesões.

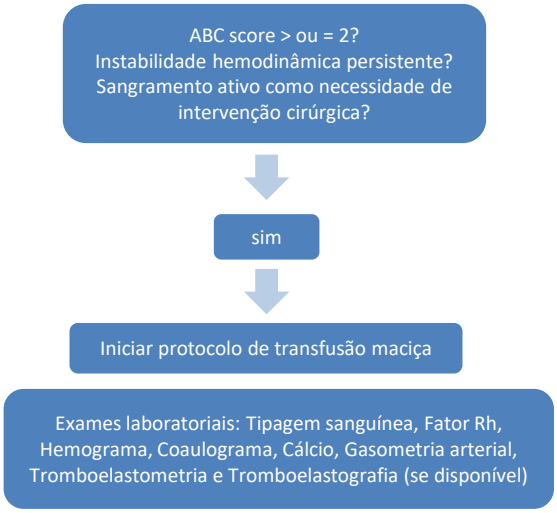
Está indicada no trauma abdominal fechado estável, traumas penetrantes de dorso e flanco, suspeita de lesão em coluna cervical, torácica e lombar, TCE leve com critérios de risco moderado ou alto para intervenção neurocirúrgica e todos ao pacientes com TCE moderado e grave.

4.4 Exames Laboratoriais

Para pacientes classificados como trauma maior devem ser solicitados exames laboratoriais como: hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, coagulograma, amilase, lipase, glicemia, bilirrubinas totais e frações, tipagem sanguínea, gasometria arterial e lactato arterial, urina I. Para mulheres em idade fértil o BHCg deve ser solicitado.

5. PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO MACIÇA

- Considera-se transfusão maciça a transfusão de mais de 10 unidades de concentrado de hemácias dentro das primeiras 24h da admissão hospitalar ou mais de 4 unidades dentro da primeira hora.
- Para todo paciente que não responder a reposição de 1000 ml de cristalóide ou tiver apenas uma resposta transitória, deverá ser considerado a transfusão de de hemocomponentes na proporção 1:2 ou 1:1 (plasma: concentrado de hemácias).
- Hemácias universalmente compatíveis devem estar disponíveis : concentrado de hemácias O Rh – ou Rh+ e plasma AB ou plasma A de baixo título anti B até que hemocomponentes isogrupo estejam disponíveis;
- Transfundir plaquetas a cada 6 unidades de hemácias
- Os concentrados subsequentes devem estar disponíveis a cada 15 min ate que o protocolo seja encerrado;
- O banco de sangue deve ser comunicado se houver transferência do paciente para centro cirúrgico/outro setor.



5.1 Fluxograma para atendimento do paciente com PTM

- Na impossibilidade clinica de transferência do paciente, iniciar transfusão de hemocomponentes conforme protocolo. Após estabilização clinica , proceder transferência do paciente.

6. CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

- Pacientes com trauma maior após primeiro atendimento na UPA e estabilização clínica;
- Paciente com necessidade de realização de tomografia computadorizada;
- Pacientes que necessitam de avaliação secundária de especialista;
- Pacientes com indicação de abordagem cirúrgica imediata ou após avaliação inicial.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Adesão ao protocolo de trauma
- Tempo para acionamento da retaguarda de trauma
- Tempo de transporte das avançadas
- Tempo para acionamento do código trauma
- TC crânio em até 30 min -GCs<9,
- Intervalo para realização da tomografia corpo inteiro

III. GLOSSÁRIO

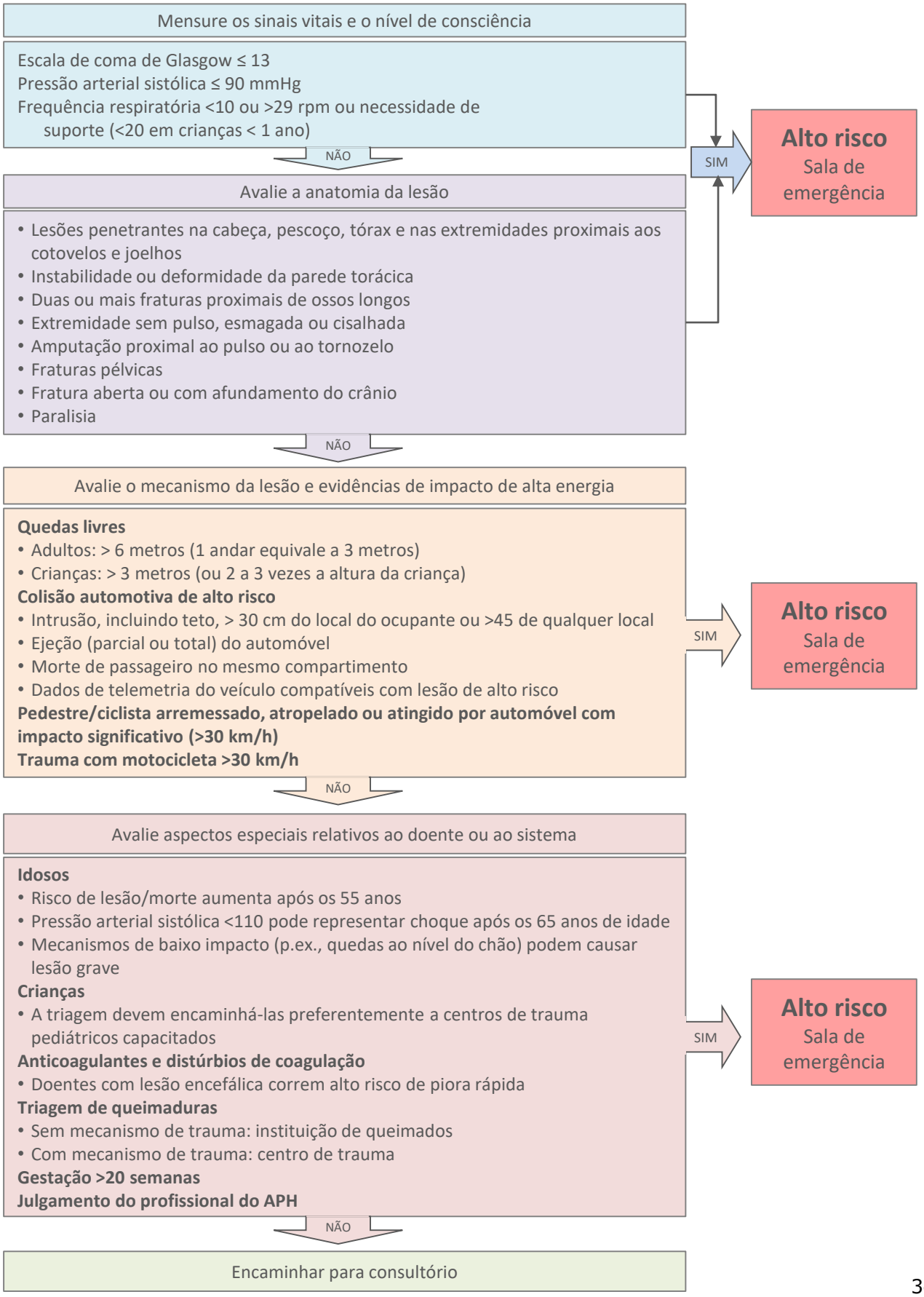
PAS – pressão arterial sistólica
FC – frequência cardíaca
Irpm – incursões respiratórias por minuto
EIC – espaço intercostal
Bpm – batimentos por minuto

IV. REFERÊNCIAS

[1] AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS – Advanced Trauma Life Support for Doctors. 10. ed. Chicago: Committee on Trauma, 2018, 9 p. Acessado em 19/01/2023. Disponivel em: https://www.emergencymedicinekenya.org/wp-content/uploads/2021/09/ATLS-10th-Edition.pdf. 474p.
[2] Feliciano DV, Mattox KL, Moore EE. Trauma. 9th ed. McGraw Hill. 2020: 1440p

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW360.1	Sayonê A. Moura Lara de S. A. Goulart Amaro Bruna Meirelles Milton Steiman Carlos E.F. Pires	Mauro Dirlando	Giancarlo Colombo	09/05/2023	17/08/2023

Fluxograma de atendimento ao trauma



Atendimento ao Trauma Einstein Morumbi e Avançadas

Protocolo gerenciado

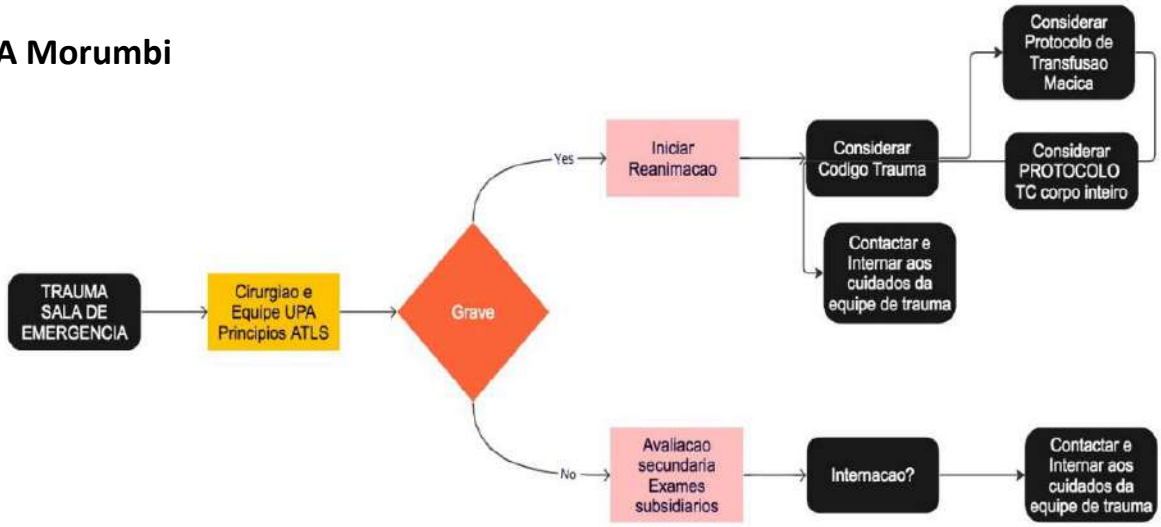
Onda zero: Equipe presencial da UPA
- Cirurgião
- Ortopedista
- Enfermagem
- Fisioterapia
- Anestesia

Onda 1: Consultoria da Cirurgia do Trauma
- Supervisão da reanimação inicial
- Gerenciamento de prioridades
- Acompanhamento horizontal
- Adesão a protocolos

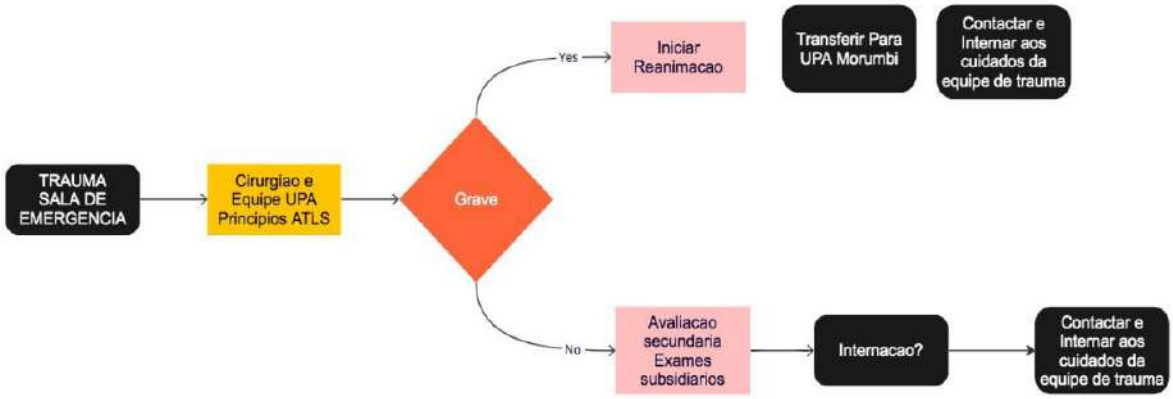
Onda 2: Equipe da Retaguarda da Neurocirurgia e Ortopedia

Onda 3: Demais equipes de retaguarda
- Queimados/ Coluna/Vascular/Tórax/
- Uro/PQ/Plástica/Buco

UPA Morumbi



Unidades Avançadas



Transferência inter-hospitalar

Fluxo

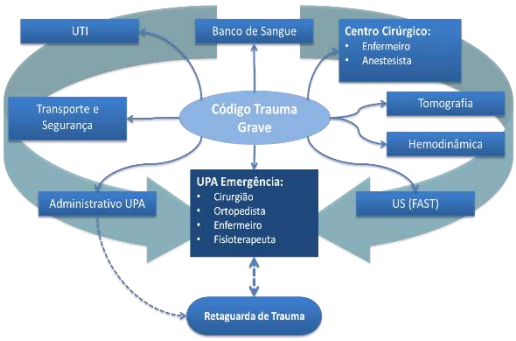
- UME, UTI ou Internação recebe pedido de transferência
- Solicitar relatório
- Acionar retaguarda Cirurgia do Trauma
- Paciente deve ser admitido via UPA

Código Trauma

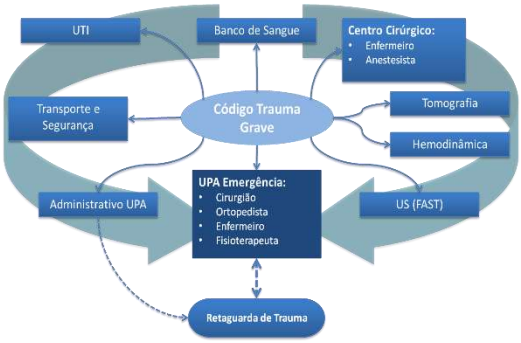
- Sistema de acionamento do código trauma através do telefone fixo situado na sala de emergência da UPA Morumbi
- Após o acionamento é disparado, uma mensagem para os ramais móveis das diversas áreas participantes do processo, para que cada um possa disponibilizar recursos necessários para o atendimento ao paciente

O acionamento ocorre através da tecla de serviços no visor do telefone - **"Trauma",** sendo confirmado o acionamento discando 1 conforme orientação da gravação.

Código Trauma



Código Heliponto-Trauma



Protocolo TC

Indicações:

- Exame físico com evidência de múltiplos sítios de lesão
- Injury severity score (ISS > 16)
- Mecanismo de trauma com alta energia cinética

Tromboembolismo Pulmonar

Tromboembolismo pulmonar (TEP) é a oclusão total ou parcial da artéria pulmonar ou de seus ramos por um êmbolo ou trombose *in situ*.

1. DIAGNÓSTICO E EXAMES ADICIONAIS

Confirmação diagnóstica (clínica e/ou laboratorial)
Devido sua definição, o espectro clínico é variado e depende do tamanho do acometimento vascular e da presença de comorbidades prévias. Por não haver um quadro clínico específico, o diagnóstico de TEP deverá ser avaliado. Os sintomas mais frequentes são dor torácica e dispneia. Os achados de exame físico mais encontrados são a taquipneia e taquicardia. Outros fatores que aumentam a suspeita de TEP são os fatores de risco para trombose, como neoplasias, imobilidade (cirurgia ou viagem), trombofilias, dentre outros.

Indicação de exames diagnósticos
Todo paciente com suspeita de TEP pode ser avaliado através de escores de probabilidade antes da realização de exames.

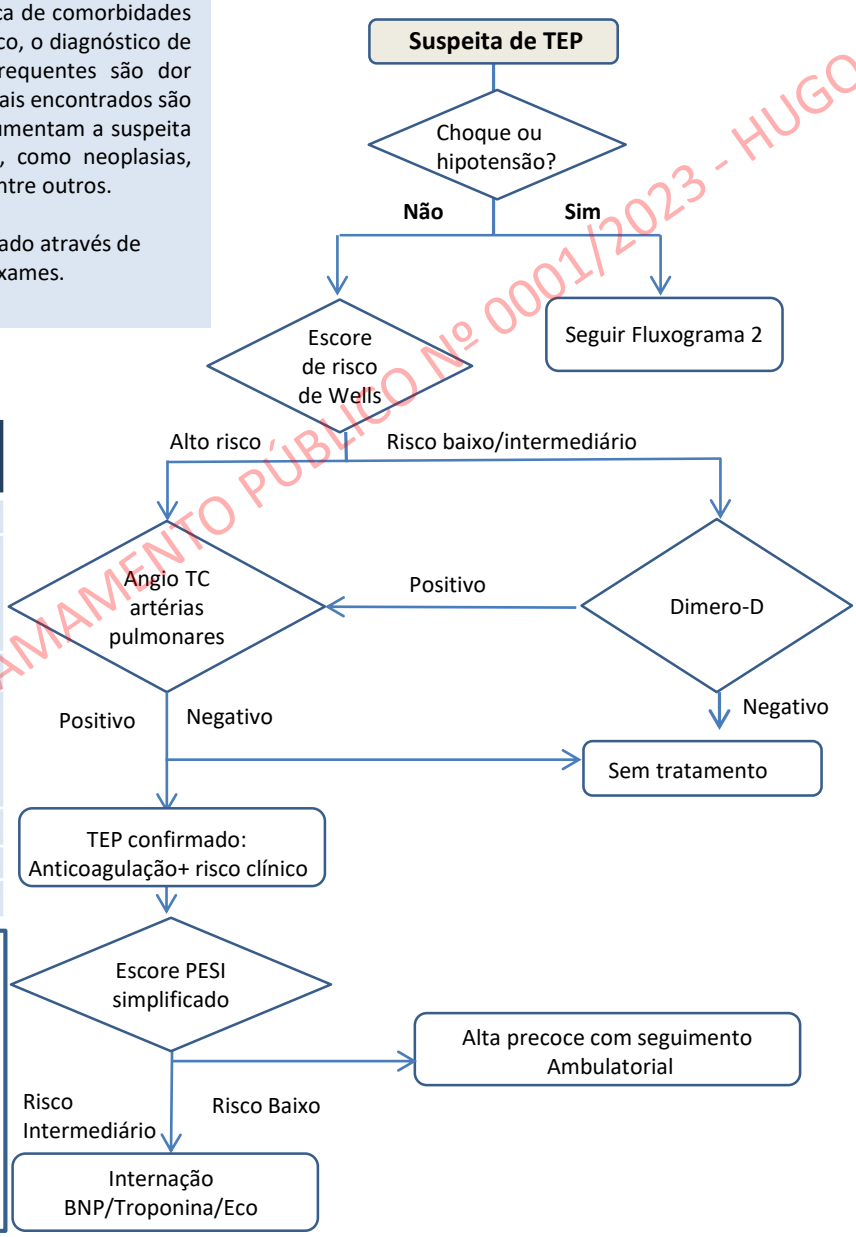
CID	Definição
I26	Embolia Pulmonar

2. ESCORE DE RISCO

Escore de Wells

Critério	Wells Original	Wells Simplificado
Sintomas de TVP	3,0	1,0
Diagnóstico alternativo menos provável que TEP	3,0	1,0
FC ≥ 100 bpm	1,5	1,0
Imobilização ≥ 3 dias ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1,5	1,0
TVP ou TEP prévio	1,5	1,0
Hemoptise	1,0	1,0
Câncer ativo	1,0	1,0

No escore de Wells original, escores inferiores a 2,0 indicam baixa probabilidade de TEP, de 2,0 a 6,0 pontos indicam probabilidade moderada; superior a 6,0 indica alta probabilidade. Como derivação, pontuação ≤ 4,0 indica TEP improvável e > 4,0 indica TEP provável. No escore de Wells Simplificado, pontuação ≥ 2,0 indica TEP provável.



Independente do escore, pacientes com TEP improvável ou baixa/intermediária probabilidade devem ser submetidos a dosagem de D-dímero. Caso este exame venha negativo, TEP está excluído.

Nos casos de D-dímero positivo ou alta probabilidade pré-teste, a avaliação diagnóstica deve ser realizada com angiografia pulmonar por tomografia de tórax. A única exceção ocorre nos casos de hipotensão importante ou choque, nos quais a realização de ecocardiograma evidenciando sobrecarga de câmaras direitas permite o diagnóstico e tratamento do TEP (Fluxogramas 1 e 2).

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

Escore de Genebra

	Versão simplificada
TVP OU TEPprévios	1
Frequência cardíaca: 74 a 94 bpm ≥ 94	 1 2
Cirurgia ou fratura no último mês	1
Hemoptise	1
Câncer ativo	1
Dor unilateral em membro inferior	1
Dor à palpação venosa profunda em membro inferior ou edema unilateral	1
Idade > 65 anos	1
Probabilidade clínica: TEP improvável TEP provável	 =2 >2

Pacientes com baixa probabilidade de TEP pelos escores citados podem ainda ser avaliados de acordo com os critérios PERC (*Pulmonary Embolism Rule-out Criteria).*

São 8 critérios :

1.Idade < 50 anos;
2.FC < 100 bpm;
3.Sat O2 ≥95 %;
4. Ausência de hemoptise;
5.Sem uso de estrogênio;
6.Sem antecedente de TEP ou TVP ;
7.Sem empastamento de panturrilha;
8. Sem trauma ou cirurgia com necessidade de internação nas últimas 4 semanas.

Nos casos em que o paciente apresenta todos esses critérios, o TEP está descartado sem a necessidade de exames adicionais.

Indicação de outros exames

Exames como radiografia de tórax e eletrocardiograma não são conclusivos na avaliação de TEP, porém podem trazer informações sobre diagnósticos diferenciais e gravidade do quadro;

Gasometria arterial, troponina e BNP também não são diagnósticos, porém são marcadores de risco de mortalidade;

Ultrassonografia com doppler de membros inferiores pode fazer o diagnóstico de trombose venosa profunda (TVP), condição inter-relacionada com TEP.

A cintilografia de ventilação-perfusão pulmonar (V/Q) não é método diagnóstico de primeira linha devido sua alta taxa de exames inconclusivos.

Entretanto, pode ser útil em pacientes com contraindicação a realização da angiografia pulmonar por tomografia de tórax (gravidez, alergia grave ao contraste iodado).

Fundamental para definir duração da internação e, possivelmente, forma de remuneração.

A classificação de risco mais utilizada é o PESI (Índice de Gravidade da Embolia Pulmonar).

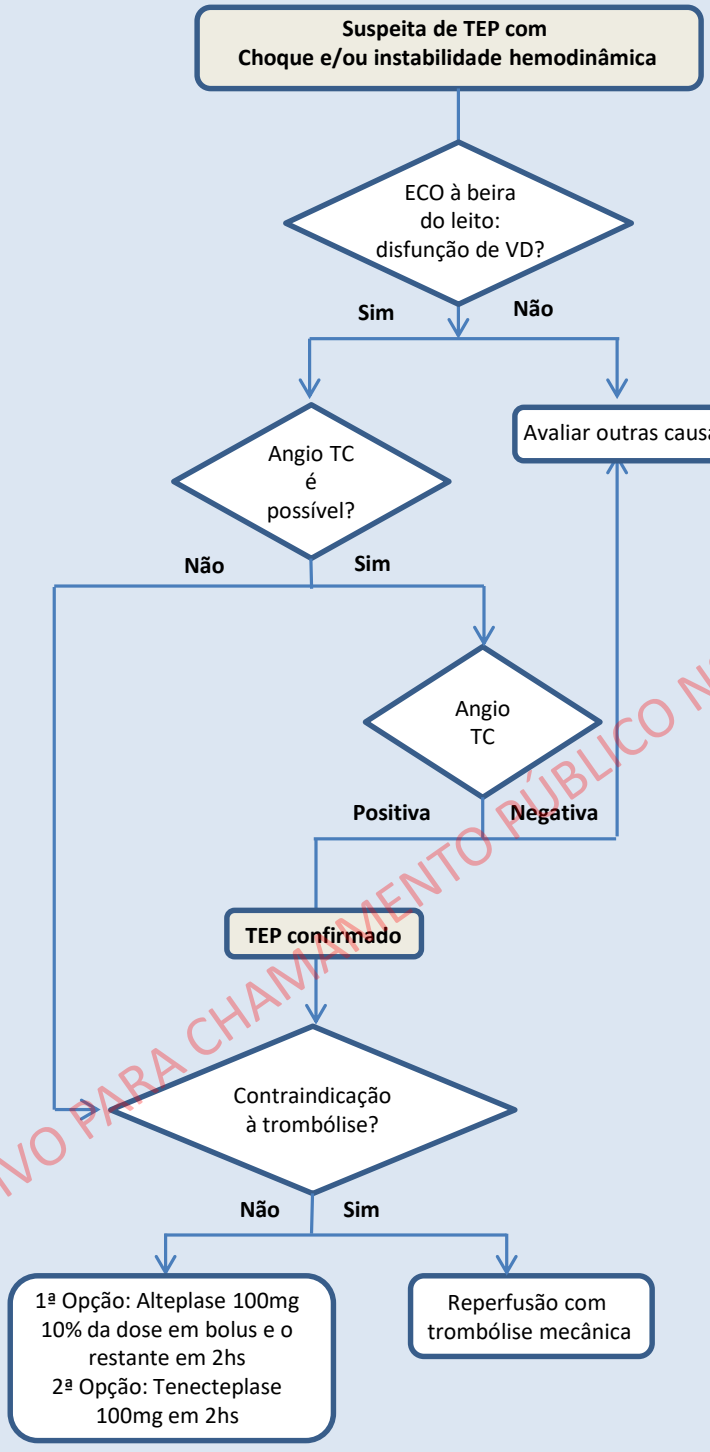
PESI: Pulmonary Embolism Severity Index:
Classe I: ≤ 65 pontos
Classe II: 66-85 pontos
Classe III: 86-105 pontos
Classe IV: 106-125 pontos
Classe V: > 125 pontos

sPESI (simplificado):
0 pontos: risco baixo
≥ 1 ponto: risco alto (10,9%)

PARAMÊTROS	PESI	Spesi (versão simplificada)
Idade	+ idade em anos	1 ponto (de idade > 80 anos)
Sexo masculino	+ 10 pontos	-
Câncer	+ 30 pontos	1 ponto
Insuf. Cardíaca crônica	+ 10 pontos	1 ponto
Pneumopatia de base	+ 10 pontos	1 ponto
FC >110BPM	+ 20 pontos	1 ponto
PA SISTÓLICA <100 mmHg	+ 30 pontos	1 ponto
FR >30 irpm	+ 20 pontos	-
Temp. <36°C	+ 20 pontos	-
Confusão mental	+ 60 pontos	-
Sat. O2 <90%	+ 20 pontos	1 ponto

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

FLUXOGRAMA 2



USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

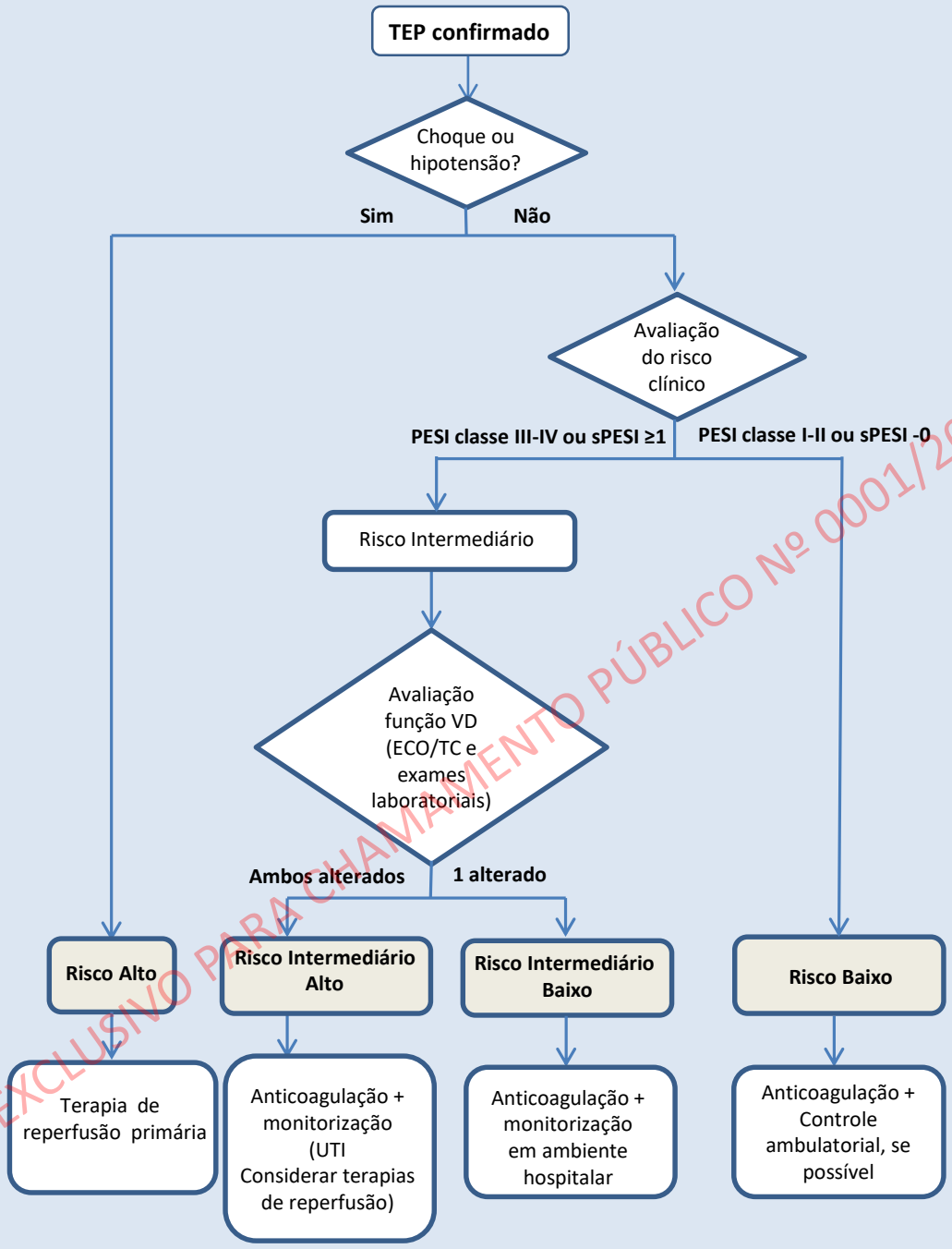
3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO ADEQUADA

Critérios para internação (A CRITÉRIO DO MÉDICO O PACIENTE DENTRO DOS CRITÉRIOS PODEM SERT TRATADOS AMBULATORIALMENTE) POR SE TRATAR DE DOENÇA GRAVE CONSIDERA-SE INTERNAÇÃO

Critérios para internação em UTI

Pacientes com risco intermediário/alto ou risco alto de acordo com Fluxograma 3 devem ser internados preferencialmente em UTI

FLUXOGRAMA 3 - Para tratamento e alocação do paciente de acordo com PESI/sPESI



USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

4. TRATAMENTO

O tratamento inicial baseia-se na estabilização hemodinâmica e respiratória. O tratamento específico consta na trombólise e anticoagulação. A trombólise está indicada naqueles pacientes com comprometimento hemodinâmico e é discutível naqueles com TEP extenso e/ou disfunção de ventrículo direito. O tempo para realização da trombólise é de até 14 dias, entretanto os melhores resultados são alcançados com o tratamento precoce. Os trombolíticos usados são: alteplase e tenecteplase. Atenção especial às contraindicações absolutas da trombólise, tais como AVC hemorrágico prévio, AVC isquêmico nos últimos 3 meses, neoplasia ou malformação vascular intracraniana, TCE recente, sangramento ativo, dissecção de aorta ou diátese hemorrágica. ANTICOAGULAÇÃO - PNRI MAIOR QUE 2 - TABELA COM AS CONTRA INDICAÇÕES - DOAC

Droga	Apresentação	Dose	Via	Frequência
Heparina	Frasco ampola 5 ml 5.000UI/ml	Dose de ataque 80UI/kg "bolus" seguindo de 18UI/kg/hora contínuo- adequar dose de acordo com TIPA (2ª 2,5 vezes o inical)	Endovenoso	Dose única
Enoxaparina	Seringa 20mg (0,2ml) Seringa 40mg (0,4ml) Seringa 60mg (0,6ml) Seringa 80mg (0,8ml)	1mg/Kg/dose	Subcutâneo	12/12h
Fondaparinux	Seringa 2,5mg Seringa 7,5mg	<50Kg- 5mg 50 a 100kg- 7,5mg >100Kg- 10mg	Subcutâneo	12/12h

Droga	Apresentação	Dose	Via	Frequência
Tenecteplase	Frasco ampola 40mg Frasco ampola 50mg	<60Kg- 30mg ≥60 a 70Kg- 35mg ≥70 a 80Kg- 40mg ≥80 a 90Kg- 45mg ≥90Kg – 50mg	Injetável	Dose única
Estreptoquinase	Frasco ampola 250.000 UI Frasco ampola 750.000UI	250.000UI ataque em 30 min. 100.000UI/h em 12-24hs	Injetável	Varia 12 -72h
rtPA- Alteplase	Frasco ampola 50MG	100 mg em 2 horas 0.6mg/kg em 15 min (máximo de 50mg)	Injetável	Dose única

A anticoagulação deve ser iniciada de forma parenteral e posteriormente introduzidos anticoagulantes por via oral.

Em pacientes com probabilidade clínica alta ou intermediária, para TEP, podemos iniciar o anticoagulante parenteral até mesmo antes do diagnóstico definitivo.

Os fármacos utilizados são: heparina não-fracionada, heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) e fondaparinux.

Os anticoagulantes orais devem ser iniciados o mais breve possível e o tempo de tratamento irá depender da causa do TEP:

- **Causas reversíveis:** 6 meses
- **Idiopático:** no mínimo 3 meses
- **TEP recorrente:** indefinido
- **Câncer ativo:** indefinido (idealmente manter enoxaparina pelos 6 primeiros meses)

As medicações disponíveis são: varfarina, rivaroxabana, dabigatrana e apixabana.

O paciente deve ter alta para término do tratamento ambulatorial quando apresentar estabilidade hemodinâmica, normalização de disfunções orgânicas, suporte familiar e intelectual adequados, baixo risco de sangramento e capacidade de retorno ambulatorial precoce.

Devido a grande variedade de apresentações clínicas do TEP, o tempo para retorno ambulatorial deve ser individualizado, levando em consideração a gravidade do TEP, o grau de disfunções orgânicas relacionadas, as comorbidades prévias e a causa do TEP.

Nos casos de anticoagulação oral com varfarina, o controle do RNI com manutenção nos níveis terapêuticos (entre 2,0 e 3,0) deve ocorrer pelo menos mensalmente.

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

Droga	Apresentação	Dose	Via	Frequência
Varfarina (Marevan)	Comprimido 5mg	5mg adequar dose de acordo com RNI (2 a 3)	Oral	1x dia
Rivaroxabana (Xarelto)	Comprimido 15mg Comprimido 20 mg	15 mg por 3 semanas Seguido 20mg 1xdia	Oral	12/12horas
Dabigatrana (Pradaxa)	Comprimido 150mg	1 comprimido	Oral	12/12 horas
Apixabana (Eliquis)	Comprimido 10mg	10 mg de 12/12hs por dia 7 dias seguidos 5mg 2xdia	Oral	12/12 horas

5. INDICADORES DE QUALIDADE

Solicitação adequada de angiografia pulmonar por tomografia de tórax em pacientes com alta probabilidade de TEP ou D-dímero acima de 500 mg/dl.

Referências

[1] J Am Coll Cardiol. 2016;67(8):991-1002;
[2] J Am Coll Cardiol. 2016;67(8):976-90;
[3] Eur Heart J. 2014;35(45):3145-6;
[4] Circulation. 2012;126(7):e104;
[5] Am J Med. 2006;119(12):1048-55.

USO EXCLUSIVO PARA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2023 - HUGO

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#

1. INTRODUÇÃO

Essa Política estabelece as normas e condições para a realização de anestesia e sedação na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), definindo as etapas do processo anestésico e os requisitos essenciais para a segurança do paciente e a garantia dos padrões éticos e de excelência em qualidade na prática anestésica institucional, de forma a mitigar os riscos inerentes ao processo.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas ao processo de sedação na SBIBAE. Quando não houver neste documento, exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão em relação à melhor forma de agir deve ser orientada pelos seguintes princípios:

Evidências científicas – decisões e condutas baseadas em literatura médica específica.

Parecer de especialistas – quando ainda não há trabalhos científicos com nível de evidência forte para definição de melhores práticas, o parecer com opinião de especialistas deverá nortear as condutas.

Resoluções do Conselho federal de Medicina – direcionam as regras para a prática da anestesia segura.

3. OBJETIVO

Esta política tem por objetivo estabelecer as regras, papéis de responsabilidades relativas à prática anestésica na Sociedade, visando redução do risco e consequentemente aumento da segurança dos pacientes da SBIBAE.

4. DEFINIÇÕES

Acompanhamento Anestésico: É a contínua monitorização dos sinais vitais do paciente por um médico anestesiologista, no diagnóstico e tratamento de problemas clínicos e administração de analgésicos ou conversão para outros tipos de técnicas anestésicas se necessário. Pode ser utilizado para acompanhamento de pacientes, para a realização de procedimentos, exames diagnósticos e transporte do paciente sob os cuidados do Serviço da Anestesia.

Analgesia: Consiste na diminuição ou supressão da sensação dolorosa, sem perda de consciência.

Anestesia do Neuroeixo: Técnica que promove a anestesia do neuroeixo, que incluem: subdural, epidural ou duplo bloqueio. É realizada se inserindo uma agulha ou cateter no espaço intervertebral para a injeção de medicação no espaço subaracnóide (para Raquianestesia), no espaço epidural (para anestesia Epidural) e em ambos para duplo bloqueio. Mais comumente usadas para anestesia de abdome inferior e extremidades inferiores.

Anestesia Geral: É um estado de depressão do nível de consciência durante o qual o paciente não é despertado, mesmo por estímulos dolorosos. A habilidade de manter a ventilação é **frequentemente comprometida**, necessitando de assistência respiratória para manutenção da permeabilidade da via aérea, e uso de ventilação com pressão positiva devido à depressão da ventilação espontânea por drogas e/ou relaxantes musculares.

Anestesiologia: É uma especialidade médica que tem como objetivo proporcionar segurança e conforto aos pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos sem percepção da dor e isentos dos efeitos reflexos indesejáveis do trauma cirúrgico.

Bloqueios Periféricos: São amplamente utilizados para cirurgias em extremidades superiores ou inferiores. Ultrassom e estimuladores de nervos periféricos são comumente usados para posicionar a agulha ou cateter. Anestésicos locais de longa duração podem ser utilizados para anestesia ou analgesia pós-operatória. Para bloqueio periférico terminal, como o Bloqueio Peniano, é contraindicado o uso de anestésico local com a adição de vasoconstritor (incluindo a Ropivacaína que, apesar de não ter adição de vasoconstritor, apresenta esse efeito intrínseco), devido ao risco potencial de isquemia.

Paciente Pediátrico: Na SBIBAE considera-se paciente pediátrico a criança desde o nascimento (zero) até os 18 anos de idade (incompletos). Para fins anestésicos serão considerados pacientes pediátricos aqueles com < 12 anos (11anos, 11 meses e 29 dias) de idade.

Paciente Idoso: Considera-se idoso o paciente com idade superior a 65 anos.

Sedação: É um estado de depressão do nível de consciência induzida por drogas, em diferentes níveis de intensidade. De acordo com doses administradas e respostas individuais do paciente, o resultado pode variar desde a consciência com leve tranquilidade até a inconsciência. É classificada em 3 níveis:

- **Sedação Leve =** é o estado de tranquilidade e calma induzido por drogas, durante a qual o paciente responde normalmente aos comandos verbais. Embora as funções cognitivas e de coordenação possam estar comprometidas, a função cardiovascular e ventilatória estão preservadas.
- **Sedação Moderada ("Sedação Consciente")** = é uma depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente desperta intencionalmente a um comando verbal e/ou um leve estímulo tátil. Nenhuma intervenção é necessária para manter a via aérea permeável e a ventilação espontânea está adequada. A função cardiovascular está preservada.
- **Sedação Profunda** = é uma depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente não acorda facilmente, porém responde aos estímulos dolorosos repetidos. A habilidade de manter a função ventilatória espontânea pode estar comprometida. Paciente pode requerer assistência para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e/ou suporte ventilatório. A função cardiovascular está frequentemente

preservada. **Os reflexos de retirada aos estímulos dolorosos não são válidos como resposta esperada nesse nível de sedação.**

Time Out antes da indução anestésica: uma etapa de segurança em cirurgias e procedimentos Invasivos, onde ocorre uma pausa para verificação dos itens essenciais para segurança do paciente, ocorre na presença da equipe de enfermagem, cirurgião principal e/ou assistente e anestesiologista.

Time Out antes da incisão cirúrgica: uma etapa de segurança em cirurgias e procedimentos Invasivos, onde ocorre uma pausa para verificação dos itens essenciais para segurança do paciente, ocorre na presença do cirurgião principal e /ou assistente, anestesiologistas, instrumentador cirúrgico, equipe de enfermagem e todos outros profissionais envolvidos na assistência cirúrgica antes que ocorra a incisão da pele do paciente.

Time Out antes do procedimento invasivo: uma etapa de segurança em cirurgias e procedimentos Invasivos, onde ocorre uma pausa para verificação dos itens essenciais para segurança do paciente, ocorre na presença da equipe de enfermagem, cirurgião/médico responsável pelo procedimento e/ou assistente e anestesiologista (se aplicável), e deverá ser conduzido em voz alta checando todos os itens relativos à segurança do paciente.

5. APLICABILIDADE

Esta política se aplica a médicos anestesiologistas que exercem a prática assistencial na instituição, e aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e/ou terapêuticos que necessitem de cuidados anestésicos.

6. DESCRIÇÃO

Todo paciente e seus familiares devem ser tratados com respeito, devendo ser identificadas suas necessidades e dúvidas, as quais devem ser esclarecidas antes de procedimento anestésico.

O Processo de Anestesia e Sedação

As etapas do Processo de anestesia e sedação, as quais devem ser rigorosamente realizadas e documentadas são:

- Avaliação pré-anestésica
- Definição do planejamento Anestésico (Plano)
- Ciência e Consentimento Informado do paciente ou responsável para o procedimento de anestesia e sedação
- Anestesia ou Sedação propriamente ditos incluindo:

- Checagem de equipamentos e acessórios
- Avaliação imediatamente antes da indução
- Monitorização
- Checklist -**Time out**: pré-indução, pré-cirúrgico e antes da saída do paciente da sala
- Aplicação da técnica anestésica (geral, sedação, bloqueios e acompanhamento)
- Recuperação anestésica

Regras para as etapas do Processo de Anestesia e Sedação

Aspectos gerais

- Os procedimentos de anestesia e sedação na SBIBAE são realizados por médicos anestesiologistas autônomos e contratados, devidamente cadastrados na instituição.

- A prática de sedação para médicos não anestesiologistas, assim como os limites e regras, estão definidos na Política de Sedação para Médicos não Anestesiologistas.

- Para atuar na SBIBAE, o médico anestesiologista deve seguir a política de cadastramento da SBIBAE de acordo com o documento Regras Gerais para a Atividade Médica no Hospital Israelita Albert Einstein.

Avaliação Pré-Anestésica

É obrigatória em todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos com ou sem intervenção que necessitem de anestesia, sedação ou acompanhamento anestésico em caráter eletivo.

É obrigatório também a validação do formulário “Informação Pré-Anestésica Paciente/Acompanhante”, preenchido pelo paciente ou seu responsável (não se aplica ao Hospital Municipal Vila Santa Catarina).

Nas situações de urgência, quando a condição clínica permitir, o paciente (ou seu familiar) deverá ser submetido a uma anamnese breve, acompanhada de exame físico para o efetivo planejamento anestésico.

Nas situações de emergência, com risco iminente de morte, as medidas clínicas de suporte de vida devem ser imediatamente iniciadas e posteriormente documentadas no prontuário do paciente.

A revisão do prontuário do paciente seguida de anamnese, exame físico, checagem de exames laboratoriais devem ser documentadas no formulário eletrônico "Avaliação Pré - Anestésica" sendo base para a determinação do estado físico segundo a American Society of Anesthesiologists.

Classificação do estado físico segundo a American Society of Anesthesiologists.

ASA 1 - Paciente hígido, sem nenhuma patologia sistêmica além da que requer a cirurgia.

ASA 2 - Paciente com alteração sistêmica leve ou moderada que pode ou não estar associada ao procedimento cirúrgico.

ASA 3 - Paciente portador de doença sistêmica grave, com limitação de atividades que pode ou não estar associada ao procedimento cirúrgico.

ASA 4 - Paciente portador de doença sistêmica incapacitante que ameaça a vida, nem sempre corrigíveis pela cirurgia.

ASA 5 - Paciente com risco iminente de morte e pequena chance de sobreviver apesar da cirurgia.

ASA 6 - Paciente declarado com morte cerebral cujos órgãos serão retirados com o fim de doação (doador de órgãos).

Observação: nas situações de emergência deve ser acrescido da letra "E" ao estado físico do paciente.

A checagem do tempo de jejum deve ser realizada em todos os procedimentos, usando como referência a orientação de jejum institucional – Protocolo Assistencial de Jejum e Prevenção de Broncoaspiração.

As avaliações pré-anestésicas realizadas em consultórios têm validade de **30** dias antes do procedimento agendado, desde que o estado clínico do paciente esteja inalterado. O anestesiologista deve sinalizar no dia do procedimento, que não houve alteração do estado clínico desde a última avaliação válida. Nessa situação o impresso “Informação Pré-Anestésica Paciente/Acompanhante”, deve ser atualizado pelo paciente e validado pelo anestesista no dia do procedimento.

Para pacientes internados que serão submetidos a procedimentos com anestesia, que não fizeram avaliação pré-anestésica no consultório, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada pelo menos uma hora antes do horário programado para o início da cirurgia.

A prescrição da medicação pré-anestésica deverá ocorrer após a avaliação pré-anestésica e aplicação do Termo de Ciência e Consentimento Informado para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento do Serviço de Anestesia ao paciente ou responsável, conforme política institucional.

Pré-Anestésico EV (endovenoso):

Administração exclusiva pelo médico anestesiologista, a monitorização com oximetria de pulso e a presença do anestesista é obrigatória durante o transporte do paciente.

Pré-Anestésico IM (intramuscular):

Administrar após o chamado do centro cirúrgico.

Pré-Anestésico VO (via oral):

Administrar A Critério Médico (ACM)

Para o Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC), considerar também os critérios abaixo para avaliação Pré-Anestésica:

Pacientes não internados que serão submetidos a procedimentos eletivos deverão ter a Avaliação Pré-Anestésica solicitada previamente ao agendamento cirúrgico. Os pacientes serão agendados para consulta ambulatorial com o médico anestesiologista.

Pacientes ambulatoriais serão internados diretamente na Recuperação Pós Anestésica e terão Avaliação pré-anestésica realizada à beira leito, antes do procedimento agendado;

Pacientes com estado fisiológico ASA 1 poderão ser agendados para procedimento cirúrgico sem a passagem pelo ambulatório de avaliação pré-anestésica. Nestes casos a avaliação pré-anestésica deverá ser feita à beira leito na enfermaria ou na unidade de recuperação pós-anestésica.

As avaliações pré-anestésicas têm validade de 90 dias antes do procedimento agendado e eventuais informações atualizadas devem ser descritas no campo de observação da "Ficha de Avaliação Pré-Anestésica".

Exames complementares devem ser individualizados e solicitados levando-se em consideração as características clínicas de cada paciente, caso a alteração possa modificar a conduta cirúrgico/anestésica.

Planejamento Anestésico (Plano)

Para todo paciente submetido à anestesia ou sedação deverá constar no formulário eletrônico de "Avaliação Pré-Anestésica" o planejamento anestésico a ser executado, levando em conta o estado físico, o procedimento cirúrgico ou diagnóstico, bem como o planejamento analgésico pós-operatório em concordância com o paciente.

Consentimento Informado e Esclarecido

Todos os pacientes a serem submetidos a um procedimento eletivo com anestesia ou Sedação e/ou seus responsáveis serão orientados por um anestesiologista quanto aos riscos, benefícios e alternativas do

procedimento anestésico e assinarão o Termo de Ciência e Consentimento Informado para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento do Serviço de Anestesia conforme política institucional.

Em **procedimentos de emergência** é dispensada a assinatura do Termo de Ciência e Consentimento para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento pelo Serviço de Anestesia (sendo que o anestesiologista deverá notificar no referido termo "EMERGÊNCIA" a data, horário e validar a assinatura com carimbo contendo o CRM e anexar ao prontuário. Na primeira oportunidade em que o médico responsável e os familiares estiverem presentes, os devidos esclarecimentos serão prestados.

Checagem de Acessórios e equipamentos

A checagem de equipamentos e acessórios necessários para o manuseio de vias aéreas para a indução e manutenção anestésica deve ser realizada antes da indução anestésica. No momento da realização do checklist (time out) antes da indução essa checagem é confirmada e registrada no prontuário eletrônico. Na ocorrência de falhas nos equipamentos, a equipe de engenharia clínica deverá ser acionada para o efetivo suporte.

Avaliação imediatamente antes da indução

A checagem da avaliação pré-anestésica e seus pontos fundamentais, assim como o plano proposto deve ser realizada imediatamente antes da indução anestésica no registro eletrônico ficha de anestesia em campo apropriado.

A verificação dos dados vitais é realizada concomitante com a monitorização.

Monitorização

A presença do médico anestesiologista garantindo a vigilância permanente do paciente e as frequentes alterações clínicas decorrentes da anestesia e trauma cirúrgico é OBRIGATÓRIA, o qual não deve se ausentar da sala de procedimentos.

Nas situações em que pacientes recebam tratamento com uso de radiação ionizante expondo o anestesiologista, a monitorização do paciente pode ser garantida remotamente.

Em situações de emergência que impliquem na saída temporária do anestesiologista, o mesmo deve avaliar a condição clínica do seu paciente e designar outro profissional médico para garantir a vigilância do paciente.

A prática de anestesias simultâneas não é permitida, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico, conforme Resolução do CFM N° 2174/2017 caracterizando grave infração ética.

Todos os procedimentos de anestesia, sedação ou acompanhamento anestésico devem utilizar os recursos mínimos obrigatórios de monitorização estabelecidos pela Resolução do CFM N° 2174/2017 que incluem:

- Eletrocardiografia contínua
- Pressão arterial não invasiva
- Oximetria de pulso
- Temperatura: anestesias acima de 60 minutos de duração ou nas condições de alto risco, independentemente do tempo do procedimento (prematuros, recém-nascidos, história anterior ou risco de hipertermia maligna e síndromes neurolépticas)

O uso da capnografia em anestesias gerais em pacientes intubados, em uso de máscara laríngea ou qualquer dispositivo artificial para manutenção de via aérea é obrigatório.

Recomenda-se, de acordo com a Resolução CFM 2174/2017 Art. 4° a), a monitorização do bloqueio neuromuscular em pacientes submetidos à anestesia geral com utilização de bloqueadores neuromusculares.

Os alarmes de segurança dos monitores multiparâmetros e do equipamento de anestesia devem estar acionados durante a cirurgia ou exame diagnóstico.

A utilização de recursos de monitorização adicionais é de julgamento do anestesiologista, baseado nas condições clínicas do paciente e complexidade do procedimento.

Os recursos de monitorização devem ser registrados no registro eletrônico de Anestesia em campo específico para tal finalidade, assim como os parâmetros apresentados durante tal monitorização.

Time out

O anestesiologista deve participar do procedimento de TIME OUT segundo diretrizes da "Política de Segurança em Cirurgias e Procedimentos Invasivos – Identificação de Sítio Cirúrgico (lateralidade), Checklist Cirúrgico e TIME OUT"

Aplicação da técnica anestésica

Somente são permitidas para uso as medicações psicotrópicas padronizadas e dispensadas pela Farmácia da SBIBAE para sedação, bloqueios ou anestesia geral.

As medicações psicotrópicas são dispensadas na farmácia mediante solicitação do anestesiologista devidamente cadastrado que assinará o impresso próprio.

Nas áreas fora do centro cirúrgico, onde os exames sob anestesia e sedação são realizados, os kits de psicotrópicos são dispensados pela farmácia e armazenados em armários chaveados e controlados pela enfermagem.

As medicações residuais, ao final da anestesia deverão ser descartadas mediante a testemunha de um profissional de enfermagem ou outro médico, que assinará o impresso próprio. Os cascos vazios de medicações psicotrópicas devem retornar para a farmácia.

Exclusivo para o HMVSC:

Para os pacientes que forem encaminhados às Unidades de Terapia Intensiva em uso de drogas sedativas ou vasoativas contínuas, deve-se utilizar as diluições padronizadas no ANEXO 1.

Para os pacientes que apresentem dessaturação intraoperatória (Sat O2 < 90% com FiO2 de 0,6), sugere-se como medida diagnóstica/terapêutica, desde que não haja causa evidente para o sintoma, o uso de manobras de recrutamento alveolar como descrito no Anexo 2.

Recuperação Anestésica (RA)

De acordo com a Política das Recuperações Anestésicas da SBIBAE, todo paciente, após o término do procedimento anestésico deverá ser submetido a um processo de recuperação anestésica.

Critérios de admissão na RA

- Paciente hemodinamicamente estável
- Em ventilação espontânea sem necessidade de dispositivos para manutenção da permeabilidade das vias aéreas.
- Responsivo a estímulos táteis ou verbais caracterizando estado de sedação moderada ou leve de acordo com a definição da Política de Anestesia e Sedação na SBIBAE.

Estão excluídos os pacientes com hipertermia maligna* (crise deflagrada) e em precauções de contato, aérea e gotícula (que deverão ser recuperados em sala/ quarto privativo), os pacientes internados nas unidades de pacientes graves: Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Semi-intensiva (SEMI) e Unidade Coronariana (CORO) e os pacientes alérgicos ao látex nas unidades onde a RA não são látex free.

É de responsabilidade do anestesiologista o acompanhamento do paciente até a sala de recuperação anestésica, ou à Unidade de Pacientes Graves (UTI, SEMI e CORO) onde será feita a transferência de cuidados e será mantida a vigilância direta e monitorização dos sinais vitais do paciente, anotando em campo específico no prontuário eletrônico Critério de Alta da Recuperação Anestésica (CARA) ou Aldrete Modificado.

Um médico deve estar sempre disponível para atender às demandas dos pacientes e possíveis situações de emergência.

* Pacientes com histórico de susceptibilidade à hipertermia maligna podem ser encaminhados à sala de RA para monitorização pós-anestésica, desde que não tenham apresentado sinais sugestivos de desencadeamento de crise durante o procedimento, segundo parecer C.SBA – 02097/2020.

Bloqueios de nervos periféricos na RA são autorizados somente para tratamento de dor de difícil controle sem resposta a outra intervenção. O anestesista deverá registrar em evolução médica o motivo da realização do procedimento anestésico na RA.

No Hospital Municipal Vila Santa Catarina, o acompanhamento do paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva pré e pós procedimento para o setor de Imagem será realizado pelo médico intensivista.

Critérios de Alta da RA

A alta anestésica da sala de RA é de responsabilidade do anestesiologista e o paciente deve atender aos critérios mínimos determinados pelo CARA: Critérios de Alta em Recuperação Anestésica e Aldrete Modificado HIAE Unidade Goiânia.

Mais informações sobre este processo estão descritos na Política das Recuperações Anestésicas da SBIBAE.

Unidades e Serviços onde são realizados procedimentos com anestesia e sedação na SBIBAE

- Centros Cirúrgicos
- Centro Obstétrico/Centro de Parto
- Endoscopia.
- Centros de Terapia Intensiva (adulto, pediátrico e neonatal)
- Centro Médico Ambulatorial / Dermatologia
- Ecocardiografia.
- Endoscopia
- Excimer Laser
- Hemodinâmica
- Centro de Intervenção Guiado por Imagem
- Laboratório Clínico
- Litotripsia
- Neurofisiologia Clínica.
- Radiologia Vascular
- Radioterapia
- Ressonância Magnética
- Tomografia
- Ultrassonografia
- Unidade Alphaville
- Unidade Ibirapuera

- Unidade Perdizes
- Unidade de Primeiro Atendimento (UPA).
- Unidade Goiânia (Centro Cirúrgico, Endoscopia, Ecotransesofágico, Centro de Terapia Intensiva Ecocardiografia, Ressonância Magnética, Tomografias- MDA e UPA, Hemodinâmica, Centro de Intervenção Guiado por Imagem)
- Hospital Municipal Vila Santa Catarina (Centro Cirúrgico; Centro Obstétrico; Unidades de Terapia Intensiva; Tomografia; Ressonância; Ultrassonografia; Endoscopia)

Estrutura necessária

Todas as unidades destinadas à realização de anestesia/ sedação e recuperação anestésica devem atender as normas sobre Edificações em Salas de Operação e Recuperação - RDC/ANVISA No. 50/2002

Estão autorizados para a prática anestésica na SBIBAE somente os equipamentos verificados e validados pela Engenharia Clínica.

Os equipamentos de anestesia e monitores são checados pela Engenharia Clínica e registrados em formulários específicos. Informações sobre as manutenções preventivas periódicas e calibrações são registradas no sistema informatizado (SAP) com disponibilidade de consulta para os gestores de cada área.

Os acessórios necessários para a prática anestésica são checados pela enfermagem diariamente.

As unidades onde são realizados procedimentos com anestesia e sedação deverão apresentar equipamento de reanimação cardiorrespiratória disponível, com desfibrilador, fonte de oxigênio e aspirador.

As condições de monitorização mínima obrigatória, estabelecidas nessa política devem ser rigorosamente respeitadas.

Qualificação dos Profissionais

Para atuar na SBIBAE, o anestesiologista deve ser obrigatoriamente cadastrado, uma vez que no processo de cadastramento está definido o escopo de qualificação necessário para prestar assistência.

Todos os médicos anestesiologistas contratados devem estar alinhados às metas estabelecidas pelo Serviço de Anestesiologia, participando das reuniões científicas e treinamentos propostos. Os parâmetros de pontuação do programa "Educação Médica Continuada" estabelecidos pelo Instituto de Ensino e Pesquisa e Diretoria Clínica do HIAE devem ser respeitados.

Os anestesiologistas que atuam na SBIBAE devem ser treinados para o atendimento a urgências e emergências, mantendo válida a sua capacitação em Suporte Avançado de Vida (ACLS/SAVA). Aqueles que prestam atendimento a crianças menores de 2 anos, devem ser treinados em Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS/SAAPed).

Observação: São aceitos os certificados ACLS/PALS emitidos pela AHA ou SAVA/SAAPed emitidos pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

7. RESPONSABILIDADES

Médico anestesiologista

- Oferecer ao paciente os melhores padrões de cuidado na sua especialidade em respeito à dignidade do paciente.
- Respeitar a lei e sugerir mudanças nos cuidados assistenciais pelo interesse da segurança de seus pacientes e sua prática.
- Respeitar os direitos dos pacientes, seus familiares, demais médicos e outros profissionais de saúde, atualizar seus conhecimentos de forma contínua, objetivando proporcionar uma prática anestésica de qualidade aos seus pacientes e tem responsabilidade ética com a comunidade e a sociedade.
- Realizar uma avaliação clínica prévia ao procedimento anestésico, estabelecendo um plano anestésico para seu paciente.
- Orientar ao paciente e seus familiares sobre riscos, benefícios e alternativas à anestesia e solicitar consentimento informado antes de qualquer procedimento de anestesia ou sedação.
- Promover a vigilância do paciente durante todo o procedimento anestésico - cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico, não estando autorizado a sair de sala até o final do procedimento. Se a saída de sala do anestesiologista responsável for necessária, ela deverá ocorrer mediante substituição por outro anestesiologista cadastrado, o qual deverá receber todas as informações referentes ao procedimento anestésico, devidamente registradas na ficha de anestesia.
- Manusear os agentes psicotrópicos, respeitando todas as etapas (registro, manuseio e descarte) conforme as regras institucionais.
- Notificar eventos adversos quando estes ocorrerem através do sistema de notificação disponibilizado pelo hospital.
- Realizar sua prática atento aos riscos que podem ameaçar a segurança de todos os colaboradores e atuando para reduzir o risco de acidentes ocupacionais.
- Evidenciar a finalização do processo de recuperação anestésica (alta da RA) exceto nos casos em que a recuperação anestésica é feita nas unidades de pacientes graves, onde é realizada a transferência do cuidado para o médico intensivista. Essa é uma responsabilidade exclusiva do médico anestesiologista.

Diretoria Clínica, Prática Médica e Gerência de Pacientes Graves e Coordenação do Serviço de Anestesiologia

- Determinar regras para a realização de procedimentos com anestesia e sedação na SBIBAE.
- Estabelecer protocolos de conduta e as qualificações necessárias para a prática do anestesiologista, visando garantir a segurança do paciente.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

Norma sobre Edificações em Salas de Operação - RDC/ANVISA No. 50/2002.

Parecer SBA 02097/2020 de 28 de julho de 2020

Resolução do Conselho Federal de Medicina No. 2174/2017- Avaliação Pré, durante e pós, anestesia; vigilância constante do anestesista (em sala), necessidades de monitoração e equipamentos.

Resolução do Conselho Federal de Medicina No.1.670/03 - Sedação Profunda

Resolução SS-SP Nº 2, de 6 de janeiro de 2006 - procedimentos ambulatoriais

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Todos os procedimentos descritos acima deverão ser registrados no prontuário eletrônico do paciente em campos específicos para anestesia e sedação. Os documentos institucionais para tais registros são denominados: Avaliação Pré-Anestésica, Termo de Ciência e Consentimento Informado para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento do Serviço de Anestesia, Prescrição Médica, Registro do Pré e Trans Operatório, Ficha de Anestesia (Mapa de Monitoração) e Recuperação Anestésica.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

A coleta dos dados é descentralizada (centro cirúrgico e Medicina Diagnóstica e Ambulatorial) e os indicadores são obtidos através de extração dos dados automatizada do prontuário eletrônico. É responsabilidade do Serviço de Anestesiologia o gerenciamento dos indicadores, análise dos resultados e proposta de melhorias.

Indicador	Objetivo
Acidente Vascular Cerebral	Identificar os casos que sofreram acidente vascular cerebral no intra-operatório.
Aspiração de Conteúdo Gástrico	Identificar os casos de aspiração de conteúdo gástrico que podem estar relacionados a não observância de jejum ou de fatores de risco não identificados.

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#

Broncoespasmo	Identificar os casos de broncoespasmo que podem estar relacionados a problemas ventilatórios, reações alérgicas e tem grande potencial para desencadear evento adverso grave.
Convulsões	Avaliar o número de pacientes anestesiados que apresentaram crises convulsivas
Dificuldade de Intubação não Prevista	Identificar casos de dificuldade de IOT e a observância do critério de Malampatti e outros preditores de VAD. Avaliar a previsibilidade do caso.
Erro de Administração de Fármacos	Avaliar a adequação de rotinas, definição de novas estratégias de prevenção de erros de administração de fármacos.
Falha de Bloqueio	Identificar a falha de bloqueio que pode exigir a complementação da técnica, expondo o paciente novamente ao ato anestésico ou a realização de técnica não programada em primeiro plano.
Falha de Equipamentos	Avaliar problemas clínicos relacionados a falha de equipamentos

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#

Falha de Intubação	Identificar casos de impossibilidade de IOT e a observância do critério de Malampatti e outros preditores de VAD. Avaliar a previsibilidade do caso.
Hipertensão arterial significativa (drogas)	Identificar os casos que ocorreram hipertensão significativa, necessitando o uso de drogas hipotensoras.
Hipotensão arterial significativa	Identificar os casos que ocorram hipotensão significativa (uso de expansão volêmica ou drogas vasoativas, como resgate)
Infarto Agudo do miocárdio	Identificar os casos que ocorram infarto agudo do miocárdio no intra-operatório
Laringoespasmo	Identificar os casos de laringoespasmos (evento que pode estar relacionado a problemas ventilatórios, reações alérgicas e problemas com a técnica anestésica)
Lesão Dentária	Monitorar a ocorrência de Lesão dentária no período perioperatório. São situações em que o paciente apresenta algum grau de lesão dentária, principalmente relacionada a intubação e extubação.
Mudança de Técnica Anestésica Planejada	Avaliar discrepância entre o planejamento e a execução do procedimento anestésico

Parada Cardíaca excluindo Tx. Hepático	Identificar os casos que sofreram parada cardíaca no intra-operatório.
Parada Cardíaca apenas com Tx. Hepático	Identificar os casos que sofreram parada cardíaca no intra-operatório.
Punção Acidental de Dura Máter	Avaliar a ocorrência e o seguimento dos casos frente à possibilidade de cefaleia pós-punção
Reação Alérgica / Reação Anafilática / Anafilactóide	Acompanhar os casos de reações alérgicas, anafilática ou anafilactóide que podem estar relacionadas a efeitos de medicações

11. ANEXOS

ANEXO 1. HMVSC: Padronização de diluição de drogas sedativas e vasoativas.

DROGAS VASOATIVAS

NORADRENALINA 16MG (4 AMPOLAS) + 250 ML DE SG5% = TOTAL 266 ML

DOBUTAMINA 1000MG (4 AMPOLAS) + 170 ML DE SG5% = TOTAL 250 ML

NITROPRUSSIATO 50MG (1 AMPOLA – 2ML) + 250 ML DE SG% = TOTAL 252 ML

NITROGLICERINA 50 MG (1 AMPOLA – 10ML) + 250 ML SG5% (FRASCO SEM PVC) = TOTAL 260 ML

DROGAS SEDATIVAS

PRECEDEX 400 MCG (2 AMPOLAS) + 96ML DE SF0,9% = TOTAL 100 ML

DORMONID 150 MG (10 AMPOLAS) + 220 ML DE SG5% = TOTAL 250 ML

FENTANIL 2500 MCG (10 AMPOLAS) + 200 ML DE SG5% = TOTAL 250 ML

ANEXO 2. HMVSC: Manobras de recrutamento

Manobras de recrutamento - Uma manobra de recrutamento consiste em uma breve administração de um alto nível de pressão positiva contínua nas vias aéreas com o objetivo de reverter as atelectasias e melhorar a oxigenação. O objetivo do recrutamento pulmonar deve ser atingir a saturação de oxigênio ≥ 90 por cento com uma fração inspirada de oxigênio (FiO2) ≤0,6.

Durante uma manobra de recrutamento são necessárias pressões inspiratórias de 30 cm H2O necessárias para re-expandir o pulmão com actelectasias induzidas pela anestesia. Entretanto, pressões inspiratórias de pico de até 40 cm de H2O podem ser necessárias para reverter completamente o colapso alveolar em pulmões saldáveis. Normalmente a duração da manobra de recrutamento deve ser de pelo menos sete a oito segundos. Manobras

de recrutamento são comumente realizadas apertando e mantendo pressionada a bolsa respiratória. Alternativamente, o recrutamento pode ser alcançado por um aumento gradual nos volumes correntes usando baixas frequências respiratórias ou aumentando sequencialmente o nível da pressão expiratória final positiva (PEEP) enquanto mantém o delta de pressão ventilatória.

Manobras de recrutamento podem causar reflexo de tosse em pacientes anestesiados. Recomendamos manter comunicação efetiva em alça fechada com a equipe cirúrgica para comunicar a realização das manobras de recrutamento. Idealmente devemos evitá-las em momentos críticos, a menos que o paciente esteja sob bloqueio neuromuscular profundo confirmado pelo uso do TOF. Estas manobras podem reduzir a pré-carga e causar hipotensão, e não há evidências para apoiar seu uso rotineiro. Respirações de recrutamento devem ser usadas após a desconexão do ventilador (por exemplo, após aspiração traqueal), e conforme indicado para melhorar a oxigenação, devem ser seguidas pela aplicação ou aumento da PEEP. Manobras de recrutamento podem melhorar a oxigenação antes da insuflação do pneumoperitônio e também a complacência pulmonar após a desinsuflação na laparoscopia.

Manobras de recrutamento podem ser especialmente benéficas para crianças pequenas. A redução da capacidade residual funcional relacionada à anestesia é mais pronunciada em crianças do que em adultos, sendo, portanto, mais propensas a atelectasias.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Society of Anesthesiologists - www.asahq.org.
- Elective Procedures - A Report by the American Society of Anesthesiologists developed by the Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk on Pulmonary Aspiration.
- Hipertermia Maligna. Projeto diretrizes. Conselho Federal de Medicina.
- Litman, RS; Joshi, MBBS. Malignant Hyperthermia in the Ambulatory Surgery Center. How Should We Prepare? Anesthesiology 2014; 120:1306-8.
- Manual for Anesthesia Department Organization and Management-2015 American Society of Anesthesiologists
- Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology
- Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing
- Sociedade Brasileira de Anestesiologia - www.sba.com.br.
- Zhou, J et al. Neuromuscular Disorders Including Malignant Hyperthermia and Genetic Disorders. In: Gropper, MA. Miller´s Anesthesia. Philadelphia: Elsevier, 2020. p1113-1144.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Controle de Sinais Vitais

Política de Sedação para médicos não Anestesiologistas na SBIBAE

Política das Recuperações Anestésicas da SBIBAE

Protocolo Assistencial de Jejum e Prevenção da Broncoaspiração

Regras Gerais para a Atividade Médica no Hospital Israelita Albert Einstein

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

Mara Lucia Pinheiro Oliveira (06/10/2020 09:51:33 AM) - Atualização de acordo com a resolução CFM 2174/2017. Anexado parecer SBA em relação a Hipertermia Maligna

Viviane Pereira Costa Suzuki (03/09/2021 10:45 AM) O conteúdo na íntegra foi transferido para o template padronizado. Em "Indicação" a frase: "Esta política se aplica aos médicos anestesiologistas que exercem a prática assistencial na instituição, e aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e ou terapêuticos que necessitem de cuidados anestésicos", foi inserida no item "CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA". Em "Instruções Específicas" o texto: I. Definições institucionais, II. Conceitos, III. Regras, IV. O processo de Anestesia e Sedação", V. Regras para as etapas do Processo de Anestesia e Sedação, VI. Unidades e Serviços onde são realizados procedimentos com anestesia e sedação no HIAE; VII. Estrutura necessária, foram inseridos em DEFINIÇÕES" para atender à padronização de documentos institucionais (Documento Institucional – Criação, Aprovação, Divulgação, Guarda, Revisão e Descontinuidade). Em "VIII. Responsabilidades e Autoridades", o texto "1. A Diretoria Clínica, Prática Médica e Gerência de Pacientes Graves e Coordenação do Serviço de Anestesiologia são responsáveis por determinar regras para a realização de procedimentos com anestesia e sedação na SBIBAE assim como estabelecer protocolos de conduta e as qualificações necessárias para a prática do anestesiologista, visando garantir a segurança do paciente." Foi inserido em RESPONSABILIDADES. Em "X. Indicadores de Qualidade" o texto foi inserido em INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO. Em "XI. Legislações, Regulamentos e Referência", as Resoluções foram inseridas em CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÕES E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL e as "Referências" foram inseridas em REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. Em "Registro" o texto "Todos os procedimentos descritos acima deverão ser registrados no prontuário eletrônico do paciente em campos específicos para anestesia e sedação. Os documentos institucionais para tais registros são denominados: Avaliação Pré-Anestésica, Termo de Ciência e Consentimento Informado para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento do Serviço de Anestesia, Prescrição Médica, Registro do Pré e Trans Operatório, Ficha de Anestesia (Mapa de Monitoração) e Recuperação Anestésica." Foi transferido para DEFINIÇÕES. Em "Anexos" o texto: "Orientação de alta após procedimentos com anestesia e/ou sedação; Política de Sedação para médicos não Anestesiologistas na SBIBAE; Política das Recuperações Anestésicas da SBIBAE; Protocolo de Jejum Pré-Anestésico; Controle de Sinais Vitais; Regras Gerais para a Atividade Médica no Hospital Israelita Albert Einstein" foram inseridos em DOCUMENTOS RELACIONADO

Adriana de Castro Catuaba (24/05/2022) – Foi realizada a unificação da política para toda SBIBAE, acrescentando as informações de atendimento no Einstein Goiânia e HMVSC, além da transferência do conteúdo para o novo template referente ao novo sistema de documentação DMDOCS e acrescentadas informações referentes a administração da medicação pré-anestésica. A política de Anestesia e Sedação na SBIBAE, código PO.ASS.MEDI.12.14 foi criada pelo Dr. Daniel Sousa Cesar em 24/02/2003, com última revisão em 03/09/2021 aprovada pelo Dr. Ayrton Bentes Teixeira.

07/10/22 - Inserida recomendação da monitorização do bloqueio neuromuscular em procedimentos sob anestesia geral e utilização de bloqueador neuromuscular.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Fraturas de Falanges e Metacarpianos

São as fraturas mais frequentes dos membros superiores. Mais comum no sexo masculino e na faixa etária dos 10-40 anos.

1. DIAGNÓSTICO

História clínica: mecanismo de trauma (direto, axial, rotacional, torção e esmagamento)
Exame físico: dor, limitação de mobilidade, deformidade, edema, hematoma, ferimentos, função tendínea e exame neurovascular.
Exames complementares:

- Radiografias: AP / perfil /oblíquas
- Laboratório: pré-operatório
- Tomografia: avaliação de desvio articular em situações especiais
- Ressonância: fraturas ocultas / lesão de partes moles associadas

CID	Definição
S62.3	Fratura de outros metacarpos
S62.4	Fratura de múltiplos metacarpos
S62.5	Fratura do polegar
S62.6	Fratura de outro dedo
S62.7	Fratura de múltiplos dedos
S62.8	Fratura do primeiro metacarpo

2. TRATAMENTO

Conservador: fraturas sem desvio e fraturas desviadas redutíveis e estáveis
Redução incruenta deve ser feita no PA após consentimento do paciente, de preferência após bloqueio anestésico local
Imobilização:
- Tala metálica: fraturas distais à interfalangiana proximal (IFP)
- Tala gessada (posição intrínseco plus): fraturas proximais à IFP

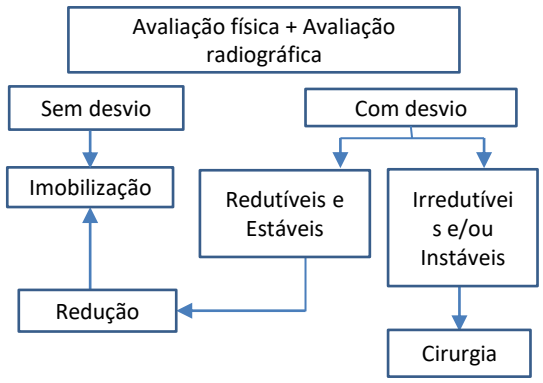
- Após redução sempre realizar radiografias de controle.
- Evitar múltiplas tentativas de redução. Solicitar retaguarda de mão.
- Tratar a dor (analgésicos, AINHs, opióides).
- Tipóia em todos os casos de fratura da mão.
- Orientar retorno ambulatorial em no máximo 7 dias.

Cirúrgico: fraturas irredutíveis ou primariamente instáveis

- Acionar retaguarda de mão ou médico particular.
- Solicitar pré-operatório, realizar analgesia e imobilização provisória.

Critérios específicos de tratamento (vide próximos itens)

FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO



3. METACARPOS

Cabeça
Lesão por mordida (alto risco de fratura exposta infectada)
Desvio: >25% da articulação e/ou degrau > 1mm: avaliar tratamento cirúrgico

Colo (Boxer)
Sem desvio ou reduzidas: imobilização do punho 30 graus extensão, MTF 45-70 graus de flexão, IFs 0 grau. Bandagem de dedos s/n.
Pseudogarra ou desvio rotacional no exame físico / Fraturas instáveis ou com desvio após redução: avaliar tratamento cirúrgico
Opções de fixação: pinos intramedulares / pinos cruzados / placas e parafusos.

Diáfise
Sem desvio ou reduzidas: imobilização do punho 30 graus extensão, MTF 45-70 graus de flexão, IFs 0 grau. Bandagem de dedos s/n.
Pseudogarra ou desvio rotacional no exame físico / Fraturas instáveis ou com desvio após redução: avaliar tratamento cirúrgico
Opções de fixação: pinos intramedulares (transversas) / placas e parafusos (oblíquas e espirais)

Fratura de Bennett
Avaliar tratamento cirúrgico

Fratura de Rolando
Avaliar tratamento cirúrgico

Fratura-luxação da base dos MTCs
Sempre instáveis: : avaliar tratamento cirúrgico

4. FALANGES

Distal

Cabeça:
Tratar hematoma subungueal (exposição óssea / antibioticoterapia)
Imobilização distal à IFP (tala metálica)

Diáfise:
Sem desvio (imobilização distal à IFP)
Desviada: fixação e reparo da matriz ungueal s/n: avaliar tratamento cirúrgico

Base:
Dedo em martelo ósseo (lesão comum)
Sem desvio: tala metálica neutra
Com desvio (1mm ou subluxação): avaliar tratamento cirúrgico
Fratura de Seymour (lesão fisária com lesão da unha): avaliar tratamento cirúrgico

Falange média / proximal

Cabeça:
Sem desvio e estável
Alto risco de desvio secundário
Imobilização do punho 30 graus extensão, MTF 45-70 graus de flexão, IFs 0 grau e bandagem de dedos
Base

Dorsal:
Avulsão do tendão extensor (botoeira): acionar retaguarda
Luxação ou subluxação: avaliar tratamento cirúrgico

Lateral
Avulsão do ligamento colateral
Desvio e/ou articulação incongruente: avaliar tratamento cirúrgico

Base
Muito comum
Articulação incongruente: acionar retaguarda
Fragmento > 25% da superfície articular: risco de desvio / luxação secundários : avaliar tratamento cirúrgico

Cominutivas
Avaliar tratamento cirúrgico

Fisárias
80-90% SH tipo II
Sem desvio e estáveis: imobilização: MTF 45-70 graus e IFs 0 grau e bandagem de dedos

Diáfise
Sem desvio e estáveis: imobilização: MTF 45-70 graus e IFs 0 grau e bandagem de dedos
Com desvio e instáveis: : avaliar tratamento cirúrgico

Referências

[1] Green's operative hand surgery, 5th ed, "fractures of the metacarpals and phalanges", 277-341

Código Documento: CPTW199.1	**Elaborador:** Bruno Biase	**Revisor:** Mauro Dirlando C de Oliveira	**Aprovador:** Haggeas Da Silveira Fernandes	**Data de Elaboração:** 02/12/2020	**Data de Aprovação:** 02/12/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Hérnias de Disco Lombares

Cerca de 80% das pessoas terão ao menos 2 episódios de dor lombar durante a vida, sendo esta uma das causas mais comuns de consultas médicas. A dor lombar pode ter múltiplas causas, no entanto quando associada a dor ciática, aquela irradiada para a perna passando pela nádega, existe grande chance de ter hérnia de disco como causa associada. Lombociatalgias são uma das causas mais comuns do afastamento de atividades de trabalho em pacientes abaixo de 45 anos. Dentro desta população hérnias de disco lombares podem ser detectadas através de exame de ressonância magnética em até 30% dos pacientes. A identificação de fatores de risco denominados "red flags" são fundamentais no direcionamento do tratamento ágil e individualizado proporcionando os melhores resultados.

1. DIAGNÓSTICO

A hérnia de disco é definida como a saída de material de sua região mais central, o núcleo pulposo, para regiões adjacentes.

O diagnóstico é clínico-radiológico direcionado através da concordância do exame clínico e dados da ressonância magnética.

CID 10	Definição
M54.5	Dor lombar baixa

2. ESCORE DE RISCO

Entre os fatores de risco estabelecidos estão carga genética, tipo de atividade que exerce e pratica, principalmente aquelas que envolve estresse rotacional da coluna e tabagismo.
Os sinais de alerta, denominados também de "red flags", dos pacientes que apresentam dores na coluna com ou sem ciática associada incluem:

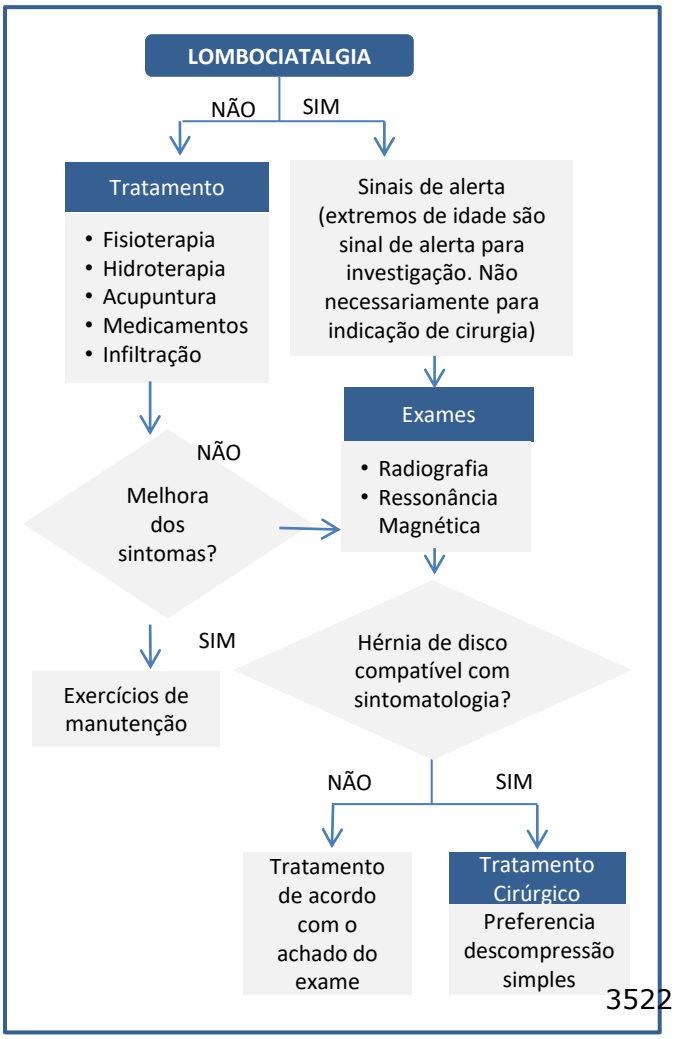
- Extremos de idade;
- > 6 semanas de duração;
- Déficit neurológico motor;
- Retenção urinária;
- Perda de sensibilidade (em sela).

3. GRADUAÇÃO MOTORA

A graduação da perda motora é fundamental na definição da necessidade de tratamento cirúrgico precoce. Pacientes com força abaixo de grau 4 têm indicação de tratamento o mais precoce possível.

- Grau 5: Força Normal
- Grau 4: Vence resistência parcialmente, mas não normal
- Grau 3: Vence a força da gravidade (levanta o membro) porém não vence resistência
- Grau 2: Não vence a gravidade, porém contração muscular parcialmente efetiva
- Grau 1: Ausência ou contração muscular inefetiva

OBS: Na síndrome da cauda equina, única situação de real urgência para cirurgia em hérnias de disco lombar, a cirurgia deve ser realizada em até 24 horas do início dos sintomas.



A SBIBAE recomenda:

1. NÃO DEVEM ser solicitados no pronto-socorro exames em caráter de urgência de ressonância magnética, tomografia computadorizada e radiografia da coluna lombar para pacientes com lombociatalgia sem sinais de cauda equina ou sem déficit motor abaixo de grau 4 e sem outros sinais de alerta ("red flags").

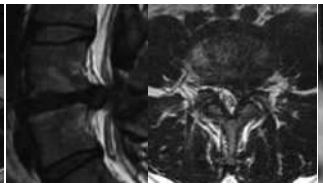
2. DEVE-SE dar urgência para acionamento de risco neurológico, com acionamento de cirurgião de coluna para pacientes com suspeita de síndrome da cauda equina e/ou déficit motor abaixo de grau 4 nos membros inferiores, assim como deve-se realizar exame de ressonância com urgência para estes pacientes.

3. Orientar o paciente quanto a não gravidade da maioria dos casos de hérnia de disco. O contrário causa internações desnecessárias e provavelmente maior número de exames e procedimentos.

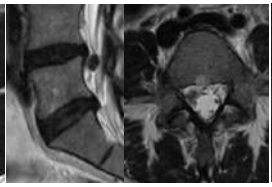
4. CLASSIFICAÇÃO DAS HÉRNIAS DE DISCO

As hérnias de disco podem ser classificadas quanto ao grau e localização do tecido herniado. Protusão, extrusão e sequestro é a graduação evolutiva das hérnias de disco, baseada na quantidade de disco herniado e se há continuidade entre a fissura no disco com o conteúdo herniado. Quanto a posição, as hérnias podem ser centrais, centrolaterais, foraminais e extra-foraminais.

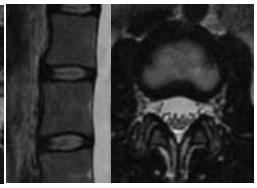
Hérnia de Disco Protusa



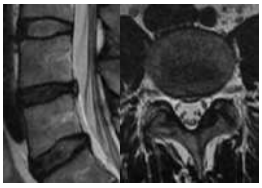
Hérnia de Disco Extrusa



Sequestro Discal



Disco Intervertebral Normal



Abaulamento Discal

5. TRATAMENTO

O tratamento dos pacientes com lombociatalgia é definido pela presença ou não de sinais de alerta, déficit neurológico e/ou dor persistente. O fluxo inicia-se pelo atendimento inicial, no qual avalia-se o tempo e topografia da dor, se há irradiação, sensibilidade, marcha e motricidade.

Pacientes com dor lombar aguda menor de 6 semanas, sem perdas motoras importantes (aquelas com grau de força abaixo de 4), devem ser tratados conservadoramente por no mínimo 6 semanas, sendo que a realização de exames de imagem deve ser minimizada.

Nos casos em que houver sinais de alerta solicitar o mais breve radiografias simples e ressonância magnética da coluna lombar. Pacientes com perda motora importante, abaixo de grau 4, e/ou sinais de síndrome da cauda equina (parestesia em sela, retenção urinária, perda de controle esfincteriano e dor) devem ser submetidos à internação e exames de imagem imediatamente para resolução do fator causal o mais breve possível, evitando ou minimizando a ocorrência de lesões permanentes.

TMP	TMP em sala cirúrgica	Tempo de Permanência em UTI
01 dia	4 horas	De acordo com as comorbidades do paciente

MEDICAMENTOS
Kefazol ou Zinacef
Novalgina
Cetoprofeno
Opioide fracos ou moderados
Anti-heméticos
Protetores gástricos
Neuromoduladores
Antiflamatório não hormonais

6. INDICADORES DE QUALIDADE

- Duração da internação hospitalar em horas;
- Índices de satisfação e qualidade de vida;
- Complicações;
- Taxa de reoperação (03 meses) em 3 meses no mesmo nível;
- Adesão ao protocolo de vigilância neurológica durante a internação;
- Tempo de admissão até cirurgia para pacientes com síndrome da cauda equina.

Referências

[1] Management of acute low back pain. Michigan Quality Improvement. Consortium,2012.http://www.guideline.gov/content.aspx?id=37956.

[2] Knight CL, Wipf JE, Staiger TO, DeyoRA, Atlas SJ, Sokol HN. Treatment of acute lumbar back pain. www.uptodate.com 2013.

[3] Fourney DR, Andersson G, Arnold PM, et al. Chronic Low Back Pain: A Heterogeneous Condition With Challenges for an Evidence-Based Approach. Spine. 2011;36 Supplement(21S):S1–S9

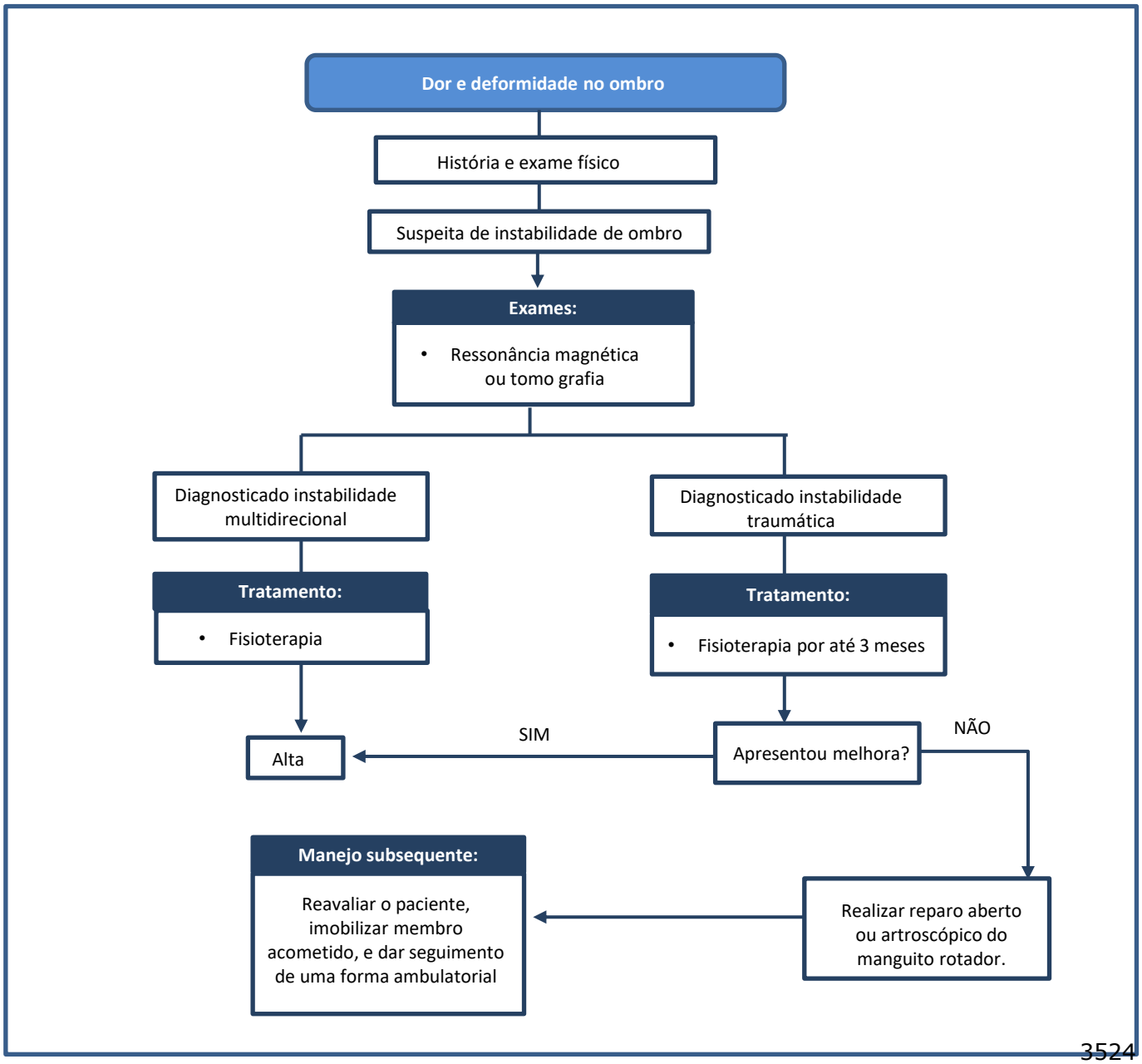
Instabilidade do Ombro

A luxação de uma articulação ocorre quando as superfícies das articulações ficam completamente separadas uma das outras. Os traumas são os maiores causadores desta condição). Uma vez que o ombro tenha luxado, ele fica vulnerável a novos episódios. Quando o ombro está instável e há a sensação de deslocamento repetidamente, é chamado de instabilidade do ombro. [1,2].

CID 10	Definição
M24.8	Outros transtornos articulares específicos, não classificados em outra parte

1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da instabilidade do ombro é feito pela história e exame físico. Radiografias do ombro podem ser úteis para fazer o diagnóstico diferencial, tais como fraturas do cíngulo do membro superior ou luxação da articulação acromioclavicular, entre outras. Exames de ressonância magnética e/ou tomografia são usualmente utilizados para diagnosticar as instabilidades do ombro[3,4].



2. FATORES DE RISCO

Em geral existem duas maneiras o ombro se tornar instável:

- **Luxação do ombro**

Lesões graves ou traumas geralmente são a causa de uma luxação inicial do ombro. Quando a cabeça do úmero se desloca há lesão capsuloligamnetar e o lábio - a borda da cartilagem ao redor da borda da glenóide - também pode lesionar. Isso é comumente chamado de lesão de Bankart. Uma primeira luxação grave pode levar a deslocamentos contínuos ou sensação de instabilidade..

- **Instabilidade Multidirecional**

Em alguns pacientes, o ombro pode se tornar instável sem um histórico de lesão ou esforço repetitivo. Nesses pacientes, o ombro pode se deslocar em várias direções.. Isso é chamado de instabilidade multidirecional. Esses pacientes têm frouxidão ligamentar.
[5,6].

3. ESCORE DE RISCO

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [7]:

- **ASA 1**: Hígida(o)
- **ASA 2**: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc)
- **ASA 3**: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc)
- **ASA 4**: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral)
- **ASA 5**: Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa
- **ASA 6**: Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação.

4. EXAMES ADICIONAIS

- **Pré operatórios:** Solicitados conforme idade do paciente, como também a presença ou não de comorbidades clínicas
- **Abaixo de 40 anos:** Hemograma e coagulograma
- **Acima dos 40 anos:** os citados acima mais Sódio / Potássio / Ureia / Creatinina / Eletrocardiograma
- **Outros exames**: conforme necessidade

5. TRATAMENTO

- Diretrizes específicas para o tratamento, se cirúrgico ou conservador, não existem. O objetivo do tratamento das instabilidade do ombro é aliviar os sintomas do paciente e restaurar o movimento e a função do ombro. Tratamentos conservadores incluem anti-inflamatórios ou analgésicos, fisioterapia específica e orientação de atividade para evitar o uso excessivo do ombro;

- As indicações para o tratamento cirúrgico das lesões da instabilidade do ombro não foram totalmente definidas e consistem em uma decisão complexa. A instabilidade ombro geralmente é tratada primeiro com opções não cirúrgicas. Se essas opções não aliviarem a dor e a instabilidade, a cirurgia pode ser necessária.. Estas técnicas podem ser divididas em procedimentos abertos e artroscopia.

- **INTERNAÇÃO**

Sugerimos que o paciente seja internado no dia da cirurgia, em jejum há pelo menos 8 horas, exceto quando estiverem agendados para o primeiro horário cirúrgico, uma vez que poderão ser internados a partir das 21 horas do dia anterior;

Os pacientes devem chegar ao local de internação com pelo menos 3 horas de antecedência, em posse de todos os exames de imagem já realizados e.

TMP	TMP em sala cirúrgica
01 a 02 dias	4 horas

- **PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO**

A pele poderá ser degermada na enfermaria;
A antibiótico profilaxia deve ser feita em até 60 minutos antes da incisão no centro cirúrgico;
Tricotomia será realizada no centro cirúrgico, se necessário e a critério do cirurgião;
O método para a reparação do tendão é de escolha do cirurgião, que poderá escolher pela reparação por via aberta ou artroscópica, dependendo da característica da lesão e do planejamento do cirurgião.

- **PÓS-OPERATORIO IMEDIATO (POI)**

No caso das reparações artroscópicas, sugerimos que o paciente deixe a sala cirúrgica com um curativo que contenha a drenagem do líquido que costuma ocorrer após o término do procedimento, através das incisões;
Recomendamos a utilização de tipoia de Velpeau com coxim de abdução;
Em geral, os pacientes retornam para a enfermaria, após a recuperação anestésica, em alguns casos com bloqueio anestésico.

- **PERÍODO ENTRE POI E PRIMEIRO DIAS APÓS A CIRURGIA**

Sugerimos que o curativo cirúrgico seja trocado para um curativo simples antes da alta;
Deve-se ter cuidado especial com a analgesia pós-operatória, principalmente nos casos que não tiveram o bloqueio do plexo braquial;
Aconselhamos que o paciente passe a primeira noite internado para monitoramento;
A fisioterapia pós-operatória fica a critério médico.

- **PRIMEIRO PÓS OPERATÓRIO**

Orientar a correta colocação e a retirada da tipoia, com auxílio da enfermagem, em especial para o primeiro banho e nos pacientes com bloqueio nervoso do plexo braquial;
Trocar o curativo se necessário;
Alta hospitalar, se a intensidade da dor for pequena e as condições clínicas permitirem.

6. INDICADORES DE QUALIDADE

- Aderência a antibioticoterapia recomendada;
- Alocação adequada;
- Duração da hospitalização;
- Taxa de readmissão.

Referências

[1] Kavaja L, et al. Treatment after traumatic shoulder dislocation: a systematic review with a network meta-analysis. Br J Sports Med. 2018;52(23):1498-506
[2] Hohmann E, et al. Open versus arthroscopic surgical treatment for anterior shoulder dislocation: a comparative systematic review and meta-analysis over the past 20 years. J Shoulder Elbow Surg. 2017;26(10):1873-80
[3] Zaremski JL, et al. Recurrence and return to play after shoulder instability events in young and adolescent athletes: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2017;51(3):177-84
[4] An VV, et al. A systematic review and meta-analysis of clinical and patient-reported outcomes following two procedures for recurrent traumatic anterior instability of the shoulder: Latarjet procedure vs. Bankart repair. J Shoulder Elbow Surg. 2016;25(5):853-63
[5]: Olds M, et al. Risk factors which predispose first-time traumatic anterior shoulder dislocations to recurrent instability in adults: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2015;49(14):913-22
[6] DeLong JM, et al. Posterior Instability of the Shoulder: A Systematic Review and Meta-analysis of Clinical Outcomes. Am J Sports Med. 2015;43(7):1805-17
[7] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA).

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW115.1	Mario Lenza Fabio T Matsunaga Danilo R O Oliveira	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Lesão do Ligamento Cruzado Anterior - LCA

O ligamento cruzado anterior (LCA) é uma estrutura intra-articular extremamente importante para a estabilidade do joelho e consequentemente para o seu bom funcionamento biomecânico. A maior participação da população em atividades esportivas, recreacionais ou não, acarreta maior exposição ao risco de ruptura do LCA. Esportes que exigem movimentos rotacionais para a sua prática, como o futebol, proporcionam um aumento no risco de lesão do LCA [1,2,3]

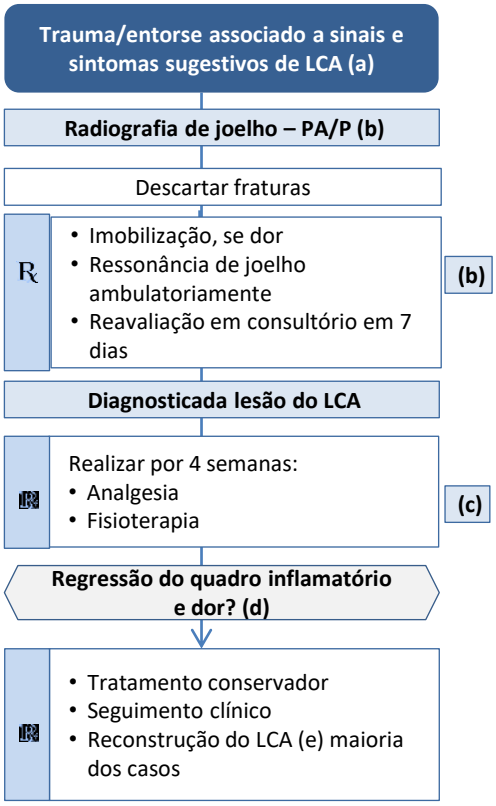
CID 10	Definição
S83.5	Entorse e distensão envolvendo ligamento cruzado (anterior/posterior) do joelho
M23.6	Outras rupturas espontâneas de ligamento(s) do joelho

1. DIAGNÓSTICO

História clínica (a)
O paciente refere movimento torcional do joelho, durante a prática esportiva. Geralmente, relata sensação de estalido associado a dor, inchaço articular e sensação de falseio, descrições clássicas e sugestivas de lesão do LCA [1,2]

Exame físico (a)
Nos primeiros dias após o trauma, o exame geralmente é inconclusivo, devido a dor. Passada a fase inicial, que dura em média 7 dias, os testes especiais como por exemplo, o Lachman, a gaveta anterior e o *pivot shift* tornam-se positivos [1,2]

Confirmação diagnóstica (b)
Na fase aguda, deve-se solicitar radiografias nas incidências anteroposterior (AP) e perfil (P) para descartar a presença de fraturas. A confirmação do diagnóstico se dá através do exame clínico (presença das provas para lesão do LCA), a confirmação do mesmo e a avaliação da presença de lesões associadas, deve ser feita com ressonância ambulatorialmente. Solicitar retorno com o médico especialista em 7 dias ou após a realização de ressonância [1].



2. ESCORE DE RISCO

Classificação ASA	
ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

3. TRATAMENTO

Tratamento inicial (c)
Inicialmente é clínico e tem o intuito de combater a inflamação aguda, através de medicações (ver abaixo), gelo local, muletas ou andador, conforme a necessidade, e fisioterapia. Deve durar 3 semanas em média [1,3]. Quando indicado o tratamento cirúrgico, deverá ser realizado após melhora do quadro inflamatório agudo, como: regressão da dor e do derrame articular, melhora da amplitude de movimento (ADM) e marcha próxima do normal [5,6].

Indicação de tratamento cirúrgico (d)
Cirurgia é recomendada em pacientes, ativos ou não fisicamente, com queixas de instabilidade persistente no joelho acometido. Ela se baseia em critérios clínicos e exames complementares [1,4].

TMP	TMP em sala cirúrgica
01 dia	4 horas

Avaliação do risco cirúrgico e alocação para cirurgia

- Utilizar a classificação ASA, descrita;
- Pacientes ≤40 anos, coletar hemograma e coagulograma. Se >40 anos, adicionar creatinina, sódio, potássio e eletrocardiograma;
- Pacientes ASA 3 e 4 devem realizar avaliação pré-operatória com o especialista;
- Pacientes ASA 1 e 2 devem ser alocados em apartamento, ASA 3 em semi-intensiva e 4, em UTI;
- A duração da internação é de 1 dia.

Medicações utilizadas

- Medicamento protetor gástrico.

***Durante a avaliação inicial no pronto-socorro* (e)**

- Dipirona 1g EV, tenoxicam 20 mg EV, ± tramadol 100 mg EV, ± ondansetrona 8 mg EV.

***Durante a cirurgia* (e)**

- Dipirona 1g EV de 6/6h, tenoxicam 20 mg EV 12/12h, ± tramadol 100 mg EV de 12/12h, ± ondansetrona 8 mg EV de 8/8h
Kefazol: 2 G (na indução anestésica).

Profilaxia de tromboembolismo venoso

- Deve ser realizada de acordo com o protocolo institucional.

4. MANEJO NO PÓS-OPERATÓRIO

Critérios e momento da alta
- O paciente receberá alta no 1º PO, após fisioterapia e treino de marcha, e com o quadro álgico controlado;
- Deixar requisição de radiografia de joelho nas incidências AP e P, que o paciente deve trazer no primeiro retorno.

Retornos ambulatoriais
- No 7º PO para curativo e avaliação da radiografia
- No 21º PO para retirada dos pontos
- Com 2, 4 e 6 meses

5. INDICADORES

- Duração internação;
- Readmissões relacionadas por procedimento;
- Custo;
- Profilaxia TEV;
- Satisfação do paciente (desfecho);
- Satisfação com cirurgia e equipe do cirurgião.

A SBIBAE recomenda:

Não indicar tratamento cirúrgico, para reconstrução do LCA, no episódio agudo (em média antes de 03 semanas) ou antes da regressão do quadro inflamatório e melhorias da amplitude de movimento.

Referências

[1] AAOS Guidelines: Management of Anterior Cruciate Ligament Injuries 2015;
[2] J Bone Joint Surg Am. 1998; 80:184;
[3] Knee Surg Sports Traumatol Arthroscop 2009;17:705-729;
[4] Am J Sports Med 2004;32:1415-1420;
[5] Clin Sports Med 1993;12:637-670;
[6] Current concepts. Bol Assoc Med PR 2006;98:62-72

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW118.1	José Antonio D C Longo	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Lesão do Ligamento Cruzado Anterior - LCA

O ligamento cruzado anterior (LCA) é uma estrutura intra-articular extremamente importante para a estabilidade do joelho e consequentemente para o seu bom funcionamento biomecânico. A maior participação da população em atividades esportivas, recreacionais ou não, acarreta maior exposição ao risco de ruptura do LCA. Esportes que exigem movimentos rotacionais para a sua prática, como o futebol, proporcionam um aumento no risco de lesão do LCA [1,2,3]

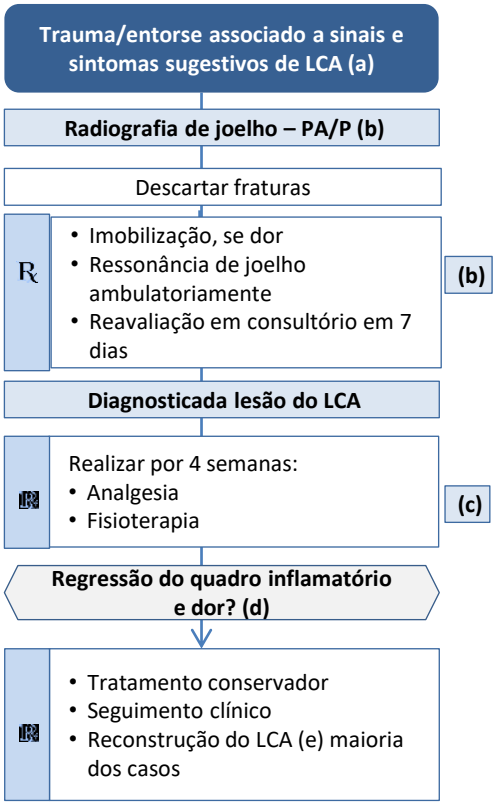
CID 10	Definição
S83.5	Entorse e distensão envolvendo ligamento cruzado (anterior/posterior) do joelho
M23.6	Outras rupturas espontâneas de ligamento(s) do joelho

1. DIAGNÓSTICO

História clínica (a)
O paciente refere movimento torcional do joelho, durante a prática esportiva. Geralmente, relata sensação de estalido associado a dor, inchaço articular e sensação de falseio, descrições clássicas e sugestivas de lesão do LCA [1,2]

Exame físico (a)
Nos primeiros dias após o trauma, o exame geralmente é inconclusivo, devido a dor. Passada a fase inicial, que dura em média 7 dias, os testes especiais como por exemplo, o Lachman, a gaveta anterior e o *pivot shift* tornam-se positivos [1,2]

Confirmação diagnóstica (b)
Na fase aguda, deve-se solicitar radiografias nas incidências anteroposterior (AP) e perfil (P) para descartar a presença de fraturas. A confirmação do diagnóstico se dá através do exame clínico (presença das provas para lesão do LCA), a confirmação do mesmo e a avaliação da presença de lesões associadas, deve ser feita com ressonância ambulatorialmente. Solicitar retorno com o médico especialista em 7 dias ou após a realização de ressonância [1].



2. ESCORE DE RISCO

Classificação ASA	
ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

3. TRATAMENTO

Tratamento inicial (c)
Inicialmente é clínico e tem o intuito de combater a inflamação aguda, através de medicações (ver abaixo), gelo local, muletas ou andador, conforme a necessidade, e fisioterapia. Deve durar 3 semanas em média [1,3]. Quando indicado o tratamento cirúrgico, deverá ser realizado após melhora do quadro inflamatório agudo, como: regressão da dor e do derrame articular, melhora da amplitude de movimento (ADM) e marcha próxima do normal [5,6].

Indicação de tratamento cirúrgico (d)
Cirurgia é recomendada em pacientes, ativos ou não fisicamente, com queixas de instabilidade persistente no joelho acometido. Ela se baseia em critérios clínicos e exames complementares [1,4].

TMP	TMP em sala cirúrgica
01 dia	4 horas

Avaliação do risco cirúrgico e alocação para cirurgia

- Utilizar a classificação ASA, descrita;
- Pacientes ≤40 anos, coletar hemograma e coagulograma. Se >40 anos, adicionar creatinina, sódio, potássio e eletrocardiograma;
- Pacientes ASA 3 e 4 devem realizar avaliação pré-operatória com o especialista;
- Pacientes ASA 1 e 2 devem ser alocados em apartamento, ASA 3 em semi-intensiva e 4, em UTI;
- A duração da internação é de 1 dia.

Medicações utilizadas

- Medicamento protetor gástrico.

***Durante a avaliação inicial no pronto-socorro* (e)**

- Dipirona 1g EV, tenoxicam 20 mg EV, ± tramadol 100 mg EV, ± ondansetrona 8 mg EV.

***Durante a cirurgia* (e)**

- Dipirona 1g EV de 6/6h, tenoxicam 20 mg EV 12/12h, ± tramadol 100 mg EV de 12/12h, ± ondansetrona 8 mg EV de 8/8h
Kefazol: 2 G (na indução anestésica).

Profilaxia de tromboembolismo venoso

- Deve ser realizada de acordo com o protocolo institucional.

4. MANEJO NO PÓS-OPERATÓRIO

Critérios e momento da alta
- O paciente receberá alta no 1º PO, após fisioterapia e treino de marcha, e com o quadro álgico controlado;
- Deixar requisição de radiografia de joelho nas incidências AP e P, que o paciente deve trazer no primeiro retorno.

Retornos ambulatoriais
- No 7º PO para curativo e avaliação da radiografia
- No 21º PO para retirada dos pontos
- Com 2, 4 e 6 meses

5. INDICADORES

- Duração internação;
- Readmissões relacionadas por procedimento;
- Custo;
- Profilaxia TEV;
- Satisfação do paciente (desfecho);
- Satisfação com cirurgia e equipe do cirurgião.

A SBIBAE recomenda:

Não indicar tratamento cirúrgico, para reconstrução do LCA, no episódio agudo (em média antes de 03 semanas) ou antes da regressão do quadro inflamatório e melhorias da amplitude de movimento.

Referências

[1] AAOS Guidelines: Management of Anterior Cruciate Ligament Injuries 2015;
[2] J Bone Joint Surg Am. 1998; 80:184;
[3] Knee Surg Sports Traumatol Arthroscop 2009;17:705-729;
[4] Am J Sports Med 2004;32:1415-1420;
[5] Clin Sports Med 1993;12:637-670;
[6] Current concepts. Bol Assoc Med PR 2006;98:62-72

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW118.1	José Antonio D C Longo	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Lesão do Manguito Rotador

O manguito rotador (MR) é formado pelos tendões dos músculos subescapular, supraespinal, infraespinal e redondo menor. A ação conjunta dos músculos do MR é responsável por estabilizar o ombro (articulação glenoumeral) e prevenir a migração superior do ombro. Dores no ombro são muito comuns; apresentam uma incidência de 9,5 por 1000 pacientes e em 86% dos pacientes as dores estão relacionadas às doenças do manguito rotador (MR) [1,2].

1. DIAGNÓSTICO

História clínica: Pacientes com lesões agudas (traumáticas) do MR geralmente apresentam início súbito dos sintomas dor e fraqueza da elevação do braço. Os pacientes com lesões crônicas do MR queixam-se de dor progressiva e fraqueza, com concomitante perda de movimento ativo. Na maioria dos pacientes, a dor está presente à noite e é localizada na área lateral do ombro[6-8].

Diagnóstico: O diagnóstico das lesões do MR é feito pela história e exame físico.

CID 10	Definição
M75.1	Síndrome do manguito rotador
S46.0	Traumatismo do tendão do manguito rotador do ombro

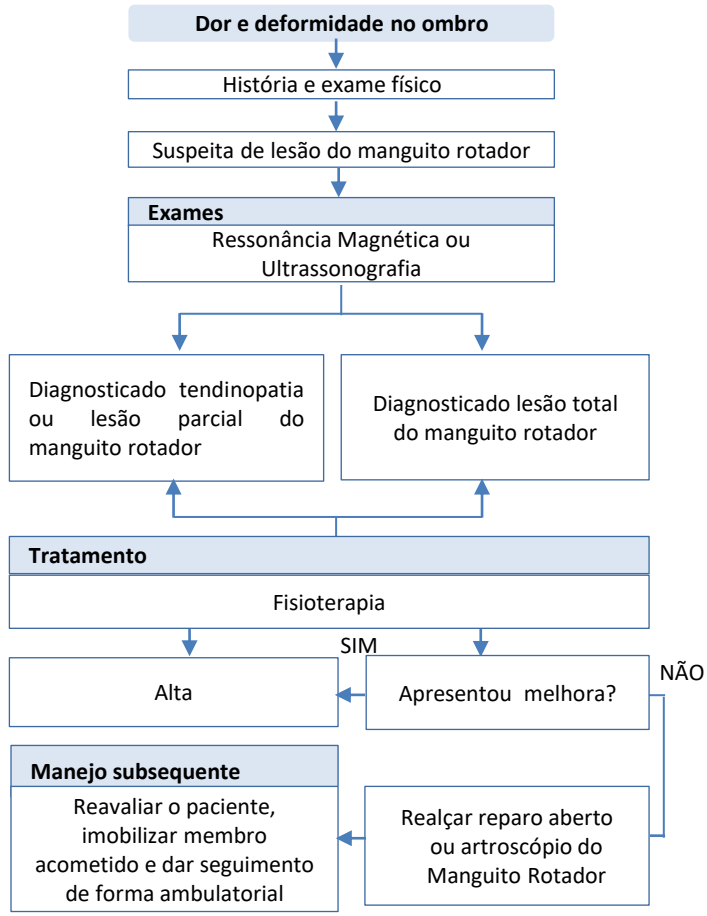
2. INDICAÇÃO CIRÚRGICA

Lesão parcial sintomática do tipo intraarticular sem melhora com fisioterapia.

Confirmação diagnóstica: Radiografias do ombro podem ser úteis para fazer o diagnóstico diferencial das lesões do MR, tais como osteoartrose do ombro ou da articulação acromioclavicular, tendinites calcáreas, entre outras. Exames de ressonância magnética e ultrassonografia são usualmente utilizados para diagnosticar as lesões do MR [3-5].

FATORES DE RISCO

- Comumente, a tendinopatia (processo degenerativo do tendão) do manguito rotador (MR) pode resultar em lesão do tendão supraespinhal e progredir para os demais tendões. Uma revisão narrativa sobre fisiopatologia das lesões do MR, propôs uma teoria multifatorial com a combinação de fatores extrínsecos e intrínsecos. Os fatores extrínsecos podem ser divididos em causas anatômicas, tais como: forma do acrômio (curvo ou ganchoso), espessamento do ligamento acromiclavicular, os acromiale, esporão acromial; e causas ambientais, tais como: envelhecimento, uso excessivo do ombro, tabagismo, obesidade e distúrbios metabólicos, como a diabetes. Os fatores intrínsecos incluem: áreas de hipoperfusão dos tendões, processos inflamatórios e alterações celulares dos tendões, como a desorganização da arquitetura do colágeno, entre outros;
- As lesões do manguito rotador podem ser descritas de várias maneiras, de acordo com sua duração (aguda ou crônica), tamanho (parciais, totais ou extensas) e etiologia (traumática ou degenerativa); diversos sistemas de classificação foram propostos para caracterizar estas lesões.



3. EXAMES ADICIONAIS

- **Pré operatórios:** Solicitados conforme idade do paciente, como também a presença ou não de comorbidades clínica.
- **Abaixo de 40 anos:** Hemograma e coagulograma.
- **Acima dos 40 anos:** Os citados acima mais Sódio/ Potássio / Ureia / Creatinina / Eletrocardiograma.
- **Outros exames**: Conforme necessidade.

4. ALOCAÇÃO E DURAÇÃO DA INTERNAÇÃO

TMP	TMP em sala cirúrgica
01 a 02 dias	4 horas

5. ESCORE DE RISCO

Classificação da *American Society of Anesthesiologists (ASA) [9]:*

Classificação ASA	
ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool).
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve).
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos).
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada).
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos).

TRATAMENTO

- Diretrizes específicas para o tratamento, se cirúrgico ou conservador, não existem;
- O objetivo do tratamento das lesões do MR é aliviar os sintomas do paciente e restaurar o movimento e a função do ombro;
- Tratamentos conservadores incluem anti-inflamatórios ou analgésicos, injeções locais de glicocorticoides, acupuntura, hidroterapia, fisioterapia específica e orientação de atividade para evitar o uso excessivo do ombro;
- As indicações para o tratamento cirúrgico das lesões do MR não foram totalmente definidas e consistem em uma decisão complexa; normalmente incluindo a duração dos sintomas, comprometimento dos movimentos do ombro, tamanho da lesão e falha do tratamento conservado;
- Nossas diretrizes suportam o tratamento cirúrgico para as lesões completas (transfixantes) sintomáticas apesar do tratamento conservador por 3 meses.

TRATAMENTO CONSERVADOR

- Trata-se de orientações das atividades da vida diária, alongamento muscular e cápsula posterior e fortalecimento dos estabilizadores do ombro e escápula.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

- Muitas técnicas têm sido descritas; desde simples desbridamento das lesões parciais e descompressão subacromial (acromioplastia) até reparos das lesões do MR. Estas técnicas podem ser divididas em procedimentos abertos e artroscopia.

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Internação

- Sugerimos que o paciente seja internado no dia da cirurgia, em jejum há pelo menos 8 horas, exceto quando estiverem agendados para o primeiro horário cirúrgico, uma vez que poderão ser internados a partir das 21 horas do dia anterior;

- Os pacientes devem chegar ao local de internação com pelo menos 3 horas de antecedência, em posse de todos os exames de imagem já realizados;

- Para o cirurgião responsável, sugerimos que deixe a documentação pronta (pré-internação) no guichê de internação com no mínimo 6 horas de antecedência.

7. PÓS OPERATÓRIO

Planejamento pré-operatório

- A pele poderá ser degermada na enfermaria;
- A antibiótico profilaxia deve ser feita em até 60 minutos antes da incisão no centro cirúrgico;
- Tricotomia será realizada no centro cirúrgico, se necessário e a critério do cirurgião;
- O método para a reparação do tendão é de escolha do cirurgião, que poderá escolher pela reparação por via aberta ou artroscópica, dependendo da característica da lesão e do planejamento do cirurgião.

Pós-operatório imediato (POI)

- No caso das reparações artroscópicas, sugerimos que o paciente deixe a sala cirúrgica com um curativo que contenha a drenagem do líquido que costuma ocorrer após o término do procedimento, através das incisões;
- Recomendamos a utilização de tipoia de Velpeau com coxim de abdução;
- Em geral, os pacientes retornam para a enfermaria, após a recuperação anestésica, em alguns casos com bloqueio anestésico.

Período entre POI e primeiro dias após a cirurgia

- Sugerimos que o curativo cirúrgico seja trocado para um curativo simples antes da alta;
- Deve-se ter cuidado especial com a analgesia pós-operatória, principalmente nos casos que não tiveram o bloqueio do plexo braquial;
- Aconselhamos que o paciente passe a primeira noite internado para monitoramento;
- A fisioterapia pós-operatória fica a critério médico.

Primeiro pós operatório

- Orientar a correta colocação e a retirada da tipoia, com auxílio da enfermagem, em especial para o primeiro banho e nos pacientes com bloqueio nervoso do plexo braquial;
- Trocar o curativo se necessário;
- Alta hospitalar, se a intensidade da dor for pequena e as condições clínicas permitirem.

A SBIBAE recomenda:

1. Fisioterapia em lesões completas e complexas.

8. INDICADORES DE QUALIDADE

- Aderência a antibioticoterapia recomendada;
- Alocação adequada;
- Duração da hospitalização;
- Taxa de readmissão.

Referências

[1] Ostör AJ, et al. Diagnosis and relation to general health of shoulder disorders presenting to primary care. Rheumatology (Oxford, England). 2005;44(6):800-5.

[2] Oh LS, et al. Indications for rotator cuff repair: a systematic review. Clinical orthopaedics and related research. 2007;455:52-63.

[3] Zanetti M, et al. MR imaging after rotator cuff repair: full-thickness defects and bursitis-like subacromial abnormalities in asymptomatic subjects. Skeletal radiology. 2000;29(6):314-9.

[4] Dinnes J, et al. The effectiveness of diagnostic tests for the assessment of shoulder pain due to soft tissue disorders: a systematic review. Health technology assessment (Winchester, England). 2003;7(29):1-166.

[5] Lenza M, et al. Magnetic resonance imaging, magnetic resonance arthrography and ultrasonography for assessing rotator cuff tears in people with shoulder pain for whom surgery is being considered. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep 24;(9):CD009020.

[6] Matsen FA 3rd. Clinical practice. Rotator-cuff failure. The New England journal of medicine. 2008;358(20):2138-47.

[7] Piper CC, et al. Operative versus nonoperative treatment for the management of full-thickness rotator cuff tears: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2018;27(3):572-6.

[8] Yang J Jr, et al. The Clinical Effect of a Rotator Cuff Retear: A Meta-analysis of Arthroscopic Single-Row and Double-Row Repairs. Am J Sports Med. 2017;45(3):733-41.

[9] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA).

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Lombalgia Aguda

A coluna vertebral é formada por um complexo triarticular, composto pelo disco intervertebral (na região anterior) e as articulações interfacetárias (zigoapofisárias). De forma global, três estruturas são reconhecidas como responsáveis pela dor crônica da coluna lombar: disco intervertebral, faceta articular e corpo vertebral, além da musculatura e ligamentos. A lombalgia é uma das queixas álgicas mais frequentes em unidades de pronto atendimento, sendo que em sua maioria, a dor muscular e mecânica são as principais causas. Trata-se de uma importante causa de afastamento das atividades laborais, impactando negativamente ao sistema de saúde [1,2,3]

1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico se inicia com a anamnese do paciente, onde a caracterização da dor quanto a localização e intensidade são pontos importantes para a elaboração das hipóteses diagnósticas.

Pacientes, em sua maioria, queixam-se de dor lombar contínua, uni ou bilateral, com ou sem irradiação para glúteos, virilha e coxa ou até mesmo em alguns casos, referem irradiações para o membro inferior como um todo [1,2] [a]

O teste clínico com maior acurácia para o diagnóstico das hérnias discais associados com radiculopatia é o teste de elevação do membro estendido em decúbito dorsal e na posição sentada [1,2] [a]

Pacientes que apresentam quadro clínico que não melhora com tratamento conservador devem ser submetidos aos exames de radiografia dinâmica e de ressonância magnética da coluna lombar, sendo este último, considerado o exame mais apropriado não invasivo, para confirmar esta doença. [1][b]

CID 10	Definição
M54.4	Dor lombar baixa
M51.3	Outra degeneração especificada de disco intervertebral
M51.4	Nódulos de Schmorl
M51.9 M79.1 M47.8 M54.9	Transtorno não especificado de disco intervertebral

2. ESCORE DE RISCO

Após a anamnese, é possível observar que cada paciente apresenta um conjunto de sinais e sintomas, e deve ser tratado de maneira individualizada, de acordo com a prática baseada em evidências.

O estagiamento ocorre de acordo com a avaliação de bandeiras vermelhas, uso de questionários específicos para melhor caracterização de aspectos de dor e disfunção, bem como aspectos psicossociais, para que o relato do paciente e sua percepção dos sintomas também contribuam para o processo de reabilitação.

Desta forma, a indicação de tratamento - que pode ser o cirúrgico, o conservador ou orientações domiciliares com planejamento de retornos periódicos – é realizada com participação ativa do paciente, tornando-o mais esclarecido e ciente da conduta a ser tomada[6].

3. EXAMES ADICIONAIS

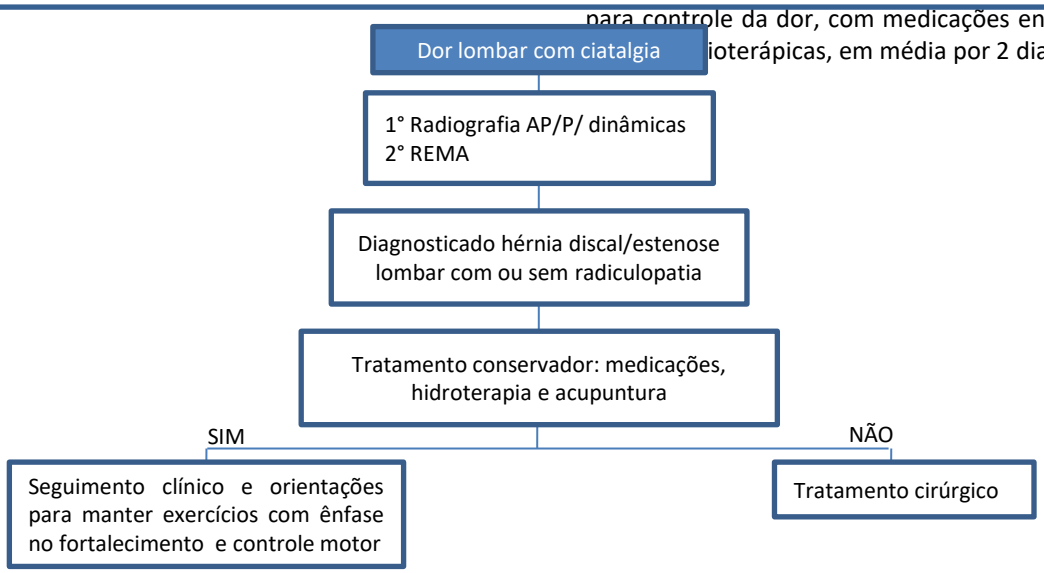
Além das radiografias da coluna lombar nas posições anteroposterior e perfil, devem ser solicitadas as radiografias dinâmicas

A ressonância deverá ser requerida nos casos não responsivos ao tratamento conservador, ou naqueles em que houveram piora do quadro álgico e neurológico associados. (Quadro recorrente ou retorno recente a unidade de saúde)

4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

Inicialmente todos os pacientes que não apresentarem nenhuma bandeira vermelha, deverão ser encaminhados para o tratamento conservador e receber informações sobre o bom prognóstico da lombalgia e orientações para se manter ativo em sua rotina diária.

Nos casos onde o paciente apresenta uma crise, cujo quadro álgico não responde as medicações habituais, este paciente deverá ser internado, em apartamento, para controle da dor, com medicações endovenosas e ioterápicas, em média por 2 dias.



5. TRATAMENTO

O tratamento conservador se inicia com a prescrição de medicações sintomáticas de diferentes classes (analgésicos, antinflamatórios, relaxantes musculares corticosteroides, antidepressivos e opióides) [1,3] [c]
O tratamento conservador consiste em: 20 sessões de fisioterapia (modulação de sintomas, controle de movimentos, otimização funcional), 20 sessões de hidroterapia (exercícios ativos em ambiente aquático) e 20 sessões de acupuntura (analgesia) com orientações domiciliares quanto a manejo da dor e exercícios (alongamento, fortalecimento, controle motor)
Nos casos de internação para controle da dor são utilizadas as seguintes medicações: novalgina, cetoprofeno, tramal (se dor forte), relaxantes musculares, omeprazol, ondasentrona (se náuseas ou vômitos) e nos casos de dor mais intensa poderá ser ministrado a morfina
O tratamento cirúrgico está indicado em casos em que a dor é refratária ao tratamento conservador, uma vez confirmado o diagnóstico e causa da dor através da ressonância [5,6] [d]

6. MANEJO SUBSEQUENTE

Se o tratamento conservador em âmbito ambulatorial estiver efetivo este deverá ser mantido por 3 meses, com reavaliações médicas mensais e reforço das orientações domiciliares quanto a manejo da dor e exercícios.
No caso de uma internação para controle da dor, após 2 dias de internação, o paciente, se controlado o quadro álgico, receberá alta, com as devidas orientações para continuar o tratamento citado acima, e reavaliações mensais por 3 meses.
Devem ser reinternados para tratamento cirúrgico os pacientes que não responderem ao tratamento conservador e permanecem com quadros álgico e disfuncional exacerbados ou que apresentem bandeiras vermelhas que necessitam de manejo médico em caráter de urgência.

TMP
01 a 02 dias

MEDICAMENTOS – tornar genérico	
Novalgina	Omeprazol
Cetoprofeno	Enoxaparina
Tramal	Miosan
Ondasentrona	Dimorf

INTERNAÇÃO		
Novalgina 1,0 g	EV	6h/6h
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h
Tramal 100 mg	EV	8h/8h
Ondasentrona 4 mg	EV	8h/8h (se náuseas ou vômitos)
Omeprazol 20 mg	EV	1 x ao dia (jejum)
Enoxaparina 40 mg	SC	1x ao dia
Miosan 10 mg	VO	1 x ao dia
Dimorf 2 mg	EV	4x ao dia ACM

Referências

[1] Biology of the Intervertebral Disc. Boca Raton, FL: CRC Press; 1988:151- 2
[2] The Spine Journal 14 (2014) 180–191
[3] Arch Phys Med Rehabil 2007;88:840– 5
[4] Spine 2009;34:1585– 6
[5] Phys Ther. 2016 Jul;96(7):1057-66
[6] Clin J Pain 2004;20:455

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW139.1	Mario Lenza Alexandre S Iutaka Alberto O Gotfryd	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

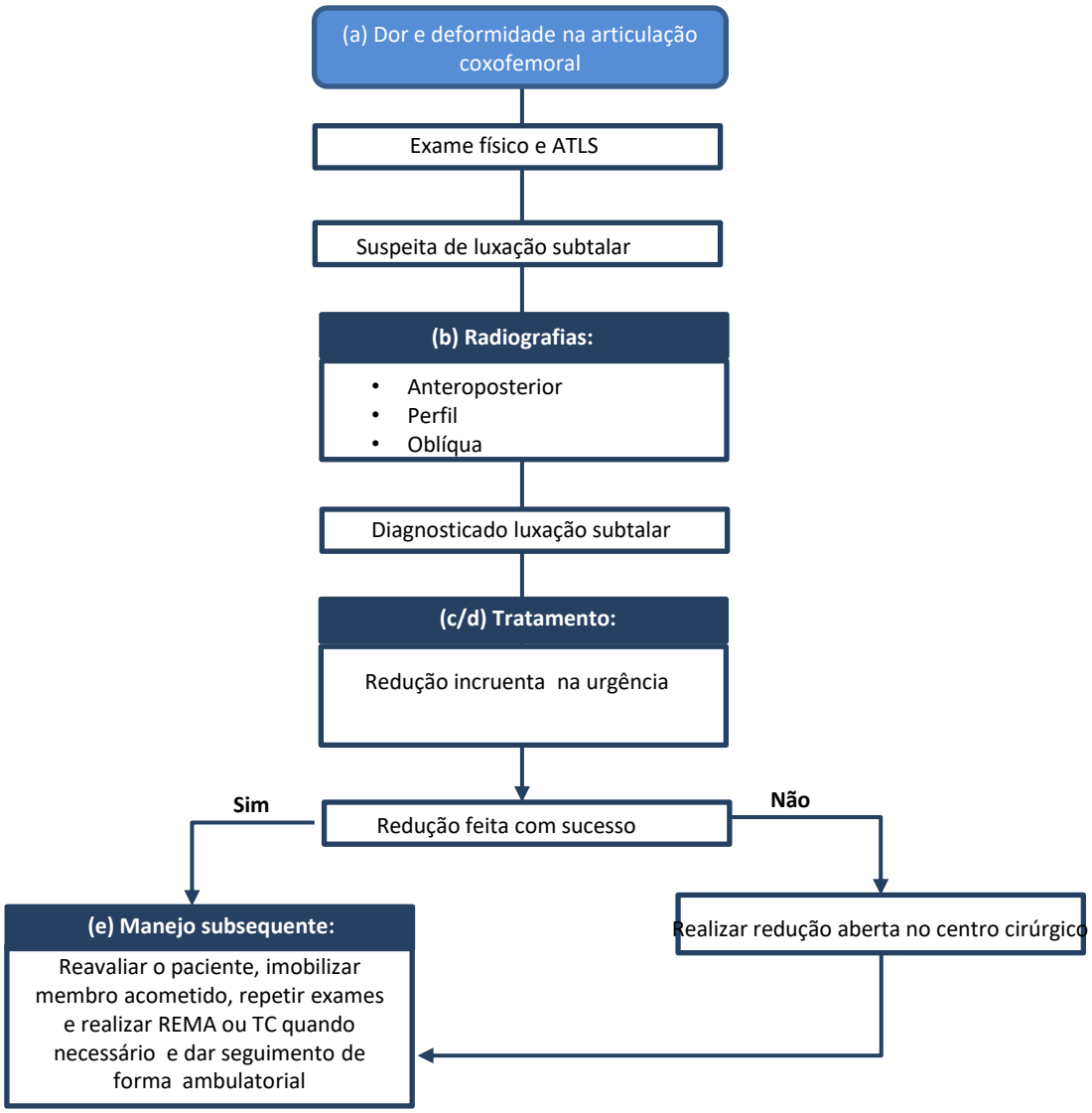
Luxação da Subtalar

A luxação da articulação subtalar é definida como o deslocamento completo e simultâneo das articulações talocalcaneana e talonavicular. Trata-se de uma lesão incomum, representando 1% a 2% de todas as luxações e aproximadamente 15% das lesões peritalares. Acomete homens por volta da 4º década de vida, vítima de acidentes de alta energia (quedas e acidentes automobilísticos) [1]

1. DIAGNÓSTICO

CID 10	Definição
S93.0	Luxação da articulação do tornozelo

- O diagnóstico é baseado na história clínica, identificando o mecanismo de trauma, exame físico ortopédico e exames complementares [1] [a]
- O paciente geralmente é trazido pelo resgate com intensa dor no membro acometido, associado a deformidade grosseira no pé. A pele poderá estar tensa no ápice da deformidade e com possíveis sinais de sofrimento [2]
- A direção da luxação definirá maior ou menor gravidade das lesões. Atenção às condições de pele e ao status neurovascular
- Estes pacientes, chegando na sala de emergência, devem ser avaliados como pacientes politraumatizados, e seguir todo protocolo intra-hospitalar do ATLS (ABCDE) [3] [a]
- As radiografias do pé e tornozelo nas posições anteroposterior e perfil devem ser solicitadas no pronto socorro para confirmar a direção da luxação como também a presença ou não de fraturas



2. ESCORE DE RISCO

- O aumento do risco deste tipo de lesão está associado a energia de trauma envolvida e do tempo decorrido do trauma até o tratamento definitivo [1]
- Além das lesões e fraturas ortopédicas, estes pacientes são considerados politraumatizados, e, portanto, outras lesões podem estar presentes, e uma equipe multiprofissional será necessária [a]
- Como qualquer luxação musculoesquelética, é considerada uma urgência ortopédica, devido ao risco de complicações na pele, de lesões vasculares, de necrose avascular do tálus

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [5]:

- ASA 1: Hígida(o)
- ASA 2: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc)
- ASA 3: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc)
- ASA 4: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral)
- ASA 5: Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa
- ASA 6: Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

3. EXAMES ADICIONAIS

- São solicitados exames complementares conforme a gravidade e necessidade das lesões presentes, como também a presença ou não de comorbidades clínicas [1,2,3]
- Exames complementares ortopédicos: Após a redução incruenta, as radiografias anteroposterior / Perfil / oblíquas, devem ser repetidas, e na presença de fraturas a tomografia do pé e tornozelo é importante para o detalhamento das mesmas [b]
- Exames laboratoriais: Hemograma, coagulograma, mais Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina e Eletrocardiograma
- Outros exames conforme necessidade

4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

- O local de internação e o tempo de permanência hospitalar vai depender do número e da gravidade das lesões, pode ser necessário internação na UTI, nos casos mais graves, com lesões não ortopédicas associadas, ou apartamento para os casos mais simples, como por exemplo, na presença de luxação apenas da subtalar;

- Período mínimo de internação é de 1 dia, podendo ser prolongado de acordo com as lesões presentes e tratamentos indicados.

5. TRATAMENTO

- O tratamento da luxação da articulação subtalar se dá através de uma redução incruenta em caráter de urgência, no centro cirúrgico quando disponível [2] [c] [d];
- Após a redução, este paciente é reavaliado, e novas radiografias devem ser realizadas do pé e tornozelo (anteroposterior / Perfil / oblíquas) e a tomografia [3] [b] [e];
- A continuação do tratamento, cirúrgico ou não, dependerá da presença de outras lesões ou fraturas;
- Medicações utilizadas durante o tratamento cirúrgico: Kefazol ou Zinacef (nos casos de pacientes que apresentarem alergia ao Kefazol) novalgina, cetoprofeno, tramal, morfina (se dor forte), omeprazol, ondasentrona (se náuseas ou vômitos);
- Profilaxia para tromboembolismo venoso deverá ser medicamentosa e mecânica através da fisioterapia, já que são pacientes que ficaram acamados por um período maior, além da utilização de imobilização ortopédica. Utiliza-se a Enoxaparina 40 mg SC 1 x ao dia enquanto estiver internado, recebendo alta com anticoagulante oral;
- Outros medicamentos serão prescritos de acordo com a necessidade do paciente.

MED:
- Kefazol ou Zinacef
- Novalgina
- Cetoprofeno
- Tramal
- Omeprazol
- Ondasentrona

6. MANEJO SUBSEQUENTE

- O paciente deverá permanecer internado por um período mínimo de 1 dia, nos casos de luxação simples da articulação subtalar [c];
- Imobilização com tala gessada suropodálica por 3 semanas;
- O retorno ambulatorial é feito com 7 dias e na 3º semana de pós-operatório para reavaliação e curativo quando necessário, e deverá realizar novas radiografias do pé e tornozelo para controle da redução. Outros exames como tomografia e/ou ressonância conforme necessidade.

Referências

[1] Foot Ankle Clin(internet) 2015;20(2): 253:64;
[2] Foot Ankle int 2003; 24(2): 158-63;
[3] Foot Ankle Clin(internet) 2015;20(2): 195:221;
[4] Foot Ankle Clin(internet) 2012;33(2):151:60 ;
[5] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA).

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW117.1	Mario Lenza Alexandre L G Dos Santos Adilson S De Oliveira Jr	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

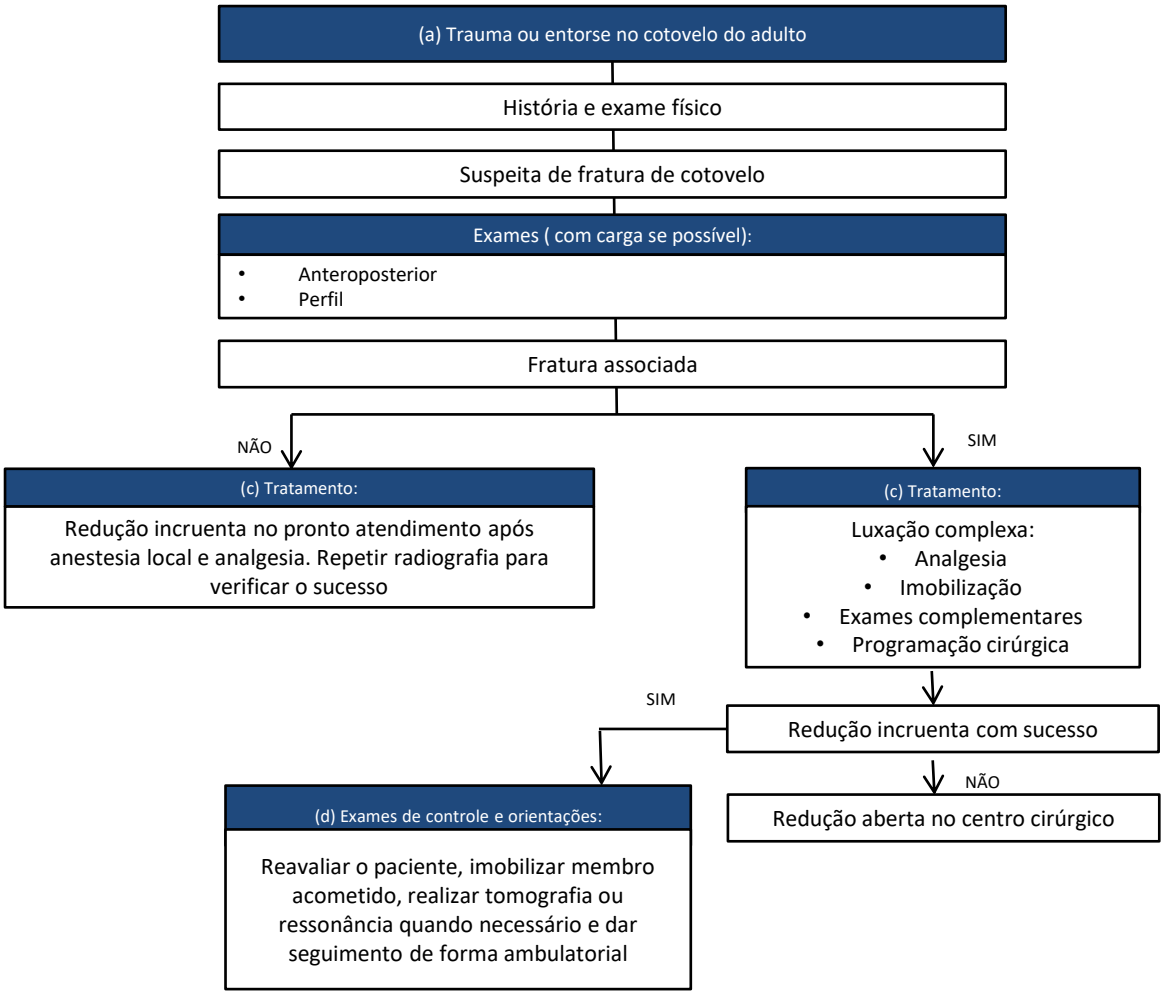
Luxação do Cotovelo em Adultos

A luxação do cotovelo é a perda da congruência articular entre os ossos que compõe a articulação do cotovelo. O mecanismo mais comum é o trauma indireto, ou seja, a queda com a mão espalmada levando a uma entorse (extensão do cotovelo + supinação do antebraço + valgo). É descrita com relação à sua direção: posterior e posterolateral, as mais frequentes; lateral, medial ou divergente, esta última mais rara. É a primeira articulação mais luxada em crianças e a segunda em adultos [1,2] [a].

CID 10	Definição
M24.4	Deslocamento e subluxação de articulação recidivantes
S53.1	Luxação do cotovelo, não especificada

1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico ortopédico e exames complementares; [1,2] [a]
- O paciente geralmente identifica com clareza a forma e o modo como aconteceu o trauma, chega a unidade de pronto atendimento com o cotovelo semi-fletido, segurando o membro afetado. Observa-se uma deformidade grosseira do cotovelo; [1,2] [a]
- Além da deformidade, outros sinais clínicos podem estar presentes como dor, edema, hematoma (geralmente medial) e impotência funcional; [1,2] [a]
- Atenção no exame clínico para a presença de lesões neurológicas buscando algum déficit sensitivo ou motor dos principais nervos ulnar, radial (interósseo posterior) e mediano. O status vascular também deve ser investigado em todas as luxações; [3,4] [a]
- Exames radiográficos nas posições anteroposterior e perfil são solicitadas nas UPAs para diagnosticar as luxações e orientar nas manobras de redução. [b]



2. ESCORE DE RISCO

O aumento do risco deste tipo de lesão está associado a energia do trauma envolvido, da presença de fraturas, lesões neurovasculares e do tempo decorrido do trauma até o tratamento definitivo.

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [5]:

- ASA 1: Hígida(o);
- ASA 2: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc);
- ASA 3: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc);
- ASA 4: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral);
- ASA 5: Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa;
- ASA 6: Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação.

3. EXAMES ADICIONAIS

- Exames complementares ortopédicos no pronto atendimento: Radiografias anteroposterior / Perfil;
- Exames laboratoriais, quando levado ao centro cirúrgico: Hemograma, coagulograma (pacientes hígidos abaixo dos 40 anos), Sódio, Potássio, Ureia, Creatinina e Eletrocardiograma (pacientes acima dos 40 anos);
- Outros exames conforme necessidade. A tomografia deve ser solicitada na fase aguda (após redução), quando houver a presença de fraturas associadas. A ressonância magnética não é necessária na fase aguda.

4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

- Quando indicado a redução da luxação em ambiente de centro cirúrgico, ou quando houver a necessidade de tratamento complementar como por exemplo no caso de fraturas ou luxações instáveis, o paciente permanecerá em apartamento, geralmente 1 dia de internação.

5. TRATAMENTO

- O tratamento da luxação do cotovelo se dá através de uma redução incruenta em caráter de urgência. Esta redução pode ser realizada em ambiente do pronto atendimento desde que o paciente e familiares concordem, como também após estratificar os riscos do procedimento [5] [c];
- A redução pode ser feita após anestesia local e uma adequada analgesia;
- Nos casos de luxação do cotovelo, onde o paciente não aceitou a redução em pronto atendimento, ou àqueles em que a redução incruenta não foi efetiva, a redução deverá ser realizada no centro cirúrgico. Nos casos onde não se conseguir esta redução fechada, deverá ser realizada uma redução aberta [c];
- Após a redução da articulação, este paciente é reavaliado, a propedêutica do exame físico realizado novamente, e deverão ser solicitadas novas radiografias (anteroposterior / Perfil) para confirmar a posição correta das articulações reduzidas, e avaliar a presença ou não de fraturas associadas [4,5] [c];
- No caso de fraturas articulares associadas, pode ser necessário a realização de uma tomografia. A ressonância fica reservada para casos específicos de lesões multiligamentares e instáveis [3,5] [d];
- Medicações utilizadas durante o tratamento no pronto atendimento para a luxação do cotovelo: Xilocaína sem vasoconstritor, Novalgina, cetoprofeno, tramal, morfina (se dor forte);
- Após a redução a articulação envolvida é imobilizada com tala gessada axilopalmar por 3 semanas;
- No caso da necessidade de tratamento cirúrgico (redução) em ambiente de centro cirúrgico: novalgina, cetoprofeno, tramal (se dor forte), omeprazol, ondasentrona (se náuseas ou vômitos).

6. MANEJO SUBSEQUENTE

- Após redução incruenta no pronto atendimento, imobilização gessada o paciente recebe alta com orientação para retornar com especialista em até 7 dias, para reavaliação e radiografias de controle. O próximo retorno deverá ocorrer com 3 semanas, para reavaliação, retirada da tala gessada, e início do tratamento fisioterápico;

- Nos casos de luxação do cotovelo instável ou associada a fraturas, se estas forem de tratamento cirúrgico, o paciente deverá prosseguir a investigação através de uma tomografia (para fratura) e até ressonância (no caso das lesões ligamentares). A imobilização gessada também é colocada após o tratamento cirúrgico;

- O acompanhamento nos casos de luxação do cotovelo associada a fraturas cirúrgicas, o retorno se dá com 7 dias de PO; 21º dia para retirada de pontos e da imobilização. Os demais retornos serão com 2 e 4 meses.

7. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS

PRONTO ATENDIMENTO / INTERNAÇÃO			
Xilocaína 1 ampola (5 ml) sem vaso	Bloqueio		
Novalgina 1,0 g	EV	6h/6h	Internação
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h	Internação
Tramal 100 mg	EV	8h/8h	Internação
Ondasentrona 4 mg	EV	h/8h (se náuseas ou vômitos)	Internação
Omeprazol 20 mg	EV	1 x ao dia (jejum)	Internação
Morfina 2 mg	EV	ACM	Internação
REDUÇÃO ABERTA / FRATURAS CIRURGICAS			
Kefazol 2,0 g ou	EV	Indução anestésica	
Zinacef 1,5 g	EV	Indução anestésica	

REFERÊNCIAS

[1] J Bone Orthop Surg 2011;
[2] J Shoulder Ellbow Surg 2005;
[3] J Shoulder Elbow Surg 2008; 17(2) 281-286;
[4] Am J Sports Med 2004;32:1415-1420;
[5] Clin Sports Med 1993;12:637-670;
[6] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA)

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW123.1	Mario Lenza Fabio T Matsunaga Danilo R O Oliveira	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

Guia do Episódio de Cuidado

Luxação de joelho

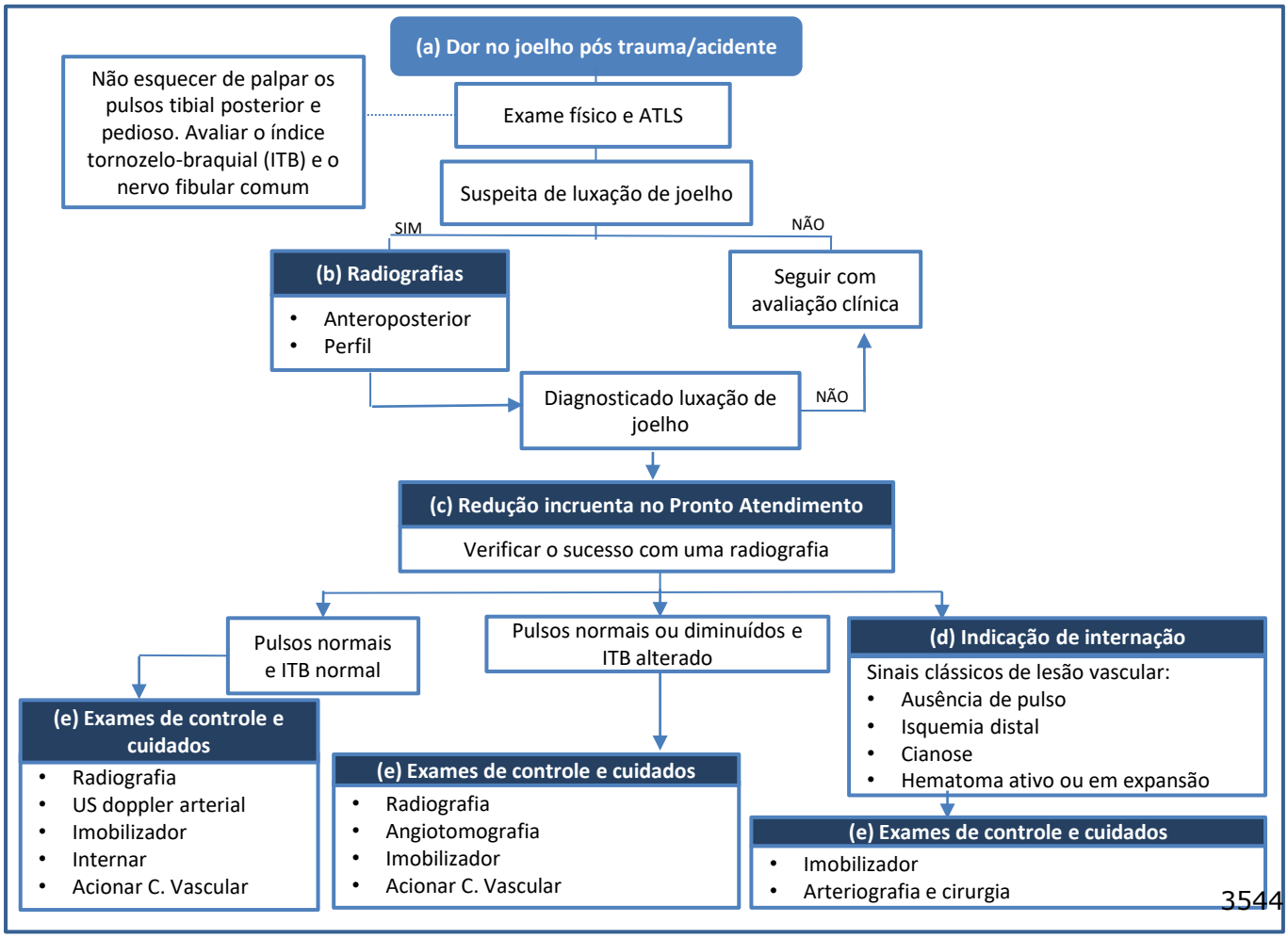
É definido como o deslocamento da articulação tíbio-femoral resultando na lesão de dois ou mais dos quatro principais ligamentos do joelho (ligamento cruzado anterior, ligamento cruzado posterior, ligamento colateral medical, ligamento colateral lateral). São lesões raras, porém, com potencial para graves sequelas ou mesmo a perda do membro acometido devido ao dano de estruturas neurológicas e vasculares. Geralmente são causados por traumas de alta energia (acidentes automobilísticos), mas traumas de menor energia como os que acontecem nos esportes, também podem provocar este tipo de lesão [1] [a]

1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico é baseado na história clínica, identificando o mecanismo de trauma, exame físico ortopédico e exames complementares [1] [a];
- O paciente geralmente é trazido pelo resgate com intensa dor no membro acometido. No entanto, atenção redobrada, pois 50% dos casos os joelhos podem estar reduzidos quando chegam ao pronto atendimento, caracterizando uma luxação silenciosa. Quando possível, na avaliação clínica, se identificar a lesão de 2 ou mais dos 4 principais ligamentos, este joelho sofreu uma luxação [1,2] [a];
- A direção da luxação definirá maior ou menor gravidade das lesões. Atenção às condições de pele e ao status neurovascular. Avaliar a cor, temperatura, enchimento capilar distal do joelho, assim como a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso. O índice tornozelo-braquial (ITB) é mais um parâmetro para integridade vascular, sendo normal maior ou igual a 0,9.

CID 10	Definição
S83.0	Luxação da rótula (patela)
S83.1	Luxação do joelho
M23.8	Outros transtornos internos do joelho
M24.3	Deslocamento e subluxação patológicas de articulação, não classificada em outra parte
M24.4	Deslocamento e subluxação de articulação recidivantes

- No exame neurológico, avaliar o nervo fibular comum, que é o mais acometido neste tipo de lesão [1,3]
- Estes pacientes, chegando na sala de emergência, devem ser avaliados como pacientes politraumatizados, e seguir todo protocolo intra-hospitalar do ATLS (ABCDE) [3] [a]
- As radiografias do joelho nas posições anteroposterior e perfil devem ser solicitadas no pronto socorro para confirmar a direção da luxação como também a presença ou não de fraturas [1] [b]



2. ESCORE DE RISCO

- O aumento do risco deste tipo de lesão está associado a energia de trauma envolvida, da quantidade de lesões presentes e do tempo decorrido do trauma até o tratamento definitivo [1]
- Além das lesões e fraturas ortopédicas, estes pacientes são considerados politraumatizados, e, portanto, outras lesões podem estar presentes, e uma equipe multiprofissional será necessária [a]
- Como qualquer luxação musculoesquelética, é considerada uma urgência ortopédica, devido ao risco de complicações na pele, de lesões vasculares e neurológicas

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [6]:

- ASA 1: Hígida(o)
- ASA 2: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc)
- ASA 3: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc)
- ASA 4: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral)
- ASA 5: Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa
- ASA 6: Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

3. EXAMES ADICIONAIS

São solicitados exames complementares conforme a gravidade e necessidade das lesões presentes, como também a presença ou não de comorbidades clínicas [1,2,3]

- Exames complementares ortopédicos: radiografias anteroposterior e Perfil [b]
- Na baixa suspeita de lesão vascular, com pulsos normais e ITB > 0,9 prossegue-se com o US doppler arterial. Nos casos de pulsos normais ou diminuídos e ITB < 0,9, prossegue-se com a angiotomografia. Nos casos onde houver clara lesão vascular ou onde o paciente já será submetido à cirurgia, procede-se a arteriografia, no centro cirúrgico
- Exames laboratoriais: Hemograma, coagulograma, Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina e Eletrocardiograma
- Outros exames conforme necessidade

4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

O local de internação e o tempo de permanência hospitalar vai depender do número e da gravidade das lesões, pode ser necessário internação na UTI, nos casos mais graves, com lesões não ortopédicas associadas, ou apartamento, para os casos mais simples.

Período mínimo de internação é de 3 dias, podendo ser prolongado de acordo com as lesões presentes e tratamentos indicados

5. TRATAMENTO

- Após adequada e minuciosa avaliação inicial, seguindo o protocolo do ATLS, e avaliação do status neurovascular, a luxação fechada deve ser reduzida, sob analgesia. Em seguida imobilizar o joelho, para evitar nova luxação, e reavaliar frequentemente as condições vasculares após a redução;
- Após a redução, este paciente é reavaliado, e novas radiografias do joelho devem ser realizadas para confirmar a correta posição do mesmo;
- O tratamento cirúrgico de emergência deve ser indicado nas seguintes situações: Luxações expostas do joelho; Luxações de joelho irredutíveis; Luxações de joelho associada a lesões vasculares (deve-se realizar a fasciotomia dos 4 compartimentos e colocar um fixador externo transarticular) [4,5];
- Medicações utilizadas durante o tratamento cirúrgico: Kefazol ou Zinacef (nos casos de pacientes que apresentarem alergia ao Kefazol) novalgina, cetoprofeno, tramal, morfina (se dor forte), omeprazol, ondasentrona (se náuseas ou vômitos)
- Outros medicamentos serão prescritos de acordo com a necessidade do paciente.

6. MANEJO SUBSEQUENTE

- O paciente deverá permanecer internado, imobilizado, por um período mínimo de 48 horas, nos casos de luxação simples da articulação do joelho, e prosseguir com a investigação, onde deverá ser solicitado uma ressonância para definir a conduta, se cirúrgico na fase aguda, ou tratamento cirúrgico posterior, após diminuição do quadro inflamatório agudo;
- Nos casos de tratamento cirúrgico de emergência, onde foi colocado fixador externo transarticular, sem lesão vascular, o paciente poderá receber alta após 3 dias, com seguimento ambulatorial e programação cirúrgica posterior [c,d];
- Quando o paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico de emergência, com fixador externo e reparação vascular associado a fasciotomia, o período de internação se prolonga até 14 dias ou mais [c,d];
- O retorno ambulatorial é feito com 7 dias e na 3º semana de pós-operatório para reavaliação e curativo quando necessário, e deverá realizar novas radiografias para controle da redução. Outros exames conforme necessidade;
- Tratamentos cirúrgicos posteriores para reconstruções ligamentares.

7. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS

INTERNAÇÃO			
Kefazol 2,0 g ou	EV	Indução anestésica	Internação
Zinacef 1,5 g	EV	Indução anestésica	Internação
Novalgina 1,0 g	EV	6h/6h	Internação
Tramal 100 mg	EV	8h/8h	Internação
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h	Internação
Ondasentrona 4 mg	EV	8h/8h (se náuseas ou vômitos)	Internação
Omeprazol 20 mg	EV	1 x ao dia (jejum)	Internação
Enoxaparina 40 mg	SC	1x ao dia	Internação
Morfina se dor forte			

8. INDICADORES

- Duração da internação;
- Readmissões relacionadas ao procedimento;
- Profilaxia de TEV;
- Custo;
- Satisfação com o procedimento (desfecho);
- Satisfação com a cirurgia e equipe.

Referências

[1] Management of the acute knee dislocation: the Pittsburg experience. Injury. 2008 Jul; 39(7): 710:8;
[2] AJR Am J Roentgenol. 2009 Jul; 193(1): W49-57;
[3] Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2010 Aug;18(8): 1005:12;
[4] Clin Orthop Relat Res. 2014 Sep;472(9):2621-9;
[5] Clin Orthop Relat Res. 2016 Jun; 474(6):1453-8;
[6] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA).

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW136.1	Mario Ferretti Frank B Marcondes Lauro A V Costa	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Luxação de Mão

As luxações dos dedos são frequentes na prática ortopédica diária em unidades de pronto atendimento. Geralmente são traumas de moderada a alta energia, presentes também em traumas esportivos.

1. DIAGNÓSTICO

• O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico ortopédico e exames complementares [1,2] [a];
• O paciente geralmente identifica com clareza a forma e o modo como aconteceu o trauma, e visivelmente o local apresenta uma deformidade, nos casos das luxações e/ou fraturas com desvio [1,2] [a];
• Além da deformidade, outros sinais clínicos podem estar presentes como dor, edema, hematoma e impotência funcional [3];
• Atenção no exame clínico para a presença de lesões tendíneas que podem estar presentes nos casos de luxação;
• O status neurovascular deve ser investigado em todas as luxações;
• Exames radiográficos nas posições anteroposterior, perfil e oblíquas são necessárias para diagnosticar na
fase aguda os episódios de luxação desviadas[4,5] [b].

CID 10	Definição
S63.1	Luxação do dedo
S63.2	Luxações múltiplas dos dedos

2. EXAMES ADICIONAIS

• Exames complementares ortopédicos no pronto atendimento: Radiografias anteroposterior / Perfil / Oblíquas [5] [b]
• Exames laboratoriais, quando levado ao centro cirúrgico: Hemograma, coagulograma (pacientes hígidos abaixo dos 40 anos), Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina e Eletrocardiograma (pacientes acima dos 40 anos)
• Outros exames conforme necessidade
• Tomografia: para avaliar suspeita de fratura
• Ressonância magnética: suspeita de lesão de partes moles[5].

3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

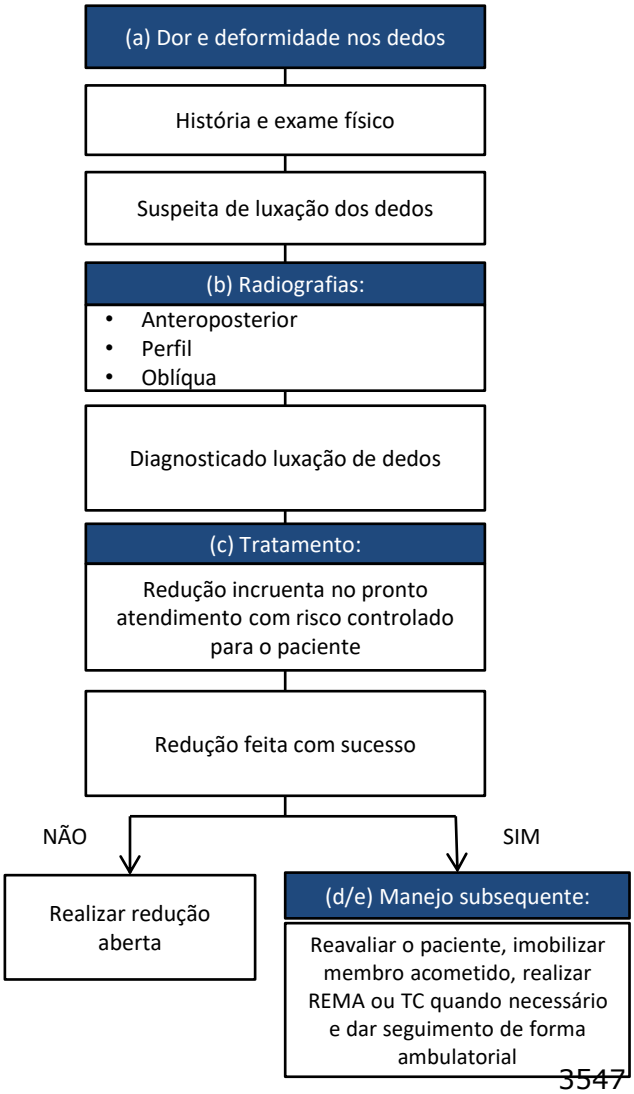
Quando indicado o tratamento cirúrgico o paciente permanecerá em apartamento (Day clinic).

4. TRATAMENTO

- Redução incruenta em caráter de urgência. A redução das fraturas dos dedos pode ser realizada em ambiente do pronto atendimento, após um bloqueio anestésico regional [5] [c];
- Quando não for possível a redução fechada, deverá ser realizada uma redução aberta [4,5];
- Após a redução da articulação, o paciente será reavaliado e serão solicitadas novas radiografias (anteroposterior / Perfil) para confirmar a posição correta das articulações reduzidas [5];
- No caso de fraturas articulares associadas será necessário uma tomografia. A ressonância fica reservada para casos de lesões multiligamentares e instáveis, que precisaram de uma conduta cirúrgica [4,5];
- Xilocaína sem vasoconstritor e analgésicos são medicações utilizadas durante o tratamento no pronto atendimento;
- Após a redução, a articulação envolvida é imobilizada. Imobilização metálica para as luxações de dedos (imobilização sempre vem do dedo adjacente (exceto o polegar - tala gessada);
- No caso de redução em ambiente de centro cirúrgico: novalgina, cetoprofeno, tramal (se dor forte), omeprazol, ondasentrona (se náuseas ou vômitos).

5. MANEJO SUBSEQUENTE

• Nos casos de luxação dos dedos, a articulação envolvida é imobilizada, e o paciente recebe alta com orientação para retornar com especialista em mão em até 7 dias.
• A imobilização deverá permanecer em média por 3 semanas, e iniciar o tratamento fisioterápico após este período [e].
• Encaminhamento para avaliação da Terapia Ocupacional.



6. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS DURANTE A INTERNAÇÃO

Xilocaína 1 ampola (5 ml) sem vaso		Bloqueio
Novalgina 1,0 g	EV	6h/6h
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h
Tramal 100 mg	EV	8h/8h
Ondasentrona 4 mg	EV	8h/8h (se náuseas ou vômitos)
Omeprazol 20 mg	EV	1 x ao dia (jejum)

Referências

[1] J Am Acad Orthop Surg 2009 May ; 17(5) 318:24;
[2] J Am Acad Orthop Surg 2016 Dec 24(12) 853-862;
[3] J Am Acad Orthop Surg 2013 Feb 21(2): 88-98 ; P
[4] hiladelphia: Elsevier/Churchill Livingstone 2011;
[5] Rockwood and Green's fractures in adults 2015 ;
[6] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA)

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW120.1	Mario Lenza Paulo Henrique D Chinsky Mario V Guarnieri	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Luxação do Ombro

A luxação glenoumeral, mais conhecida como luxação do ombro, é o deslocamento articular entre o úmero e a glenóide, e uma urgência ortopédica. Se caracteriza pela perda de congruência entre os dois segmentos ósseos, total ou parcialmente. O problema pode ocorrer por trauma tanto direto como indireto. Em 90% dos casos ocorre em homens (3:1) jovens (21-30 anos), maioria em práticas esportivas. O paciente comumente procura o pronto socorro em vigência do deslocamento.

1. DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico baseado na história clínica, exame físico ortopédico e exames complementares
- Anamnese: trauma indireto no ombro afetado (queda com mão ou cotovelo apoiado, torção no ombro em golpes esportivos etc). Trauma direto é raro.
- Exame físico: dor e atitude antálgica protegendo o ombro. Inspeção com deformidade lateral do ombro (Sinal da dragona). Piora importante da dor a tentativa de mobilização da articulação, sendo recomendado não forçar. É raro o aparecimento de edemas ou hematomas. Realizar o exame neurovascular, com destaque para a pesquisa da integridade do Nervo Axilar e Nervo Musculocutâneo.

CID 10	Definição
S43.0	Luxação do Ombro

2. EXAMES DE IMAGEM

- No pronto atendimento: radiografias simples nas incidências anteroposterior verdadeiro, perfil escapular e axilar (série trauma do ombro). Axilar realizado apenas se o paciente suportar.
- Radiografias são **obrigatórias pré-redução** para: 1o episódio de luxação, > 40 anos, etiologia traumática, dúvidas sobre o mecanismo de trauma ou direção da luxação.
- Na dúvida diagnóstica:
- Tomografia: para investigar fraturas completas ocultas ao Rx, ou falhas ósseas (na escolha do tratamento eletivo).

3. TRATAMENTO

- Analgesia: Antiinflamatórios, analgésicos simples e opióides.
- Analgesia intra-articular (anestesia): Lidocaína 2%1 ampola (5 ml) sem vasoconstritor
- Redução incruenta em caráter de urgência em ambiente de pronto atendimento.

- Manobra de tração e contra tração
- Escolha da técnica depende da familiaridade e experiência do médico, grau de colaboração do paciente e número de auxiliares disponíveis.

- Após a redução, imobilizar com tipóia em adução e rotação interna do ombro, realizar novo exame neurovascular e novas radiografias "série trauma do ombro" (checar redução completa e congruência articular).

4. MANEJO SUBSEQUENTE

- Tipoia por 1 a 3 semanas
- Analgésicos e antiinflamatórios
- Compressas frias com bolsa de gelo
- Atenção as taxas de complicações:
- Altas de recorrência em jovens (80% em <20 anos)
- Lesão do manguito rotador pós-luxação: 30% após os 40 anos, 80% após os 60 anos.
- Lesão associada do Nervo Axilar em até 45% dos casos em algumas séries
- Encaminhar para seguimento ambulatorial com especialista em 1 semana

5. INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO

- Insucesso das manobras de redução no pronto-atendimento: encaminhar ao centro cirúrgico para redução, fechada ou aberta, sob anestesia.

Referências

[1] Riehl JT, Fischer M. Orthopaedic Tips: Closed reduction of shoulder dislocations. JBJS JOPA. 2017 1; 15-18.
[2] Khiami A, Loriaut P, Loriaut G. Management of recent first-time anterior shoulder dislocations. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 2015 101 (1); S51- S57.
[3] Dala-Ali B, Penna M, McConnell J, Vanhegan I, Cobiella C. Management of acute anterior shoulder dislocation. Br J Sports Med. 2014;48(16):1209-1215. doi:10.1136/bjsports-2012-091300.
[4] Hendey GW. Managing Anterior Shoulder Dislocation. Ann Emerg Med. 2016;67(1):76-80. doi:10.1016/j.annemergmed.2015.07.496.
[5] Tamaoki MJS, Faloppa F, Wajnsztejn A, Archetti Netto N, Matsumoto MH, Belloti JC. Effectiveness of intra-articular lidocaine injection for reduction of anterior shoulder dislocation: randomized clinical trial. Sao Paulo Medical Journal. 2012;130(6):367- 372. doi:10.1590/S1516-31802012000600003.
[6] Yamamoto N, Sano H, Itoi E. Conservative treatment of first-time shoulder dislocation with the arm in external rotation. J Shoulder [7] Elbow Surg. 2010;19(2 Suppl):98-103. doi:10.1016/j.jse.2009.12.018.
[8] Roberts SB, Beattie N, McNiven ND, Robinson CM. The natural history of primary anterior dislocation of the glenohumeral joint in adolescence. Bone Joint J. 2015;97- B(4):520-526. doi:10.1302/0301-620X.97B4.34989.

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW137.1	Mario Lenza Fabio T Matsunaga Danilo RO Oliveira Gustavo Dias Borgo	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

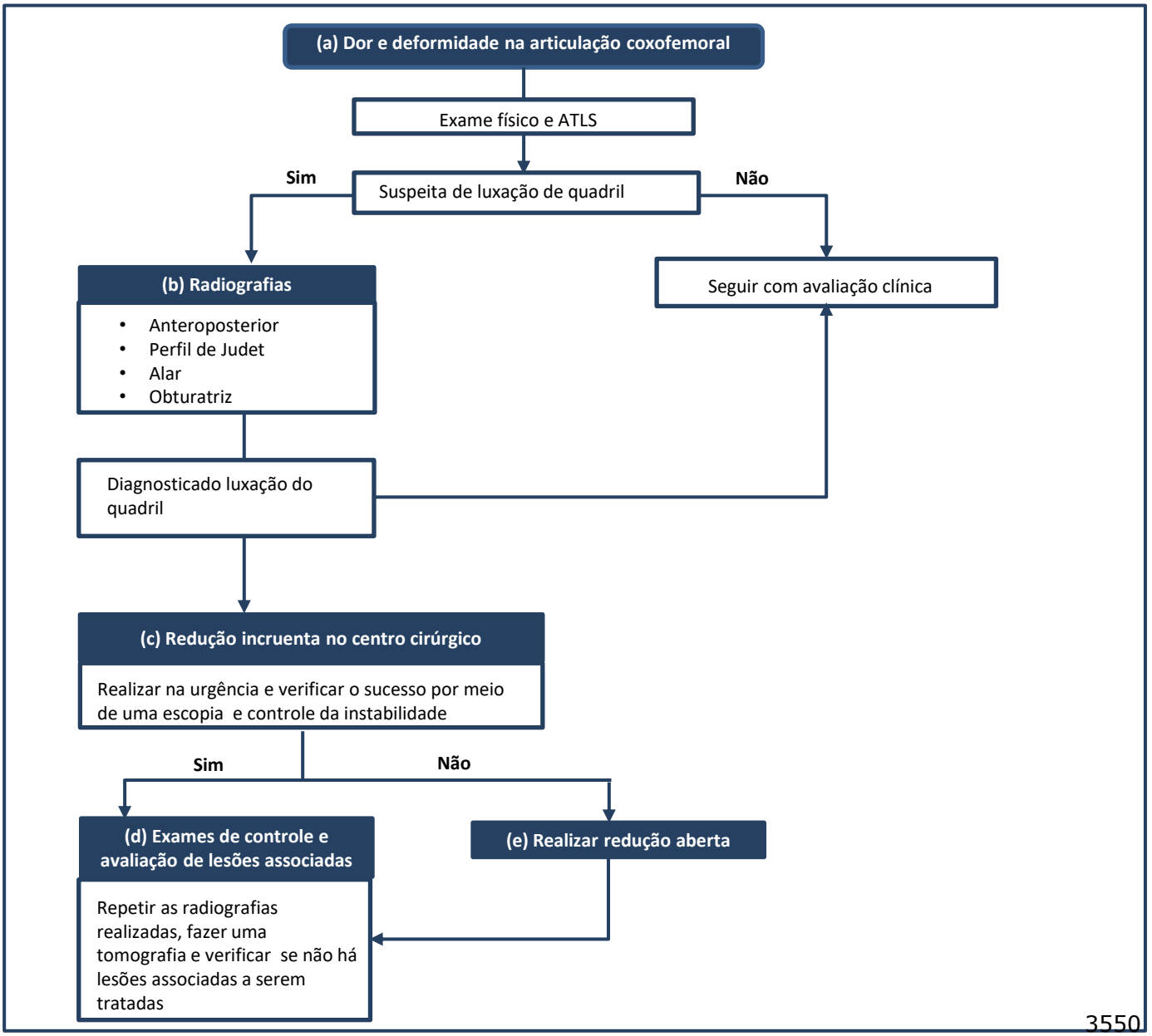
Luxação do Quadril

Luxação do quadril ocorre quando há a perda da congruência articular na articulação coxofemoral (quadril), geralmente decorrente de traumas de alta energia envolvida em acidentes automobilísticos, motociclísticos ou grandes quedas. A luxação pode ser classificada conforme a sua direção: anterior, posterior, central e associada a fratura da cabeça femoral [1]

CID 10	Definição
S73.0	Luxação da articulação do quadril

1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico ortopédico e exames complementares [1] [a];
- O paciente geralmente apresenta intensa dor e deformidade no membro acometido, em atitude de flexão/extensão/abdução/adução conforme o tipo de luxação;
- Nos casos de luxação posterior , 10% a 14% dos casos estão associados a lesão do nervo ciático [2];
- Estes pacientes, chegando na sala de emergência, devem ser avaliados como pacientes politraumatizados, e seguir todo protocolo intra-hospitalar do ATLS (ABCDE) [3] [a].



2. ESCORE DE RISCO

• O aumento do risco deste tipo de lesão está associado a energia de trauma envolvida, da quantidade de lesões presentes e do tempo decorrido do trauma até o tratamento definitivo [1];
• Como qualquer luxação musculoesquelética, é considerada uma urgência ortopédica, devido ao risco de complicações de lesões vasculares e neurológicas.

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [5]:

- **ASA 1:** Hígida(o)
- **ASA 2:** Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc)
- **ASA 3:** Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc)
- **ASA 4:** Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral)
- **ASA 5:** Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa
- **ASA 6:** Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

3. EXAMES ADICIONAIS

• São solicitados exames complementares conforme a gravidade e necessidade das lesões presentes, como também a presença ou não de comorbidades clínicas [1,2,3];
• Exames complementares ortopédicos: Radiografias anteroposterior / Alar / Obturatriz e tomografia do quadril [3] [b];
• Exames laboratoriais: Hemograma, coagulograma, mais Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina e Eletrocardiograma;
• Outros exames conforme necessidade.

4. ALOCAÇÃO DO PACIENTE

• O local de internação e o tempo de permanência hospitalar vai depender do número e da gravidade das lesões, pode ser necessário internação na UTI, nos casos mais graves, ou apartamento para os casos mais simples, como por exemplo, na presença de luxação do quadril isolada;

• Período mínimo de internação é de 3 dias.

5. TRATAMENTO

O tratamento da luxação do quadril (femoroacetabular) se dá através de:

- Redução incruenta no centro cirúrgico em caráter de urgência. Nos casos onde não se conseguir esta redução fechada, minoria dos casos, deverá ser realizada uma redução aberta [2] [c] [e];

- Após a redução da articulação do quadril na fase aguda, este paciente é reavaliado e são solicitadas novas radiografias (anteroposterior/Alar/Obturatriz) e a tomografia [3] [b] [d];

- A continuação do tratamento, cirúrgico ou não, dependerá da presença ou não de outras lesões ou fraturas; como por exemplo fraturas da cabeça do fêmur, acetábulo ou corpos livres intra-articulares;

- Teste de estabilidade dinâmica com escopia durante intra Operatório.

MEDICAMENTOS:

- Kefazol / Zinacef
- Novalgina
- Cetoprofeno
- Tramal
- Ondasentrona
- Omeprazol
- Enoxaparina
- Toragesic

6. MANEJO SUBSEQUENTE

- O paciente deverá permanecer internado por um período mínimo de 3 dias, nos casos de luxação simples do quadril;
- O retorno ambulatorial é feito com 3 semanas de pós-operatório para reavaliação e curativo quando necessário, e deverá realizar novas radiografias do quadril e tomografia e/ou ressonância para controle da lesão.

7. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS

INTERNAÇÃO			
Kefazol 2,0 g ou	EV	Indução anestésica	
Zinacef 1,5 g	EV	Casos incruentos	
Novalgina 1,0 g	EV	6h/6h	Internação
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h	Internação
Tramal 100 mg	EV	8h/8h	Internação
Ondasentrona 4 mg	EV	8h/8h (se náuseas ou vômitos)	Internação
Omeprazol 20 mg	EV	1 x ao dia (jejum)	Internação
Enoxaparina 40 mg	SC	1 x ao dia	Internação

A SBIBAE recomenda:

1. Não realizar redução incruenta em casos com fratura colo femoral (mesmo sem desvio), ou que o membro inferior impeça as manobras de redução (fraturas no membro inferior ipsilateral);
2. Avaliação neurovascular obrigatória na entrada por motivo médico legal e de evolução;
3. Avaliação de estrutura ligamentares de joelho e estabilidade pélvica;
4. Avaliação estabilidade pós redução com escopia da ADM quadril;
5. Redução sob sedação no centro cirúrgico.

8. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo entre chegada no PS e redução, tempo de internação;
- Dor pós procedimento;
- Profilaxia de TEV;
- Dor e instabilidade pós redução .

9. OBSERVAÇÕES

- Luxação mais frequente é a posterior com atitude de adução flexão e rotação interna;
- Limitações de mobilidade ou atitude fixas devem ser investigadas.

Referências

[1] J Am Acad Orthop Surg 1997; 5(1): 27:36;
[2] J Am Acad Orthop Surg 2010; 18: 199-209;
[3] Clin Sports Med 2006; 25: 309-326 ;
[4] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA) .

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW116.1	Mario Lenza Walter Ricioli Junior Leandro Ejnisman	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

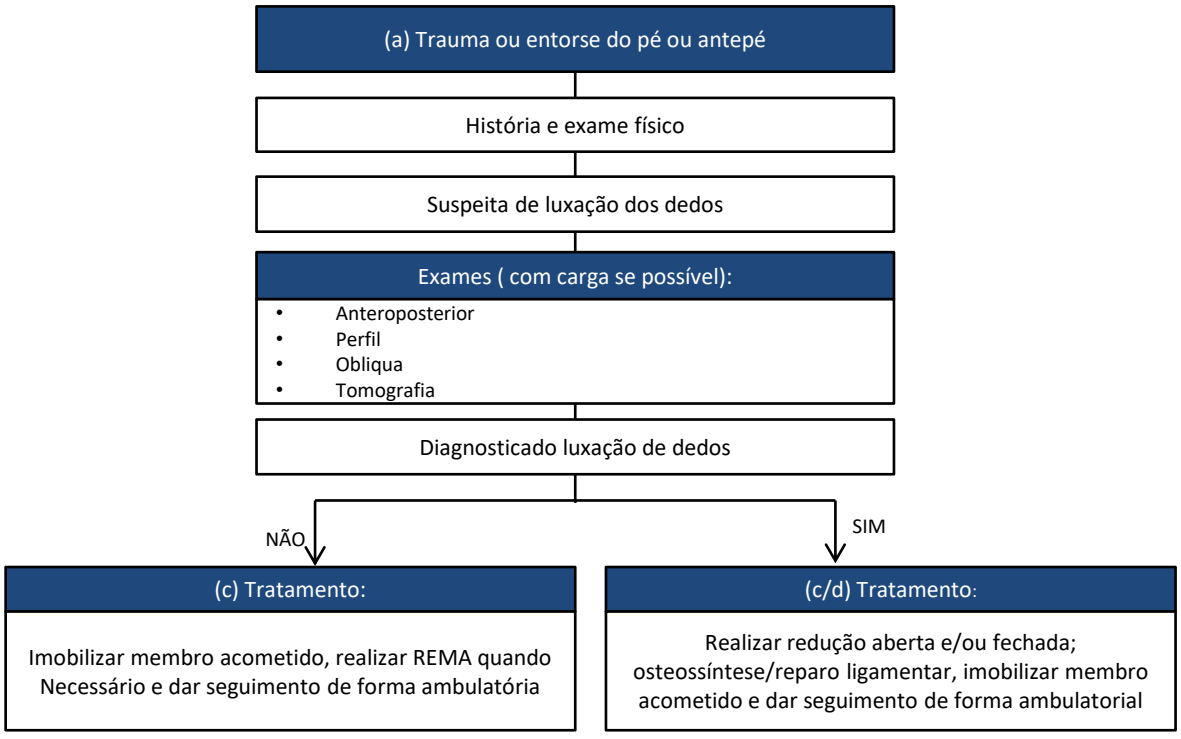
Guia do Episódio de Cuidado

Luxações Tarso-Metatársicas (Lisfranc)

As lesões de Lisfranc são compostas por um grupo de diferentes deslocamentos nas articulações tarso-metatársicas (TMT), parciais ou completas, podendo estar associada a diversas fraturas do médio e do antepé. São lesões raras, compreendendo 0,4% a 1% das fraturas luxações, acometendo principalmente homens jovens. Geralmente são decorrentes de traumas de alta energia [5] [a]

1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico ortopédico e exames complementares [a]
- O paciente geralmente relata com clareza o mecanismo de trauma, e visivelmente podem estar presentes: edema, hematoma palntar, deformidade e impotência funcional [1] [a]
- Atenção ao status neurovascular, alteração da perfusão, sinais de síndrome compartimental e ferimentos com exposição [1] [a]
- Exames radiográficos nas posições anteroposterior, perfil e oblíquas são necessários para diagnosticar na fase aguda os episódios de luxação ou fraturas desviadas e tomografia [2,3,5] [a]



2. EXAMES ADICIONAIS

- Exames complementares ortopédicos no pronto atendimento: Radiografias anteroposterior / perfil / Oblíquas e tomografia também é solicitada nos casos de luxações tarso-metatársicas [4]
- Exames laboratoriais, quando levado ao centro cirúrgico: Hemograma, coagulograma (pacientes hígidos abaixo dos 40 anos), Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina e Eletrocardiograma (pacientes acima dos 40 anos)
- Outros exames conforme necessidade
- Ressonância magnética são solicitados caso a caso, quando necessário para avaliar a extensão das lesões ligamentares e possíveis fraturas ocultas

3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

- Todos os casos de instabilidade tarso-metatársicas devem ser internados para redução e demais tratamentos em ambiente de centro cirúrgico [b]
- Normalmente são 2 dias de internação em apartamento. Necessidade de UTI e maior tempo de internação podem ser necessários, dependendo do trauma, do tratamento realizado e da presença de lesões associadas

4. TRATAMENTO

- O tratamento da instabiliidade tarso-metatársica se dá através de uma redução cirúrgicaem caráter de urgência, no centro cirúrgico [2,3,4] [b]
- Após a redução da articulação, este paciente é reavaliado, onde serão solicitadas novas radiografias (anteroposterior / perfil / oblíquas) para confirmar a posição correta das articulações reduzidas
- O tratamento conservador está indicado através de uma imobilização gessada, sem carga no lado acometido por 6 semanas, nas seguintes situações. Lesão articular tarso- metatársica se, instabiçidade
- No caso de fraturas com desvio e fraturas articulares associadas, é necessário a realização de uma tomografia. A ressonância fica reservada para casos específicos de lesões multiligamentares e instáveis
- Medicações utilizadas durante o tratamento cirúrgico: novalgina, cetoprofeno, tramal (se dor forte), omeprazol, ondasentrona (se náuseas ou vômitos mais antibióticos.

5. MANEJO SUBSEQUENTE

- Nas lusões tarso-metatársicas estáveis, cujo o tratamento indicado será através de imobilização gessada e sem carga de peso, por 6 semanas no lado acometido, o paciente deverá retornar após 7 dias da alta hospitalar, sendo os retornos subsequentes com 3 e 6 semanas da data do trauma [5] [b,c]
- No tratamento cirúrgico da luxações tarso-metatársicas, onde houve a necessidade de redução aberta, osteossíntese ou reparo ligamentar, a imobilização também se faz necessária seguindo a mesma orientação acima. No entanto, nos casos de osteossíntese, a depender da técnica utilizada, o material de osteossíntese (ex. fios de kirschner) devem ser retirados, em novo procedimento cirúrgico semanas após o tratamento inicial [4,5]

6. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS

INTERNAÇÃO			
Kefazol 2,0 g ou	EV	Indução anestésica	Internação
Zinacef 1,5 g	EV	Indução anestésica	Internação
Novalgina 1,0 g	EV	6h/6h	Internação
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h	Internação
Tramal 100 mg	EV	8h/8h	Internação
Ondasentrona 4 mg	EV	8h/8h (se náuseas ou vômitos)	Internação
Omeprazol 20 mg	EV	1 x ao dia (jejum)	Internação

Referências

[1] J Bone Joint Surg Am. 1988; 70:173-81;
[2] J Bone Joint Surg Br. 1982; 64:349-56;
[3] Int Orthop. 2003; 27:30-35;
[4] Foot Ankle Int. 2001; 22:392-98;
[5] Rockwood and Green's fractures in adults 2015;
[6] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA) [6]

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW121.1	Mario Lenza Alexandre L G dos Santos Adilson S de Oliveira Jr	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Radiculopatia Cervical por Doenças Degenerativas

A radiculopatia cervical causada por doenças degenerativas pode ser definida como episódio de dores radiculares em, um ou ambos membros superiores, em decorrência de compressão e/ou irritação das raízes nervosas cervicais. Os sinais e sintomas mais frequentes incluem diferentes intensidades de alterações sensitivas, motora ou alterações de reflexos , bem como disestesias e parestesias relacionadas às compressões da medula (mielopatias) [1,2,3] [a]

1. DIAGNÓSTICO

• Na história clínica o paciente refere dor no braço, dor cervical ou escapular, parestesias, dormências e alterações sensitivas, fraquezas e reflexos profundos anormais nos membros superiores [1,2] [a]

• Deve ser considerado também nos casos em que manifestações atípicas, tais como fraqueza no deltoide, escápula alada, fraqueza na musculatura intrínseca das mãos, dores torácicas ou profundas nos seios e cefaleias [3,4]

• Exame clínico, testes provocativos incluindo abdução dos ombros, teste de Spurling, manobras para ADM, reflexos, devem ser realizados ao avaliar pacientes com hipótese de dor cervical associada à radiculopatia [1,2][a,b]

• Os exames complementares utilizados são: Radiografias anteroposterior / perfil / oblíquas; a ressonância deve ser realizada em pacientes que apresentam sintomas de radiculopatias cervicais, sem melhora com o tratamento conservador, para confirmação da lesão compressiva (hérnia discal ou espondilose), e para estabelecimento de nova conduta intervencionista ou cirúrgica [5,6] [c]

• O ***diagnóstico de mielopatia aguda cervical***, condição que pode necessitar de intervenção cirúrgica de urgência, assim como exames subsidiários em caráter de urgência.

2. ESCORE DE RISCO

CLASSSIFICAÇÃO DE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA) [7] **[3]**

• O aumento do risco deste tipo de lesão está associado a presença de sintomas neurológicos compressivos tanto agudos quanto crônicos

ASA 1: Hígida(o)
ASA 2: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc)
ASA 3: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc)
ASA 4: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral)
ASA 5: Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa
ASA 6: Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

O tratamento cirúrgico se dá, em pacientes que não responderam ao tratamento clínico [1,4] [d]. Internação de 1 (uma) diária em apartamento, nos casos de injeções intraforaminais e descompressão, e nos casos de artrodese cervical pode ser necessário 2 dias de internação para controle do quadro álgico [d].

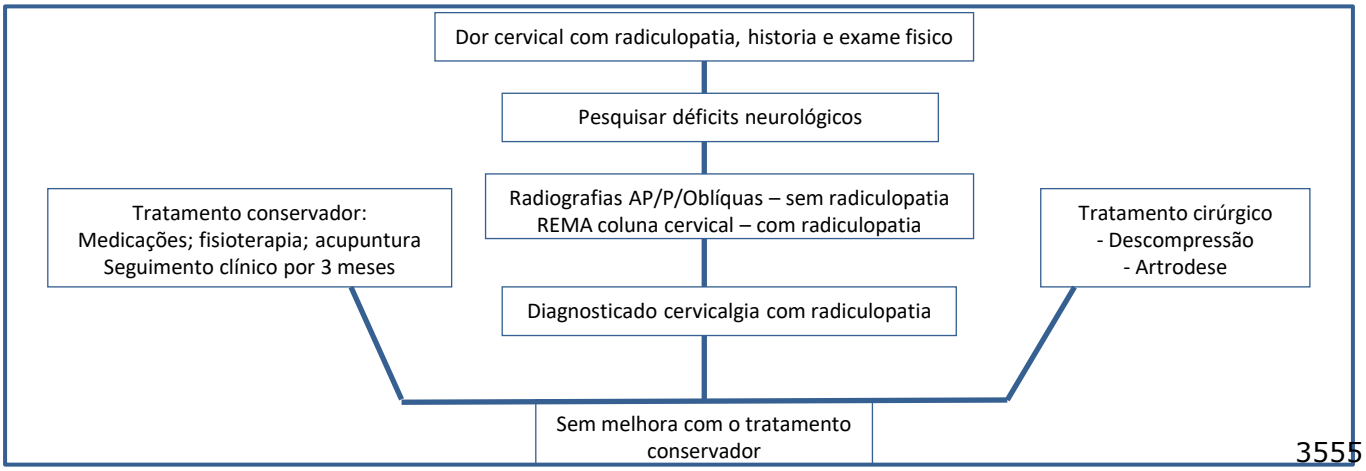
CID 10	Definição
M54.1	Radiculite cervical

3. EXAMES ADICIONAIS

• Outros exames como eletroneuromiografia podem ser solicitados quando necessário;

• Para pacientes que evoluem para tratamento cirúrgico são submetidos a exames laboratoriais pré-operatórios conforme idade, e presença ou não de comorbidades clínicas;

• Hemograma e coagulograma, e acima dos 40 anos acrescenta-se o Sódio, Potássio, Ureia, Creatinina e Eletrocardiograma.



5. TRATAMENTO [3]

- Inicialmente o tratamento é clínico com medicações (analgésicos, antiinflamatórios, relaxantes musculares, pregabalina e corticóides), associado a sessões de fisioterapia, acupuntura e reeducação da postura ou até mesmo infiltrações transforaminais guiadas por radioscopia ou tomografia [1,2,5] [d];
- Pacientes portadores de discopatias cervicais compressivas, que não respondem ao tratamento clínico por um período de 3 meses, àqueles que pioram do quadro radicular e álgico têm indicação de tratamento cirúrgico [1] [d]. - PACIENTE COM DÉFICITS MOTORES LEVES;
- Opções de intervenções cirúrgicas: cirurgias descompressivas, geralmente indicadas em paciente jovens/adultos jovens, com compressão radicular isolada; e artrodese nos casos de compressões centrais ou centrolaterais nas doenças discais com radiculopatia [1,2,5];
- Medicações utilizadas durante o tratamento cirúrgico: Cefazolina ou Cefuroxima, Dipirona, Cetoprofeno, Tramadol (se dor forte), Omeprazol, Ondasentrona (se náuseas ou vômitos), Pregabalina, Morfina, Ciclobenzaprina [d];
- Para cirurgias cervicais o uso de neuromonitorização (MEP e SSEP) na cirurgia deve ser considerado;
- Cage e placa cervical anterior ou cage com sistema de bloqueio, quando for necessária a realização por via anterior.

6. MANEJO SUBSEQUENTE

O paciente cujo o tratamento clínico foi instituído, com resposta favorável ao mesmo, fará acompanhamento mensal por 3 meses, salvo alguma particularidade ou intercorrência. No caso de pacientes que foram submetidos ao tratamento cirúrgico, após a alta deverá retornar no 7º dia de PO para curativo, 15º dia PO para retirada dos pontos. Após este período os retornos serão com 2, 4 e 6 meses.

7. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS

INTERNAÇÃO	VIA		
Kefazol 2,0 g ou	EV	Indução anestésica	Tto cirúrgico
Zinacef 1,5 g	EV	Indução anestésica	Tto cirúrgico
Novalgina 1,0 g	EV	6h/6h	internação
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h	internação
Tramal 100 mg	EV	8h/8h	internação
Ondasentrona 4 mg	EV	8h/8h (se náuseas ou vômitos)	Internação
Omeprazol 20 mg	EV	1 x ao dia (jejum)	Internação
Morfina	EV	2 – 4 mg ACM dor forte	internação
Ciclobenzaprina 10 mg	VO	12h/12h	internação
Oxicodona 10 mg	VO	8h/8h ACM	internação

A SBIBAE recomenda:

1. NÃO DEVEM ser solicitados no pronto-socorro exames em caráter de urgência de ressonância magnética, tomografia computadorizada e radiografia da coluna lombar para pacientes com radiculopatia cervical sem sinais de mielopatia ou sem déficit motor abaixo de grau 4 e sem outros sinais de alerta ("red flags");

2. DEVE-SE dar urgência para acionamento de risco neurológico, com acionamento de cirurgião de coluna para pacientes com suspeita de compressão medular com sinais agudos de mielopatia, como alterações neurológicas em membros superiores e membros inferiores, assim como distúrbios de marcha e hiperrreflexia;

3. NÃO ORIENTAR o paciente quanto a não gravidade da maioria dos casos de hérnia de disco cervical sem “red alerts” . Isto causa internações desnecessárias e provavelmente maior número de exames e procedimentos.

Referências

[1] NASS Clinical Guidelines – Diagnosis and Treatment of Cervical Radiculopathy from Degenerative Disorders – 2010;
[2] Neurosurgery. Jan 2007;60(1 Supp1):S28- 3;
[3] Neurologic Clinics. May 2007;25(2):439;
[4]N Engl J Med. Jul 28 2005;353(4):392-;
[5] Minim Invasive Neurosurg. Feb 2007;50(1):7;
[6] Eur Spine J. Oct 2003;12(5):517;
[7] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA)

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

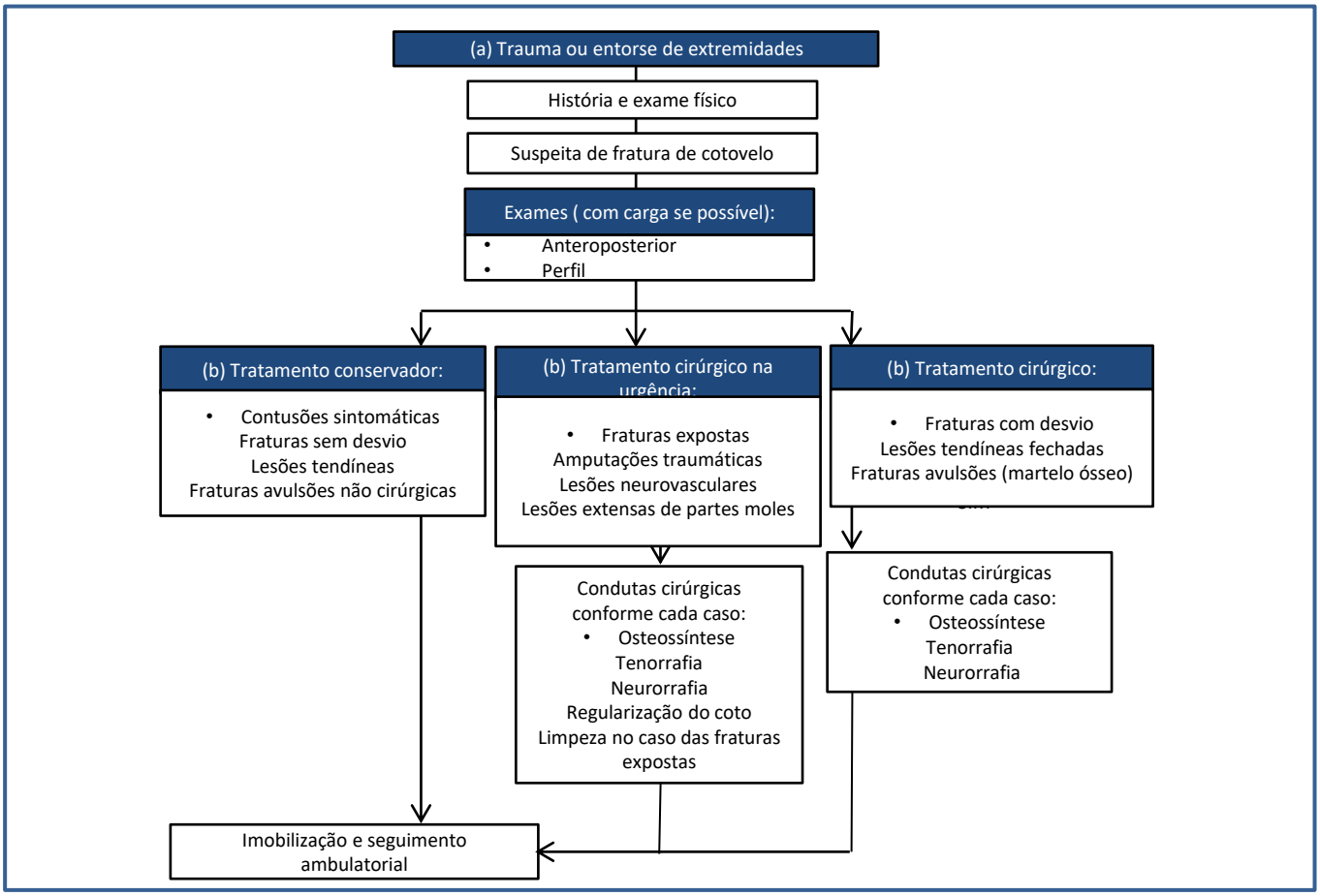
Guia do Episódio de Cuidado

Trauma de Extremidades (dedos das mãos e pés)

O trauma de extremidades corresponde a 30% dos atendimentos ortopédicos em todas as UPAS e 3,5% do total geral de todos os atendimentos nas mesmas. Quarenta e oito por cento ocorrem no sexo feminino e 52% na população masculina. Apenas 1,3% destes pacientes resultam em internação. Neste guia serão abordados os traumas das falanges dos pés e das mãos, associados ou não a ferimentos cortantes, corto-contusos, fraturas expostas e amputações traumáticas [5] [a]

1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico se baseia na história clínica, exame físico ortopédico e exames complementares [a]
- O paciente geralmente relata com clareza o mecanismo de trauma, e visivelmente podem estar presentes tanto nos dedos das mãos quanto dos pés: edema, hematoma, deformidade, lesão de partes moles, impotência funcional e amputações traumáticas [1] [a]
- Atenção ao status neurovascular, alteração da perfusão, lesões tendíneas e ferimentos com exposição óssea [1] [a]
- Exames radiográficos nas posições anteroposterior, perfil e oblíquas das regiões acometidas são solicitadas nas unidades de pronto atendimento. A tomografia geralmente não é necessária. [2,3,5] [b]



2. EXAMES ADICIONAIS

- Exames complementares ortopédicos no pronto atendimento: Radiografias anteroposterior / perfil / Oblíquas. A tomografia geralmente não é necessária para confirmação diagnóstica [4]
- Exames laboratoriais, quando levado ao centro cirúrgico: Hemograma, coagulograma (pacientes hígidos abaixo dos 40 anos), Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina e Eletrocardiograma (pacientes acima dos 40 anos)
- Outros exames conforme necessidade, como por exemplo o USG, USG doppler e ressonância

3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

- A maioria dos casos de traumas nas extremidades não necessitam de internação hospitalar para tratamento cirúrgico
- Os que precisam de internação, com exceção das fraturas expostas, normalmente 1 dia de internação em apartamento são suficientes. Nas fraturas expostas o tempo mínimo de internação é de 3 dias, para uso do antibiótico EV [5]

4. ESCORE DE RISCO

O aumento do risco deste tipo de lesão está associado a energia do trauma envolvido e do tempo decorrido do trauma até o tratamento definitivo [5]
Lesões neurovasculares, lesões expostas e tendíneas contribuem para a estratificação de risco quando presentes [5]

Class**ificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [5]:**

- ASA 1: Hígida(o)
- ASA 2: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc)
- ASA 3: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc)
- ASA 4: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral)
- ASA 5: Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa
- ASA 6: Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

5. TRATAMENTO

- O tratamento conservador, através de uma imobilização metálica ou uma tala gessada, é indicado para as contusões sintomáticas, fraturas sem desvio, lesões tendíneas e fraturas avulsões não cirúrgicas que acometem os dedos das mãos [5] [b];

- No caso das mesmas lesões, nos dedos dos pés, que tiveram indicação de tratamento conservador, as opções de imobilização são as esparadrapagens entre o dedo acometido e o dedo vizinho(s), e imobilizações como botas gessadas. As removíveis, tipo bota ou sandália ortopédica, poderão ser indicadas a depender do diagnóstico, tratamento e preferência do ortopedista [5] [b];

- O tempo de imobilização no tratamento conservador, tanto nos traumas das mãos quanto dos pés, será em média por 3 semanas, e fisioterapia após a consolidação;

- O tratamento cirúrgico é reservado para os casos de fraturas com desvio, fraturas expostas, lesões tendíneas, neurovasculares, amputações traumáticas, ferimentos cortantes extensos e fraturas avulsões cirúrgicas, como por exemplo o dedo em martelo ósseo. Além do tratamento cirúrgico, a região operada também deverá ser imobilizada, cujo tempo de imobilização dependerá do diagnóstico e tratamento realizado [2,3,4] [b];

- Medicações utilizadas durante o tratamento cirúrgico: novalgina, cetoprofeno, tramal (se dor forte), omeprazol, ondasentrona (se náuseas ou vômitos). Nas reduções abertas e procedimentos cirúrgicos para osteossíntese e reparos e/ou reconstruções ligamentares, como também nas fraturas expostas, acrescenta-se os antibióticos, Kefazol ou Zinacef (nos casos de pacientes que apresentarem alergia ao Kefazol). Nas fraturas expostas e amputações traumáticas ainda deve ser feito a cobertura para o tétano.

6. MANEJO SUBSEQUENTE

- Nos traumas, cujo tratamento conservador foi indicado, o paciente deverá permanecer imobilizado, e retornar com seu médico em 7 e 21 dias após a lesão, e especificamente nos casos de fratura, deverá fazer o controle radiográfico nestes retornos [5] [b,c];

- No tratamento cirúrgico, após a alta, o paciente deverá retornar em 7 dias para curativo, e a depender do diagnóstico e tratamento realizado, retornará em 21 e 45 dias para reavaliação, e alguns casos até 3 meses de PO. As radiografias de controle deverão ser solicitadas conforme a necessidade [4,5] [c]

7. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS

INTERNAÇÃO			
Kefazol 2,0 g ou	EV	Indução anestésica	
Zinacef 1,5 g	EV	Indução anestésica	
Novalgina 1,0 g	EV	6h/6h	Internação
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h	Internação
Tramal 100 mg	EV	8h/8h	Internação
Ondasentrona 4 mg	EV	8h/8h (se náuseas ou vômitos)	Internação
Omeprazol 20 mg	EV	1 x ao dia (jejum)	Internação

Referências

[1] Protocolo clínico e de regulação para ferimentos traumáticos de pele e subcutâneo. 1º edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012;
[2]J Emerg Med 2002; 22:163;
[4] Surg Clin N Am. 2009; 89: 659:76[3]; Foot Ankle Int. 2001; 22:392-98;
[5] Rockwood and Green's fractures in adults 7th ed;
[6] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA)

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW122.1	Mario Lenza Alexandre L G dos Santos Paulo Henrique Dzialoschinsky	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Artroplastia do Ombro

A osteoartrite ou artrose da articulação gleno-umeral, é uma causa comum de dor no ombro. O paciente queixa-se de dor crônica, de longa data no ombro, que piora com a movimentação da articulação. Na grande maioria dos casos é precedida por trauma ocorrido muitos anos antes (artrose secundária); como: fratura proximal do úmero, luxação gleno-umeral recidivante, rotura maciça do manguito rotador (artropatia degenerativa do manguito rotador). A osteoartrite do ombro primária é mais comum em mulheres com mais de 60 anos de idade, esta está associada também ao uso crônico de corticosteroide, etilismo[1].

1. DIAGNÓSTICO

CID 10	Definição
M19	Outras artroses

História clínica (a)

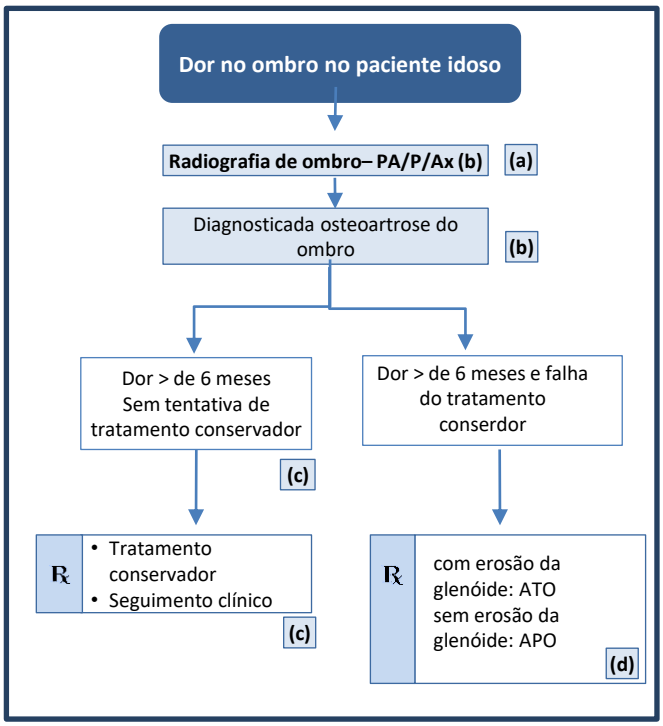
Dor ao nível do ombro é o primeiro sintoma. Essa dor é progressiva e se acentua inicialmente com atividades físicas e movimentação da articulação. Na maioria das vezes, pacientes com este diagnóstico têm mais de 60 anos, história de uso crônico de corticosteroides, etilismo ou antecedente de fratura no ombro[2].

Exame físico (a)

Inclui inspeção, palpação, amplitude de movimento (ADM) e testes especiais quando necessário. Um estudo comparativo entre os membros deve ser realizado. Avaliação minuciosa da amplitude de movimento do ombro afetado e contra-lateral é de grande importância, a perda de amplitude de movimento é a principal queixa do paciente[3].

Confirmação diagnóstica (b)

A investigação nos casos suspeitos de osteoartrose , se inicia com a série radiográfica padrão que inclui as incidências: anteroposterior (AP); perfil em Y de escápula (P); perfil axilar (Ax) melhor incidência para avaliar a erosão da glenoide, importante para determinar a escolha entre uma artroplastia parcial e total.



2. ESCORE DE RISCO

A artroplastia total e parcial de ombro, apresenta riscos moderados a altos dependendo do estado geral do paciente. Os pacientes portadores deste tipo de patologia são pacientes idosos, acima dos 60 ou 65 anos de idade, que geralmente apresentam comorbidades, como por exemplo hipertensão arterial, cardiopatia, diabetes, dentre outras. Logo, é muito importante uma adequada avaliação clínica prévia.

Classificação ASA

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

3. TRATAMENTO

Tratamento Inicial (c)

Realização de tratamento conservador com fisioterapia + medicamentos;

Indicação de tratamento cirúrgico (d)

Após a realização de todos os tratamentos conservadores possíveis, se o paciente mantiver o quadro álgico e consequente limitação funcional, está indicada a artroplastia de ombro[4];

Avaliação do risco cirúrgico e alocação para cirurgia

Utilizar a classificação ASA, descrita ao lado. Avaliação clínica/cardiológica adequada, com exames complementares básicos: Hemograma, coagulograma, sódio, potássio, uréia, creatinina, glicemia, urina I e urocultura, eletrocardiograma e Rx de tórax. Outros exames conforme a necessidade de cada paciente. Pacientes ASA 1 e 2 devem ser alocados em apartamento, ASA 3 em semi-intensiva e 4, em UTI. A duração da internação é de 3 dias;

Profilaxia de tromboembolismo venoso

Deve ser realizada de acordo com o protocolo institucional.

TMP	TMP em sala cirúrgica	Tempo de Permanência em UTI
03 dias	4 horas	1 Semi Intensiva

MED:
Kefazol
Zinacef
Novalgina
Cetoprofeno
Tramal 100 mg
Ondasentrona

4. MANEJO NO PÓS-OPERATÓRIO

Critérios e momento da alta

- O paciente receberá alta no 3º PO, após fisioterapia, cuidados com a ferida e quadro álgico controlado;
- Realizar compressas de gelo 20 minutos 5 x ao dia, manter o membro operado na tipoia, manter o curativo seco e limpo com soro fisiológico e ocluindo após;
- Retirar os pontos em 21 dias. Procurar o cirurgião se ocorrer vermelhidão, febre, aumento da dor mesmo em uso de analgésicos, edema no membro operado, saída de secreção pela ferida[5].

Retornos ambulatoriais

- No 7º PO para curativo e avaliação da radiografia;
- No 21º PO para retirada dos pontos;
- Com 2, 4 e 6 meses.

5. INDICADORES DE QUALIDADE

- Duração da internação;
- Readmissões relacionadas ao procedimento;
- Profilaxia adequada para TEV.

Referências

[1] Rockwood And Matsen's The Shoulder fifth edition p.831-864
[2] Augmented glenoid implants in anatomic total Shoulder arthroplasty: review of implants and current literature. Review article. Ghoraishian M, et al. JSES 2018
[3] Outcomes for subscapularis management techniques in Shoulder arthroplasty: a systematic review. Choate WS, et al. JSES 2018
[4] Management of the subscapularis tendon in total Shoulder arthroplasty. Shields E, et. Al. JSES 2017
[5] Rockwood And Matsen's The Shoulder fifth edition p.845-71

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW141.1	Mario Lenza Fabio T Matsunaga Danilo R O Oliveira	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Artroplastia Total do Joelho

A artroplastia total do joelho é o procedimento de substituição da articulação do joelho por prótese. Tal procedimento é realizado quando o paciente apresenta degeneração articular avançada (artrose do joelho ou gonartrose), após tentativa das diversas modalidades de tratamento conservador, mas sem sucesso.

1. DIAGNÓSTICO

História clínica (a): Dor, limitação da amplitude de movimento, aumento de volume articular e deformidade progressiva do joelho.

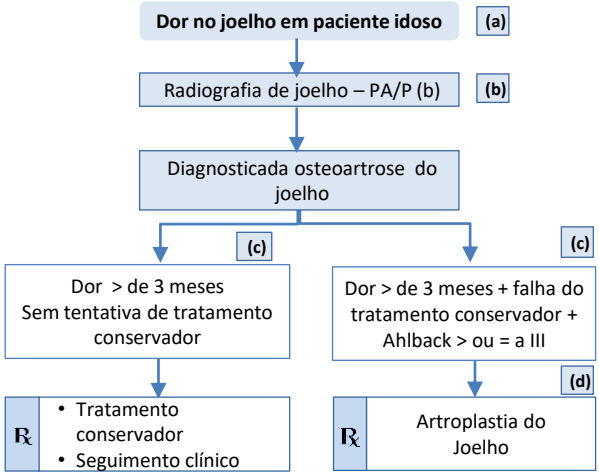
Exame físico (a): À inspeção observa-se deformidade do joelho em varo ou valgo, aumento de volume articular. À palpação, o paciente queixa-se de dor ao redor das estruturas do joelho. É possível também notar limitação da flexo-extensão do joelho.

Confirmação diagnóstica (b): O diagnóstico pode ser realizado com auxílio de radiografias nas incidências anteroposterior, lateral e axial de patela. Para avaliar o alinhamento dos membros inferiores faz-se necessário a radiografia panorâmica de membros inferiores. Os principais achados sugestivos de artrose grave são: diminuição significativa do espaço articular, osteófitos exuberantes, cistos e esclerose subcondral.

CID	Descrição
M.17	Gonartrose (artrose do joelho)
M.17.1	Gonartrose primária bilateral
M.17.1	Outras gonartroses primárias
M.17.2	Gonartrose pós-traumática bilateral
M.17.3	Outras gonartroses pós-traumática
M.17.4	Outras gonartroses secundárias bilaterais
M.17.5	Outras gonartroses secundárias
M.17.9	Gonartrose não especificada

2. ESCORE DE RISCO

A artroplastia total de joelho, apresenta riscos moderados a altos dependendo do estado geral do paciente. Os pacientes portadores deste tipo de patologia são pacientes idosos, acima dos 60 ou 65 anos de idade, que geralmente apresentam comorbidades, como por exemplo hipertensão arterial, cardiopatia, diabetes, dentre outras. Logo, é muito importante uma adequada avaliação clínica prévia.



Classificação de Kellyren e Laurence para ajudar na decisão da conduta (os casos < 2 insistir no tratamento conservador por mais 03 meses ou procurar outras causas para o dor do paciente).

Classificação ASA

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool).
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve).
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos).
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada).
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos).

3. INDICAÇÃO DE ARTROPLASTIA DE JOELHO (c) (d)

O procedimento é indicado quando o paciente se queixa de dor e deformidade progressiva do joelho, além de um declínio em sua qualidade de vida, após ser tentado as diversas formas de tratamento conservador por pelo menos 3-6 meses com analgésicos, fisioterapia, fortalecimento muscular, perda de peso, corticoide, hidroterapia, entre outras modalidades de tratamento disponíveis. Nesse caso, geralmente o paciente apresenta radiografia sugestiva de artrose grave do joelho.

4. EXAMES E AVALIAÇÕES RECOMENDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

Hemograma completo, ureia e creatinina, sódio e potássio, TGP, glicemia de jejum, coagulograma, urina tipo I, urocultura (<1 semana), eletrocardiograma e radiografia de tórax. Por tratar-se de pacientes em sua maioria idosos, faz-se necessário a avaliação do médico clínico ou cardiologista quanto ao risco cirúrgico.

5. ALOCAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO

- **Idade <70 anos *e* ASA 1 e 2:** pós-operatório em apartamento, duração da internação de 3 dias.
- **Idade ≥70 anos *ou* ASA 3:** pós-operatório em semi-intensiva, duração da internação de 4 dias.

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Tempo estimado de cirurgia

02 horas

Anestesia

- Banho com clorexidina no pré-operatório;
- Tricotomia realizada na sala de cirurgia com auxílio de tricotomizador (não usar lâmina de barbear).

Antibiótico recomendado

- Cefazolina (Kefazol®) 2g IV dentro de uma hora antes da incisão cirúrgica, devendo ser realizado dose de 1g após 2 horas de procedimento;
- O antibiótico deve ser suspenso com 24 a 48 horas se não houver sinais de infecção.

Tecnologias necessárias durante a cirurgia

- Radiografia pós-operatória.

7. PÓS OPERATÓRIO

Critérios e momento da alta

A alta pode ser realizada quando o quadro álgico estiver controlado; o paciente apresentar boa amplitude de movimento (pelo menos de 90º de flexão) e o mesmo estiver deambulando com auxílio de andador após treino com fisioterapeuta.

Orientações de alta

Procure o cirurgião caso ocorra: vermelhidão, inchaço ou drenagem na incisão; febre ou calafrios; falta de ar; dor ou inchaço na panturrilha; aumento da dor em relação ao dia da alta; constipação prolongada ou diarreia (maior que 3 dias); incapacidade de urinar (retenção de urina).

Retornos programados

- No 7º PO para curativo;
- No 15º ou 21 º PO para retirada dos pontos;
- Com 1, 2, 4 e 6 meses (com radiografias de controle).

A SBIBAE recomenda:

1. Não solicitar exames de imagem como tomografia e ressonância nos casos de artrose severa, já investigada através das radiografias.

8. INDICADORES DE QUALIDADE

- Reinternação ou retorno ao pronto atendimento por motivo relacionado ao procedimento (< 30 dias);
- Infecção pós-operatória;
- Profilaxia adequada para TEV;
- KOOS, Euro QoL-VAS ou SF-36;
- Alta médica conforme critérios sugeridos.

	POI	1° PO	PO2 até alta
Dieta	Leve, iniciada quando paciente acordado e conseguindo deglutir	Geral ou específica de acordo com a condição clínica do paciente	Geral ou específica de acordo com a condição clínica do paciente
Analgesia	Dipirona 1g IV 6/6h ou paracetamol 750mg VO 8/8h	Dipirona 1g IV 6/6h ou paracetamol 750mg VO 8/8h	Dipirona 1g VO 6/6h ou paracetamol 750mg VO 8/8h
	Tramadol 100mg IV 8/8h	Tramadol 100mg IV 8/8h	Tramadol 100mg IV se dor forte
	Cetoprofeno 100mg IV 12/12h	Cetoprofeno 100mg IV 12/12h	Cetoprofeno 100mg VO 12/12h
	Morfina 2g IV até 4/4h se dor forte	Morfina 2g IV até 4/4h se dor forte	Morfina 2g IV se dor forte
Outras Medicações	Omeprazol 40mg EV 1x/dia	Omeprazol 40mg EV 1x/dia	Omeprazol 40mg VO 1x/dia
	Ondansetron 8mg IV 8/8h se náusea ou vômito	Ondansetron 8mg IV 8/8h se náusea ou vômito	Ondansetron 8mg IV 8/8h se náusea ou vômito
Profilaxia de TEV	Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia iniciada 12 após a anestesia espinhal (se clearence de creatinina ≤30 mL/min, 20 mg SC 1x/dia; se IMC ≥35, considerar ajuste da dose para 60 mg 1x/dia)	Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia iniciada 12 após a anestesia espinhal (se clearence de creatinina ≤30 mL/min, 20 mg SC 1x/dia; se IMC ≥35, considerar ajuste da dose para 60 mg 1x/dia)	Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia iniciada 12 após a anestesia espinhal (se clearence de creatinina ≤30 mL/min, 20 mg SC 1x/dia; se IMC ≥35, considerar ajuste da dose para 60 mg 1x/dia)
Fisioterapia		Mobilização	Mobilização
		Sentar na poltrona	Sentar na poltrona
		Estimular a deambulação com andador	Deambular com andador fora do quarto
		Crioterapia 20min 4x/dia	Crioterapia 20min 4x/dia
Ordens e Cuidados	Meias elásticas	Meias elásticas	Meias elásticas
	Compressor pneumático opcional	Compressor pneumático opcional	Compressor pneumático opcional
Curativo		Curativo 1x/dia	Curativo 1x/dia
Outros	CPM (*continuous passive motion*) opcional	CPM (*continuous passive motion*) opcional	CPM (*continuous passive motion*) opcional
		Retirada do dreno (caso presente)	Retirada do dreno no máximo com 48h caso não tenha sido retirado no 1º PO

Referências

[1] N ENgl J Med 2015, 373:1597

[2] British Journal of Anaesthesia 2016, 117:iii62

[3] Anesthesia & Analgesia 2014, 118:1081

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW006.1	Mario Ferretti Frank B Marcondes Lauro Augusto V Costa	Lauro Augusto V Costa	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/04/2020	25/05/2020

Artroscopia Simples do Joelho

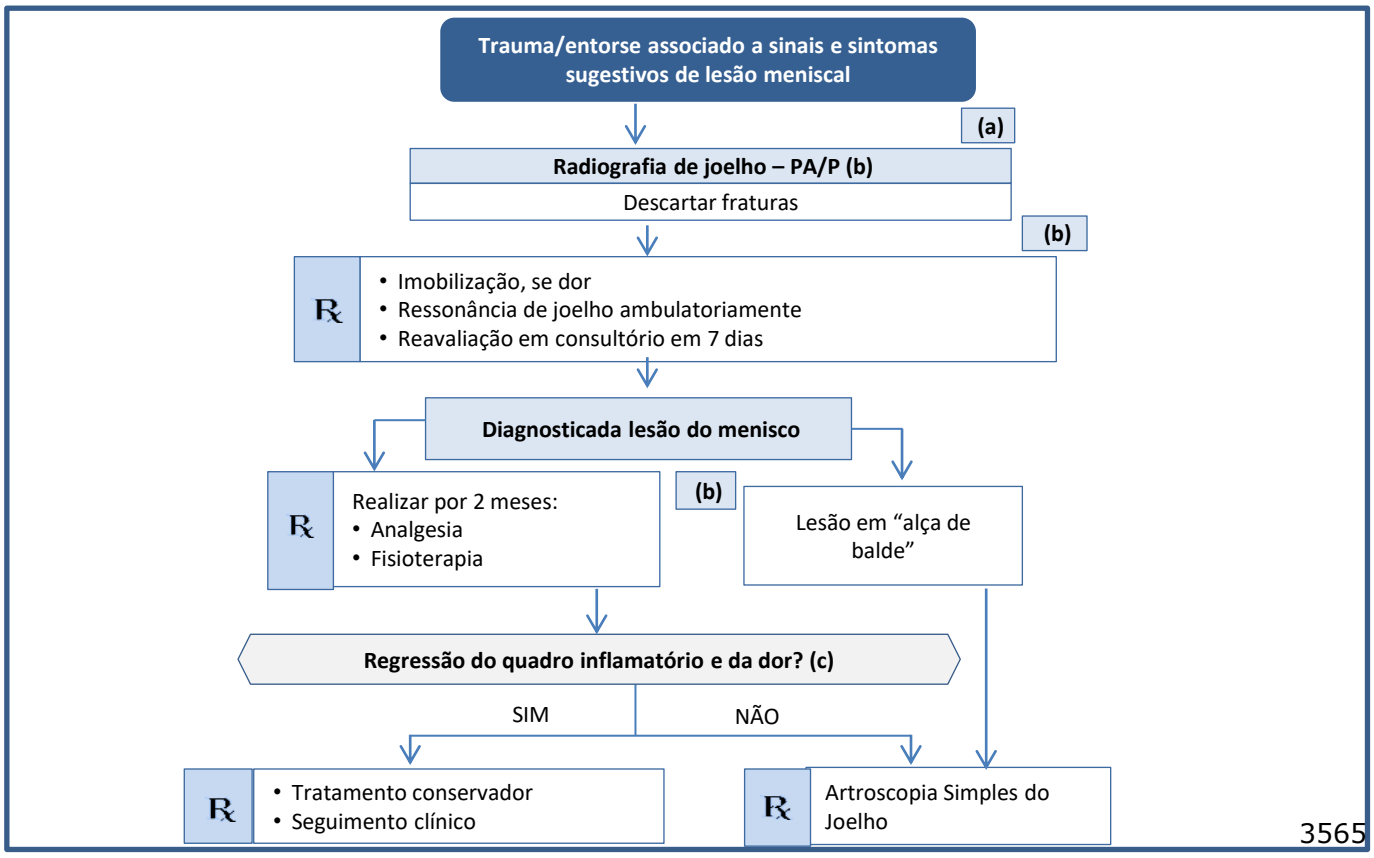
Os meniscos são estruturas fibrocartilaginosas, constituídos por uma rede entrelaçada de fibras colágenas interpostas com células. Além das fibras colágenas está presente também proteoglicanos, glicoproteína e água compondo sua matriz extracelular, no entanto a orientação das fibras colágenas são os maiores responsáveis pelas características funcionais do menisco. O menisco medial é semicircular, com aproximadamente 3,5 cm de comprimento, sendo sua estrutura posterior mais larga que a anterior. O lateral tem um formato mais circular, e cobre uma porcentagem maior da superfície articular do platô tibial que o menisco medial. As principais funções dos meniscos são: melhorar a congruência articular entre o fêmur e a tíbia; absorção de choque; estabilidade articular; lubrificação; propriocepção [1,2,3].

CID 10	Definição	CID 10	Definição	CID 10	Definição
M23	Transtornos internos dos joelhos	M23.3	Outros transtornos do menisco	S83.2	Ruptura do menisco, atual
M23.0	Menisco cístico	M23.4	Corpo flutuante no joelho	S83.7	Traumatismo de estruturas múltiplas do joelho
M23.1	Menisco discóide (congênito)	M23.8	Outros transtornos internos do joelho		
M23.2	Transtorno do menisco devido à ruptura ou lesão antiga	M23.9	Transtorno interno não especificado do joelho		

1. DIAGNÓSTICO (a)

História clínica:
O trauma torcional geralmente é descrito pelo paciente, que apresenta uma dor na interlinha medial ou lateral, de início súbito, geralmente com a presença de derrame articular não volumoso. A dor se intensifica com a descarga de peso no membro afetado, e a limitação do movimento pode estar presente no caso de lesões meniscais em "alça de balde", ou em lesões que cursam com a extrusão meniscal.

Exame físico:
Nos primeiros dias após o trauma, o exame geralmente é inconclusivo, devido a dor. Passada a fase inicial, que dura em média 7 dias, o paciente relata dor na interlinha, e os testes especiais como por exemplo dor à marcha de pato, os testes de Apley, McMurray e Steinmann, tornam-se positivos [1,2].



A SBIBAE recomenda:

- Avaliar criteriosamente a indicação de Artroscopia em pacientes com joelho artrósico;
- Pacientes com idade > 60 anos não há necessidade de exames laboratoriais e de imagem no pós operatório.

2. ESCORE DE RISCO

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [5]:

- ASA 1: Hígida(o);
- ASA 2: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc.);
- ASA 3: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc.);
- ASA 4: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral);
- ASA 5: Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa;
- ASA 6: Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação.

3. EXAMES ADICIONAIS

Na fase aguda, as radiografias (AP/P) devem ser solicitadas para descartar a presença de fraturas, e a visualização da lesão meniscal, como também, a presença ou não de lesões associadas são confirmadas com a ressonância[1][b]

4. ALOCAÇÃO DO PACIENTE

É recomendado 1 dia de internação ou realização do procedimento por meio de fluxo ambulatorial.

5. TRATAMENTO

Tratamento inicial (b)

Inicialmente é clínico e tem o intuito de combater a inflamação aguda, por meio de medicações (ver abaixo), gelo local, muletas ou andador, conforme a necessidade, e fisioterapia. Deve durar 3 semanas em média [1,3]. Quando indicado o tratamento cirúrgico, deverá ser realizado após melhora do quadro inflamatório agudo, como: regressão da dor e do derrame articular, melhora da amplitude de movimento (ADM) e marcha próxima do normal [5,6] No caso de uma lesão específica, em "alça de balde" em que o joelho se encontra bloqueado devido a lesão, e não redutível após manobras especiais, o tratamento cirúrgico é considerado de urgência.

Indicação de tratamento cirúrgico (c)

Cirurgia é recomendada para pacientes, ativos ou não fisicamente, com queixas de dor persistente no compartimento do menisco lesionado do joelho acometido. Ela se baseia em critérios clínicos e exames complementares [1,4].

6. MANEJO SUBSEQUENTE DO PACIENTE CIRÚRGICO

Critérios e momento da alta

O paciente receberá alta no POI, após apresentar diurese espontânea e quadro álgico controlado (fluxo ambulatorial);

Orientações de alta

Realizar compressas de gelo 20 minutos mínimo 4 x ao dia, eventualmente manter o membro operado elevado, evitar longos períodos em pé e longas caminhadas, utilizar um par de muletas por 7 dias (se realizado a meniscectomia parcial), manter o curativo limpo e seco com soro fisiológico e ocluindo após;

Retirar os pontos em 21 dias. O retorno ao trabalho dependerá de sua atividade laboral. Procurar o cirurgião se ocorrer vermelhidão, febre, aumento da dor em relação ao dia da alta, dor na panturrilha de forte intensidade. Nos casos de sutura meniscal, o paciente deverá utilizar um imobilizador de joelho, marcha com carga parcial por 04 semanas e evitar a flexão do joelho acima de 90° por 6 a 8 semanas.

Retornos ambulatoriais

- No 7º PO para curativo e avaliação clínica
- No 14º PO para retirada dos pontos
- Com 2 e 4 meses

7. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS

INTERNAÇÃO			
Kefazol 2,0 g ou	EV	Indução anestésica	
Zinacef 1,5 g	EV	Indução anestésica	
Novalgina 1,0 g	EV	6h/6h	Internação
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h	Internação
Tramal 100 mg	EV	8h/8h	Internação
Ondasentrona 4 mg	EV	8h/8h (se náuseas ou vômitos)	Internação

8. INDICADORES DE QUALIDADE

- Duração da internação
- Visitas ao PS relacionadas ao procedimento
- Readmissões relacionadas ao procedimento
- Profilaxia adequada para TEV
- Custo
- Fluxo Ambulatorial
- Satisfação do paciente com cirurgião e equipe
- Satisfação com o procedimento (desfecho)

Referências

[1] ESSKA Meniscus Consensus Project www.esska.org/resource/resmgr/.../meniscus-consensus-project;
[2] Beaufils P, Becker R, Verdonk R, Aagaard H, Karlsson J. Focusing on results after meniscus surgery. Knee Surg Sports TraumatolArthrosc.2015;23(1):3-7;
[3] Bollen S R. Is arthroscopy of the knee completely useless? Bone Joint J 2015, 97 B, 1591-2;
[4] Chess L, Gagnier J. Risk of Bias of controlled trials published in orthopaedic journals. BMC Med Res Methodol 2013 13:76–85 ;
[5] Clavien PA, Puhan MA. Biased reporting in surgery. Br J Surg 2014; 101 (6):591-2;
[6] Lubowitz JH, Provencher MT, Rossi MJ. Could the New England Journal of Medicine be biased against arthroscopic knee surgery? Arthroscopy 2014 30(6):654–5;[7] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA).

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW114.1	Mario Ferretti Frank B Marcondes Lauro A V Costa	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Entorse do Tornozelo

A entorse do tornozelo é uma das queixas mais comuns da prática clínica e uma e uma das afecções que mais leva o paciente ao pronto atendimento ortopédico. Representa em média cerca de 7% a 10% das consultas de pronto atendimento. Entorse do tornozelo é mais definido como um mecanismo de trauma do que propriamente o diagnóstico final, podendo ter diferentes lesões anatômicas. A lesão ligamentar lateral é a mais comum, em decorrência do maior número de traumas em inversão [1,2,3]

1. DIAGNÓSTICO

- O médico deve caracterizar o mecanismo do trauma (inversão, eversão, flexão, extensão), o momento da lesão e a região da dor relatada, para suspeitar das principais estruturas envolvidas no trauma [1,2] [a]
- Na avaliação clínica, deverá ser realizada a palpação das estruturas anatômicas do tornozelo em busca de pontos dolorosos. A presença de edema na região dos ligamentos representa 87% de possibilidade de lesão ligamentar [1,2] [a]
- Após esse exame inicial, devemos dar sequência a investigação com radiografias do tornozelo AP com carga, perfil e Mortalha para os pacientes que se enquadrem nos critérios de Ottawa[1][b]
- O estudo com ressonância magnética não tem valor na investigação aguda do entorse no pronto-atendimento

CID 10	Definição
S93.4	Entorse e distensão do tornozelo

Critérios de Ottawa
Dor ao redor dos maléolos ou mediopé com um dos seguintes:
• palpação dolorosa em um ou dois maléolos
• palpação dolorosa na base do 5º metatarso
• palpação dolorosa do navicular
• incapacidade para andar pelo menos 4 passos

2. ESCORE DE RISCO

Após avaliação inicial, podemos classificar os pacientes de acordo com sua sintomatologia em 3 graus:

- **Grau 1:** dor leve, edema discreto, sem dor para deambular
- **Grau 2:** dor moderada, edema morado, dor a deambulação
- **Grau 3:** dor severa, grande edema, incapacidade para deambular

3. EXAMES ADICIONAIS

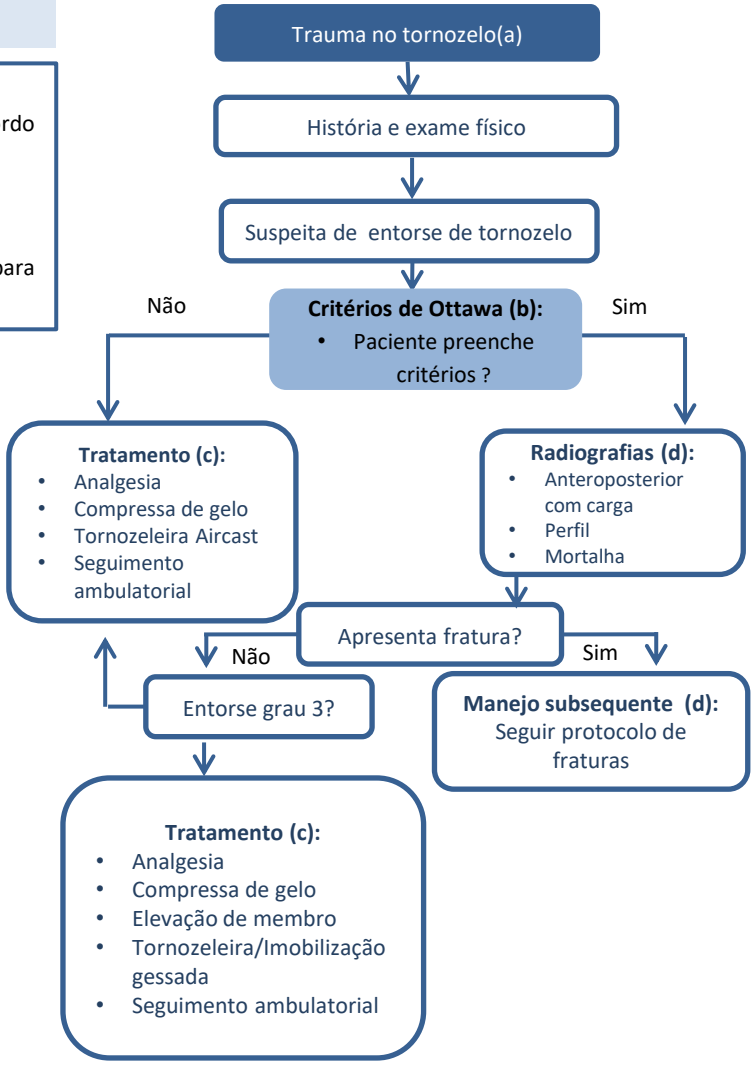
A ressonância poderá ser solicitada ambulatorialmente conforme necessidade, após a avaliação do médico que acompanhará o(a) paciente

4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

O tratamento cirúrgico se dá, se houver fratura do tornozelo e/ou pé, de indicação cirúrgica, caso contrário, a maioria doas casos são tratados conservadoramente [1,4] [d]

5. TRATAMENTO

- Nas entorses grau 1 e 2, devemos iniciar o tratamento com analgésicos, imobilização funcional (ex: tornozeleira rígida), orientação de compressas de gelo e elevação do membro afetado [1,3] [c]
- Nas entorses grau 3, podemos optar por imobilização gessadas (tala gessada), mas a literatura também respalda o uso de tornozeleira [5,6, 7] [d]
- Em todos os casos, o complemento com o tratamento fisioterápico é importante para regressão do quadro inflamatório, da dor e para o completo reestabelecimento da integridade articular. São realizadas em média 20 sessões de fisioterapia.



6. MANEJO SUBSEQUENTE

- O paciente deve ser orientado a permanecer imobilizado por 14 dias, mas procurar seu médico em até 7 dias para reavaliação, e programação para o início da fisioterapia
- Em caso de suspeita de lesões associadas não-diagnosticadas, pode-se solicitar exames complementares como a tomografia e a ressonância, sendo esta última importante para detalhamento das lesões ligamentares e diagnosticar outras lesões como as condrais.

Referências

[1] Bachman LM, Kolb E, Koller MT. Accuracy of Ottawa Ankle Rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot, sistematic rewiew. BMJ 2003: 326, 417;
[2] Polzer, H, Kanz K, et al. Diagnosis and treatment of acute ankle injuries. Orthop Review 2012
[3] Kaikonnen A, Kannus P, et al. A performance test protocol and scale for evaluation of ankle injuries;
[4] Am J Sports Med 2004;32:1415-1420;
[5] Clin Sports Med 1993;12:637-670;
[6] Petersen W, Rembitzki IV, Koppenburg AV. Treatment of acute ankle injuries ligaments. Acta Orthop Trauma Surg, 2013: 133- 715
[7] Chorley JN, Hergonnerg HC, Management of Ankle sprains, Pediatr Ann 1997, 26-56.

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW119.1	Mario Lenza Alexandre L G dos Santos Adilson S de Oliveira Jr	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Fixação das Fraturas do Colo Femoral

A fixação das fraturas do colo femoral é bem indicada nas lesões sem desvio ou nas fraturas desviadas em pacientes com menos de 60 anos. A indicação cirúrgica é mandatória pois acomete preferivelmente idosos e sem estabilização não consolida e é altamente incapacitante.

1. DIAGNÓSTICO

História clínica: Paciente idoso (acima de 60 anos), com trauma de baixa energia; paciente adulto ou jovem, trauma de alta energia, com dor e incapacidade funcional as custas do quadril.

Exame físico: *Fraturas estáveis, sem desvio* – Claudicação relevante ou incapacidade para andar, pode não apresentar posição característica. *Fraturas instáveis, desviadas* - Paciente decúbito dorsal horizontal com membro inferior acometido encurtado e com rotação lateral.

Confirmação diagnóstica: *Fraturas desviadas* - Radiografias de bacia frente, perfil do quadril acometido.
Fraturas sem desvio - Radiografias de bacia frente, perfil do quadril acometido, caso não sejam definitivas (na suspeita), tomografia computadorizada do quadril com cortes finos.

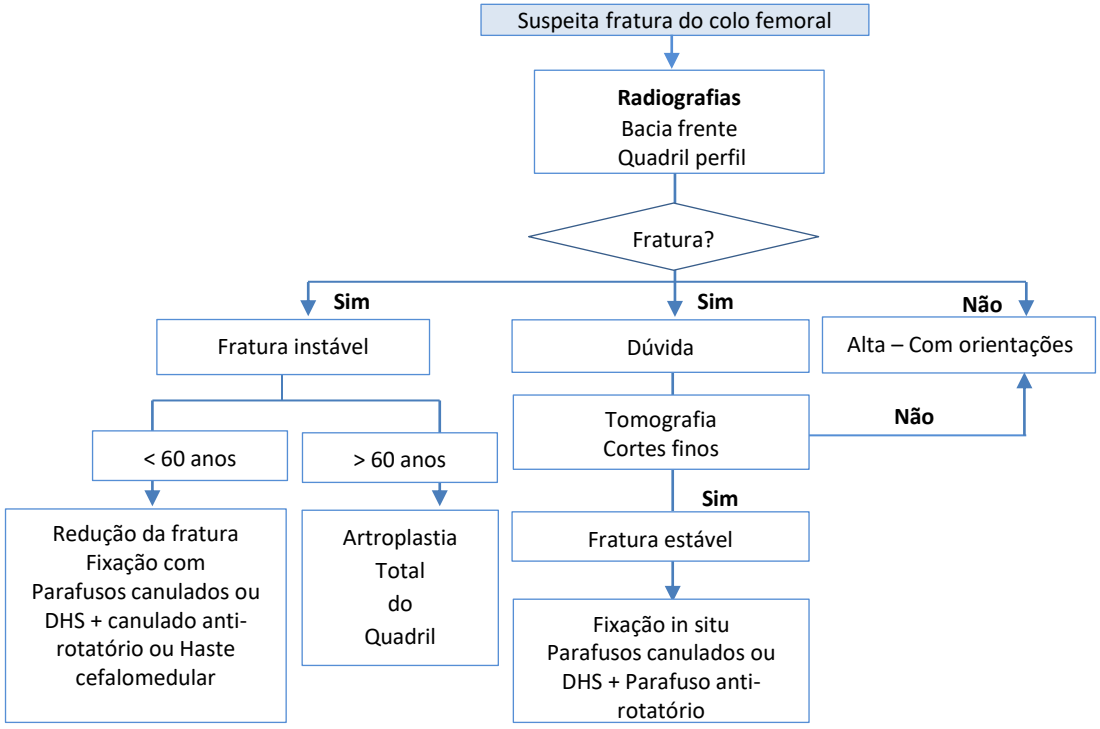
CID	Definição
S72.0	Fratura do colo do fêmur
S72.9	Fratura do fêmur parte não especificada
S72	Fratura do fêmur

3. EXAMES E AVALIAÇÕES RECOMENDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

Adultos e Jovens até 40 anos: Hb, Ht, coagulograma e radiografias de tórax.
Adultos entre 40 e 60 anos: Hb, Ht , coagulograma, ECG e radiografias de tórax.
Acima de 60 anos: Hb, Ht , coagulograma, ECG, glicemia, uréia, creatinina e radiografias de tórax.
Obs: exames podem variar na vigência de doenças associadas.

2. INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

Fraturas sem desvio, estáveis: Fixação na posição que está (in situ), com parafusos canulados ou DHS com parafuso anti-rotatório independente da idade.
Fraturas desviadas, instáveis: Pacientes abaixo de 60 anos, redução e fixação com parafusos canulados ou DHS com parafuso anti-rotatório ou haste cefalomedular; pacientes acima de 60 anos tratados com artroplastia total do quadril.



4. ESCORE DE RISCO

- Classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA):

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

5. ALOCAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO

Fraturas sem desvio, estáveis: Independente da idade: enfermaria, 1 dia de internação, enfermaria.
Fraturas desviadas, instáveis: Pacientes abaixo de 60 anos: enfermaria, 1 dia de internação, enfermaria.
Pacientes acima de 60 anos tratados com artroplastia total do quadril: Não se enquadra neste protocolo.

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Tempo estimado de cirurgia
01 hora

Anestesia
Raquianestesia e sedação.

Tecnologias necessárias durante a cirurgia
Escopia em qualquer técnica, e mesa ortopédica.

Antibioticoprofilaxia

- Cefazolina
- Dose: 2000mg
- Não tem repique durante a cirurgia
- Duração da antibioticoprofilaxia
- 04 doses total (1000 mg)

7. PÓS-OPERATÓRIO

Prescrição médica do PO

	POI	1° PO
Dieta	Leve iniciada 3 horas após término da cirurgia	Geral de acordo com condição clínica do paciente
Analgesia	Dipirona 1,0 gr - EV 6/6 horas	Dipirona 1,0 gr - VO 6/6 horas
	Tramal 50 mg - EV 8/8 horas	Tramal 50 mg - VO 8/8 horas
Outras medicações	Omeprazol 40 mg EV 1x	Omeprazol 40 mg VO 1x
Profilaxia de TEV	Enoxaparina 40mg SC 01 dose 12 horas após cirurgia	Enoxaparina 40mg SC 01 vez
Fisioterapia	Motora crioterapia e treino de marcha com andador 6 horas após cirurgia, 2 x	Motora crioterapia e treino de marcha com andador 6 horas após cirurgia, 2 x
Ordens e cuidados	Banho chuveiro	Banho chuveiro
	Sentar Poltrona	Sentar Poltrona
Curativo	Não mexer	Não mexer
Outros	Compressor plantar	
	Meia elástica	

Critérios e momento da alta

- Em que dia do PO deve ocorrer a alta: Alta no 1° PO;
- Critérios mínimos para que o paciente tenha alta: Após deambulação com andador e controle da dor.

Orientações de alta

- Fisioterapia motora com treino de marcha e uso de andador;
- Medicação anti-trombótica 28 dias;
- Observar os retornos regulares;
- Retorno fora do programado caso: edema, calor e vermelhidão local, deformidade do membro inferior, aumento da dor que não responda ao repouso e medicação, alterações clínicas diferentes das pré-existentes.

Retornos programados

- Dias de PO o paciente deve retornar ao consultório:

- No 14 º PO para curativo e retirada de pontos;

- No 28 º PO com radiografias de bacia frente e perfil do quadril;

- No 3 mês com radiografias de bacia frente e perfil do quadril.

8. INDICADORES DE QUALIDADE

- Deambula com andador sem limitações ortopédicas a partir do momento que chegou em casa?
- Deambula sem andador e sem limitações ortopédicas a partir do 3 º mês de PO?
- Voltou as atividades semelhantes ao padrão anterior a fratura a partir do 4 º mês de PO?

Referências

[1] International Orthopaedics (SICOT) (2013) 37:1327 - 1334

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW015.1	Rodrigo Pereira Guimarães	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	**03**/04/2020	12/06/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Fratura da Diáfise do Úmero

A fratura da diáfise do úmero em adultos é diagnóstico relativamente pouco frequente na rotina de pronto socorro com as características das UPAS do HIAE, mais relacionada a traumas de alta energia. Com uma frequência registrada de cerca de 3% a 5 % das fraturas em séries nos EUA, a maioria é tratada conservadoramente. Necessita, porém, de muita atenção no pronto atendimento para análise de complicações e problemas correlatos. Lesões neurológicas, lesões de partes moles, incluindo pele e síndrome compartimental podem acontecer após trauma inicial.

1. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico baseado na história clínica, exame físico ortopédico e exames complementares.
Anamnese: trauma direto no braço por quedas de alturas ou acidentes com veículos automotores é mais comum, resultando em padrão de fratura transversa ou cominutiva; trauma indireto resultam em fraturas de padrão oblíqua ou espiral.

CID	Descrição
S42.3	Fratura da diáfise do úmero

2. EXAMES ADICIONAIS

Exame físico:

- Dor, edema, deformidade, encurtamento do segmento do braço e atitude antálgica protegendo o membro como um todo em geral, pacientes encontram-se com bastante dificuldade de acomodar o membro, apresentando bastante ansiedade pela dor; ação rápida da equipe para obter conforto e analgesia é imprescindível (inserir fluxograma para UPA);
- Neurovascular, com destaque para a pesquisa da integridade do nervo radial;
- Pele em busca de exposição da fratura, mesmo em áreas que parecem ser apenas uma escoriação;
- Repetir frequentemente exame neurológico e monitorar sinais para síndrome compartimental, para casos com muito edema desde o início.

3. EXAMES DE IMAGEM

- UPA: radiografias simples nas incidências anteroposterior e perfil do úmero, além de incidências para ombro (anteroposterior verdadeira, perfil escapular e axilar) e cotovelo (anteroposterior e perfil); atenção para que o posicionamento necessário pras incidências sejam feitas rodando o paciente e não o braço, evitando deformidades rotacionais;
- Tomografia: na dúvida diagnóstica de fraturas acometendo articulações adjacentes.

4. TRATAMENTO

- Analgesia endovenosa (antiinflamatórios, analgésicos simples e opióides, de acordo com condição clínica);
- Imobilização conforme padrão da fratura (descritivo abaixo).(fluxograma pós imobilização);
- Após a imobilização, realizar novo exame neurovascular e radiografias nas incidências anteroposterior e perfil do úmero para controle de redução (exceto os cirúrgicos);
- Casos com indicação de tratamento conservador: referenciar para o médico próprio do paciente ou Retaguarda da Instituição, a fim de alinhar recomendações do seguimento ambulatorial;
- Casos com indicação de tratamento cirúrgico: contatar médico próprio do paciente ou Retaguarda da Instituição para passagem do caso.

TRATAMENTO CONSERVADOR

Desvios aceitáveis da fratura:

- 20 graus de angulação anterior;
- 30 graus de variação;
- Até 3 cm de aposição em baioneta.

5. MEDICAÇÕES

- Novalgina 1 g EV;
- Cetorolaco 30 mg EV ou Cetoprofeno 100 mg EV;
- Tramadol 100 mg EV ou Oxicodona 10 mg VO ou Dimorf 2 mg EV;
- Zofran 4 mg EV;

MEDICAÇÕES HABITUAIS INTERNADO

- Dipirona 1 g EV;
- Cetorolaco 30 mg EV ou Cetoprofeno 100 mg EV;
- Tramadol 100 mg EV ou Oxicodona 10 mg VO ou Dimorf 2 mg EV;
- Zofran 4 mg EV;
- Pantoprazol 40 mg EV.

6. OPME

- Placas DCP ou LCP de 4,5 mm com parafusos corticais e/ou bloqueados de 4,5 mm;
- Fios de kirschner;
- Fixador externo tubular;
- Haste rígida bloqueada e parafusos de bloqueio;
- Fixador linear;
- Fio flexível intramedular.

7. MANEJO SUBSEQUENTE AMBULATORIAL

- Manter imobilização, orientando mobilizar ativamente dedos e punho;
- Analgésicos e anti-inflamatórios (de acordo com condição clínica).

ATENÇÃO COMPLICAÇÕES

- Lesão do nervo radial;
- Síndrome compressiva;
- Irritação de pele pela imobilização;
- Quedas por desequilíbrio (idosos);
- Seguimento com médico de referência ou do Indicador Médico previamente comunicado (5 a 7 dias novas consulta);
- Controle radiográfico semanal ou quinzenal, de acordo com graus de instabilidade da fratura).

8. INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

- Politrauma;
- Alinhamento inicial ou redução da fratura inadequadas;
- Fratura patológica ;
- Lesão vascular associada;
- Cotovelo flutuante;
- Fratura segmentar;
- Extensão intraarticular do traço da fratura;
- Fratura bilateral dos úmeros;
- Fratura exposta;
- Lesão neurológica por trauma perfurante ;
- Perda de função do nervo radial após manipulação fechada da fratura (indicação relativa);
- Lesão neurológica em fraturas fechadas (indicação relativa).

TIPOS DE IMOBILIZAÇÕES

- Gesso pendente (fraturas oblíquas ou espirais desviadas com encurtamento);
- Tala de coaptação (fraturas transversas ou oblíquas curtas sem encurtamento);
- Imobilização Velpeau (fraturas sem desvios em pacientes que não tolerem outros métodos de imobilização).

9. TRATAMENTO CIRÚRGICO

- Avaliação clínica de risco pré operatória: exames laboratoriais (HMG, Coagulograma, Eletrólitos), ECG, Rx tórax, e, outros de acordo com condição clínica;
- A degermação da pele e tricotomia (a critério do cirurgião) se dará no centro cirúrgico após retirada da imobilização com paciente já anestesiado.

TÉCNICAS

- Redução cruenta ou incruenta e fixação interna com placa e parafusos;
- Redução incruenta e fixação interna com haste intramedular anterógrada ou retrógrada, e, flexível ou bloqueada rígida;
- Fixação externa;
- Pós-operatório imediato (POI);
- Tipoia de Velpeau ou tala se a fixação não for rígida.

PERÍODO ENTRE POI E PRIMEIRO DIA APÓS A CIRURGIA

- Troca dos curativos;
- Atendimento fisioterápico pra mobilização precoce de cotovelo, punho, antebraço e ombro, conforme dor permitir;
- Analgesia pós-operatória;
- Fisioterapia pós-operatória mantida imediatamente após alta em regime ambulatorial.

10. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de reoperação
- Taxa de infecção

Referências

[1] Rockwood and Green´s - Fractures in Adults Sixth edition 30(vol1), 1117-1159

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW195.1	Gustavo Dias Borgo	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/11/2020	02/11/2020

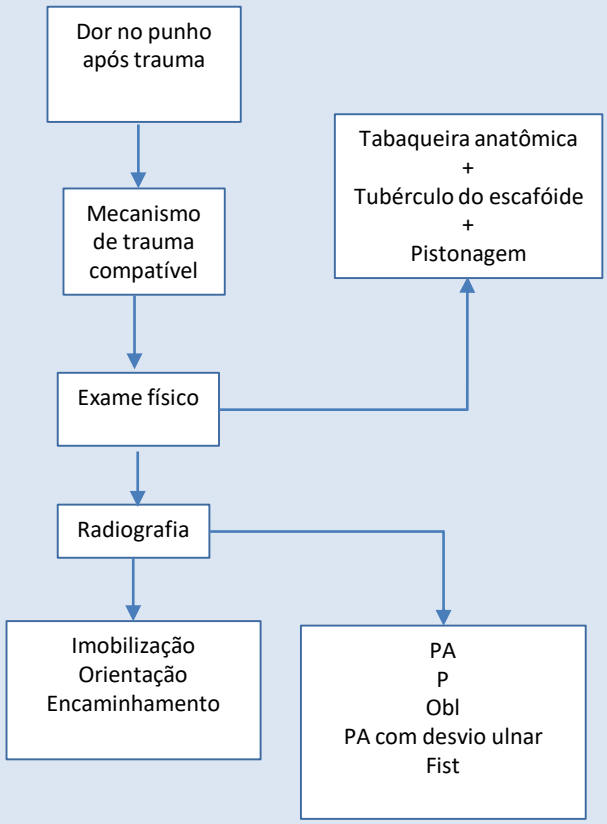
Fratura de Escafoide

As fraturas de escafóide correspondem a até 90% das fraturas dos ossos do carpo, sendo causa frequente de atendimento nas unidades de ponto-atendimento. O mecanismo de trauma mais comum é a queda sobre a mão espalmada, mas pode ocorrer em decorrência a trauma direto.

1. DIAGNÓSTICO

- Não existe nenhum exame físico ou complementar para diagnóstico ou exclusão precisa da fratura do escafoide;
- História clínica compatível – queda ao solo sobre mão espalmada (dorsiflexão forçada com carga);
- Dor e edema na borda radial do punho (tabaqueira anatômica) que piora com extremos de movimento, preensão e pinça;
- Dor a palpação da tabaqueira anatômica + dor a palpação da tuberosidade do escafóide + dor a pistonagem do polegar (sensibilidade 100%; especificidade 74%);
- Realizar palpação do ligamento escáfo-semilunar;
- Inquirir sobre traumas e lesões prévias no referido punho;
- Consolidação fibrosa;
- Pseudoartrose.

CID 10	Definição
S62.0	Fratura de escafoide
M84.2	Retardo de consolidação
M84.2	Pseudoartrose



2. INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

- Fraturas completas em pacientes jovens/ ativos, fraturas com desvio.

Métodos

- Parafuso percutâneo – fraturas sem desvio;
- Placa – fraturas com desvio.

3. EXAMES ADICIONAIS

- Radiografia do punho em 5 posições: póstero-anterior, perfil, oblíqua, póstero-anterior com desvio ulnar do punho, “fist” – preensão forçada (avalia lesão ligamentar);
- Tomografia computadorizada – alto índice de falsos-positivos – não indicado na UPA;
- Programação pré-operatória – avaliação “humpback”;
- Avaliar consolidação;
- Ressonância Nuclear Magnética – não indicado na UPA;
- Segunda linha da investigação da fratura de escafoide;
- Avalia lesões ligamentares associadas;
- Avalia vascularização do fragmento.

4. TRATAMENTO NO PRONTO-ATENDIMENTO

- Controle da dor com analgésico e AINEs, quando possível;
- Controle do edema – posicionamento com membro superior elevado (tipoia);
- Imobilização;
- Antebraquio-palmar com bloqueio de polegar;
- **Encaminhamento para ambulatório.**

*** O retardo no diagnóstico e na instituição do tratamento com imobilização aumenta significativamente as taxas de complicações como pseudoartrose e SNAC**

Referências

[1] Wolfe SW, Hotchkiss RN, Pederson WC, Kozin SH, Cohen MS. Green’s Operative Hand Surgery. 7th ed. Elsevier Inc; 2017. http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4160-5279-1.00049-6.
[2] Van Doorn L, Kievit J. Development of a Clinical Decision Tool for Suspected Scaphoid Fractures.; 2006.
[3] Machin E, Blackham J, Benger J. GEMNet: Management of Suspected Scaphoid Fractures in the ED (September 2013) 2 GEMNet: Management of Suspected Scaphoid Fractures in the ED (September 2013) About This Guideline Running Title: GEMNet Guideline: Management of Suspected Scaphoid Fractures in the Emergency Department.; 2013.
[4] Jones B, Rozental T. Scaphoid Fracture of the Wrist. AAOS; 2016.

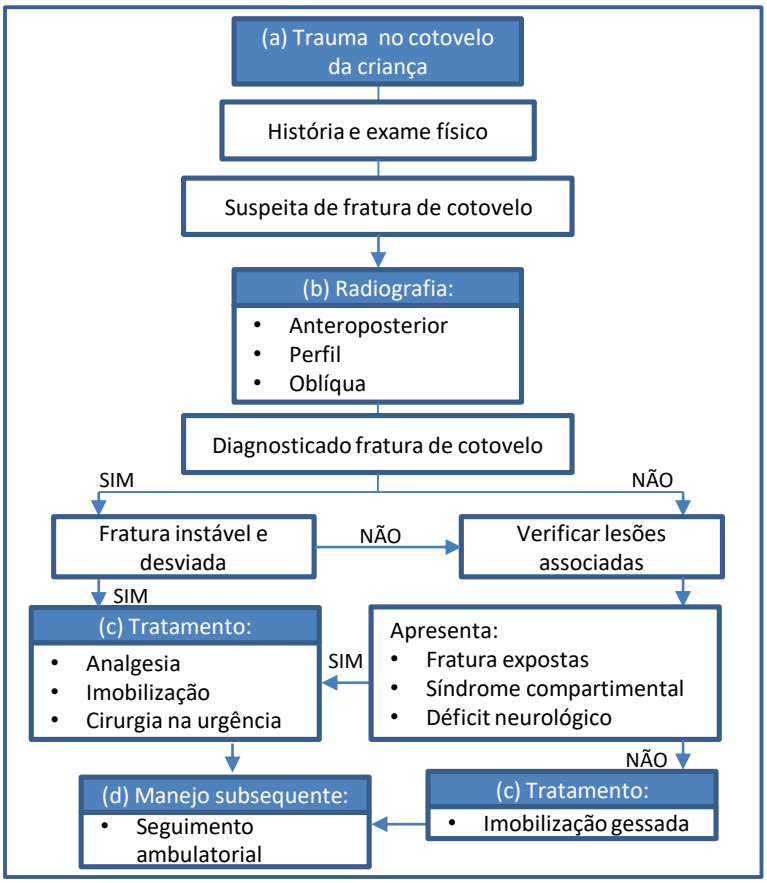
Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW194.1	Eduardo Pereira	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/11/2020	02/11/2020

Fratura do Cotovelo na Criança

Os traumas do cotovelo em crianças são lesões muito comuns, podendo apresentar diferentes níveis de gravidade. Em geral, as fraturas ocorrem por traumas de baixa e moderada energia, como quedas da própria altura durante prática esportiva e atividades recreacionais. Na maioria das vezes, a criança apóia o membro superior no solo para proteger-se de uma queda e a energia do trauma dissipa-se por um dos ossos do cotovelo, causando a fratura. As fraturas mais comuns são: fraturas supracondiliana; fratura do côndilo lateral; fratura da cabeça do rádio e fratura luxação de Monteggia. [2] [a]

1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico se baseia na história clínica, exame físico ortopédico e exames complementares [2] [a]
- O paciente geralmente entra no consultório com o cotovelo semi-fletido, segurando o antebraço do membro afetado. Clinicamente, a criança se apresenta com dor, edema importante, limitação funcional e nos casos onde houver uma fratura desviada, pode ser observada uma deformidade. Dependendo do tipo de fratura o cotovelo pode apresentar ainda hematoma, e sinal de da prega, que significa um risco de exposição óssea [1,2]
- Atenção ao status vascular, alteração da perfusão e ferimentos, e principalmente ao exame neurológico, buscando ativamente déficit sensitivo ou motor dos principais nervos: ulnar, radial (interósseo posterior) e mediano [1,2] [b]
- Exames radiográficos nas posições anteroposterior, perfil das regiões acometidas são solicitadas nas unidades de pronto atendimento. No entanto, fraturas minimamente desviadas e fraturas fisárias o diagnóstico é desafiador a as radiografias do lado contralateral para comparação, podem ajudar [1,2] [b]
- A tomografia tem importância limitada nas lesões do cotovelo em pacientes esqueleticamente imaturo. A ressonância pode ser útil no caso de fraturas ocultas na região não ossificada, mas raramente é necessário.



CID 10	Definição
S52.0	Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)

2. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

- A maioria dos casos de fraturas no cotovelo em crianças não necessitam de internação hospitalar
- Os que precisam de internação, com exceção das fraturas expostas, normalmente 1 dia de internação em apartamento são suficientes. Nas fraturas expostas o tempo mínimo de internação é de 3 dias, para uso do antibiótico EV

3. ESCORE DE RISCO

O aumento do risco deste tipo de lesão está associado a energia do trauma envolvido, das lesões e/ou fraturas presentes e do tempo decorrido do trauma até o tratamento definitivo.

Lesões neurovasculares, fraturas expostas contribuem para a estratificação de risco quando presentes.

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [6]:

- ASA 1: Hígida(o)
- ASA 2: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc)
- ASA 3: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc)
- ASA 4: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral)
- ASA 5: Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa
- ASA 6: Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

4. EXAMES ADICIONAIS

- Exames complementares ortopédicos no pronto atendimento: Radiografias anteroposterior e perfil, e quando necessário, radiografias do lado contralateral para comparação [2] [b];
- Exames laboratoriais, quando o paciente é levado ao centro cirúrgico: Hemograma, coagulograma;
- Outros exames conforme necessidade, como a ressonância para fraturas ocultas

5. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

- A maioria dos casos de fraturas no cotovelo em crianças não necessitam de internação hospitalar ;
- Os que precisam de internação, com exceção das fraturas expostas, normalmente 1 dia de internação em apartamento são suficientes. Nas fraturas expostas o tempo mínimo de internação é de 3 dias, para uso do antibiótico EV.

6. TRATAMENTO

- O tratamento conservador, através de uma imobilização gessada, é indicado para as contusões muito sintomáticas, e fraturas sem desvio [1,2]
- O tempo de imobilização no tratamento conservador, varia um pouco conforme o diagnóstico e a idade da criança, mas em média serão de 3 semanas, principalmente para o caso das fraturas
- O tratamento cirúrgico é reservado para os casos de fraturas com desvio, fraturas luxações, fraturas expostas e lesões neurovasculares. Além do tratamento cirúrgico, a região operada também deverá ser imobilizada, cujo tempo de imobilização dependerá do diagnóstico e tratamento realizado [1,2] [c]
- Medicações utilizadas durante o tratamento cirúrgico: novalgina, Ibuprofeno, tramal (se dor forte). Nas reduções abertas e procedimentos cirúrgicos para osteossíntese, como também nas fraturas expostas, acrescenta-se os antibióticos, Kefazol ou Zinacef (nos casos de pacientes que apresentarem alergia ao Kefazol)

MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS - INTERNAÇÃO			
Kefazol 2,0 g ou	EV	Indução anestésica	Internação
Zinacef 1,5 g	EV	Indução anestésica	Internação
Novalgina 1,0 g	EV	6h/6h	Internação
Tramal 100 mg	EV	8h/8h	Internação
Ibuprofeno	EV	8h/8h	Internação

7. MANEJO SUBSEQUENTE

- Nos traumas, cujo tratamento conservador foi indicado, o paciente deverá permanecer imobilizado, e retornar com seu médico em 7 dias, e especificamente nos casos de fratura, deverá fazer o controle radiográfico neste retorno. O paciente retornará ainda com 21 dias, e se a fratura estiver consolidada, retira-se a imobilização gessada
- No tratamento cirúrgico, após a alta, o paciente deverá retornar em 7 dias para curativo, e a depender do diagnóstico e tratamento realizado, retornará em 21 e 45 dias para reavaliação, e alguns casos até 2 meses de PO. As radiografias de controle deverão ser solicitadas conforme a necessidade

Referências

[1] J Pediatr Orthop. 210 Ap; 30(3) 253:63;
[2] Rockwood eWilkins – Fratura em crianças – Manole 2004;
[3] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA)

Código Documento:	**Elaborador:**	**Revisor:**	**Aprovador:**	**Data de Elaboração:**	**Data de Aprovação:**
CPTW135.1	Mario Lenza Francesco C Blumetti Susana dos R Braga	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/10/2020	02/10/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Fratura do Úmero Proximal

As fraturas do úmero proximal ocorrem com maior frequência em pessoas maiores de 60 anos, após queda espontânea com trauma direto no ombro ou trauma indireto após apoio na mão ou no cotovelo; ocorrem também em pessoas jovens, em geral, após trauma direto de alta energia.

1. QUADRO CLÍNICO

- Dor e incapacidade funcional no ombro;
- Equimose na face lateral do braço;
- Às vezes, mobilidade reduzida e dolorosa no ombro.

2. EXAMES DE IMAGEM

- Radiografias simples de frente verdadeiro em rotação medial e lateral (se possível), e perfil da escápula;
- Tomografia computadorizada: para as fraturas desviadas e do tubérculo maior e/ou menor.

3. DIAGNÓSTICO

- Fratura sem desvio;
- Fratura com desvio: fragmentos desviados mais do que 1 cm ou angulados mais do que 30º (exceto tubérculo maior);
- Fraturas desviadas em 2, 3 ou 4 partes (Neer), associadas ou não a luxação da cabeça umeral;
- Desvio do tubérculo maior tolerável até 5 mm (TC).

4. TRATAMENTO

- Fratura sem desvio - imobilização do tipo Velpeau e acompanhamento ambulatorial;
- Fratura desviada - tratamento cirúrgico: internar para osteossíntese (na maioria dos casos) ou artroplastia (em pacientes idosos com má qualidade óssea e fratura complexa com impossibilidade de redução);
- Em pacientes muito idosos com problemas clínicos graves, e fratura impactada em valgo, pode-se optar pelo tratamento conservador, com tipóia durante 3 semanas;
- Qualquer que seja o tratamento, em geral, iniciar a fisioterapia após 3 a 4 semanas do início do tratamento.

5. CUIDADOS DURANTE A INTERNAÇÃO

- Manter tipoia;
- Fazer exercícios de flexo-extensão com os cotovelos, punhos e mãos;
- Manter o membro superior elevado e observar perfusão dos dedos;
- Observar sangramentos;
- Promover analgesia (Novalgina, Tramal, Oxicontin, Dimorf).

Referências

[1] Neer CS. Displaced proximal humeral fractures: part I. Classification and evaluation. J Bone Joint Surg. (Am) 1970; 52: 1077–89;
[2] Mueller ME, Nazarian S, Koch P, Schatzker J. The comprehensive classification of fractures of long bones. New York: Springer 1990: 54-63;
[3] Hertel R, Hempfing A, Stiehler M, Leunig M. Predictors of humeral head ischemia after intracapsular fracture of the proximal humerus. J Shoulder Elbow Surg. 2004; 13 (4): 427-33;
[4] Koval KJ, Blair B, Takei R, Kummer FJ, Zuckerman JD. Surgical neck fractures of the proximal humerus: a laboratory evaluation of ten fixation techniques. J Trauma. 1996 May; 40(5): 778-83;
[5] Merwe M, Boyle M, Frampton CMA, Ball CM. Reverse shoulder arthroplasty compared with hemiarthroplasty in the treatment of acute proximal humeral fractures. J Shoulder Elbow Surg 2017; 26 (9): 1539-1545.

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW200.1	Gustavo Dias Borgo	Mauro Dirlando C de Oliveira	Haggeas Da Silveira Fernandes	02/12/2020	02/12/2020

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Correção Endovascular de Aneurisma da Aorta Abdominal Infrarrenal e/ou de Artérias Ilíacas com Endoprótese Bifurcada

Consiste na inserção de uma prótese bifurcada por via endovascular para prevenir, eletivamente, a rotura de aneurisma aortoilíaco infrarrenal. É opção à operação aberta, mais agressiva. Pode ser usada nas situações de urgência/emergência em aneurismas sintomáticos ou rotura aórtica.

I-ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

História Clínica: Os aneurismas aortoilíacos são geralmente assintomáticos. São encontrados em exames de imagem fortuitos ou para rastreamento. Quando rotos, há dor abdominal ou lombar intensa e instabilidade hemodinâmica grave com rápida evolução a óbito.

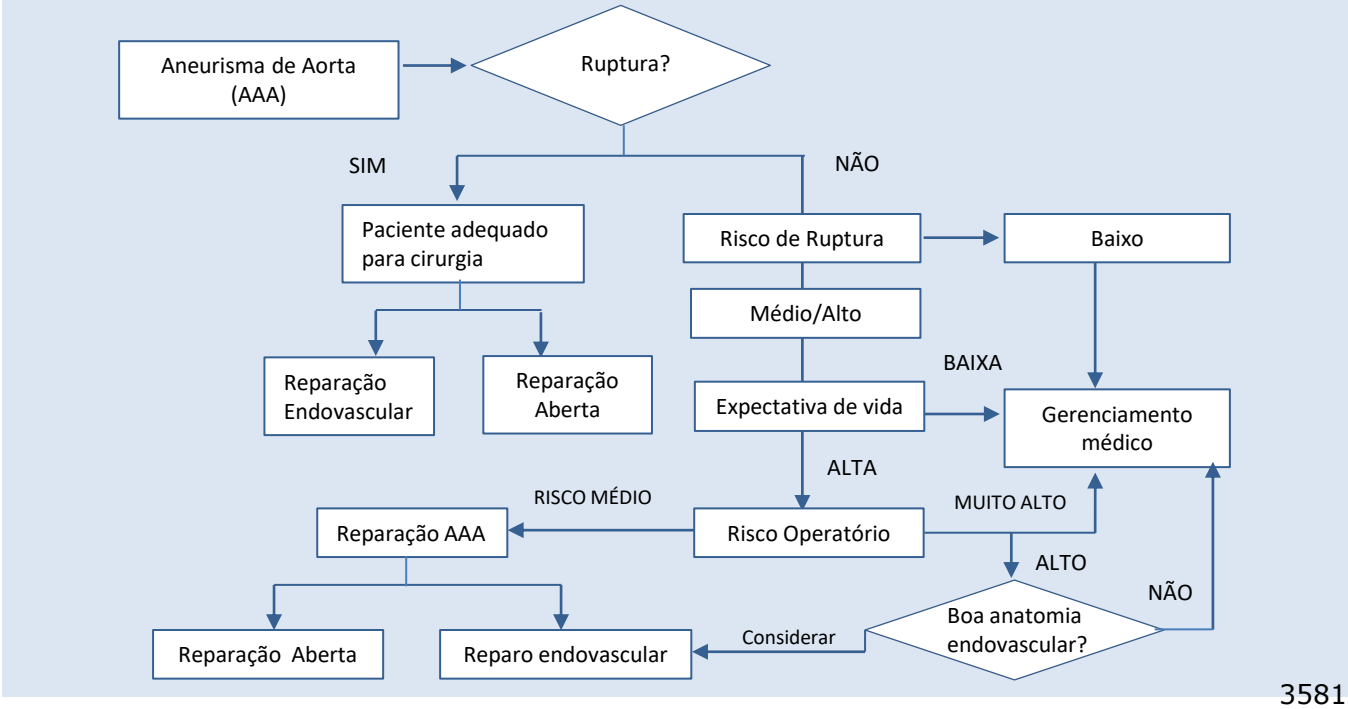
Exame físico: Massa abdominal pulsátil indolor em abdômen, sendo difícil sua palpação em pacientes obesos ou quando são isolados em artérias ilíacas. São caracterizados como sintomáticos quando há dor à palpação, embolização distal ou sinais de compressão de órgãos vizinhos.

Confirmação diagnóstica: Os exames padrão ouro para avaliação completa de aorta e artérias ilíacas é a Angiotomografia e a Angioressonância, seguidos da Ressonância magnética e tomografia . A ultrassonografia pode ser utilizada, porém é fortemente recomendado que esteja associado a um dos exames citados acima.

CID	Definição
I710	Aneurisma dissecante da aorta [qualquer porção]
I714	Aneurisma da aorta abdominal, sem menção de ruptura
I719	Aneurisma aórtico de localização não especificada, sem menção de ruptura
I723	Aneurisma de artéria ilíaca
I790	Aneurisma da aorta em doenças classificadas em outra parte
I729	Aneurisma de localização não especificada
I713	Aneurisma da aorta abdominal, roto

2. INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

- Diâmetro da aorta infrarrenal maior ou igual a 5,0 cm em homens ou mulheres é indicativo de correção cirúrgica;
- Para artérias ilíacas usa-se parâmetro de 3 a 4 cm;
- Aorta torácica maior ou igual 6,0 cm;
- Aceita-se operar aneurismas aórticos menores se há crescimento do diâmetro em mais de 1,0 cm em um ano, em aneurismas saculares, se o paciente necessitar quimioterapia, radioterapia ou transplante de órgão ou em casos sintomáticos;
- Pacientes nonagenários com comorbidades associadas, recomenda-se avaliar necessidade de indicação cirúrgica.



3. EXAMES E AVALIAÇÕES RECOMENDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

- Angiotomografia de aorta torácica e abdominal, artérias ilíacas e de membros inferiores;
- Avaliação cardíaca;
- Hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, coagulograma.

4. ESCORE DE RISCO

Classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA):

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

5. ALOCAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO

- PO1: UTI ou semi-intensiva;
- PO2 e posterior: apartamento, em geral;
- Internação de 2 a 4 dias.

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

6.1. Código TUSS

Código TUSS	Descrição
30906016	Aneurisma de aorta infrarenal
30906024	Aneurisma de aorta abdominal suprarenal
30906032	Aneurisma de aorta-torácica
30906067	Aneurisma de carótida, subclávia, ilíaca
30906083	Aneurismectomia toracoabdominal
30906148	Revascularização do tronco celíaco, mesentérica superior e renais
30912024	Angioplastia transluminal da aorta ou ramos
30912091	Implante de prótese intravascular na aorta e ramos com ou sem angioplastia
30912237	Tratamento percutâneo do aneurisma/dissecção da aorta
40812030	Angiografia de aorta

6.3. Tempo de cirurgia: 1,5 a 3 horas

6.4. Anestesia: geral

6.5. Tecnologias necessárias durante a cirurgia: radioscopia

6.6. Antibioticoprofilaxia

- **Antibiótico:** cefazolina
- **Dose intraoperatória:** 1-2 g EV necessárias antes da incisão cirúrgica seguido de 1g EV de 4/4 h
- **Dose e duração da antibioticoprofilaxia no pós-operatório:** 1 g EV de 8/8 h por 24

6.2. OPME

a. **Endoproteses homologadas de aorta abdominal e bifurcada de ilíacas**
b. **Outros**

MATERIAL	QTDE	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO
BALÃO OCLUSOR	1	EQUALIZER - BOSTONN	MEDTRONIC - RELIANT
CATETER ANGIOGRÁFICO PARA DIAGNÓSTICO	2	GLIDECATH - TERUMO	COOK - HNB
CATETER PIGTAIL CENTIMETRADO	1	PIGTAIL - MERIT	COOK - PIG CSC
FIO GUIA LUNDERQUIST	2	TSCMG - COOK	BOSTON - MEIER
FIO GUIA HIDROFÍLICO	1	HIDROF STIF - TERUMO	COOK - RPC
INTRODUTOR VALVULADO	2	INTRODUCER II - TERUMO	SCITECH
LAÇO DE CAPTURA	0,25	GOOSE NECK - MEDTRONIC	COOK - INDY
MOLA	0,5	VORTX - BOSTON	MEDTRONIC - CONCERTO

7. PÓS-OPERATÓRIO

Prescrição médica do PO

	POI	1° PO	PO2 até alta
Dieta	Leve, quando bem acordado e com motilidade intestinal	Branda ou geral	Geral
Analgesia	Dipirona 1 ou 2g EV 6/6hs	Dipirona 1g VO 6/6hs	Dipirona 1g VO SN
	Tramadol EV SN	Tramadol EV SN	Tramadol VO SN
Outras medicações	Pantoprazol 40mg EV 12/12hs	Pantoprazol 40 mg VO 1x/dia	Pantoprazol 40 mg VO 1x/dia
Profilaxia de TEV	Enoxaparina 40mg SC 1x/dia	Enoxaparina 40mg SC 1x/dia	Enoxaparina 40mg SC 1x/dia
Fisioterapia	Respiratória		
Curativo	Curativos inguinais simples, manter curativo operatório se limpo	Troca a critério do cirurgião	

Critérios e momento da alta

- Alta entre o 2° e 4° PO;
- Critérios mínimos para a alta: pacientes afebril, com função digestiva normal, deambulando, sem intercorrências incisionais ou em locais de punção, sem intercorrências cardiorrespiratórias .

Orientações de alta

Procure o cirurgião caso ocorra

- Vermelhidão, inchaço ou drenagem na incisão;
- Febre ou calafrios;
- Falta de ar, dor ou inchaço na panturrilha;
- Aumento da no local da punção em relação ao dia da alta
- Constipação prolongada ou diarréia (maior que 3 dias);
- Incapacidade de urinar (retenção de urina).

Retornos programados

- Retornar ao consultório 7 a 10 dias após a alta, ocasião em que ocorrerá a retirada de pontos. Não necessita trazer nenhum exame;
- Retornar com 3 meses, 6 meses e 1 ano. Nestas ocasiões, necessário ultrassonografia Doppler com contraste de microbolhas ou angiotomografia.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo de permanência na UTI no pós-operatório em relação ao escore ASA;
- Taxa de reintervenção relacionado ao aneurisma de aorta em até 30 dias após a cirurgia;
- Taxa de reinternação relacionado ao aneurisma de aorta em até 30 dias após a cirurgia;
- Aderência ao protocolo de antibioticoterapia profilática institucional;
- Aderência ao protocolo de TEV institucional.

III. GLOSSÁRIO

DM: diabetes mellitos
HAS: hipertensão arterial sistêmica

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: alteração no item 2, Indicações de tratamento cirúrgico

**Este pathway foi validado pelo board da cirurgia vascular em 14/03/2023.*

V. REFERÊNCIAS

[1] Eur J Vasc Endovasc Surg 2019, 57:8; [2] J Vasc Surg 2018, 67:2; [3] Eur Heart J 2014, 35: 2873

Título: Protocolo para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.03 Sistemas de Prevenção e Controle de Infecções > 1.5.03.01 Prevenção e Controle de Infecções

1. INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) é considerada a principal infecção relacionada à assistência à saúde, responsável por cerca de 40% do total dessas infecções , aumenta o tempo de permanência hospitalar entre 2 a 4 dias, e eleva o custo de tratamento. A aplicação de práticas de intervenção baseadas em evidências pode reduzir as infecções do trato urinário em 17 a 69%.

1.1. Visão geral

Protocolo indicado para todas as unidades e profissionais que estão envolvidos na inserção e manipulação do Cateter Vesical de Demora (CVD) na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).

1.2. Destaques

Cópia Controlada

Responsabilidade de acordo com a categoria profissional na Prevenção de ITU-CVD.

- Profissionais de Saúde das Unidades que prestam cuidados à pacientes em uso de CVD pela aplicação das medidas para prevenção de ITU;
- Serviço Controle Infecção Hospitalar: vigilância epidemiológica, educação e treinamento da equipe assistencial, monitoramento da adesão as medidas de prevenção de ITU e discussão dos casos de infecção relacionada a assistência à saúde (IRAS);
- Especialista em cuidados com CVD: monitoramento dos padrões da prática, educação e treinamento equipe assistencial, discussão de casos.

2. OBJETIVO

- Abordar os principais fatores de risco para a aquisição da ITU associada ao cateter vesical de demora (CVD);
- Descrever as diretrizes para prevenção da ITU associada a CVD;
- Descrever indicadores de processos e de resultado na SBIBAE.

3. DETERMINANTES DA DOENÇA

3.1. Etiologia: A contaminação do trato urinário acontece quando microrganismos da flora endógena (períneo, colón e vagina) ou do ambiente hospitalar (falha na higiene das mãos e cuidados com o cateter e bolsa coletora) conseguem atingir a uretra e a bexiga. As bactérias entram na via urinária tanto pela via extra luminal

Versão: 5 - Elaborado em: 14/08/2023 09:54:09 - Aprovado em: 22/08/2023 11:33:59

(contaminam a parte externa do cateter) como pela via intraluminal (ascendem pelo lúmen interno do cateter). Em ambos os casos, medidas adequadas de higiene das mãos e do períneo, durante o banho e sempre que houver evacuação, podem evitar esta contaminação.

3.2. Fatores de risco: Os fatores de risco para ITU podem ser agrupados em intrínsecos e extrínsecos.

Riscos intrínsecos: sexo feminino, idade > 50 anos, desnutrição, imunodeficiência, insuficiência renal, doença de base severa e diabetes mellitus.

Riscos extrínsecos:

- Uso do CVD, pois altera os mecanismos de defesa do organismo, facilita a ascensão de microrganismos, compromete o adequado esvaziamento da bexiga e provoca um processo inflamatório no uroepitélio (pela presença de corpo estranho no organismo) ;
- Falta de adesão aos cuidados de prevenção de ITU na inserção e manutenção do CVD.

Cópia Controlada

4. APRESENTAÇÃO CLÍNICA E ACHADOS FÍSICOS

RECOMENDAÇÕES
Prevenção de transmissão de microrganismos
Precauções padrão
Higiene das Mãos nos 5 momentos da Assistência ao Paciente.
Utilização de equipamentos de proteção individual (máscara, luvas, óculos de proteção etc.).
MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE ITU
Indicações para uso do CVD
• Retenção urinária aguda ou obstrução urinária não gerenciável com cateterismo de alívio • Indicação de conforto como cuidado de fim de vida • Necessidade de controle rigoroso do balanço hídrico • Procedimentos cirúrgicos longos, urológicos, ginecológicos, colorretais (reavaliar em 24 horas) • Incontinência urinária e feridas sacrais ou perineais abertas • Imobilização prolongada (tórax ou coluna instável, Politrauma, fratura pélvica) • Irrigação em casos de hematúria

Versão: 5 - Elaborado em: 14/08/2023 09:54:09 - Aprovado em: 22/08/2023 11:33:59 3585

Título: Protocolo para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.03 Sistemas de Prevenção e Controle de Infecções > 1.5.03.01 Prevenção e Controle de Infecções

Uso apropriado do CVD
Inserir o CVD apenas quando houver indicação e retirá-lo assim que não houver mais necessidade.
Considerar alternativas para o CVD: • Considerar o uso de cateteres externos (Uripen® ou Purewick®) em pacientes que sejam cooperativos e não apresentem retenção urinária ou obstrução. • Dar preferência ao cateterismo intermitente em pacientes com disfunção no esvaziamento da bexiga. • Considerar cateterização intermitente em crianças com mielomeningocele e bexiga neurogênica para reduzir o risco de deterioração do trato urinário.
Cuidados na inserção do CVD
Higienizar as mãos imediatamente antes e após a inserção e qualquer manipulação do CVD.
Somente profissionais treinados e validados devem realizar o procedimento de inserção de CVD.
Utilizar técnica asséptica e equipamentos estéreis para a realização do procedimento.
Utilizar antisséptico estéril para a antissepsia do meato uretral e lubrificante estéril de uso único para a inserção do CVD.
Utilizar CVD de menor calibre possível compatível com drenagem adequada, para minimizar traumas.
Utilizar o ultrassom portátil em pacientes com risco para retenção urinária e submetidos a um cateterismo intermitente para avaliar o volume de urina na bexiga. O equipamento deve ser devidamente limpo e desinfetado entre os pacientes.
Cuidados na manutenção do CVD
Manter o sistema de drenagem fechado, contínuo e estéril.
Substituir o CVD e o sistema coletor caso haja vazamento ou desconexão do sistema, utilizando técnica asséptica.
Manter o fluxo de urina desobstruído e livre de dobras.
Manter a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e longe do chão.
Esvaziar a bolsa coletora de urina, regularmente, utilizando um frasco individualizado para cada paciente. Não encostar a válvula de drenagem com o frasco coletor.
Cateteres de silicone devem ser preferidos a outros materiais para redução do risco de incrustações.
Coletar amostras de urina após realizar a desinfecção do conector do sistema usando frasco estéril. Não é recomendado o uso de agulhas para a coleta exceto para bolsas coletoras que não sejam dispositivo livre de agulha no caso de pacientes transferidos de outra instituição.

Cópia Controlada

Versão: 5 - Elaborado em: 14/08/2023 09:54:09 - Aprovado em: 22/08/2023 11:33:59 3586

Título: Protocolo para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.03 Sistemas de Prevenção e Controle de Infecções > 1.5.03.01 Prevenção e Controle de Infecções

Realizar higiene íntima 3 vezes ao dia, conforme procedimento descrito na documentação institucional. Não é necessário realizar a antissepsia do meato uretral com antisséptico.
Não é recomendado trocar o CVD rotineiramente.
Não é recomendada a irrigação com antimicrobianos ou antissépticos (PVPI, clorexidina, neomicina e polimixina) para a redução da bacteriúria.
Não é recomendado tratar bacteriúria assintomática em pacientes cateterizados, exceto antes de procedimentos urológicos.
Não é recomendado clampeamento intermitente (exercício vesical) antes da retirada do CVD.
Programa de Melhoria Contínua
Os principais itens de avaliação mensal do pacote de medidas para prevenção de ITU são: • CVD apropriado; • Cuidados de enfermagem com CVD prescritos; • Higiene íntima adequada; • CVD fixado; • Bolsa coletora abaixo do nível da bexiga; • Bolsa coletora sem encostar no chão ou pedal da cama; • Volume da bolsa coletora abaixo de 1300ml; • Extensão do sistema sem dobras ou acotovelamentos. Avaliação diária nas unidades de terapia intensiva e semi-intensivas por enfermeiros referências e pela equipe multidisciplinar durante a visita diária para identificar e remover CVDs que não são mais necessários.
Educação e Vigilância
Realização de observação direta sobre a adesão às medidas de prevenção e controle de ITU.
Realizar o treinamento da equipe multiprofissional que presta assistência aos pacientes em uso de CVD. Utilizar estratégias para treinamento envolvendo metodologias e validar a capacidade dos profissionais treinados. Realizar treinamentos com os seguintes temas: Indicação do uso do CVD; Técnica adequada de inserção do CVD;

Cópia Controlada

Versão: 5 - Elaborado em: 14/08/2023 09:54:09 - Aprovado em: 22/08/2023 11:33:59 3587

Título: Protocolo para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.03 Sistemas de Prevenção e Controle de Infecções > 1.5.03.01 Prevenção e Controle de Infecções

Técnica adequada para manutenção do CVD; Descontinuação ou retirada do CVD; Estratégias de tipos de cateterismo (intermitente etc.) ou tipo de cateter vesical.

5. DIAGNÓSTICO

Não se aplica

6. INDICAÇÕES E ESCORE DE GRAVIDADE

Não se aplica

7. TRATAMENTO

Não se aplica

Cópia Controlada

8. FLUXOGRAMA

Não se aplica

9. EPIDEMIOLOGIA

Não se aplica

10. NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Não se aplica

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Vigilância epidemiológica por meio da investigação diagnóstica com a finalidade de identificar a incidência de ITU-CVD em toda a instituição, que é realizada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, seguindo as recomendações de critérios diagnósticos Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC).

Os indicadores de resultados são verificados mensalmente e caracterizados por:

- Densidade de incidência de ITU- CVD calculada por: (nº de ITU-CVD/CVD-dia) x1000.

Versão: 5 - Elaborado em: 14/08/2023 09:54:09 - Aprovado em: 22/08/2023 11:33:59 3588

Título: Protocolo para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.03 Sistemas de Prevenção e Controle de Infecções > 1.5.03.01 Prevenção e Controle de Infecções

- Taxa de utilização calculada por: (nº CVD-dia/Paciente-diaX100)

Os registros são armazenados em banco do Serviço de Controle de Infecção por tempo indeterminado.

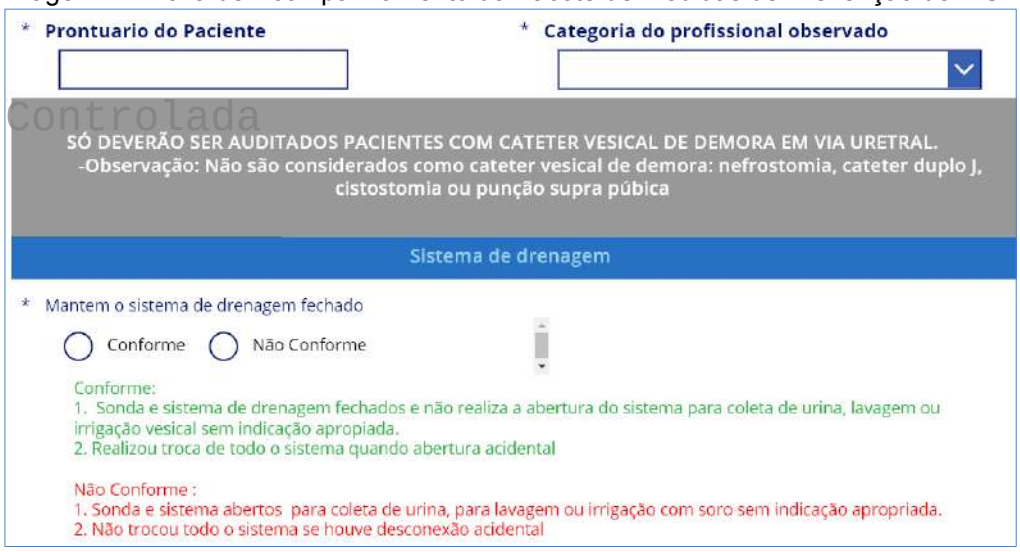
O indicador de processo é verificado mensalmente e caracterizado por:

- Taxa de adesão aos cuidados com pacientes em uso de CVD (Número de itens conforme/ Número de itens avaliados) x100.

12. ANEXOS

Instrumento para avaliar adesão as medidas de prevenção de ITU:

Imagem 1 - Ficha de Acompanhamento do Pacote de Medidas de Prevenção de ITU.

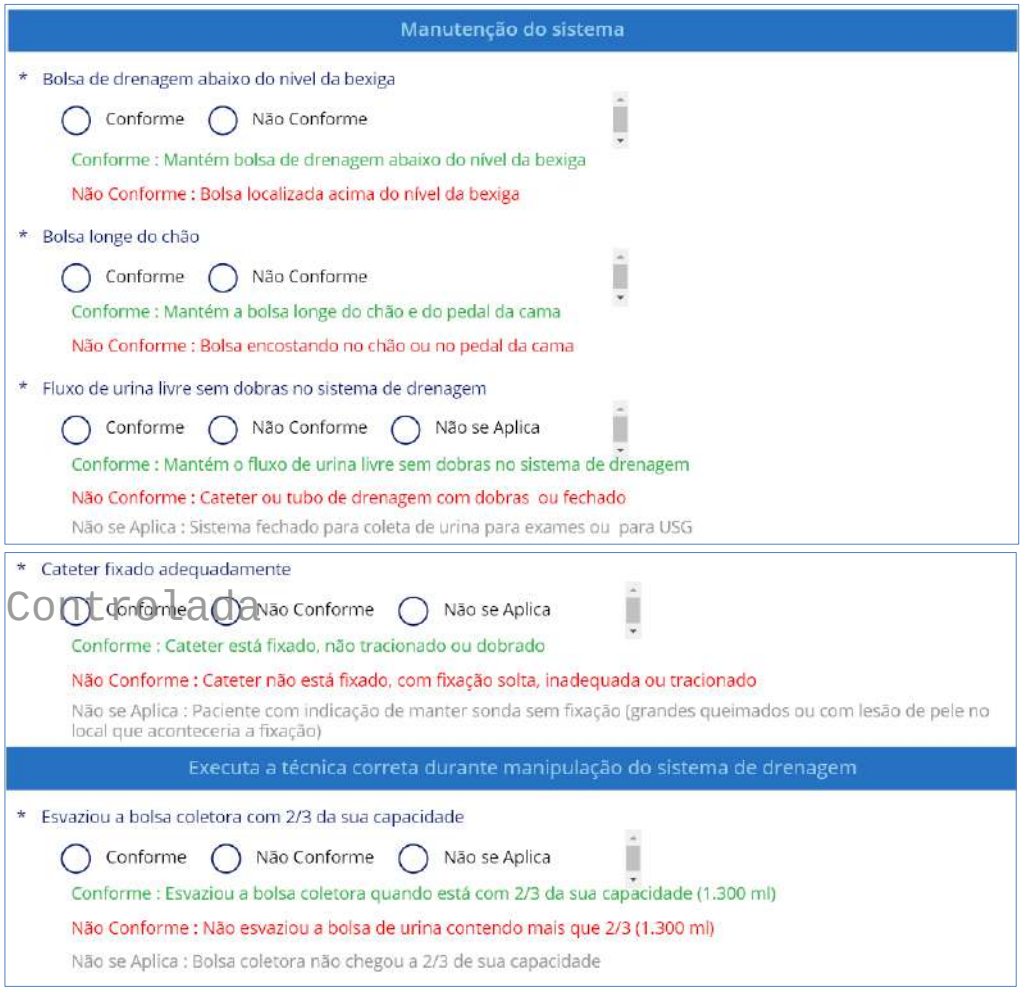


Cópia Controlada

Versão: 5 - Elaborado em: 14/08/2023 09:54:09 - Aprovado em: 22/08/2023 11:33:59 3589

Título: Protocolo para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.03 Sistemas de Prevenção e Controle de Infecções > 1.5.03.01 Prevenção e Controle de Infecções

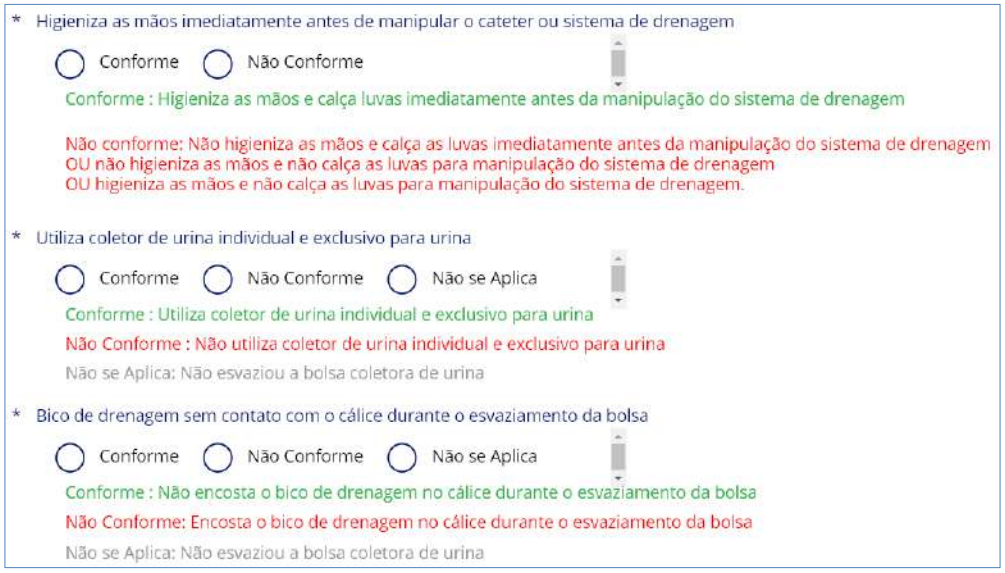


Cópia Controlada

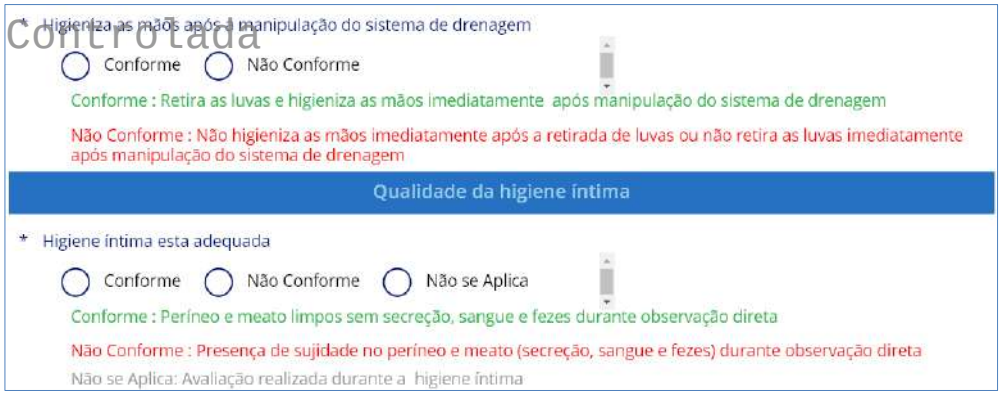
Versão: 5 - Elaborado em: 14/08/2023 09:54:09 - Aprovado em: 22/08/2023 11:33:59

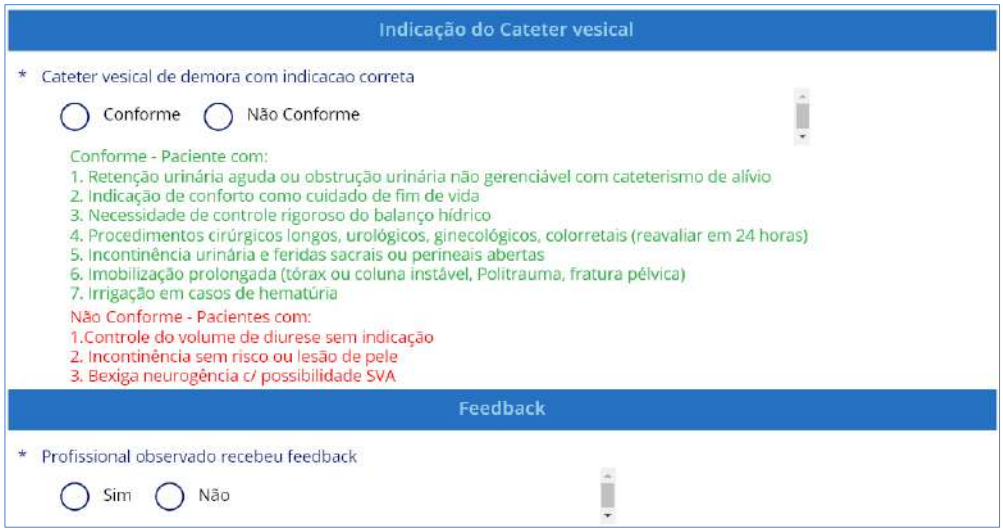
Título: Protocolo para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.03 Sistemas de Prevenção e Controle de Infecções > 1.5.03.01 Prevenção e Controle de Infecções



Cópia Controlada





Versão: 5 - Elaborado em: 14/08/2023 09:54:09 - Aprovado em: 22/08/2023 11:33:59

Título: Protocolo para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.03 Sistemas de Prevenção e Controle de Infecções > 1.5.03.01 Prevenção e Controle de Infecções

Link de acesso ao aplicativo para auditorias de processo:

https://apps.powerapps.com/play/e/default-6dc28345-3048-49c1-beca-d5cad28a8f77/a/027eb087-087d-4ebf-9b4a-65c0a56ae1e7?tenantId=6dc28345-3048-49c1-beca-d5cad28a8f77&source=portal&screenColor=rgba(255%2C%20255%2C%20255%2C%201)

Link de acesso ao *Dashboard* com os indicadores de processo:

https://app.powerbi.com/groups/me/apps/00f96c39-aaf3-44b3-8d32-c9d08234feea/reports/e5603d1a-508a-4958-a150-3f6a66575924/ReportSection56ae27af73bf586a750c?redirectedFromSignup=1&experience=power-bi

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2017. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-5
- Lo E, Nicolle L, Coffin S, Gould C, Maragakis L, Meddings J, Pegues D et al. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. 2014; 35: 464-79
- Munasinghe RL,Yazdani H,Siddique M, Hafeez W. Appropriateness of use of indwelling urinary catheters in patients admitted to the medical service. Infect Control Hosp Epidemiol. 2001;22(10):647-9.- Gould C, Umscheid C, Argwal R, Kuntz G, Pegues D. Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31(4):319-26.
- Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998: Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares.
- RDC Nº 42, DE 25 DE OUTUBRO DE 2010: Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências.
- RDC Nº 7, de 24 DE FEVEREIRO DE 2010: Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.
- RDC nº36, DE 25 DE JULHO DE 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- Rebmann T, Greene LR. Preventing catheter-associated urinary tract infections: An executive summary of the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc, Elimination Guide. Am J Infect Control. 2010; 38: 644-6.

Cópia Controlada

Versão: 5 - Elaborado em: 14/08/2023 09:54:09 - Aprovado em: 22/08/2023 11:33:59 3592

Título: Protocolo para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.03 Sistemas de Prevenção e Controle de Infecções > 1.5.03.01 Prevenção e Controle de Infecções

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Coleta de urina em pacientes com cateter vesical de demora
- Cateterismo Vesical de Demora
- Retirada da Sonda Vesical de Demora
- Fixação de Sonda Vesical de Demora nas Cirurgias Urológicas
- Fixação de cateter vesical de demora

15. HISTÓRICO DE REVISÕES

Ana Carolina Santiago - 14/08/2023 - 09:54
Atualizado template, e unificado protocolo com HMVSC e Goiânia.

Cópia Controlada

Título: Protocolo para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora

Processo: HIAE > 1. GOVERNANÇA CORPORATIVA > 1.5 Gestão da Qualidade e Segurança > 1.5.03 Sistemas de Prevenção e Controle de Infecções > 1.5.03.01 Prevenção e Controle de Infecções

Data	Evento de assinatura	Usuário
27/02/2015 00:00:00	Criado por	DM User
14/08/2023 09:54:09	Atualizado por	Ana Carolina Santiago
22/08/2023 11:33:51	Aprovado por	Alexandra do Rosario Toniolo

Cópia Controlada

IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

Manual Operacional da Anestesiologia - HUGO

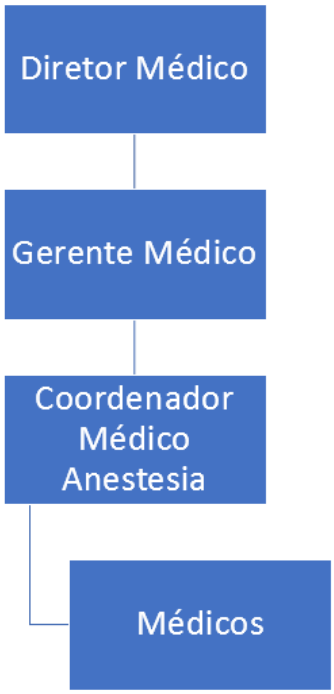
1. INTRODUÇÃO

Os médicos da Anestesia que atuam no HUGO submetem-se aos critérios de cadastro do HIAE, passando pelo processo de integração do corpo clínico e atendendo aos requisitos para a prática da anestesiologia. Participam do programa de Educação Médica Continuada do HUGO e mantém atualizados os cursos obrigatórios para a prática da anestesia na instituição (ACLS e PALS).

2. CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

- A prática da anestesiologia no HMAP ocorre em concordância com os termos da Resolução CFM Nº 1.802/2006;
- RDC/ANVISA No. 50/2002 - Norma sobre Edificações em Salas de Operação;
- Resolução do Conselho Federal de Medicina No.1.670/03 - Sedação Profunda;
- Resolução SS-169 de 19/06/96 - Procedimentos Ambulatoriais.

3. ORGANOGRAMA



4. DIMENSIONAMENTO DO SETOR

RECURSOS HUMANOS:

Cargo / Categoria Profissional	Número de Profissionais
ANESTESIOLOGISTAS / MÉDICOS	**XXXX**

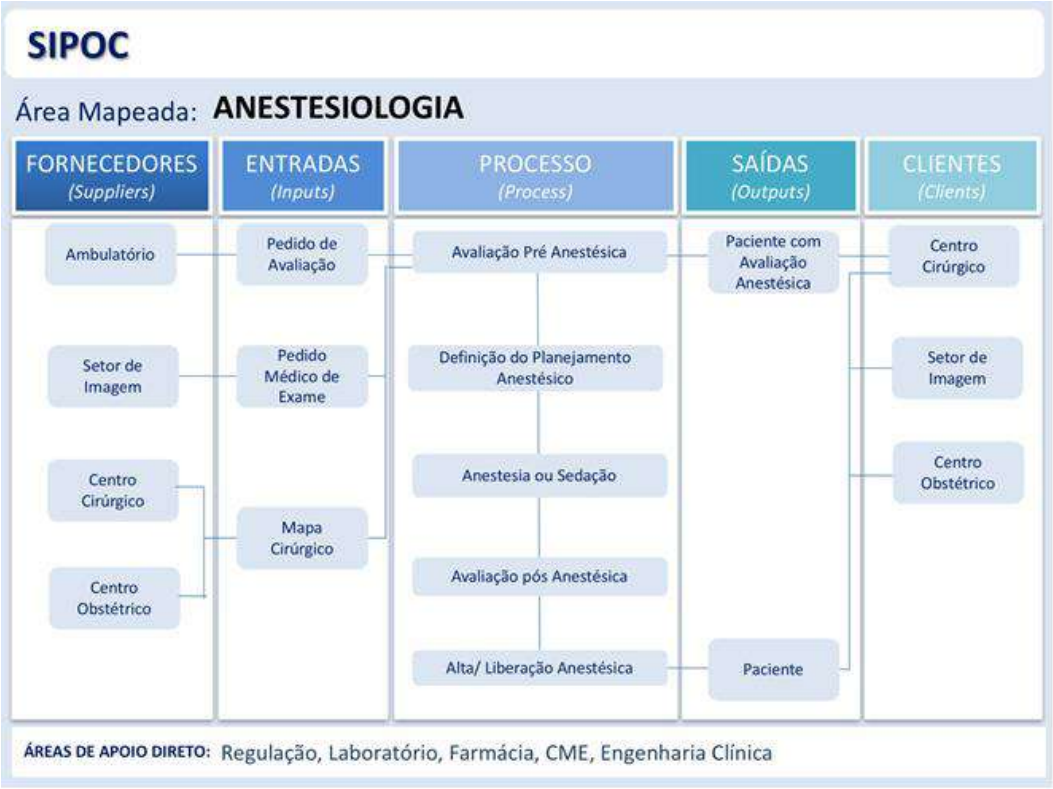
O dimensionamento médico é:

- 1 anestesista por sala em funcionamento, presencialmente

-1 anestesista para SADT em dias e horários necessários para sedação de exames, previamente acordado.

- 1 anestesista par ambulatório de pré-operatório eletivo, de acordo com grade definida.

4. SIPOC DO SETOR (modelo de sipoc – será alterado posteriormente)



6. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Taxa de náuseas e vômitos

Dor no pós operatório

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Manual Operacional da NUTRIÇÃO

INTRODUÇÃO

A área é coordenada por uma Nutricionista que atua em conjunto com as equipes médicas e assistenciais garantindo a qualidade da assistência nutricional, conforme o plano terapêutico.
A atividade profissional nutricionista é regulamentada pela Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991 que substitui a lei nº 5.276, de 24 de abril de 1967.
Os objetivos da nutrição referente ao fornecimento das refeições compreendem o planejamento de produção de refeições, dietas, dieta enteral, fórmulas lácteas e suplementos; a previsão qualitativa e quantitativa dos gêneros alimentícios e materiais; a garantia de qualidade assegurada na seleção, recepção, armazenamento, processamento e distribuição dos alimentos; o controle de qualidade das matérias primas, equipamentos, utensílios e ambiente e a distribuição de: refeições, dietas, dieta enteral, suplementos e formula láctea.
A assistência nutricional prestada tem início com a notificação do risco nutricional. Todos os pacientes admitidos por um período >24h de internação são avaliados através da avaliação de riscos. A Nutrição Clínica é notificada quando identificado o risco nutricional e tem 24h para realização da avaliação nutricional. Os pacientes sem risco nutricional serão avaliados em até 72 horas.
A partir disso, é realizada a avaliação nutricional, a identificação do nível de assistência nutricional e diagnóstico nutricional, prestação do atendimento dietoterápico individualizado aos pacientes, acompanhamento da evolução nutricional, avaliação da aceitação da dieta, adequação e modificação quando necessário e orientação da dieta para alta assim como, a avaliação das necessidades de aprendizado.
Após a avaliação nutricional classificamos estes pacientes em três níveis de assistência primário, secundário e terciário. O cuidado nutricional por níveis de assistência permite caracterizar procedimentos conforme o estado nutricional e o grau de complexidade das ações do nutricionista, priorizando o atendimento aos pacientes comprometidos nutricionalmente e proporcionando uma terapêutica adequada e diferenciada.

1. Nível Primário de Assistência: pacientes cuja patologia de base ou problema apresentado não exija cuidados dietoterápicos específicos e inexistam fatores de risco nutricional associado. O paciente será mantido em acompanhamento primário, quando não apresentar risco nutricional na avaliação inicial. Receberá tratamento dietoterápico individualizado caso apresente aversões ou intolerâncias alimentares.

2. Nível Secundário de Assistência: pacientes cuja patologia de base ou problema apresentado não exija cuidados dietoterápicos específicos, mas existem fatores de risco nutricionais associados ou pacientes cuja patologia de base exija cuidados dietoterápicos específicos e inexistam fatores de risco nutricional Os retornos poderão ser realizados em 24h, 48h, 72h, 96h ou de acordo com as necessidades do paciente.

3. Nível Terciário de Assistência: Prestar assistência nutricional a pacientes cuja patologia de base exija cuidados dietoterápicos especializados e existam fatores de risco nutricionais associados. Os retornos poderão ser realizados em 24h, 48h, 72h, 96h ou de acordo com as necessidades do paciente.

2. CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991 que substitui a lei nº 5.276, de 24 de abril de 1967: A atividade profissional nutricionista é regulamentada pela

Portaria SMS-G n°2619 de 06 de dezembro de 2011 - Regulamento de Boas Práticas e de Controle de condições sanitárias e técnicas das atividades relacionadas à importação, exportação, extração, produção, manipulação, beneficiamento, acondicionamento, transporte, armazenamento, distribuição, embalagem, reembalagem, fracionamento, comercialização e uso de alimentos, águas minerais e de fontes, bebidas, aditivos e embalagens para alimentos.

CVS -5 09/04/2013 - Regulamento técnico de boas práticas para estabelecimentos comerciais de alimentos e para serviços de alimentação.

Resolução RDC N° 216, 15 de setembro de 2004 - Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.

RDC nº 12, de 2 de janeiro de 2001 - Regulamento técnico sobre padrões microbiológicos para alimentos

Banco de Leite Humano: funcionamento, prevenção e controle de risco - Brasília: ANVISA, 2008.

Portaria CVS-6, de 10 de março de 1999. Regulamenta parâmetros e critérios para o controle higiênico-sanitário em estabelecimentos de alimentos.

Portaria nº171, de 04 de setembro de 2006 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano.

Resolução nº 63, de 6 de julho de 2000. Regulamento técnico para terapia de nutrição enteral.

Portaria nº 272/MS/SNVS, 8 de abril de 1998 este Regulamento Técnico fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral.

Resolução CFN n°600/2018 - Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências.

3. DIMENSIONAMENTO DO SETOR

01 Coordenador, nutricionistas, técnicos de nutrição, copeiros,cozinheiros, açougueiro, técnico administrativo e auxiliares de cozinha.

ESTRUTURA FÍSICA:

Cozinha, copas e refeitório

6. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Os indicadores representam parte dos resultados das áreas. Todos os indicadores possuem Fichas Técnicas e análise mensal dos resultados para determinação de plano de ação correspondente ao indicador.

- Adequação de infusão em TNE e TNP
- Adequação proteica em TNE e TNP
- Taxa de conformidade de processos na nutrição clínica
- Taxa de efetividade da avaliação nutricional na UTI
- Taxa de perda de sonda enteral para nutrição
- Frequência de pacientes em jejum prolongado
- Avaliação da aceitação alimentar dos pacientes internados
- Oferta proteica em Pacientes com LP
- QASA Copa
- QASA Cozinha
- QASA Lactário
- Controle Microbiológico Lactário
- Controle Microbiológico Cozinha
- Desperdício Per capta de Refeições
- Taxa de aleitamento materno exclusivo na alta do Alojamento conjunto
- Produtividade: Perfil de pacientes internados

Código	Descrição
88038	Acebrofilina 5mg/ml Xrp Fr 120ml
89422	Acetilcisteina 10% Ap 3ml
88077	Acetilcisteina 20mg/ml Xarope Ped Fr 120ml
87970	Acetilcisteína 600mg Pó Env 5g
83695	Aciclovir 200mg Cp
83803	Aciclovir 250mg Fap
83891	Aciclovir 50mg/g Creme Tb 10g
83862	Ácido Acetilsalicílico 100mg Cp
83642	Ácido Fólico 5mg Cp
89536	Acido Gadotérico 0,5mmol/ml Fap 10ml [Contraste Não Iodado]
83943	Acido Tranexamico 50mg/ml Ap 5ml
83857	Ácido Ursodesoxicólico 150mg Cp
83899	Adenosina 3 mg/ml Ap 2ml
83741	Albumina Humana 20% Fr 50ml
83738	Alfaepoetina 4000 UI/ml 1ml Inj. [refri]
87965	ALoPURinol Cp 100mg
83680	Alteplase 10mg Fap
83648	Alteplase 50mg Fap
83654	Amicacina 250mg/ml Ap 2ml
88058	AmiNOFILina 0,24g Ap 10ml
88055	AmioDARONA 150mg Ap 3ml
87968	AmioDARONA 200mg Cp
89202	AmioDARONA 200mg/ml Gts Susp Fr 30ml
83619	AmiTRIPtilina 25mg Cp [controlado C1]
83782	Amoxicilina + Clavulanato 1g Fap
91118	Amoxicilina Clavulanato 250/62,5mg/5ml Sol. USO RESTRITO PEDIATRIA
83762	Amoxicilina 50mg/ml Susp Fr 150ml
83819	Amoxicilina 500mg + Clavulanato 125mg Cap
83717	AMPicilina + sulbactam 1,5g Fap
83793	AMPicilina Sodica 1000mg Fap
83649	Anfotericina B 50mg Fap [Refrigerado]
83634	Atenolol 50mg Cp
89291	Atorvastatina 40mg Cp
83755	Atropina 0,25mg Ap 1ml
83687	Atropina 0,5% Colírio Fr 5ml
88021	AZITromicina 40mg/ml Susp Fr 15ml
83778	AZITromicina 500mg Cp
83779	Azul Metileno 10% Ap 5ml
83835	Baclofeno 10mg Cp
90999	Baricitinibe 4mg
83893	Benzilpenicilina Cristalina Potassica 5.000.000UI
83620	Besilato De Anlodipino 5mg Cp
83785	Bicarbonato de Sodio 8,4% Ap 10ml (1meq/ml)
83708	Bicarbonato de sódio 8,4% Frasco 250ml
83826	Bisacodil 5mg Cp
83904	BromoPRIDA Gts 4mg/ml (0,17mg/gt) Fr 20ml
83805	bromoPRIDA 5 mg/ml Ap 2ml
83650	BUpivacaina + EPINEFrina 0,5% C/Vaso Fap 20ml
83645	Bupivacaina + Glicose 0,5% Ap 4ml
83657	BUpivacaina Isobarica 0,5% Ap 4ml
83870	BUpivacaina 0,5% S/Vaso Fap 20ml
83752	Captopril 25mg Cp
83876	CarBAMazepina 20mg/ml Susp Fr 100ml [Controlado C1]
83636	CarBAMazepina 200mg Cp [Controlado C1]
83746	Carbidopa 25 mg + Levodopa 250mg Cp
88061	Carboximetilcelulose 0,5% Solução Oftálmica Fr 15ml
83909	Carvao Ativo Po Env 10G
83697	carVEDilol 12,5mg Cp
83744	carVEDilol 3,125mg Cp
83886	Cefalexina 250mg/5ml Fr 100ml
87964	CeFAZolina 1g Fap
83656	Cefepima 1g Fap
83789	CefOTAXima 1000mg Fap
87989	CefOXItina Sodica 1G Fap
88095	CefTAZidima + avibactam 2,5g Fap
83890	CefTAZidima pentaidratada 1000mg Fap
83758	CefTRIAXona Sodica 1g IV Fap
89293	Cefuroxima 750mg Fap
83637	Cetoconazol Cr Tb 30G
87963	Cetoconazol 200mg Cp
88070	Chamomilla Recutita 100mg Bisnaga 10g (Ad-Muc)
87983	Cilostazol 100mg Cp

83671	Ciprofloxacino 200mg Bolsa 100ml
83713	Ciprofloxacino 500mg Cp
84300	Cisatracurio 2mg/ml Ap 5ml [Refrigerado]
88044	Citrato De Sildenafila 50 Mg Cp
90579	Citrato de Sufentanila 50mcg/mL Ap 1ml [controlado A1] [MAVi]
83655	Citrato Trissodico 4% Ap 5ml
91045	Cl. de Ivabradina 5mg Cp
91117	Cl. de Tansulosina 0,4mg Cp
91119	Cl de Tirofibana 0,25mg/ml Fr 50ml
91205	Clorexidina 0,12% gel – 20g
88097	Claritromicina 250mg/5ml Suspensão Oral Fr 60ml
83892	Claritromicina 500mg Fap
83743	Clindamicina 150mg/ml Ap 4ml
83828	Clobazam 10mg Cp [CONTROLADO B1]
84599	Clonidina 0,150mg Cp
83863	CloNIDina 150mcg/ml Ap 1ml
83806	Clopidogrel 75mg Cp
83922	Cloranfenicol + Colagenase 0,6ui Pom Derm 30g
83607	Cloreto De CALCIO 10% Ap 10ml
83947	Cloreto SODIO 20% Ap 10ml (3,42meq/ml) [MAVi]
88093	Cloridrato Ambroxol 6mg/ml Fr 120ml
90580	Cloridrato de Fenilefrina 10mg/ml Ap 1ml
90577	Cloridrato de Levobupivacaína sem vasoconstritor 0,5% - 20mL
83933	ClorproMAZINA Gts 4% Fr 20ml [Controlado C1]
83707	ClorproMAZINA 25mg Ap 5ml [controlado C1]
89294	Colagenase 30g Pomada
88012	Complexo B Ap 2ml
88060	Dantroleno 20mg Fap
89296	Daptomicina 500mg Fap [Refrigerado]
83737	Deslanosideo 0,4mg Ap 2ml
88102	Desloratadina 0,5mg/ml Solução Oral 100ml
88030	DEXAmetasona Creme 0,1% Tubo 10g
83927	DEXAmetasona 4mg/ml Fap 2,5ml
91212	Dexclorfeniramina 2mg/5ml Xrp Fr 120ml
87958	Dexmedetomidina 100mcg/ml Ap 2ml [controlado C1]
83750	Dextrocetamina 50mg/ml Ap 2 ml [controlado C1]
91929	Dexpantenol Solução Spray 50mL
83940	DIAzepan 10mg Ap 2ml [controlado B1]
83850	DIAzepan 10mg Cp [Controlado B1]
83780	Diclofenaco Sodico 50mg Cp
83754	Diclofenaco Sodico 75mg Ap 3ml
89801	Dieta parenteral industrial 10% Fr 100ml
83802	Dieta parenteral industrial 10% Fr 250ml
83914	Difenidramina 50mg/ml Ap 1ml
83824	Digoxina 0,25mg Cp
83905	Dimenidrinato 3mg/ml + Piridoxina 5mg/ml + Frutose + Glicose Ap 10ml
83834	Dinitrato De Isossorbida Sl 5mg Cp
90272	Diosmina 450mg + Hesperidina 50mg Cp
90581	Dipiridamol 5mg/ml Ap 2ml
83632	DipiRONA Sódica Gts Fr 10ml
34014	DipiRONA Sódica 500mg cp.
83710	DipiRONA Sodica 500mg/ml Ap 2ml
87984	Dipropionato de Beclometasona 400mcg/ml Flac 2ml
91120	Dipropionato de beclometasona 50mcg/ml Inalatorio
83896	DOBUTamina 250mg Ap 20ml [MAVi]
83911	Domperidona Solução Oral Fr 100ml
83730	DOPamina 50mg Ap 10ml [MAVi]
83901	EFEDrina 5% Ap 1ml [MAVi]
87975	Enalapril 10mg Cp
83603	Enoxaparina 20mg Sga 0,2ml [MAVi]
83602	Enoxaparina 40mg Sga 0,4ml [MAVi]
83604	Enoxaparina 60mg Sga 0,6ml [MAVi]
89297	Enoxaparina 80Mg Sga 0,8Ml [Mavi]
83616	EPINEFrina 1mg Ap 1ml [MAVi]
88031	Escopolamina + DipiRONA Sodica 4 mg/ml + 500 mg/ml Ap 5ml
83915	Escopolamina Gts 10mg/ml (0,5mg/gt) Fr 20ml
83816	Escopolamina 10mg Cp
83907	Escopolamina 20mg/ml Ap 1ml Inj.
83811	Espironolactona 25mg Cp
90582	Ésteres etílicos dos ácidos graxos do óleo de papoula iodado 480mg/mL [Contraste Iodado Iônico]
88047	eTILEfrina 10mg/ml Ap 1ml Inj.
83735	Etomidato 2mg/ml Amp 10ml [controlado C1]
83832	Fenitoína 100mg Cp [controlado C1]

83733	Fenitoína 50mg/ml Sol Inj 5ml [controlado C1]
83877	Fenobarbital Gts 40mg/ml Fr 20ml [controlado B1]
83829	Fenobarbital 100mg Cp [controlado B1]
83666	Fenobarbital 100mg/ml Ap 2ml [controlado B1]
83731	Fentanila 50mcg/ml Ap 10ml [controlado A1] [MAVi]
83729	Fentanila 50mcg/ml Ap 2ml [controlado A1] [MAVi]
83739	Filgrastim 300mcg Fap [refrig]
83787	Fitomenadiona 10mg/ml Inj. 1ml
83765	Fixador tecidual formol 10% Fr 10ml
84595	Fluconazol 150mg Ca
83800	Fluconazol 2 mg/ml Bolsa 100 ml
83712	Flumazenil 0,1 mg/ml Ap 5ml [controlado C1]
83764	Formol 10% Fr 1 litro
83948	Fosfato Potassio Ap 10ml 2meq/ml [MAVi]
88048	Fumarato De Formoterol Di-hidratado + Budesonida Suspensão Oral 6/100mcg 120 Doses
83659	Furosemida So Fr 30Ml C/Adap Oral Pack
83923	Furosemida 10 mg/ml Ap 2ml
83624	Furosemida 40mg Cp
83773	Gabapentina 300mg Ca [controlado C1]
92352	Gadodiamida 0,5 mmol/mL Fap 10mL [Contraste Não Iodado]
88559	Gadopentetato de dimeglumina 469mg/ml Fap 15ml [Contraste Não Iodado]
88622	Gadoxetato dissódico 181,43mg Sga 10ml [Contraste Não Iodado]
83791	Gentamicina 40 mg/ml Ap 1ml
84606	Glibenclamida 5mg Cp
83908	Glicerina 12% So Fr 500ml
83749	Glicerofosfato de Sodio (Glycophos) Fr 20ml 216mg/ml [MAVi]
89299	GliMEPIRida 2mg Cp
91086	Glucagon 1mg Sga [Refri]
83598	Gluconato De Cálcio 10% Ap 10ml (0,45meq/ml)
83934	HaloPERidol Gts 2mg/ml Fr 30ml 0,1mg/gt [controlado C1]
83935	HaloPERidol 5mg Ap 1ml [controlado C1]
83831	HaloPERidol 5mg Cp [controlado C1]
83740	Heparina Ap 5000UI/0,25 ml [MAVi]
83719	Heparina 5000 UI/ml Fap 5ml [MAVi]
83812	HidrALAZINA 25mg Dg
83859	HidroCLOROTiazida 25mg Cp
83640	Hidrocortisona 100mg Fap
83641	Hidrocortisona 500mg Fap
83942	Hidroxido de Ferro IV 100mg Ap 5ml
88542	Hidroxiureia 500mg Ca [Antineoplásico]
83646	Hidroxizina So Fr 120ml
83868	Ibuprofeno Gts 5mg/gt Fr 30ml
84301	Imunoglobulina Humana 5g Fap 100ml [refrig]
83715	Insulina Humana NPH 100UI/ml [refrig] [MAVi]
83716	Insulina Humana Regular 100UI/ml [refrig] [MAVi]
83932	Iobitridol 300 (658,10 mg/ml) Fap 50ml [Contraste Iodado Não Ionico]
90791	Iobitridol 300mg/ml Fap 100ml [Contraste Iodado Não Ionico]
89966	Iobitridol 350 (767,80 mg/ml) Fap 100ml [Contraste Iodado Não Ionico]
88482	Ioexol 300 (300 mg I/mL) Fap 100ml [Contraste Iodado Não Ionico]
89391	Iopromida 370 (769mg/ml) Fap 100ml [Contraste Iodado Não Ionico]
91060	Iopromida 370 (769mg/ml) Fap 200ml [Contraste Iodado Não Ionico]
89532	Ioversol 350 (741mg/ml) Fap 50ml [Contraste Iodado Não Ionico]
90758	Ioversol 350 (741mg/ml) Fap 100ml [Contraste Iodado Não Ionico]
88730	IPRAtrópio 0,025% So Fr 20Ml
88075	Isoflurano 100ml Fr. Inal [controlado C1]
89312	Isossorbida 10mg/ml Inj.
83618	Ivermectina 6mg Cp
83794	Lactulose 667mg/ml Fr 120ml
91098	Levetiracetam 100mg/ml So Fr 150ml [controlado C1]
89403	Levobupivacaína + EPINEFrina Sol Inj 0,50% Fa 20 ml
83772	Levofloxacino 500mg Bol 100ml
83852	LevoTIROXina 25mcg Cp
87967	LevoTIROXina 50mcg Cp
87995	Lidocaína + EPINEFrina 2% C/vaso Fap 20ml
83638	Lidocaína 10% Spray Tb 50ml
83874	Lidocaína 2% Geleia Seringa 10ml
87977	Lidocaína 2% geleia Tb 30g
83639	Lidocaína 2% S/vaso Fap 20ml
83916	Lidocaína 2% s/ vaso Ap 5mL
83678	Linezolida 600mg Fr 300ml Pvc
89416	Loperamida 2mg Cp
83853	Loratadina 10mg Cp
84605	Lorazepam 1mg/ml solução oral Fr 30ml Manipulado [CONTROLADO B1] USO RESTRITO PEDIATRIA

83723	Lorazepam 2mg Cp [controlado B1]
83626	Losartana 50mg Cp
88108	Macrogol (13,125g de Macrogol 3350 + 0,1775g de Bicarbonato de Sódio + 0,3507g de Cloreto de Sódio + 0,0466g de Cloreto de Potássio)
90340	Manitol Oral Solúvel Env 150g MANIPULADO
83757	Manitol Solução 20% Bolsa 250ml
88068	Mebendazol 20mg/ml Susp. Oral Fr 30ml
83925	Meropenem 1g Iv Fap
83704	Meropenem 500mg Iv Fap
83855	Metadona 10mg Cp [controlado A1] [MAVi]
83617	Metaraminol 10 mg/ml Ap 1ml [MAVi]
88049	Metformina 850mg Cp
83897	Metildopa 500mg Cp
83756	Metilprednisolona 125mg Inj.
83684	Metoclopramida 10mg Ap 2ml
89288	Metoclopramida 10mg Cp
88014	Metoprolol 1 mg/ml Ap 5ml
88011	Metronidazol 250mg Cp
88028	Metronidazol 5mg/ml Bol 100ml
83759	Micafungina 50mg Fap
83727	Midazolam 5 mg/ml Ap 3ml [controlado B1]
84299	Midazolam 5mg/ml Ap 10ml [controlado B1]
83753	Milrinona 1mg/ml Ap 10ml Manipulado
89226	Mirtazapina 15mg Cp [controlado C1]
83742	Mononitrato de Isossorbida 20mg Cp
83867	Morfina 0,2mg/ml Ap 1ml [controlado A1] [MAVi]
83865	Morfina 1mg/ml Ap 2ml [controlado A1] [MAVi]
83825	Morfina 10mg Cp [controlado A1] [MAVi]
83864	Morfina 10mg/ml Ap 1ml [controlado A1] [MAVi]
88109	Mupirocina 20mg/g Bisn 15g
34010	Nalbufina 10mg/ml inj.
83866	Naloxona 0,4mg/ml Ap 1ml (e10) [controlado C1]
83643	Neostigmina 0,5mg/ml Ap 1ml
83856	Nicotina 21mg Adesivo transdérmico
83809	NiFEDipino Retard 20mg Cp
83808	NiFEDipino 10mg Cp
83675	NiMODipino 30mg Cp
83768	Nistatina 100.000UI/ml Sol. Oral Fr 50ml
88032	Nistatina 25.000 UI/g Cr Vag 60g
83898	NitroGLICERINA 5mg/ml Ap 5ml
83902	NitroPRUSSIATO de Sódio 25mg/ml Ap 2ml
83786	NOREPinefrina 1mg/ml Ap 4ml [MAVi]
83703	NUTRIÇÃO PARENTERAL COMPLETA PRONTA PARA USO - CENTRAL - hipercalórica e hiperproteica - 1250ml - 71g ptn (Nutriflex Lipid Special)
90807	NUTRIÇÃO PARENTERAL COMPLETA PRONTA PARA USO - CENTRAL - normocalórica e hiperproteica - 1000ml - 56,9g ptn (OLIMEL N9)
90805	NUTRIÇÃO PARENTERAL COMPLETA PRONTA PARA USO - CENTRAL - normocalórica e hiperproteica - 1000ml - 75,9g ptn (OLIMEL N12)
90808	NUTRIÇÃO PARENTERAL COMPLETA PRONTA PARA USO - CENTRAL - normocalórica e normoproteica - 1026ml - 40g ptn (KABIVEN) - (NP)
88090	NUTRIÇÃO PARENTERAL COMPLETA PRONTA PARA USO - CENTRAL - normocalórica e normoproteica - 1250ml- 48g ptn (Nutriflex Lipi plus)
90804	NUTRIÇÃO PARENTERAL COMPLETA PRONTA PARA USO - PERIFÉRICA - normocalórica e normoproteica - 1000ml - 25,4g ptn (OLIMEL N4)
83726	NUTRIÇÃO PARENTERAL COMPLETA PRONTA PARA USO - PERIFÉRICA - normocalórica e normoproteica -1250ml - 40g ptn (Nutriflex Lipid Peri)
90864	Nutrição parenteral individualizada 1000ml MANIPULADO
83903	Octreotida 0,1mg/ml Ap 1ml [refrig]
84593	OLANzapina 10mg [controlado C1]
88110	Oleato de Monoetanolamina Sol Inj 50 mg/ml Ap 2ml
89419	Oleo De Coco + Vit E 2% Spray bucal 20ml MANIPULADO
83913	Óleo Mineral Sol Fr 200ml
87987	Oligoelementos Sol Inj Ap 2ml
83736	Omeprazol 10mg/ml Fr 50ml [Manipulado]
83854	Omeprazol 20 mg Cap
83698	Omeprazol 40mg Fap
83667	Ondansetrona 4mg Cp
83906	Ondansetrona 4mg/2ml Ap 2ml
83860	Oseltamivir 75mg Cap
83670	Oxacilina 500mg Fap
23660	Oxido de Zinco + Nistatina 60g pd
88033	Óxido de Zinco + Vitamina A e D Pomada 45g
88112	Pancurônio Sol Inj 2mg/ml Ap 2ml [refrig]
89325	Pantoprazol 20mg Cp
89578	Papaina Po Env. 1,0g [refrig] MANIPULADO
83849	Paracetamol + Codeína 30mg Cp [controlado A2] [MAVi]
83635	Paracetamol 200mg/ml Gts 15ml
83630	Paracetamol 750mg Cp
84600	Permetrina 1% Loção Tópico Fr 60ml
89286	Pidolato De Magnesio 150mg/ml Fr 10ml
83797	Piperacilina + tazobactam 4,5g Fap

89303	Piridostigmina 60mg Cp
83613	Poliestirenossulfonato de calcio env 30g
83661	Polimixina B 500.000UI Fap
83652	Polivitamínico Parenteral FAP
83946	POTÁSSIO Cloreto 19,1% Ap10ml (2,56meq/ml) [MAVi]
83748	POTÁSSIO Cloreto 6% Sol Fr 150ml (sem sorbitol) MANIPULADO
89304	POTÁSSIO Cloreto 7g Env DIÁLISE [MAVi] MANAIPULADO
88052	PrednisoLONA 3mg/ml Sol. Oral Fr 120ml
83838	PredniSONA 20mg Cp
83839	PredniSONA 5mg Cp
89307	Pregabalina 75mg Cap [controlado C1]
88620	Probiatop (lactobacillus) Env 1g
83615	Prometazina 50mg Ap 2ml
89309	Propafenona 300mg Cp
89310	Propantelina 1% Gel Sachê 1g MANIPULADO
87971	Propatilnitrato 10mg Cp Sl
83696	Propofol 1% 10mg/ml Ap 20ml [controlado C1]
83792	Propofol 1% 10mg/ml Fap 50ml [controlado C1]
83900	Propranolol 40mg Cp
83944	Protamina 1000UI/ml Ap 5ml EV
83686	QUEtiapina 100mg Cp [controlado C1]
83709	QUEtiapina 25mg Cp [controlado C1]
88073	Racecadotrila 100mg Cap
87974	REMIfentanila 2mg Fap [controlado A1] [MAVi]
88050	Retinol 10.000UI + Aminoácidos 25mg/g + Metionina 5mg/g + Cloranfenicol 5mg/g Pomada Oftámilca 3,5g
88045	Rifampicina 150mg + Isoniazida 75mg + Pirazinamida 400mg + Etambutol 275mg Cp
87988	Risperidona 1mg Cp [controlado C1]
89243	Rivaroxabana 10Mg Cp [MAVi]
83929	Rocuronio 50mg/5ml 5ml Fap [refrig]
83871	ROpivacaína 0,75% s/ vasoconstritor Ap 20ml
87991	Saccharomyces Boulardi 200mg Cp
89248	Sacubitril 24mg + Valsartana 26mg Cp
88113	Sais P/ Reidratação Oral Pó P/ Sol Oral Envelope P/ 1 litro
84601	Salbutamol 0,5mg/ml Ap 1ml
83918	Salbutamol 100mcg/ds Sy Fr 200 Doses
83622	Sertralina 50mg Cp [controlado C1]
83869	Sevoflurano 250ml In [controlado C1]
83910	Simeticona 75mg/ml Gt Fr 15ml
88029	Sinvastatina 20mg Cp
88114	Sinvastatina 40mg Cp
90815	SMOFKABIVEN Central 1100Kcal 986ml
88089	SMOFKABIVEN Central 2200Kcal 1970ml
88066	Solução Fosfatada 15mg/ml Fr 100ml MANIPULADO
88665	Succinato de Metoprolol 25mg Cp
88734	Sucralfato Susp. Oral 200mg/ml Flaconete 10ml
83682	SUFentanila 5mcg/ml Ap 2ml [controlado A1] [MAVi]
88126	Sugamadex sódico 100mg/ml Fap 2ml
89257	SulfADIAZINA de prata 1% Cr 50g
83879	Sulfametoxazol + Trimetropina 200+40mg/5ml Ss Fr 100ml
88736	Sulfametoxazol 400mg + Trimetropina 80mg Inj Ap 5ml
83679	Sulfato de zinco 4mg/ml Solução oral Fr 100ml
89412	Sulfato Ferroso 125mg/mL Fr 30ml
83700	Sulfato Magnesio 10% Ap 10ml (0,81meq/ml)
83606	Sulfato Magnesio 50% Ap 10ml (4,06meq/ml) [MAVi]
89417	Suplemento Vitamínico 20ml
83873	Suxametonio 100mg Fap
83651	Tenoxicam 20mg Fap
83919	Terbutalina 0,5mg/ml Ap 1ml
83912	Terlipressina acetato 1mg Fap
83611	Tiamina 100mg/ml + Piridoxina 100mg/ml + Cianocobalamina 5000mcg/ml Sol Inj 2ml IM
83612	Tiamina/Vitamina B1 100mg Ap 1ml
89266	Ticagrelor 90mg Cp [MAVi]
87990	Tigeciclina 50mg Fap
23897	Tioconazol 1% pó 30g MANIPULADO
83769	Topiramato 25mg Cp [controlado C1]
83714	Tramadol 50mg/ml Ap 1ml [controlado A2] [MAVi]
89274	Valproato de Sódio 200mg/ml Fr 40ml [controlado C1]
88116	Valsartana 80mg Cp
83889	Vancomicina 500mg Fap
88738	Varfarina 5mg Cp [MAVi]
83660	VASopressina 20ui/ml Ap 1ml [MAVi]
89283	Vita E 400mg Ca
89245	Vitamina D3 400UI Gts 10ml

88117	Zinco, Gluconato 2mg/0,5ml Sol Oral Fr 75ml

Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, áreas de abrangência, horário e equipe mínima

Regimento da Gerência Assistencial

INTRODUÇÃO

A Gerência Assistencial no Hospital Estadual de Urgência de Goiânia - HUGO é composta pelas equipes de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Multiprofissional (Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social) e Atendimento/Fluxo do Paciente, e está subordinada a Direção do Hospital.

As equipes atuam de forma multidisciplinar baseada no Modelo Assistencial com ações embasadas nos seguintes pilares: Sustentabilidade, Qualidade e Segurança do Paciente.

ATRIBUIÇÕES

1. ENFERMAGEM

A prática de Enfermagem consiste na prestação de cuidados de enfermagem que requerem conhecimento e habilidades técnicas, a fim de promover, manter e recuperar a saúde do indivíduo, além de assistir no processo de morte. Desenvolve-se com base em evidências científicas, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

É composto por um Gerente Assistencial, que tem a responsabilidade técnica dos profissionais de enfermagem, e com Coordenadores de Enfermagem por área.

Os Coordenadores de Enfermagem atuam diretamente nas unidades de internação (clínica médica e cirúrgica), unidades de terapia intensiva (adulto), no centro cirúrgico, na central de material e esterilização, serviço de diagnóstico e terapêutica, ambulatório e pronto socorro. Todas essas unidades são entendidas como Unidades Assistenciais por estarem ligadas diretamente na assistência ao paciente

Composição

A equipe de enfermagem, nas unidades assistenciais, é composta por um coordenador que responde pelo ambiente assistencial e a prática de enfermagem. Garante e disponibiliza profissionais para assistência direta ao paciente nas 24 horas ininterruptamente. Além disso, participa do dimensionamento da unidade, da coleta e análise de dados para gestão da unidade. Enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem desenvolvem atividades de assistência ao paciente dentro dos limites da Enfermagem, conforme os preceitos legais e o Código de Ética de Enfermagem e normas da instituição.

A enfermagem está inserida, além das unidades assistenciais, no Serviço e Controle e Infecção Hospitalar.

Além disso, atua em comissões e grupos diversos, entre eles destacamos:

☐ Núcleo de Segurança do Paciente

☐ Comissão de Segurança do Paciente

☐ Comissão de Segurança do Colaborador

☐ Comissão e Serviço de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar

☐ Comissão de Prontuários

☐ Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais

☐ Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

☐ Comissão de Óbito

☐ Comitê de Ética em Enfermagem

☐ Protocolos Institucionais Gerenciados: Queda, Código Azul e Amarelo, Infecção de Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central (CVC), Cirurgia Segura e Sepse.

Indicadores:

Os indicadores assistenciais e gerenciais são analisados periodicamente para auxilio na tomada de decisão. Os indicadores assistenciais são disponibilizados para as equipes nas unidades assistenciais pelos Coordenadores de Enfermagem.

Assistenciais de Enfermagem:

☐ Úlcera por pressão

☐ Queda

☐ Erro de Medicação

☐ Infecção do trato urinário por SVD

☐ Infecção de Corrente Sanguínea por CVC

** com ações da equipe multidisciplinar

Dimensionamento e distribuição dos profissionais:

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é definido como um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem necessário para prover os cuidados de enfermagem, que garantam a qualidade, previamente estabelecida, a um grupo de pacientes, de acordo com a filosofia e estrutura da organização, bem como com a singularidade de cada serviço (Gaidzinski, Fugulin e Castilho, 2005).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem no HUGO foi norteado pela Resolução COFEN nº 0543/2017, do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen, 2016) e pela legislação vigente de UTI (RDC 7 de 2010 e complementada pela RDC 26 de 2012).

O dimensionamento da equipe de enfermagem foi realizado considerando as características da organização (estrutura física, porte, missão, serviços e programas, tecnologia, política de pessoal, recursos financeiros), características da população que seria atendida (realidade sócio cultural e econômica, gravidade e dependência dos pacientes) e dos modelos de gestão e de assistência (estrutura organizacional, autonomia dos profissionais, características do serviço médico, de enfermagem e de apoio e sua inter-relação, dinâmica do funcionamento das unidades, jornadas de trabalho dos profissionais, índice de segurança técnica e absenteísmo).
Dados de Classificação dos Pacientes são aplicados nas unidades de internação e servem como base tanto para o dimensionamento de profissionais de enfermagem quanto para a distribuição da equipe de enfermagem diariamente para assistência ao paciente.
Nas unidades de clínica médica e cirúrgica é aplicado o SCP de Fugulin et al (1994) e Dini (2007) para pacientes pediátricos.
Nas UTIs é aplicado o NAS (Miranda, 2003)

Unidade Assistencial: Método de Classificação de Pacientes
Clinica Médica Cirúrgica: SCP proposto por Fugulin (2000) e Santos, Rogenski, Baptista e Fugulin (2007).
Para encontrar as horas de enfermagem ou carga de trabalho necessário para assistência ao paciente, utilizamos para os SCP que as horas definidas:

- ☐ 4 horas de Enfermagem, na assistência mínima ou autocuidado;
- ☐ 6 horas de Enfermagem, na assistência intermediária;
- ☐ 10 horas de Enfermagem, na assistência semi-intensiva;
- ☐ 18 horas de Enfermagem, na assistência intensiva.

Já para o NAS, sabendo-se que 1 ponto do NAS corresponde a 14,1 minutos de cuidado de enfermagem, as horas de enfermagem ou carga de trabalho da enfermagem são encontradas na aplicação do próprio instrumento.
2. MULTIPROFISSIONAL
A Equipe Multiprofissional do HUGO é composta por cinco especialidades:
Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social. Especialidades coordenadas por 01 coordenador, que atua em conjunto com as equipes Médicas e Enfermagem, garantindo a qualidade do plano terapêutico e efetividade no atendimento. A equipe participa da visita multiprofissional, cada área possui sua periodicidade e particularidade.
2.1. Fisioterapia

Atividade regulamentada pelo Decreto-Lei n° 938/69, Lei n° 6.316/75, Resoluções do COFFITO Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Lei n° 90640/84, Lei n° 8.856/94 e Portarias do Ministério da Saúde.

O profissional da Fisioterapia tem como objetivo avaliar, prevenir e tratar os distúrbios da cinesia humana seja decorrente de alterações de órgãos e sistemas ou com repercussões psíquicas e orgânicas. As ações do fisioterapeuta são fundamentadas em mecanismos terapêuticos próprios adquiridos pelo estudo das ciências biológicas, morfológicas, fisiológicas, da bioquímica, de biofísica, da biomecânica, da cinesiologia, da sinergia funcional, das patologias de órgãos e sistemas; juntamente promove, aperfeiçoa ou adapta o indivíduo a melhoria de qualidade de vida. Para tanto se utiliza da ação isolada ou conjugada a eletroterapia e cinesioterapia e outros mais advindos da evolução dos estudos e da produção científica da área.

A equipe de Fisioterapia é composta por profissionais especializados na área hospitalar, divididos nos três períodos (manhã, tarde e noite), atuando nas unidades de Terapia Intensiva, Internação (Clinica Médica, Cirúrgica), Reabilitação e Pronto Socorro com jornada de trabalho de 30h semanais, sendo seis horas diárias para Fisioterapeutas Referências nos plantões matutino e vespertino, com dois dias de descanso semanal. Os demais profissionais do período diurno e os profissionais do período noturno seguem a jornada de 12h com descanso de 60h.

Nas unidades Intensivas, o serviço de Fisioterapia funciona 24h, garantindo a qualidade assistencial, sendo alocado um profissional por unidade de 10 leitos ou frações, de acordo com a RDC nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010 do Ministério da Saúde; na UPA o serviço de Fisioterapia também funciona 24h. Os profissionais atuam na reabilitação motora e funcional (mobilização precoce) e assistência ventilatória (reduzindo complicações da ventilação mecânica, tempo de ventilação e extubações acidentais).

Indicador

☐ Indicador de Extubação Acidental

☐ Indicador de Falha de Extubação

☐ Indicador de solicitação x atendimento

☐ Indicador de Produtividade

☐ Índice de mobilidade do paciente em UTI através da PERME SCORE

☐ Índice de mobilidade através da aplicação da Escala de Funcionalidade MIF

☐ Índice de dor e incapacidade de ombro avaliado através de questionário específico (SPADI)

☐ Qualidade de Vida de pacientes com incontinência urinária pós prostatectomia

☐ Tempo solicitação-atendimento na UPA

☐ Adequação de terapia ventilatória não invasiva na UPA

2.2. Psicologia

De acordo com a resolução nº 013/2007 do CFP, órgão que rege o exercício profissional do psicólogo no Brasil. O psicólogo hospitalar atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde. A Psicologia tem como objetivo atender a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; e, eventualmente, membros da equipe multiprofissional, visando o bem estar físico e emocional do paciente; e, alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência.

O profissional da Psicologia tem como objetivo oferecer e desenvolver atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente à promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental.

Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. O acompanhamento pode ser dirigido a pacientes em atendimento clínico ou cirúrgico, nas diferentes especialidades médicas. Podem ser desenvolvidas diferentes modalidades de intervenção, dependendo da demanda e da formação do profissional específico; dentre elas ressaltam-se: avaliações, atendimentos e grupos psicoterapêuticos.

No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe.

Através das discussões de casos o serviço de psicologia contribui para a compreensão, por parte da equipe interdisciplinar, a respeito da resposta emocional do paciente e/ou de seus familiares frente o adoecimento e tratamento atual, promovendo uma assistência psicológica a pacientes e familiares com o intuito de minimizar sintomas disfuncionais, melhorando assim, a adesão aos procedimentos e/ou tratamento e suporte emocional no momento de crise.

A equipe de psicologia é composta por profissionais especializados, com carga horária de 30h semanais, sendo seis horas diárias nos períodos matutino e vespertino, com dois dias de descanso aos finais de semana, com atuação nos diversos setores à beira leito, em pacientes de

todas as faixas etárias, atuando nas seguintes áreas: Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; clínica médica e cirúrgica e ambulatórios.

Indicador

☐ Indicador de Solicitação x Atendimento

☐ Indicador de Produtividade

2.3. Fonoaudiologia

Atividade regulamentada pela Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, e pelo Decreto nº 87.218, de 31 de maio de 1982. Têm como órgão regulamentador em São Paulo, Conselho Regional de Fonoaudiologia - CRFa 2ª região.

O profissional da fonoaudiologia tem como objeto a promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos. Atua nos setores à beira leito, em pacientes de todas as faixas etárias, buscando atender o mais precoce possível, de forma preventiva, intensiva e informativa. Promove respaldo técnico e prático à equipe interdisciplinar onde atua, em meio de discussões de casos e reuniões setoriais, com o objetivo de reduzir ou impedir as sequelas nas funções alimentares, que a patologia ou quadro clínico possa acarretar. Estabelece e executa o planejamento terapêutico com os pacientes, realiza orientação/capacitação de cuidadores no pré-alta hospitalar.

A equipe de Fonoaudiologia é composta por profissionais especializados na área hospitalar, divididos nos dois períodos (manhã e tarde) atuando nas unidades de Terapia Intensiva e Internação (Clinica Médica e Cirúrgica). Os profissionais atuam com jornada de trabalho de 30h semanais, sendo seis horas diárias para plantões matutino e vespertino, com dois dias de descanso aos finais de semana.

Indicador

☐ Indicador de Solicitação x Atendimento

☐ Indicador de Produtividade

☐ Grau de disfagia - escala FOIS em pacientes adultos

2.4. Terapia Ocupacional

Atividade regulamentada pelo Decreto-Lei n° 938/69, Lei n° 6.316/75, Resoluções do COFFITO Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Lei n° 90640/84, Lei n° 8.856/94 e Portarias do Ministério da Saúde.

O profissional da Terapia Ocupacional tem como objeto compreender a atividade humana como um processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de automanutenção e o

homem, como um ser práxico interferindo no cotidiano do usuário comprometido em suas funções práticas objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida.

A Terapia ocupacional é composta por profissionais especializados, atuando nas unidades de Terapia Intensiva e Internação (Clinica Médica e Cirúrgica) com jornada de trabalho de 30h semanais, sendo seis horas diárias nos períodos matutino e vespertino com descanso aos finais de semana.

Para tanto se utiliza da ação isolada ou conjugada aos recursos adaptativos e outros mais advindos da evolução dos estudos e da produção científica da área.

Indicador

☐ Indicador de Solicitação x Atendimento

☐ Indicador de Produtividade

2.5. Serviço Social

O Serviço Social atua no atendimento aos pacientes/ famílias do HUGO, como parte do acolhimento sistêmico da equipe multiprofissional, compondo a equipe interdisciplinar por meio da formulação de propostas e estratégias de intervenção de atenção e promoção a saúde, partindo da premissa de que o olhar profissional do assistente social permite identificar e intervir em questões de cunho social que venham a interferir no processo de tratamento. As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio - ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão na saúde. O Assistente Social é cadastrado no Conselho de Classe da categoria (CRESS – Conselho Regional do Serviço Social e CFESS – Conselho Federal do Serviço Social). Com base nos parâmetros definidos pelo conjunto CFESS/CRESS, tem a atuação voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade Social (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos) e risco social (fragilidade dos vínculos afetivos e relacionais, violência doméstica, discriminação por faixa etária, gênero, etnia etc.).

Os profissionais atuam nas unidades de terapia intensiva, internação (Clínica Médica e Cirúrgica), com jornada de trabalho de 30h semanais, sendo seis horas diárias nos períodos matutino e vespertino com 2 folgas semanais.

Indicador

☐ Indicador de solicitação x atendimento

☐ Indicador de produtividade do Serviço Social

☐ Indicador de desfecho dos pacientes atendidos pelo Serviço Social

3. NUTRIÇÃO

A equipe de Nutrição do HUGO atua nas áreas: produção de refeições, nutrição clínica e ambulatório com a finalidade de fornecer refeições aos pacientes, acompanhantes, médicos plantonistas, além de suplementos nutricionais, dietas enterais e de prestar a Assistência Nutricional aos pacientes em risco nutricional.

A área é Coordenada por uma Nutricionista que atua em conjunto com as equipes médicas e assistenciais garantindo a qualidade da assistência nutricional, conforme o plano terapêutico.

A atividade profissional nutricionista é regulamentada pela Resolução Conselho Federal de Nutricionistas Nº 600, de 25 de fevereiro de 2018

Os objetivos da nutrição referente ao fornecimento das refeições compreendem o planejamento de produção de refeições, dietas, dieta enteral, fórmulas lácteas e suplementos; a previsão qualitativa e quantitativa dos gêneros alimentícios e materiais; a garantia de qualidade assegurada na seleção, recepção, armazenamento, processamento e distribuição dos alimentos; o controle de qualidade das matérias primas, equipamentos, utensílios e ambiente e a distribuição de: refeições, dietas, dieta enteral, suplementos e formula láctea.

A assistência nutricional prestada tem inicio com a notificação do risco nutricional. A partir disso, é realizada a avaliação nutricional, a identificação do nível de assistencial nutricional e diagnóstico nutricional, prestação do atendimento dietoterápico individualizado aos pacientes, acompanhamento da evolução nutricional, avaliação da aceitação da dieta, adequação e modificação quando necessário e orientação da dieta para alta assim como, a avaliação das necessidades de aprendizado conforme manual de conduta nutricional.

As unidades de produção de refeições (Cozinha) e copa, funcionam 24h, garantindo o fornecimento de dietas e a continuidade da assistência.

Composição

A equipe da nutrição é composta por coordenador, nutricionistas, técnico em nutrição, cozinheiros, açougueiro, auxiliares de cozinha, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de almoxarifado e copeiros

As Nutricionistas Clínicas atuam nas unidades de Terapia Intensiva, Internação (Clinica Médica e Cirúrgica) e ambulatório.

Dimensionamento

O Serviço de Nutrição apresenta uma escala de trabalho dimensionada de acordo com a Resolução Conselho Federal de Nutricionistas Nº 600, de 25 de fevereiro de 2018 e os profissionais estão distribuídos de acordo com as atividades propostas pelos setores e os postos de trabalho.

Indicadores

Os dados são coletados por meio dos relatórios gerados na área:

☐ Adequação de Infusão em Terapia nutricional enteral e parenteral

☐ Controle microbiológico lactário

☐ Controle microbiológico cozinha

☐ Mensuração de desperdício per capita de refeições

☐ Taxa de conformidade nos processos da nutrição clínica

☐ Taxa de conformidade de prontuários

☐ Frequência de pacientes em jejum prolongado

☐ Oferta proteica >1,5g/kg em pacientes com LP

☐ Taxa de efetividade da intervenção em pacientes com baixa aceitação alimentar

☐ Taxa de perda de sonda

☐ Atendimento nutricional (perfil nutricional de pacientes internados e ambulatoriais, volume de orientação de alta, nível de assistência)

☐ Controle de qualidade das copas e cozinha

4 – Fluxo do Paciente

4.1 SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente

O serviço de atendimento ao cliente oferece um canal de comunicação entre o cliente e o hospital. As manifestações recebidas são analisadas e encaminhadas ao gestor da unidade para análise da causa raiz, tratativa e parecer ao cliente e servem como parâmetro para avaliação e aprimoramento dos processos de atendimento. Além das ações para datas comemorativas, visando proporcionar momentos de descontração e entretenimento ao paciente e familiar.

Indicador

☐ Índice de Manifestações por classificação – área

☐ Taxa de resposta efetiva

☐ Tempo de retorno

4.2. Setor de Atendimento

Constituído pelas recepções de Pronto Socorro, Ambulatórios, Visitantes, Célula de Agendamento, Internação, Coleta e SAC. Tem como objetivo garantir o acolhimento e a qualidade do atendimento aos clientes, familiares, visitantes, fornecedores e colaboradores.

Recepções Ambulatoriais: Cadastro e identificação dos pacientes para consultas, exames e procedimentos.
Recepção Célula de Agendamento: Agendamento de consultas e exames ambulatoriais.
Recepção de Internação: Admissão dos pacientes para internação nas unidades assistenciais.
Recepção de Visitantes: Controle de acesso de visitantes, acompanhantes, pacientes e fornecedores.
Recepção Pronto Socorro: Cadastro e identificação dos pacientes para encaminhamento a triagem e admissão de internações.
Recepção Coleta: Cadastro e identificação dos pacientes para realização de exames.
Composição
Equipe de atendimento composta por Líder, Assistentes de Atendimento e Assistentes Administrativos.

Indicador

- ☐ Produtividade por pessoa
- ☐ Tempo Médio de Espera e Atendimento
- ☐ Volume de atendimento por período

4.3 NIR - Núcleo Interno de Regulação e Transporte

A equipe que atua no setor de Regulação é responsável pelo gerenciamento de leitos do hospital, transferência externa de pacientes, contratação de remoção e encaminhamento dos pacientes via Complexo Regulador Estadual. Responsáveis pelo registro de solicitação de transporte interno e dimensionado para os auxiliares de transporte. Início ao fluxo do óbito com liberação da declaração de óbito.

Composição

Técnicos de controle de leitos em escala de revezamento para funcionamento da área 24 horas e auxiliares de transporte escala revezamentos para funcionamento da área por 12 horas.
Indicador

- ☐ Tempo Médio de espera de leito cedido
- ☐ Tempo Médio de alocação no leito
- ☐ Taxa de Alta até 10hs
- ☐ Índice de Previsibilidade de Alta
- ☐ Tempo de Higienização do Leito Reservado
- ☐ Tempo de Transporte do paciente cirúrgico

☐ Tempo de Transporte do paciente clínico

4.4 Backoffice

Área responsável pelo suporte ambulatorial aos consultórios médicos mantendo organização para atendimento, solicitação dos materiais e reposição dos mesmos nos consultórios, controle da agenda de consultas, escaneamento de exames no prontuário eletrônico, controle dos impressos para disposição no atendimento.

Composição

Técnicos Administrativos I.

4.5. MORGUE – Fluxo do óbito

Área responsável para controle de entrada e saída de óbitos considerando liberação do corpo e/ou reconhecimento do mesmo por familiares. Orientação dos processos funerários mediante entrega da declaração de óbito emitida pela regulação e finalizada pela equipe administrativa.

Composição

Técnico Administrativo I

5. FARMÁCIA

O serviço da Farmácia é destinado a prover medicamentos e materiais médicos hospitalares de forma racional e segura através das atividades de Assistência Farmacêutica e intervenções farmacêuticas pela Farmácia Clínica que promove a atenção ao paciente e informações sobre medicamentos, cujo objetivo é contribuir para que o período de internação do paciente seja o mais breve possível.

Os farmacêuticos atuam na atenção a prescrição médica de nas unidades de internação, pronto socorro , centro cirúrgico, e uti´s verificando possíveis reações adversas, interações droga alimento , droga – droga, droga dieta ,avaliação de função renal , alergias , monitoramento de exames laboratoriais, nível sérico de medicamentos , entre outros , garantindo seguimento farmacoterapêutico para pacientes e orientações para os pacientes internados e equipe multidisciplinar, atuam como facilitador de integração com a equipe multidisciplinar.

Composição

A equipe da Farmácia é composta por 1 Coordenador, Farmacêuticos Seniores, Farmacêuticos, Líderes de Farmácia, Auxiliares de Farmácia, Auxiliar de Almoxarifado e Auxiliares de Manipulação.

Os Farmacêuticos dividem-se em atividades de análise crítica das prescrições médicas , integração entre o SCIH, avaliação de admissão do paciente, atuação em comitês e Comissões de Farmácia e terapêutica , Homologação da Farmácia, Tecno vigilância, Farmacovigilância e Farmacoeconomia e manipulação de medicamentos que apresentam risco ocupacional , quimioterápicos , além de treinamento da equipe de Líderes, Auxiliares e equipe assistencial .

Os Líderes de Farmácia realizam a supervisão e o controle das atividades que envolvam o fluxo de dispensação dos medicamentos e materiais médico hospitalares, além de treinamento e supervisão da equipe de auxiliares.

Os Auxiliares de Farmácia realizam atividades de apoio para os Farmacêuticos e Líderes, controle de estoque etiquetagem, validade e dispensação de materiais e medicamentos para as unidades e organização das farmácias satélites.

Os Auxiliares de Almoxarifado realizam atividades de controle de estoque, etiquetagem e validade e distribuição de materiais e medicamentos para as farmácias satélites.

O Serviço de Farmácia está organizado estruturalmente para atender as unidades especializadas como: centro cirúrgico, pronto socorro, uti adulto, clínica médica e cirúrgica, ambulatório, e SADT. Para isso, conta com estoques descentralizados , chamados unidades satélites e uma farmácia central.

O sistema de dispensação das satélites é a dispensação individualizada de medicamentos.

Dimensionamento

O Serviço de Farmácia apresenta escala de trabalho dimensionado de acordo com as atividades propostas pelos setores e os postos de trabalho.

Para os Farmacêuticos, Líderes e Auxiliares de Farmácia o dimensionamento é de 220h mensais, contemplando 8h diárias de trabalho e de 180h mensais, contemplando o esquema 12x36h de trabalho.

Para os Auxiliares de Almoxarifado o dimensionamento é de 220h mensais, contemplando 8h diárias de trabalho.

O quantitativo de farmacêuticos atende a Lei 13021/14 que fala sobre assistência farmacêutica em todo o horário de funcionamento do estabelecimento de saúde.

Indicadores

Os dados são coletados por meio do Relatório de Gerenciamento de Processos.

- ☐ Indicadores da Farmácia:
- ☐ Nível de Serviço
- ☐ Nível de Sucata
- ☐ Intervenção Farmacêutica
- ☐ Adequação de Antibiótico Profilático
- ☐ Adequação de Antibiótico Terapêutico
- ☐ Adequação ao Manejo de Droga de Baixo Índice Terapêutico
- ☐ Taxa de Ajuste Posológico x Função Renal
- ☐ Descalonamento de Carbapenêmicos
- ☐ Acompanhamento Farmacêutico
- ☐ Número de Aceites
- ☐ Número de bolsas manipuladas
- ☐ Análise de qualidade Microbiológica
- ☐ Taxa de Padronização
- ☐ Validação da Reconciliação medicamentosa
- ☐ Farmacovigilância e Tecnovigilância

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0527/2016. Fixe e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: Conselho

Regional de Enfermagem. [texto na Internet] São Paulo; 2016. [citado 2016, nov 16] Disponível em:

http://www.corensp.org.br/resolucao293.htm 10/11/2016).

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Definição das Atribuições. [Citado 2010, Nov 23]Disponível em < http://www.crefito.com.br/>

Conselho Regional de Psicologia. Legislação. [Citado 2010, Nov 23]. Disponível em http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/titulo.aspx

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0527/2016. Fixe e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Definição das Atribuições. [Citado 2010, Nov 23]Disponível em < http://www.crefito.com.br/>

Conselho Regional de Psicologia. Legislação. [Citado 2010, Nov 23]. Disponível em http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/titulo.aspx

Dias MB. Aplicação do Sursing Activities Scores – NAS – como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI cirúrgica cardiológica. [dissertação]. São Paulo SP: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Dini AP. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de instrumento.

[dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Fugulin FMT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. Rev Med HU-USP. 1994;4(1/2):63-8.

Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P. (Coord). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005, cap.10, p. 125-37.

Martins PAS, Forcella HT. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. Acta Paul Enferm 2006;19(1):62-9.

Miranda DR, et al. Nursing activities score. Crit Care Med. 2003;31(2):374-82.

Santos F, Rogenski NB, Baptista CC e Fugulin FT. Sistema de classificação de pacientes: proposta de

complementação do instrumento de Fugulin et al. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(5).

Ministério da Saúde – Portaria de Consolidação nº5 – 28 de Setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde – Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho, de 16 de Novembro de 2005.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Política Administrativo
Política Recursos Humanos

INTRODUÇÃO

Para a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira (SBIBAE) seus funcionários são o grande diferencial da qualidade dos serviços prestados. Desta forma, a Política de Recursos Humanos aplica-se a todos os funcionários da Instituição e estabelece diretrizes capazes de garantir a utilização do seu pleno potencial, de forma alinhada com a missão, visão e valores da SBIBAE

OBJETIVO

Construir e manter um ambiente de trabalho capaz de conduzir à melhoria contínua do desempenho, a partir da plena participação dos colaboradores e da criação de mecanismos que promovam seu crescimento pessoal e o alcance de bons níveis de satisfação no trabalho

DEFINIÇÕES

A SBIBAE define as qualificações e expectativas de desempenho dos profissionais através da definição dos conhecimentos, habilidades e atitudes desejadas para garantir o nível de qualidade na prestação do serviço ao paciente.
A SBIBAE garante a adequação dos profissionais às necessidades gerais da Instituição e específicas de cada função.
As lideranças garantem o reconhecimento e a manutenção do bom desempenho de sua equipe e, segundo critérios técnicos, um número adequado de profissionais em suas unidades.
A SBIBAE garante a correta avaliação dos cargos (equilíbrio interno) e a adequação salarial da instituição frente ao mercado de trabalho (equilíbrio externo).
A área de Recursos Humanos promove a integração de todos os novos funcionários a fim de apresentar-lhes as políticas institucionais e fornecer-lhes orientações.
As lideranças da SBIBAE desenvolvem, registram formalmente e implementam um treinamento admissional em seus departamentos/setores específicos a fim de garantir a integração do novo funcionário às rotinas e procedimentos da unidade, bem como sua adequação ao perfil do cargo para o qual foi contratado. A SBIBAE define e implementa o treinamento de funcionários e líderes, garantindo suas competências nas suas funções.

As lideranças da SBIBAE asseguram que todos os funcionários passem periodicamente por revisão de conceitos e ensino de novas técnicas dentro de suas funções específicas.
As lideranças da SBIBAE aplicam e registram formalmente a Avaliação de Competências, a fim de assegurar que a competência dos funcionários seja avaliada, mantida e demonstrada periodicamente, além de reforçar o reconhecimento do bom desempenho através de programas de oportunidade e mobilidade de crescimento de carreira dentro da Instituição.
A SBIBAE define, implementa e registra formalmente um Plano de cargos, salários e Carreira aplicado a todos os funcionários.
A SBIBAE assegura os direitos e deveres dos seus funcionários, inclusive o direito de não participar de algum aspecto da assistência ao paciente, e garante que o cuidado ao paciente não será afetado negativamente quando algum funcionário se ausentar do processo de assistência por motivos éticos, culturais ou religiosos.
A SBIBAE assegura uma política de benefícios para os seus funcionários, em linha com o mercado, assegurando a competitividade da Instituição.
A área de Recursos Humanos disponibiliza políticas, processos e ferramentas para que o gestor faça a gestão estratégica e operacional de seus recursos, através de seus conhecimentos, habilidades e atitudes.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

RESPONSABILIDADES
N/A

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL
N/A

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO
N/A

ANEXOS

Política de Rescisão Contratual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
DOCUMENTOS RELACIONADOS
N/A
DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Título: Politica de Recrutamento e Seleção

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.04 Recrutamento e Seleção

1. INTRODUÇÃO

As pessoas representam o valor mais importante de uma organização, pois constituem o seu intelectual. Elas são responsáveis por colocar em prática conhecimentos, contribuir com a sua experiência profissional e trazer o diferencial competitivo para a organização se destacar no mercado em que atua.

Diante do processo de atração, a seleção tem como objetivo contribuir com o desenvolvimento do quadro de pessoas que detém e gera o capital intelectual, e é fundamental o seu apoio na formação de equipes de alto desempenho para o alcance dos objetivos e execução das ações necessárias.

A Área de Atração, Seleção & Diversidade da Sociedade Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) tem como finalidade atender às necessidades de contratação da Sociedade, por meio da divulgação das oportunidades internas ou busca de recursos externos, utilizando metodologias e ferramentas de captação de candidatos, para a identificação de profissionais com qualificações compatíveis com os requisitos técnicos e comportamentais, para contribuir na constante busca da liderança da Sociedade no segmento da Saúde.

Cópia Controlada

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas ao processo de recrutamento e seleção na Sociedade. Quando não houver, neste documento, exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a decisão deve ser orientada pelos seguintes princípios:

IMPARCIALIDADE: as decisões de contratação devem ser isentas de quaisquer interesses ou ganhos pessoais ou de terceiros.

TRANSPARÊNCIA: as informações sobre o Recrutamento Interno devem estar acessíveis aos colaboradores.

EQUIDADE E INCLUSÃO: a Sociedade valoriza a diversidade, equidade e inclusão, buscando preencher suas vagas com candidatos que atendam aos Critérios de Elegibilidade definidos nesta política e aos requisitos e responsabilidades atribuídos a vaga, buscando em seu quadro a pluralidade de gênero, deficiência, origem, religião, cor da pele, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado civil, idade, condição de saúde ou reprodutiva.

ÉTICA: as decisões devem seguir os valores e normas da Sociedade visando relações saudáveis e respeitosas entre os colaboradores.

Versão: 2 - Elaborado em: 12/01/2023 16:53:33 - Aprovado em: 22/03/2023 17:33:02

Título: Politica de Recrutamento e Seleção

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.04 Recrutamento e Seleção

3. OBJETIVO

Esta política tem por objetivo estabelecer regras, papéis e responsabilidades para assegurar que o processo de atração, recrutamento e seleção de profissionais estejam alinhados à estratégia, missão, visão e valores da Sociedade.

4. DEFINIÇÕES

- **Gestor cedente**: gestor que cede o colaborador para uma vaga disponível em outra área.
- **Gestor requisitante:** gestor que abre vaga para ser ocupada por outro colaborador.
- ***Workflow*:** método usado para organizar o fluxo de trabalho em uma empresa. Ele consiste na disposição e realização das atividades em sequência lógica, preferencialmente de forma automatizada.

5. APLICABILIDADE

Cópia Controlada

Esta política se aplica a todos os processos seletivos da Sociedade, interno e/ou externo, e a colaboradores CLT (Consolidação das Leis de Trabalho), pessoa jurídica e estagiários, que atendam aos critérios de elegibilidade definidos na presente Política.

Além desta Política, as unidades públicas geridas pelo Einstein devem observar ainda as regras dos contratos com o ente público.

6. DESCRIÇÃO

O processo de recrutamento e seleção na Sociedade segue metodologia própria e atende as regras definidas abaixo.

Planejamento e Alinhameto de Perfil

Visa o entendimento do perfil do profissional, os requisitos comportamentais, as competências desejadas, assim como perfil da área e da equipe, e os desafios da posição.

O processo seletivo só deve se iniciar após o devido alinhamento de perfil realizado pelo RH e o gestor responsável da vaga.

Parentesco

É permitido pessoas com relação de parentesco atuando na mesma área organizacional desde que não estejam

Versão: 2 - Elaborado em: 12/01/2023 16:53:33 - Aprovado em: 22/03/2023 17:33:02 3626

respondendo à mesma liderança direta. São considerados parentes: pai, mãe, filho (a), irmão (a), cunhado (a), primo (a), avô (a), neto (a), tio (a), sobrinho (a), esposo (a), companheiro (a), genro, nora, sogro (a) e enteados.

Banco de Talentos

A área de Recrutamento e Seleção possui um programa para manter informação de candidatos em Banco de Talentos. Abaixo seguem as regras atreladas a cada um deles:

- **Programa Enfermeiro Jr** – Profissionais aprovados devem ter, ao final do processo seletivo, um dossiê pelo período de um ano, o qual deve ser direcionado para avaliação de diferentes áreas quando do surgimento de vagas, de acordo com seu perfil.
- **Mapeamento de Auxiliar e Técnico de Enfermagem** – Profissionais aprovados em todas as etapas do processo seletivo, mas que não foram selecionados no processo para o qual concorreram, poderão ser direcionados para entrevista em diferentes áreas, de acordo com o surgimento de novas vagas. O processo deve ter a validade de um ano.

Cópia Controlada

- **Auxiliar Administrativo para pessoa com deficiência (PCD)** – Após 01 (um) ano no setor, deve ser efetivado na área atual. A posição que ficar livre, deve ser, exclusivamente, preenchida com outro profissional com deficiência e por se tratar de uma posição de desenvolvimento e de um programa específico, pode ser destinada a outro setor.
- **Jovem Aprendiz** - Todos os Aprendizes devem ser convocados, periodicamente, por meio de ação específica da área de Atração e Seleção, para que sejam direcionados aos processos seletivos das vagas que atendam ao perfil.

Divulgação de Vagas

As vagas abertas na Sociedade, salvo decisão em contratar com a participação do RH, devem ser prioritariamente divulgadas internamente possibilitando a inscrição e participação no processo seletivo, de todos os colaboradores interessados, que estejam elegíveis e atendam aos pré-requisitos definidos na divulgação da vaga e os critérios de elegebilidade.

Nas vagas para posições de Pleno, Sênior Nível II e Nível III, pode ocorrer promoção direta, caso haja profissional pronto para sucessão direta na área.

Para o público externo, a divulgação das vagas deve ser realizada por meio de estratégias de captação, buscando profissionais com qualificações compatíveis aos requisitos técnicos e comportamentais, que contribuam na constante busca da liderança no segmento da Saúde.

Versão: 2 - Elaborado em: 12/01/2023 16:53:33 - Aprovado em: 22/03/2023 17:33:02

Casos de Não Divulgação Interna da Vaga

- Vagas confidenciais.
- Vagas de reestruturação das áreas ou de realocação interna.
- Vagas para posições na Diretoria/COMEX, definidas pela Diretoria Eleita e Diretor Geral. Na ausência de candidato para sucessão, a vaga será divulgada interna e externamente.
- Vagas de efetivação de temporário.
- Vagas que possuem candidatos aprovados aguardando posição dentro do prazo de um ano.
- Contratação de Agente Comunitário de Saúde para os Programas Governamentais, de acordo com documento norteador (exigência de contratação de profissionais residentes na microárea estabelecida pela prefeitura).
- Contratação de expatriados ou atração de profissionais identificados no mercado, com estratégia e experiência diferenciada para ocupar posições ou projetos específicos definidos pelo Diretor Geral.

Cópia Controlada

Prazo e Canais para Divulgação das Vagas

O prazo mínimo para divulgação das vagas é de quatro dias úteis, mas em condições normais será de sete dias. Para o público interno as vagas devem ser divulgadas nos murais físicos da Sociedade, Portal de Gestão de Pessoas (PGP), SAP FIORI (app) e Workplace. Para o público externo devem ser divulgadas pelo PGP e os sites Vagas.com, LinkedIn e outros.

Retorno do Processo aos Finalistas

Todos os candidatos participantes do processo seletivo devem receber um retorno via e-mail institucional.

Critérios de Elegibilidade

Para que um candidato interno ou externo possa concorrer em um Processo de Recrutamento é necessário que atenda aos critérios de elegibilidade descritos a seguir.

Processo Seletivo Interno

O processo seletivo interno é um processo institucional que visa estimular o desenvolvimento dos colaboradores, oferecendo perspectivas de crescimento, bem como zelar pelo clima organizacional, satisfação e motivação dos colaboradores da Sociedade.

Versão: 2 - Elaborado em: 12/01/2023 16:53:33 - Aprovado em: 22/03/2023 17:33:02

Tempo na Função

- Mínimo de 06 meses como colaborador CLT no cargo atual ou pessoa jurídica.
- Profissionais contratados em posições de prazo determinado poderão se candidatar a processos seletivos internos quando não houver possibilidade de renovação ou efetivação na área.
- Mínimo de 06 meses como estagiário.
- Mínimo de 10 meses para Jovem Aprendiz.

Avaliação de Competências

Ter obtido no consenso da última avaliação de competências resultado igual ou superior a Atende Expectativa (AT) na escala de classificação. Profissionais que possuem mais de 06 meses de trabalho na Sociedade, mas que não eram elegíveis na avaliação de competências do ano anterior, pela data de admissão, devem ser considerados no processo.

Registros em Prontuário

Cópia Controlada

Não possuir registro de advertência ou suspensão no prontuário funcional nos últimos 06 meses.

Licença Médica ou Licença Maternidade

O colaborador não pode participar do Recrutamento Interno se estiver em afastamento por licença médica ou maternidade.

Jovem Aprendiz

É permitido que o Jovem Aprendiz, em seu último mês de contrato, participe de processos seletivos internos.

Realocação

Colaboradores que atuam em contratos de prazo determinado, posição de cobertura ou de áreas com revisão no quadro de pessoal devem ter prioridade para serem absorvidos em outras áreas. O Gestor atual, junto com a Consultora de RH, deve comunicar à área de Atração, Seleção & Diversidade a proximidade de término de contrato, para que sejam avaliadas as posições disponíveis e compatíveis ao perfil do candidato.

Participação em Processos Simultâneos Internos

Não é permitida a participação em mais de um processo seletivo simultaneamente, salvo nos casos nos quais a área esteja passando por reestruturação. Caso o funcionário se inscreva em 2 (dois) processos simultâneos,

Versão: 2 - Elaborado em: 12/01/2023 16:53:33 - Aprovado em: 22/03/2023 17:33:02

deve optar pelo processo seletivo de sua preferência, retirando-se de uma das candidaturas através do Portal Gestão de Pessoas.

Se no período de 02 meses o profissional concorrer a mais de 05 vagas, sem aprovação, deve ser realizado um *feedback* junto com o gestor responsável pelo colaborador.

Os colaboradors aprovados em processo e não aproveitados na etapa final em função do número de vagas disponíveis, devem ter seus dados incluídos em banco de dados administrado pela área de Atração e Seleção. Surgindo novas oportunidades na mesma área poderão ser movimentados diretamente sem participar do processo. Se a oportunidade surgir em um prazo superior a 01 (um) ano, o colaborador deve realizar a candidatura novamente.

Alteração Salarial ou Cargo

A seleção para um cargo no Recrutamento Interno não envolve necessariamente aumento/ajuste salarial e a redução da carga horária pode implicar em redução proporcional do salário atual do colaborador.

Cópia Controlada

Quando houver necessidade de ajuste salarial superior a 25% da remuneração atual, o restante deve ser escalonado de 3 (três) em 3 (três) meses, limitado a 12 (doze) meses, até que o valor alcance o mínimo da faixa salarial do novo cargo ocupado.

O preenchimento da vaga com colaboradores cujo salário atual esteja acima da faixa inicial do cargo pretendido deve ser aprovado pelo requisitante, que avalia conforme orçamento da área.

O prazo limite para disponibilizar o colaborador aprovado para a posição deve ser todo 1º dia do mês subsequente a comunicação de sua aprovação no processo seletivo. Diante de qualquer exceção ou negociação de prazo liberação, as áreas envolvidas (cedente e requisitante) devem negociar diretamente. Após a aprovação do colaborador em processo seletivo interno, não é permitida a retenção do profissional pela área cedente.

O gestor cedente deve ser comunicado da participação do colaborador no processos seletivo através de Workflow da inscrição, mas não é necessária aprovação/liberação formal para participação no processo. Caso haja alguma situação extraordinária, como advertência e solicitação de desligamento (SD) programada, deve ser comunicada à área de Atração e Seleção.

Processo Seletivo Externo

O processo seletivo externo busca atender às necessidades de contratação da Sociedade, utilizando-se de um conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos potencialmente qualificados, que atendam os requisitos necessários para atuar na posição/área e estejam alinhados aos valores da Sociedade.

Versão: 2 - Elaborado em: 12/01/2023 16:53:33 - Aprovado em: 22/03/2023 17:33:02

Processo Seletivo Externo com Ex-colaborador

Ex-colaboradores devem ser contratados somente se estiverem enquadrados nas diretrizes de readmissão e após análise das seguintes áreas: RH (Administração de Pessoal e Remuneração), jurídico e Saúde Ocupacional.

Profissionais, pessoas jurídicas ou empresas terceirizadas podem participar dos processos seletivos da Sociedade somente com autorização/formalização prévia, por e-mail, do gestor e de acordo com as premissas de contrato.

7. RESPONSABILIDADES

Área de Atração, Seleção e Diversidade

- Divulgar vagas e definir o processo de seleção na contratação de profissionais que irão contribuir para o desenvolvimento da Sociedade.
- Avaliar as qualificações dos candidatos, internos e externos, por meio de instrumentos de seleção que permitam investigar a vivência profissional e pessoal, os requisitos do cargo e as competências comportamentais exigidas. Para colaboradores internos**,** inscritos e reprovados, comunicar o profissional sobre os critérios que não atendem.
- Conduzir os processos de seleção sem discriminação por gênero, deficiência, origem, religião, cor da pele, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado civil, idade, condição de saúde ou reprodutiva.
- Conduzir os processos de seleção zelando pela equidade.
- Procurar ativamente com ajuda de parceiros e especialistas na área, profissionais diversos, capacitados para todas as vagas do Sociedade.
- Conduzir os processos de seleção convidando os candidatos de grupos historicamente minorizados, sem ignorar o equilíbrio com a meritocracia necessária para a prescrição do objeto de excelência.
- Apoiar o gestor requisitante na avaliação e retorno aos colaboradores em cada etapa e disponibilizar, quando solicitado, parecer ao gestor dos candidatos reprovados.
- Zelar pelo cumprimento desta política.

Candidato Interno

- Acompanhar a divulgação das vagas através do PGP, murais, SAP FIORI (app) e/ou Workplace e compartilhar interesse na participação junto ao seu gestor.

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 12/01/2023 16:53:33 - Aprovado em: 22/03/2023 17:33:02 3631

- Conferir se atende aos critérios divulgados na vaga e requisitos de elegibilidade definidos nesta Política.
- Realizar inscrição através dos canais institucionais, anexar currículo atualizado, respeitar os prazos e participar de todas as etapas requeridas dentro do processo seletivo estabelecido.

Gestor Requisitante

- Validar requisitos da vaga.
- Garantir o cumprimento desta política.
- Amadurecer a diversidade, equidade e inclusão e procurar a diversificação das suas equipes.
- Priorizar o aproveitamento interno, através da divulgação das vagas nos canais formais.
- Incentivar e acompanhar a participação dos profissionais de sua equipe, avaliando os critérios da vaga com relação à gestão de desempenho de seus colaboradores.
- Abrir a movimentação em sistema dentro do prazo acordado.
- Oferecer *feedback* e plano de desenvolvimento aos profissionais não aprovados da sua área de atuação e orientar o colaborador em caso de não atendimento a um dos critérios de elegibilidade estabelecidos na política.

Cópia Controlada

- Acompanhar todas as entrevistas junto à área de Atração, Seleção e Diversidade, auxiliar na identificação dos profissionais que contribuirão para as demandas da sua área.
- Ser presente em todo o ciclo de gestão de pessoas, encantando desde o processo de atração e seleção, estimulando o desenvolvimento e autoaprendizado, praticando ações de reconhecimento e fidelização desse profissional.
- Comprometer-se com a não discriminação por gênero, deficiência, origem, religião, cor da pele, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado civil, idade, condição de saúde ou reprodutiva, e fazer perguntas adequadas.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

Não se aplica.

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

Versão: 2 - Elaborado em: 12/01/2023 16:53:33 - Aprovado em: 22/03/2023 17:33:02 3632

Título: Politica de Recrutamento e Seleção

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.04 Recrutamento e Seleção

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

11. ANEXOS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Cópia Controlada

Não se aplica.

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

Luana Donato Cavalcante - 12/01/2023 - 16:53

Ajuste gramatical na seção Introdução.

Versão: 2 - Elaborado em: 12/01/2023 16:53:33 - Aprovado em: 22/03/2023 17:33:02 3633

Título: Politica de Recrutamento e Seleção

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.04 Recrutamento e Seleção

Data	Evento de assinatura	Usuário
19/07/2022 09:55:28	Criado por	Renata Pinheiro Scudeler
12/01/2023 16:53:33	Atualizado por	Luana Donato Cavalcante
28/02/2023 15:26:04	Aprovado por	Miriam do Carmo Branco da Cunha
22/03/2023 17:32:50	Aprovado por	Henrique Sutton de Sousa Neves

Cópia Controlada

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#

1. INTRODUÇÃO

Esta Política estabelece os critérios relacionadas as solicitações de movimentação de pessoal na SBIBAE.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Este documento visa estabelecer os critérios para movimentação interna dos colaboradores da Sociedade, que tem como objetivos:

- ✓ Assegurar a aplicação dos reconhecimentos profissionais;
- ✓ Assegurar a equidade interna;

3. OBJETIVO

Estabelecer procedimento para os tipos de movimentações de pessoal na estrutura de remuneração da SBIBAE alinhado a Política de Administração Salarial.

4. DEFINIÇÕES

MP – Movimentação de Pessoal

SBIBAE – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

TPS – Tabela de Posicionamento Salarial

5. APLICABILIDADE

Esta política se aplica a todos os colaboradores em regime de CLT na SBIBAE.

6. DESCRIÇÃO

Movimentação de Pessoal são todos os processos de movimentação vertical e lateral que o colaborador pode percorrer dentro da instituição. As movimentações internas devem estar previstas em orçamento e em conformidade com a políticas de Administração Salarial da SBIBAE.

Toda Movimentação de Pessoal (MP) deve ser emitida até 10 dias antes da vigência. Esse período é necessário para que todo processo de movimentação seja devidamente aprovado. A data de vigência será sempre dia 01 de cada mês, prazo válido para folha de pagamento. Exemplo: Até dia 20 de maio é possível emitir uma MP para 01 de junho. Após 20 de maio só será possível emitir MP para 01 de julho em diante.

As aprovações e a entrega de documentos deverão ocorrer até o dia 30 de cada mês, caso contrário a vigência será alterada para o mês subsequente.

As movimentações entre as áreas, funções ou locais de trabalho, passam por um fluxo de aprovação e somente poderão ocorrer a partir da data de vigência quando devidamente aprovada.

Colaborador em período de férias, afastado ou licença terão suas movimentações postergadas para o mês subsequente.

Caso a solicitação desejada não esteja prevista em orçamento é necessária solicitação prévia de um estudo (TPS) e aprovação da diretoria.

Tipos de movimentação de pessoal (MP):

- Promoção: A movimentação interna por promoção ocorrer quando o colaborador assume uma nova posição de nível superior na estrutura salarial, assumindo responsabilidades de maior complexidade, podendo ou não haver aumento salarial.

Promoções poderão ocorrer respeitando:

- A periodicidade mínima de 6 meses após a admissão ou última promoção;

- Ter obtido consenso mínimo AT na última avaliação de desempenho;

Escalonamento:

Os percentuais de reajuste salarial acima de 25% serão escalonados automaticamente em parcelas de 25% a cada três meses até atingir o salário proposto, não devendo ultrapassar o limite de um ano após a movimentação.

Os colaboradores promovidos de nível Auxiliar/Técnico para nível Profissional, com exigência de formação superior, terão escalonamento diferenciado em parcelas de 50% a cada três meses até atingir o salário proposto.

Colaboradores promovidos com mudança de jornada de trabalho mensal, o percentual referente a mudança será aplicado de forma única, sem escalonamento.

Em caso de promoção que ocorra transferência nacional definitiva ou temporária, caso ocorra reajuste salarial, bem como, pagamento da ajuda de custo moradia, o mesmo será aplicado de forma única, não sendo escalonado, conforme previsto na Política Salarial vigente.

Em caso de promoção de Preceptor Médico o escalonamento não se aplica.

Alteração de cargo: É considerado alteração de cargo quando o colaborador assume um novo cargo com nível equivalente ao seu anterior dentro da estrutura organizacional, com ou sem aumento salarial. A nomenclatura do cargo proposto deve retratar as atividades desempenhadas pelo colaborador na nova função e/ou área de atuação.

Nas alterações de cargo podem ocorrer mudanças no pacote de Remuneração, Benefícios e nas ações de desenvolvimento.

Aumento Salarial: é o aumento do salário nominal com base no reconhecimento do desempenho e do desenvolvimento individual. Representa o crescimento horizontal na faixa salarial e a concessão deverá estar vinculada a verba aprovada na peça orçamentária de cada ano.

Enquadramento Salarial: é o reposicionamento salarial do cargo frente ao mercado (definido pela instituição). Anualmente, é realizada uma Pesquisa Salarial para análise de competitividade externa, conforme Política de Administração Salarial.

Alteração de jornada de trabalho: é a alteração de jornada de trabalho mensal, acordada entre a área e o colaborador, respeitando a jornada máxima estabilidade pela categoria profissional. Esta alteração acarretará mudança proporcional da remuneração conforme a nova jornada de trabalho mensal, que ocorrerá de uma só vez. Para isso o colaborador deverá redigir uma carta de próprio punho e entregar para Remuneração, assim sendo anexada ao processo de movimentação interna.

Não será necessário emitir movimentação de pessoal quando ocorrer alteração de horário sem mudança de jornada de trabalho mensal, neste caso, o gestor deverá acessar o Portal do Gestor e alterar o horário do colaborador no ponto eletrônico.

Alteração do tipo de contrato: este tipo só é aplicável mediante necessidade de alteração contratual do colaborador de mensalista para horista ou horista para mensalista, neste caso, é necessária análise da estrutura para entendimento da modalidade praticada na área.

Transferência: Ocorre quando o colaborador é transferido de unidade de trabalho, centro de custo e/ou posição.

Quando uma movimentação de pessoal tiver mais que um motivo, no caso de movimentação de pessoal possuir mais de um dos motivos acima, por exemplo: transferência com alteração de jornada. A ordem de prioridade de motivos deve ser a seguinte:

- Promoção

- Alteração de Cargo

- Transferência

- Aumento/Enquadramento Salarial

- Alteração de jornada de trabalho

Documentação

O colaborador precisa exercer a atividade com a devida qualificação, evidenciada na descrição de cargo, e comprovar esta qualificação apresentando documentações específicas. Nestes casos, o colaborador precisa encaminhar a cópia dos documentos (diploma, histórico escolar, conselho de classe e anuidade com o comprovante de pagamento) para a à de Remuneração.

7. RESPONSABILIDADES

Gestor Cedente (Emissor da MP)

- Emitir a MP no sistema até 10 dias antes da vigência;

- Acompanhar o processo de movimentação do colaborador, desde quando o mesmo é aprovado em processo de recrutamento interno até a formalização no sistema.

- Solicitar ao colaborador a documentação completa (quando necessário) ou confecção da carta de alteração de jornada de trabalho e encaminhar para a área de Remuneração após a emissão do formulário de movimentação de pessoal.

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#

- Efetuar o correto preenchimento do formulário de movimentação, incluindo todas as informações necessárias para efetivação da movimentação.

- Garantia de que os colaboradores sejam alocados no tempo adequado para a nova função.

- Comunicar o colaborador quando finalizar o processo de movimentação, informando as alterações e vigência e, principalmente em caso de reajuste salarial, comunicar antes do recebimento do demonstrativo de pagamento.

- Liberar o colaborador para a nova área quando a movimentação estiver devidamente aprovada e documentações entregues (quando houver).

- Assegurar o cumprimento das linhas orçamentária da SBIBAE.

- Zelar pelas movimentações em conformidade às Políticas de Administração Salarial e de Recursos Humanos.

Gestor receptor

- Alinhar com o gestor cedente a data de início do colaborador na nova área.

- Checar com gestor cedente se a movimentação foi devidamente concluída.

- Solicitar os novos acessos as áreas responsáveis.

- Validação da descrição de cargo.

- Garantir a integração e acolhimento do colaborador na área, orientando sobre procedimentos, responsabilidades da função, local e material de trabalho.

Aprovadores

- Aprovar os formulários em até 48h após o recebimento.

Remuneração

- Assegurar o fluxo de movimentação para as respectivas aprovações das áreas de Recursos Humanos.

- Elaborar e avaliar a proposta de aumento salarial (quando houver) com base na Política de Administração Salarial.

- Orientar os gestores quanto ao preenchimento adequado do formulário de movimentação de pessoal.

- Concluir os processos de movimentação de pessoal e efetuar os devidos lançamentos no sistema de folha de pagamento.

- Garantir os prazos previstos de aprovação, regularização de documentos e alinhamento às políticas de administração salarial.

Colaborador

- Comparecer a medicina ocupacional para verificar se há pendências.

- Entregar a carta de alteração de jornada, quando houver necessidade.

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#
- Entregar documentação corretamente no prazo de 48h no RH após o recebimento do e-mail de aprovação no processo de recrutamento interno.

- Verificar com gestor a data de início da nova área.

- Comparecer no setor de uniformes para retirada no novo uniforme, quando necessário.

- O crachá será disponibilizado a partir do dia 30.

- Unidade Morumbi o colaborador retira a na recepção demais unidades serão encaminhados, via malote para os gestores.

- Validar descrição de cargo.

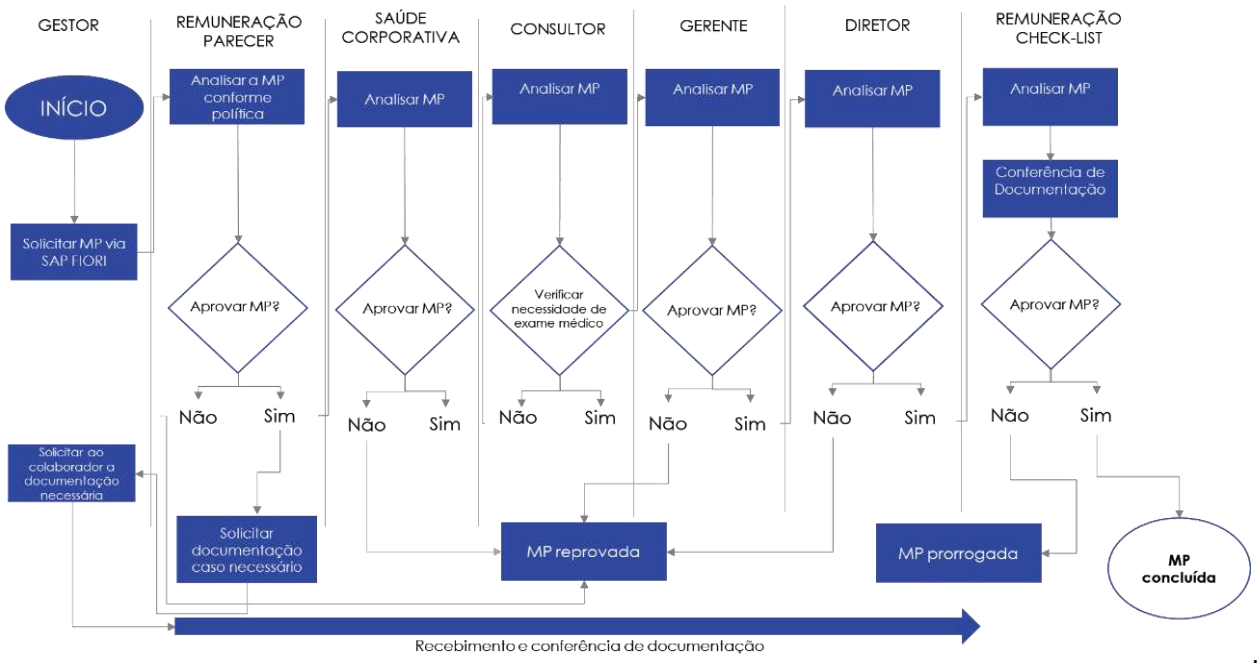
8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

N/A

9. REGISTROS DA QUALIDADE

As movimentações são solicitadas e efetivadas via SAP Fiori.

O gestor cedente realiza a abertura de uma movimentação de pessoal via sistema gerando um formulário que passa pelo fluxo de aprovação conforme fluxograma:



Todas as MPs abertas em sistema ficam registradas e com históricos de aprovadores responsáveis, datas e horários de aprovação e efetivação sistêmica.

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Ao final de todos os lançamentos de movimentação de pessoal no mês vigente é realizado um cruzamento de dados considerando os ajustes solicitados via formulário de MP versus o cenário atual do dos colaboradores movimentados, assim garantindo que a solicitação foi aplicada.

11. ANEXOS

Listar figuras, impressos e/ou fluxogramas relacionados na política.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

N/A

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Referenciar outros documentos da Instituição que se relacionam com esta política.

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

#2018#

Procedimento
CONTROLE DE FREQUENCIA – MARCAÇÃO DE PONTO

Controle de Frequência – Marcação de Ponto

1. DEFINIÇÃO

Critérios para o controle de frequência dos funcionários CLT da Sociedade.

2. OBJETIVOS

Este procedimento estabelece os critérios para o controle de frequência dos funcionários CLT da Sociedade.

3. RESPONSÁVEIS

Gestor, Funcionário, Administração de RH e Tecnologia da Informação.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

DESCRIÇÂO

DURAÇÃO NORMAL DO TRABALHO: A duração normal do trabalho para os empregados em qualquer atividade privada não pode exceder a 8 (oito) horas diárias, 44 (quarenta e quatro) horas semanais e 220 (duzentas e vinte) horas mensais (Art.58 CLT). Exceto a jornada 12x36, que tem legislação específica, não podendo exceder 180 horas mensais.

JORNADA DE TRABALHO: é o horário previsto para duração do trabalho, compreende as horas efetivamente trabalhadas na Sociedade.

CONTROLE DE FREQUENCIA: é o processo pelo qual são armazenadas as informações do início e fim da jornada.

BANCO DE HORAS: É um sistema através do qual o excesso de horas trabalhadas num dia poderá ser compensado pela correspondente diminuição em outro dia, de maneira que não exceda 80 (oitenta) horas.

MARCAÇÃO DO PONTO: é obrigatório em todos os estabelecimentos que contam com mais de 10 empregados a assinalação do ponto (CLT, artigo 74). Na Sociedade a marcação do ponto é feita eletronicamente.

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
Código Legado	Código do Documento	Versão	Data Criação	Data Revisão
Elaborador	Revisor	Parecerista	Aprovado por	Data Aprovação

Procedimento
CONTROLE DE FREQUENCIA – MARCAÇÃO DE PONTO

CRITÉRIOS

OBRIGATORIEDADE DA MARCAÇÃO DE PONTO NOS RELÓGIOS ou SAP FIORI

É obrigatório para todos os funcionários da Sociedade marcação de ponto na entrada e saída em todos os dias efetivamente trabalhados. Lembrando que para realização de horas excedentes ou em horários não contratados é necessário autorização prévia do Gestor.

Estão dispensados da marcação de ponto os Diretores, Gerentes, Coordenadores, Especialistas, Consultores, Supervisores e Estagiários.

Para os funcionários que prestam serviços em unidades externas, que não possuem o relógio de ponto eletrônico, a marcação deve ser realizada aplicativo SAP FIORI (marcação Online).

O funcionário deverá efetuar a marcação de ponto através do SAP Fiori (marcação Online) ou nos relógios disponíveis no seu andar de trabalho, exceto quando o equipamento estiver em manutenção. O funcionário deverá verificar se sua marcação foi registrada, conferindo se seu nome apareceu no visor do relógio de ponto.

É permitido registrar o ponto em qualquer Unidade da Sociedade, desde que o funcionário esteja a Serviço da SBIBAE.

O relógio de ponto localizado na creche destina-se exclusivamente aos funcionários que prestam serviço neste setor.

Conforme alteração de lei, art 4º CLT – Por não se considerar tempo à disposição do empregador, não será computado como período extraordinário o que exceder a jornada normal, ainda que ultrapasse o limite de cinco minutos, quando o empregado, por escolha própria, buscar proteção pessoal, em caso de insegurança nas vias públicas ou más condições climáticas, bem como adentrar ou permanecer nas dependências da empresa para exercer atividades particulares, entre outras:

I. Práticas religiosas;
II. Descanso;
III. Lazer;
IV. Estudo;
V. Alimentação;
VI. Atividades de relacionamento social;
VII. Higiene pessoal;
VIII. Troca de roupa ou uniforme, quando não houver obrigatoriedade de realizar a troca na empresa.

O ponto não pode ser assinalado quando o funcionário permanece nas dependências da Sociedade por motivos de ordem pessoal como: consultas, exames, eventos e rodízio de veículo.

Para os funcionários que utilizam uniformes, o ponto deve ser assinalado:

1) Na entrada, somente após a respectiva troca de roupa estando o funcionário devidamente uniformizado para o exercício da função.

2) Na saída do expediente, antes da troca de roupa.

Para que o cartão de ponto demonstre todas as horas em que o funcionário esteve na Instituição é obrigatório à marcação de ponto, mesmo ocorrendo atrasos, saídas antecipadas ou horas extras.

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
Código Legado	Código do Documento	Versão	Data Criação	Data Revisão
Elaborador	Revisor	Parecerista	Aprovado por	Data Aprovação

Café da Manhã

Por liberalidade da Instituição é oferecido café da manhã a todos os profissionais da unidade Morumbi e Goiania. O café deve ser realizado sempre antes do início da jornada de trabalho.

Estagiários

Os estagiários devem realizar no máximo 6 (seis) horas diárias e 30 (trinta) horas semanais, para alunos do ensino superior, educação profissional de nível médio e do ensino médio de formação geral.

Os estagiários podem cumprir a jornada de até 06 horas ininterruptas ou 7 horas, tendo 1 hora de pausa para refeição sem atuação na área.

Aos estagiários não se aplica pagamento de horas extras e banco de horas.

Aprendizes

A jornada de trabalho legalmente permitida é de:

- 6 horas diárias, no máximo, para os que ainda não concluíram o Ensino Fundamental, computadas as horas destinadas às atividades teóricas e práticas, cuja proporção deverá estar prevista no contrato (art. 432, caput, da CLT);
- 8 horas diárias, no máximo, para os que concluíram o ensino fundamental, computadas as horas destinadas às atividades teóricas e práticas (art. 432, § 1º, da CLT), cuja proporção deverá estar prevista no contrato. Não é, portanto, possível uma jornada diária de 8 horas somente com atividades práticas; (art. 12 da IN - SITNº 97 DE 30.07.2012)

Em qualquer caso, a compensação e a prorrogação da jornada são proibidas. (art. 432, caput, da CLT).

TOLERÂNCIAS E INTERVALOS DE REFEIÇÃO OU DESCANSO

A tolerância para marcação do ponto é de 05 (cinco) minutos antes do início da jornada de trabalho e 05 (cinco) minutos após o término da jornada de trabalho.

O atraso permitido sem gerar descontos e divergências é de 05 (cinco) minutos diários, ultrapassado este limite é descontado o valor da totalidade dos minutos e do Descanso Semanal Remunerado (DSR).

As ausências, atrasos e saídas antecipadas devem ser comunicados ao Gestor com antecedência de 2 (duas) horas do início do plantão, pessoalmente ou por telefone, antes da ocorrência. Em casos não previstos, atestado médico, por exemplo, a justificativa deverá ocorrer no prazo de até 48 horas do 1º dia do afastamento (consulte a Política de Aceitabilidade de Atestados Médicos).

Para os intervalos de refeição e descanso não é necessário à marcação de ponto, entretanto deve-se observar que é obrigatório realizar intervalo de 1 (uma) hora nas jornadas de trabalho superiores a 6 (seis) horas por dia e 15 (quinze) minutos para as jornadas de trabalho de 4 (quatro) a 6 (seis) horas por dia.

Para os funcionários da área de Teleatendimento/Telemarketing os intervalos para refeição e descanso serão realizados de acordo com Norma Regulamentadora 17:

- Para jornadas de trabalho de até 6 (seis) horas diárias ao intervalo de 15 (quinze) minutos serão acrescidos 5 (cinco) minutos, totalizando 20 (vinte) minutos, que ocorre no meio da jornada e é descontado da jornada de trabalho.
- Além do intervalo de 20 (vinte) minutos serão concedidos duas pausas, realizadas fora do posto de trabalho, de 10 (dez) minutos cada. A primeira após 60 (sessenta) minutos do início da jornada e a segunda 60 (sessenta) minutos antes do término da jornada.

TREINAMENTOS INTERNOS

Conforme art 4º CLT - O tempo à disposição do empregador quer aguardando, ou executando ordens, será considerada jornada de trabalho ao empregado. Desta maneira, qualquer treinamento indicado ou realizado pela Instituição deve ser considerado tempo à disposição, ou seja, o profissional deve realizar a marcação de ponto, ou seja, antes ou após o treinamento.
As horas excedentes devem ser consideradas, neste caso como tratativa de Crédito de Banco de Horas.

ADICIONAL NOTURNO

Para as jornadas noturnas realizadas em parte ou integralmente no horário das 22 (vinte e duas) horas às 5 (cinco) da manhã, serão pagos o adicional noturno com acréscimo de % conforme Convenção Coletiva de cada região do valor da hora e Descanso Semanal Remunerado (DSR), sempre no mês subsequente ao realizado.

Em dias que houver atrasos, saídas, faltas, débito de banco de horas não é devido o recebimento do adicional noturno.

REGULARIZAÇÃO DAS DIVERGÊNCIAS PELO GESTOR

Compete ao Gestor à regularização das divergências apontadas no sistema de ponto eletrônico, acessando o Portal do Gestor Ponto na intranet da Instituição.

A liberação de acesso ao Portal do Gestor de Tempo é realizada automaticamente para todos os Gerentes, Coordenadores e Supervisores. Mediante a solicitação do Gestor e aprovação do RH, poderão ter acesso ao Portal do Gestor de Tempo os seguintes cargos: Especialistas, Consultores, Enfermeiros Sr e Líderes. O acesso será liberado apenas para o tratamento do ponto eletrônico e férias.

O tratamento do ponto eletrônico pode ser feito diariamente pelo gestor, caso não haja o fechamento do ponto dentro do prazo estipulado pelo RH, o funcionário terá o desconto em seu pagamento mensal. A data deve obedecer ao calendário de fechamento de ponto eletrônico, conforme informações contidas no calendário de Serviços de RH, disponível na intranet.

Para os profissionais da unidade Morumbi, caso ocorra atrasos do ônibus fretado oferecido pela Sociedade são abonados, mas para que isso ocorra o funcionário deve preencher um formulário específico para esta situação, bastando solicitá-lo ao condutor do veículo. Neste formulário consta a data do atraso do ônibus fretado. O preenchimento da planilha deve ser realizado de forma legível. Esta tratativa é realizada diretamente pela área de Administração de Recursos Humanos.

A falta de marcação do ponto na entrada do funcionário poderá ser respondida pelo Gestor como abono falta marcação, de acordo com o critério do Gestor, frequência e assiduidade do profissional no setor,

Procedimento
CONTROLE DE FREQUENCIA – MARCAÇÃO DE PONTO

As ausências durante a jornada de trabalho serão demonstradas nas divergências, desde que o funcionário realize a marcação do ponto. Nas jornadas com intervalo de refeição e descanso a refeição está parametrizada para iniciar 4 horas após o início da jornada.

O atraso ou saída antecipada de 1 (uma) hora da mãe para amamentar o filho de até 5 meses e 30 dias é uma ausência justificada/ abonada, a tratativa do ponto eletrônico deve ser realizado com o motivo específico à esta ausência (Aleitamento Materno).

Consulte o guia de tratativa do ponto eletrônico para verificar o impacto salarial e de absenteísmo relacionado aos eventos do ponto.

Os atrasos e saídas antecipadas quando comprovadas por documentos legais (os mesmos que justificam as faltas) serão justificadas/abonadas pelo Gestor e quando injustificadas terão desconto e se ultrapassarem o limite diário de 05 minutos também será descontado o DSR.

As faltas justificadas (legais) que podem ser lançadas pelo Gestor devem ser comprovadas pelos funcionários através de documentos, não causam desconto do dia, nem do DSR, são:

- Acompanhamento:
  - São Paulo acompanhamento ao médico de filho ou dependente previdenciário de até 5 anos e 11 meses, 1(um) dia à cada 6 meses;
  - Genomika 3 dias por ano para Acompanhamento Filho até 12 anos;
  - Genomika 3 dias por ano para Acompanhamento Pai, Mãe e Esposa;
  - Goiânia e Aparecida de Goiânia 2 dias a cada 6 meses (até 6 anos completos);
- Adoção: 120 dias (Consulte Procedimento de Licença Maternidade, Adoção e Amamentação);
- Alistamento Militar: - 1 (um) dia, a cada declaração apresentada);
- Aleitamento Materno: amamentação/aleitamento - 14 (quatorze) dias corridos, ou redução da jornada até que o filho complete 5 meses e 30 dias. (Consulte, Procedimento de Licença Maternidade);
- Atestado médico de doença/acidente: até 30 (trinta) dias;
- Comparecimento em juízo - quantidade de dias conforme declaração apresentada;
- Convocação pela Justiça Eleitoral - 2 (dois) dias, conforme estipulado na declaração apresentada;
- Doação de sangue - 1 (um) dia a cada 12 meses, desde que avisado com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência;
- Exame escolar ou vestibular - desde que comunicado no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas de antecedência e com comprovação da participação, no prazo de até 72 (setenta e duas) horas após a realização do exame escolar;

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
Código Legado	Código do Documento	Versão	Data Criação	Data Revisão
Elaborador	Revisor	Parecerista	Aprovado por	Data Aprovação

- Licença Gala – Casamento:
  - Goiânia e Aparecida de Goiânia são 3 dias consecutivos, contando a data do civil;
  - Demais Unidades são 5 dias consecutivos, contando a data do civil;
- Licença Maternidade - 120 (cento e vinte) dias (Consulte o Procedimento de Licença Maternidade);
- Licença Óbito: falecimento de ascendentes ou descendentes: pais, filhos, avós, netos, irmãos, conjugues, bisavós:
  - Goiânia e Aparecida de Goiânia são 2 dias corridos, a partir da data do óbito;
  - Demais Unidades são 3 dias corridos, a partir da data do óbito;
- Licença Paternidade - 5 (cinco) dias consecutivos, contados a partir do dia do nascimento do filho.

Para os profissionais alocados na região São Paulo que seguem o sindicato preponderante a Folga do Profissional da Saúde: Mediante a concessão do sindicato da saúde, todos os profissionais que estiverem ativos na Instituição no dia 12 de maio, terão direito a uma folga devido ao feriado da categoria. Esta folga deverá ser descansada até o dia 30 de Abril. Funcionários que foram admitidos após esta data, afastados por Auxílio Doença, Acidente do Trabalho, Licença Maternidade, Licença Não Remunerada ou Licença Remunerada não terão direito a esta folga.

As divergências do ponto do período de Licença Maternidade, Licença Adoção, Licença Amamentação, Auxilio Doença e Acidentário (após o 15º dia) e Licença Não remunerada são regularizadas logo após o lançamento no SAP RH realizado pela área de Saúde Corporativa e Administração de RH , qualquer divergência desse período dever ser comunicada a área de Administração de RH para regularização.

Em caso de faltas injustificadas são descontadas a jornada diária não cumprida e o Descanso Semanal Remunerado (DSR).

ESQUECIMENTO, PERDA, FURTO OU ROUBO DO CRACHÁ.

No esquecimento, perda, furto ou roubo do crachá pessoal o funcionário deve informar imediatamente o Gestor.

Um novo crachá deve ser solicitado pelo funcionário, na Recepção de Recursos Humanos.

A primeira via do crachá ou a substituição por desgaste/quebra é gratuita, perda, furto ou roubo é cobrado, exceto se houver apresentação de Boletim de Ocorrência.

ESCALAS ESPECIAIS DE REVEZAMENTO

Escala 12X36 – Conforme Convenção Coletiva da Região

- Unidades Goiânia, Aparecida de Goiânia e Gonomika não tem direito 2 folgas no mês.
- Para Unidades de São Paulo o funcionário que trabalha em escala 12x36 terá direito a uma folga a cada 15 dias de trabalho, totalizando duas folgas no mês.

- É sugerida uma folga na primeira quinzena e a outra folga na segunda quinzena.
- Os funcionários que estiverem de férias ou afastadas terão direito a folgas caso tenham 15 dias de trabalho, caso tenham menos de quinze dias perdem o direito ao descanso.
- Em caso de atestados médicos nos dias de folgas o funcionário não terá direito a outra folga.

Jornada 6x1 Revezamento: Esta jornada não possui quantidade de folgas fixas, pois pode variar de acordo com a quantidade de dias úteis e não úteis do mês. Todo funcionário com jornada de até 6 horas terá direito a usufruir um intervalo de 15 minutos.

Jornada 6x1 – 180 horas mensais (6 horas diárias) e 220 horas mensais (8 horas diárias).

- A escala de trabalho 6x1 deve ser organizada de maneira que a cada 6 dias de trabalho, no máximo, o funcionário tenha um dia de folga.
- De acordo com a NR17, e Art 67 da CLT, é assegurado aos funcionários que realizam a jornada de 6x1 o descanso de pelo menos 1 (um) domingo no mês.
- A quantidade de folgas dos funcionários que realizam a escala de trabalho 6X1 irá depender da quantidade feriados e domingos no mês.
- Os dias de folgas devem ser definidos previamente entre gestor e colaborador de acordo com a escala da área.
- Em caso de atestados médicos nos dias de folgas o funcionário não terá direito a outra folga.

Jornada especial assistente social: Conforme a Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010, que dispõe sobre a redução da jornada de trabalho do Assistente Social para 30 horas semanais, totalizando 150 horas mensais.

RESPONSABILIDADES

FUNCIONÁRIO

- Registrar corretamente a marcação de ponto, realizando os registros de sua entrada e saída ao trabalho.
- Registrar o ponto eletrônico, preferencialmente no seu andar de trabalho. (Relógio de Ponto / SAP FIORI)
- Marcar única e exclusivamente seu próprio ponto, não registrar ponto para terceiros.
- Na ocorrência de atraso marcar a jornada efetiva de trabalho e justificar/informar ao Gestor.
- No esquecimento, perda ou roubo do crachá informar imediatamente o Gestor.
- Respeitar a tolerância para marcação de ponto é 05 (cinco) minutos no início e 05 (cinco) minutos no fim da jornada diária.
- Comunicar com antecedência de no mínimo 2 (duas) horas em caso de ausências.
- Conferir mensalmente o Espelho de Ponto através do SAP Fiori, e em casos de divergências comunicar imediatamente o gestor.
- Entregar o documento que comprove ausência em até 48 horas após o ocorrido.

Procedimento
CONTROLE DE FREQUENCIA – MARCAÇÃO DE PONTO

GESTOR:

- Garantir o cumprimento desse procedimento e todas as etapas do processo, dentro dos prazos estabelecidos.
- Analisar e tratar as divergências do ponto de seus subordinados até a data limite informadas pelo RH (consultar calendário de Serviços de RH disponível na intranet).
- Informar imediatamente a área de Administração de RH e Saúde Corporativa – Benefícios Previdenciários, em caso de divergências para análise nos períodos de Licença Maternidade, Adoção, Amamentação, Auxílio Doença, Auxilio Acidente de Trabalho e Licença Não Remunerada.
- Para as faltas que o funcionário não apresentar comprovante cabe ao Gestor avaliar e incluir como falta injustificada com desconto do DSR, falta justificada sem desconto de DSR, abono gestor ou Débito de Banco de Horas.
- Lançar em sistema, as devidas ausências / licenças em até 48 horas após o recebimento do documento.
- No caso de rescisão do contrato de trabalho, o gestor deverá realizar o ajuste do ponto imediatamente, garantindo assim o pagamento correto das horas nas verbas rescisórias.

ADMINISTRAÇÃO DE RH:

- Assegurar a integridade do sistema de ponto e o cumprimento deste procedimento e os correlacionados (Licença Não Remunerada).
- Lançar no SAP RH as Licenças Remunerada e não Remunerada.
- Auxiliar o gestor nas principais dúvidas referente à Gestão de Tempo.

SAÚDE CORPORATIVA:

- Assegurar a integridade do sistema de ponto e o cumprimento deste procedimento e os correlacionados (Licença Maternidade, Adoção e Amamentação).
- Lançar no SAP RH as Licenças (Maternidade, Adoção, Amamentação) e afastamento previdenciário.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO:

- Assegurar a integridade do sistema de ponto e as importações das marcações dos relógios.
- Garantir o funcionamento adequado do sistema e relógios de ponto.

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

N/A

6. PADRÃO DE PRÁTICA

N/A

7. REGISTRO

N/A

8. INDICADORES DE QUALIDADE

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
Código Legado	Código do Documento	Versão	Data Criação	Data Revisão
Elaborador	Revisor	Parecerista	Aprovado por	Data Aprovação

N/A

9. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

N/A

10. ANEXOS

Guia de Tratativa do Ponto Eletrônico

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLT - CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO
CCT - CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO
NR17 - NORMA REGULAMENTAR
PORTARIA MTE Nº 1.510/09 e 617/21

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

N/A

13. DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Revisão dos critérios

Tipo Documental
ProcedimentoAdministrativo
Título Documento
Gestão de Atestados Médicos

INTRODUÇÃO

Este procedimento estabelece os critérios de aceitabilidade e gestão de atestados médicos dos colaboradores da SBIBAE.

OBJETIVO

Padronizar os procedimentos para emissão, recebimento, registro, controle, aceitabilidade, análises estatísticas, arquivamento e avaliação estatística dos atestados entregues pelos colaboradores da SBIBAE.

DEFINIÇÕES

- **Atestado Médico**: este documento é fornecido por um médico, dentista ou outros profissionais da saúde, devidamente inscritos nos seus conselhos, e que apresente o CID (Código Internacional de Doenças). Este documento justifica a ausência do profissional ao trabalho em decorrência de algum fato relacionado à maternidade, doença ou acidente de trabalho.

Cópia Controlada

- **Atestado Médico Horas**: é um atestado médico que indica horas de ausência quando esta ausência é menor que um dia.

- **Atestado Médico Dias**: é um atestado médico que indica dias de ausência.

- **Declaração de Comparecimento**: documento que comprova a presença do colaborador em estabelecimento de saúde, constando data e hora, fornecida por pessoas que trabalhem nestas instituições. A declaração de comparecimento deve ser emitida em impresso próprio para esta finalidade, em papel timbrado, contendo o CID, data, período de permanência e carimbo com identificação e assinatura do profissional que prestou o atendimento.

- **Afastamento Previdenciário:** é o afastamento, das atividades laborais, por mais de 15 dias.

- **Afastamento Não previdenciário:** é o afastamento, das atividades laborais, por até 15 dias.

- **Afastamento Tipo B31:** é o tipo de afastamento não relacionado ao trabalho (atividade laboral que o colaborador executa).

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado RHAP.PR.QU.024	Código do Documento PR.ADM.227.3	Versão 3	Data Criação 07/04/2010	Data Revisão 29/05/2020
Elaborador Andrea Cristina Matos	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Andrea Cristina Matos Gomes | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 29/05/2020
DOCUMENTO OFICIAL				

– **Afastamento Tipo B91:** é o tipo de afastamento relacionado ao trabalho (atividade laboral que o colaborador executa).

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DESTE PROCEDIMENTO

– A SBIBAE aceita, para fins de abono, os atestados médicos e declarações de comparecimento emitidas por profissionais de saúde devidamente cadastrados nos seus Conselhos, desde que apresentados ao gestor no prazo máximo de **5 dias a partir** do início do afastamento, lembrando que o gestor tem 5 dias corridos para fazer o registro no SAP.

– Os atestados médicos e declarações de comparecimento não poderão apresentar caracteres ilegíveis, rasuras, borrões ou condições de conservação precárias.

– O atestado médico deve ser emitido em impresso próprio para esta finalidade, em papel timbrado do estabelecimento de origem contendo:

  ✓ Carimbo e assinatura do profissional que prestou o atendimento com o número de inscrição de seu respectivo Conselho Profissional;

  ✓ Endereço e telefone do médico ou serviço que prestou o atendimento;

  ✓ Data do atendimento coincidente com o início do afastamento;

  ✓ Período de afastamento (número de dias escritos em forma numérica e descritiva) e

  ✓ Número do CID.

Cópia Controlada

– Os atestados de consulta médica para abono deverão atender os requisitos enumerados acima e o tempo de percurso abonado será de até, no máximo, 01 hora no início da jornada. No caso de saída antecipada, o abono será de até, no máximo, 1 hora do término da jornada, totalizando o tempo de abono de 2 horas.

– O gestor deve efetuar o lançamento no sistema Gestão de Tempos em até 5 dias corridos, a partir da data de emissão do atestado médico. O campo CID deverá ser lançado somente com 1 letra e 3 dígitos, exemplo:

CID J110 - o lançamento no sistema deve ser: J11.0

TRATATIVAS EM SISTEMA:

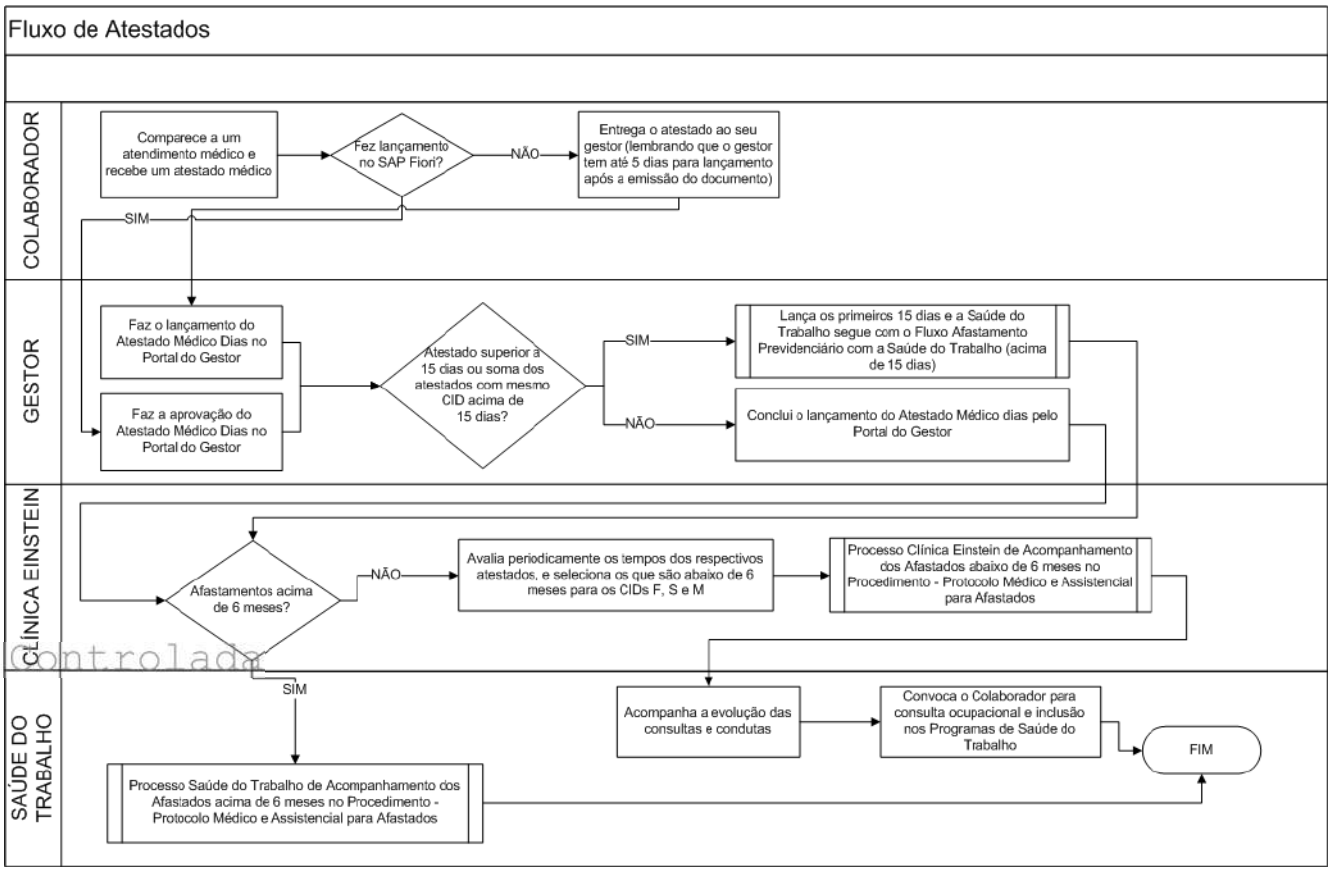
– Atestado Médico Dias: justificativa para a Instituição sobre o motivo de ausência do colaborador, sem acarretar descontos;

– Atestado Médico Horas: quando o profissional estiver ausente para realização de exames, sessões de fisioterapia, consultas, etc, é possível realizar o lançamento de horas. Deverão ser inseridos de acordo com as informações do atestado médico e poderá ser somado mais duas horas de percurso (ida e volta);

Versão: 3 - Elaborado em: 29/05/2020 14:09:42 - Aprovado em: 06/01/2022 12:00:00

Tipo Documental
ProcedimentoAdministrativo
Título Documento
Gestão de Atestados Médicos

As atividades resumidas encontram-se no fluxo abaixo:



Cópia Controlada

RESPONSABILIDADES

GESTORES

- Receber e conferir o atestado, observando legibilidade e integridade, nome do empregado, data, horário, CID, assinatura e carimbo do profissional que realizou o atendimento antes de realizar o lançamento;
- Lançar o atestado médico em até 5 dias a partir da data de emissão do atestado, no sistema SAP;
- Manter, se for de sua escolha, o atestado para controle e conferência futura;

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado RHAP.PR.QU.024	Código do Documento PR.ADM.227.3	Versão 3	Data Criação 07/04/2010	Data Revisão 29/05/2020
Elaborador Andrea Cristina Matos	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Andrea Cristina Matos Gomes | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 29/05/2020
DOCUMENTO OFICIAL				

- Atentar para a questão dos dias de afastamento: se mais de 15 dias ou mais de 15 dias com o mesmo CID, mesmo que não consecutivos, o sistema permitirá o lançamento dos primeiros 15 dias. Então, entrar em contato com a Saúde do Trabalho (4º andar Bloco E – Complexo Morumbi) para os trâmites do afastamento previdenciário;
- Em caso de dúvidas quanto à veracidade e autenticidade do atestado médico, solicitar avaliação específica da Saúde do Trabalho (4º andar Bloco E – Complexo Morumbi);
- Avaliar periodicamente os indicadores do sistema de gestão dos afastados (Saúde do Trabalho) da sua área, em dados emitidos no *Dashboard* Institucional da Saúde do Trabalho, o desempenho de sua área em relação às metas estabelecidas pela instituição, prevendo ações de melhoria no seu setor.

COLABORADORES

- Comunicar, com antecedência, ao gestor da área ou profissional por ele indicado, a realização de consultas eletivas;
- No caso de necessidades de atendimento médico não previsto, quando da emissão, onde aplicável, de um atestado médicos, não havendo impedimentos, solicitar expressamente o registro do CID, pelo profissional que prestou o atendimento e atentar para o correto preenchimento do atestado médico com solicitação de afastamento;
- Lançar seu atestado médico no SAP ou SAP Fiori logo após a sua emissão. Lembre-se que o gestor tem até 5 dias para lançar a informação após a data da entrega do atestado;

Cópia Controlada

- Se não tiver acesso ao SAP ou SAP Fiori, entregar o atestado ou declaração de comparecimento ao gestor da área ou ao profissional por ele indicado, logo após a sua emissão (lembrando que o gestor tem prazo de até 5 dias para lançar o atestado, a partir da data da sua emissão). No caso de impossibilidade, entregar por meio de familiar ou representante indicado;
- Participar do processo da gestão de Saúde do Trabalho, comparecendo às consultas quando convocado;
- Os colaboradores que apresentarem incapacidade para o trabalho (doença ou acidente) antes do primeiro dia de gozo das férias, serão afastados por atestado médico por até 30 dias e, após, serão encaminhados para afastamento previdenciário (se necessário) e automaticamente as férias serão suspensas,
- Obedecer aos prazos de entrega e comunicação, aos seus gestores, das ocorrências geradoras de atestados médicos previstos neste Procedimento.

RECURSOS HUMANOS

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado RHAP.PR.QU.024	Código do Documento PR.ADM.227.3	Versão 3	Data Criação 07/04/2010	Data Revisão 29/05/2020
Elaborador Andrea Cristina Matos	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Andrea Cristina Matos Gomes | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 29/05/2020
DOCUMENTO OFICIAL				

- Disponibilizar informações no sistema SAP, mensalmente, após fechamento do ponto, para as respectivas tratativas dos gestores;
- Disponibilizar informações no sistema SAP, mensalmente, como dados encerrados para que a Saúde do Trabalho possa tratar e gerar os dados estatísticos e alimentar o *Dashboard*;
- Dar suporte ao gestor quanto às dúvidas trabalhistas que possam surgir.

SAÚDE DO TRABALHO

- No caso de solicitação de informações sobre a veracidade do atestado médico por parte do gestor, solicitar comprovante do atestado da instituição ou com o profissional que emitiu o documento, por meio de solicitação por escrito ou via telefônica. O tempo da resposta irá depender do retorno da Instituição ou Profissional que, supostamente, tenha emitido o atestado. No caso de confirmação de inconsistência do atestado, solicitar este comprovante por escrito da instituição ou profissional indicado como autor do documento e repassar a informação e documentação ao gestor solicitante, para ciência e providências junto à área de Recursos Humanos e/ou Jurídico;
- Fazer a gestão estatística dos atestados apresentados por meio dos dados e programas de prevenção;
- Acompanhar os colaboradores afastados de acordo com o procedimento de Protocolo Médico e Assistencial para Afastados;
- Providenciar os afastamentos previdenciários.

Cópia Controlada

ANALISTA DE DADOS DE SSMA

- Manter os *Dashboards* da Saúde do Trabalho devidamente atualizados para as devidas consultas;
- Atuar de forma de gerar novas visualizações dos dados para melhor entendimento e atuação dos gestores e da Saúde do Trabalho.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Procedimentos internos de gestão como o Protocolo Médico e Assistencial para Afastados.

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Não aplicável.

Tipo Documental
ProcedimentoAdministrativo
Título Documento
Gestão de Atestados Médicos

ANEXOS

Não aplicável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não aplicável.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Protocolo Médico e Assistencial para Afastados

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Viviane Vasconcelos do Nascimento (10/04/2015 08:17:07 AM) - Revisão.

Patrícia Maria dos Santos Chaves (20/10/19) – inclusão do fluxo e mais atribuições da Saúde do Trabalho, assim como, inclusão do SAP Fiori com o RH + Alteração do título do documento de "Procedimento Aceitabilidade Atestado Médico" para "Gestão de Atestados Médicos".

Cópia Controlada

Maio/2020 – Daisy Okada – As informações abaixo deixaram de existir no sistema SAP Fiori, e por este motivo foram excluídas do documento, a pedido da Viviane Vasconcelos do Nascimento (RH): "Atestados que ultrapassaram o prazo limite para apresentação e os que não apresentem o CID (Código Internacional de Doenças), serão aceitos pela liderança apenas como Atestado Justificado" e "Atestado Médico Justificado: atestados entregues que não se enquadram nos critérios deste procedimento e que acarretam no desconto salarial do colaborador", acordado com Laura Wanderly (Saúde do Trabalho).

Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes (28/05/2020 03:12:43 PM) - Alterações no documento relacionadas ao SAP Fiori - atestado médico justificado.

Diretoria		Espécie	Especialidade	Status
RECURSOS HUMANOS		ADMINISTRATIVO		Aprovado
Código Legado RHAP.PR.QU.024	Código do Documento PR.ADM.227.3	Versão 3	Data Criação 07/04/2010	Data Revisão 29/05/2020
Elaborador Andrea Cristina Matos	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Andrea Cristina Matos Gomes | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 29/05/2020
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAdministrativo
Título Documento
Gestão de Terceiros

INTRODUÇÃO

A contratação de serviços terceirizados faz parte da rotina de grande parte das organizações e esta prática permite que a Sociedade tenha mão de obra especializada para determinadas atividades. A contratação de serviços terceirizados requer que sejam respeitados limites legais e institucionais para evitar riscos trabalhistas e de segurança, por exemplo.

Esta Política estabelece os critérios para a contratação e gestão dos serviços prestados por terceiros, de acordo com a legislação vigente no País.

OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para a contratação e gestão de serviços terceirizados, desde a identificação da necessidade até o término da prestação de serviços. Esta política **não** se aplica à contratação de serviços médicos.

DEFINIÇÕES

- **Terceirização**: É a contratação de mão de obra especializada de uma empresa prestadora de serviços. A relação de emprego se dá entre o trabalhador e a empresa contratada, e não com o tomador dos serviços.
- **Vínculo empregatício:** É a relação de trabalho, envolvendo pessoalidade, subordinação e continuidade.
- **Subcontratação**: É o processo de transferência de todo ou parte dos serviços de uma empresa contratada para outra, contratada por esta.
- **Acordo de Nível de Serviço (ANS):** Desempenho mínimo a ser cumprido pela empresa contratada, medido através de indicadores.

Cópia Controlada

CRITERIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA - DIRETRIZES GERAIS

1) A Sociedade pode contratar empresas especializadas para execução de serviços para apoio às suas atividades.

2) Não é permitida a subcontratação de serviços pelas empresas contratadas sem a aprovação prévia da Diretoria contratante e do Departamento Jurídico.

3) Não é permitida a contratação de serviços autônomos, ou seja, prestados diretamente que excedam 3 meses.

4) As contratações deverão ser efetuadas com pessoas jurídicas.

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.363.1	Versão 1	Data Criação 12/01/2017	Data Revisão
Elaborador Danielle de Paiva Santello	Revisor Viviane Vasconcelos do Nascimento	Parecerista	Aprovado por Andrea Cristina Matos | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 13/01/2017
DOCUMENTO OFICIAL				

5) Colaboradores que mantêm vínculo CLT com a Sociedade, não podem prestar serviços terceirizados a Sociedade, para exercício da mesma atividade desempenhada como CLT ou durante sua jornada de trabalho.

6) Deve-se contratar empresa idônea, com solidez econômica e notória especialidade técnica. Esta especialidade técnica deve estar expressa em seu objeto social.

7) A empresa contratada deve obrigatoriamente citar clientes, distintos do Einstein, de forma a evitar sua dependência econômica em relação ao Einstein.

8) A execução das atividades dos empregados da empresa contratada deve ser coordenada diretamente pela empresa contratada.

9) Todos os empregados das empresas contratadas devem ser admitidos pelo Regime CLT e a Sociedade não pode interferir, de forma direta ou indireta, na seleção, contratação e demissão desses profissionais.

10) Fica vedado o pagamento pela Sociedade de despesas de viagem diretamente aos empregados das contratadas.

11) A empresa contratada deverá cumprir todas as leis nacionais, incluindo obrigações trabalhistas, práticas ambientais, de saúde ocupacional e de segurança do trabalho e comprovar este cumprimento, sempre que solicitado.

12) As atividades da empresa contratada constante do contrato não devem ser desvirtuadas no decorrer da prestação de serviço.

Cópia Controlada

CONTRATAÇÃO

Cabe à área tomadora de serviços justificar a necessidade da contratação e aprová-la, junto à diretoria da sua área. Após a aprovação, a área tomadora do serviço deve realizar a abertura da solicitação de contratação de serviços, por meio da transação ZNBC no sistema SAP, direcionando a solicitação à área de Compras de Serviços, com a definição do escopo, resultados esperados e o Acordo de Nível de Serviço (ANS) para negociação. A solicitação seguirá o fluxo de contratação definido na **"Política de Compras de Serviços"**.

Cabe à área tomadora de serviços, com o suporte das áreas de Compras, Departamento Jurídico e C*ompliance*, analisar a existência de potenciais conflitos de interesses na contratação a ser feita, devendo ser observadas as diretrizes da **"Política Institucional de Prevenção e Controle de Potenciais Conflitos de Interesses"**.

Toda contratação de prestação de serviços terceirizados deve ser formalizada por meio de contrato que defina as responsabilidades de cada parte, validado pela área Jurídica. Deve obedecer ainda aos critérios das demais Políticas Internas do Einstein citadas no item **Documentos Relacionados**, além de atender às exigências do **"Manual de Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente"**.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Os serviços terceirizados prestados, dentro ou fora das instalações do Einstein, devem cumprir as seguintes obrigações:

1) As atividades da empresa contratada estão limitadas às constantes em contrato;

2) A execução das atividades terceirizadas deverá ser coordenada direta e exclusivamente pela empresa contratada, que deve garantir que toda comunicação de execução do serviço ocorra por meio de seus prepostos. Na execução dos serviços não poderá haver pessoalidade (execução do serviço por um determinado empregado da contratada). Em nenhuma hipótese os empregados dos prestadores de serviços terão subordinação a empregados do Einstein.

3) As obrigações trabalhistas, bem como as demais condições legais e contratuais, devem ser cumpridas de acordo com a legislação vigente.

4) A Sociedade promove um ambiente de trabalho seguro e adota ações para proteger profissionais que atuam na Sociedade, incluindo os terceiros, prevenindo riscos inerentes ao trabalho. É esperado que todos os profissionais relatem preocupações e/ou violações às regras de segurança à área de Segurança do Trabalho.

5) Informações Sigilosas: É vedado utilizar informações sobre atividades, assuntos da Sociedade ou de pacientes para favorecimento próprio. A quebra da confidencialidade ou o uso impróprio de informação confidencial é inaceitável.

Cópia Controlada

RESPONSABILIDADES

Área Tomadora do Serviço:

1) Justificar e emitir a requisição de compra no sistema SAP, a qual deve ser aprovada conforme **"Política de Compras de Serviços"**.

2) Exigir da empresa contratada o cumprimento das cláusulas do contrato, bem como da legislação vigente.

3) Gerenciar o contrato, acompanhando mensalmente a execução dos serviços e o cumprimento de suas cláusulas, a qualidade e os respectivos ANS´s.

4) Disponibilizar o **"Manual de Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente"** e o **"Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética"** aos terceiros alocados nas dependências da Sociedade, assim como manter o registro da entrega destes documentos.

5) Informar imediatamente à Segurança do Trabalho o não cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego pelas empresas contratadas.

6) Informar a área de Recursos Humanos o não cumprimento das obrigações trabalhistas pela empresa contratada.

7) Solicitar a liberação e bloqueio de acessos físicos e sistêmicos aos prestadores de serviços.

8) Assegurar a realização de treinamento sobre as regras e políticas institucionais para os profissionais terceiros que forem atuar nas dependências da instituição.

9) Recepcionar e encaminhar mensalmente à área de RH a documentação trabalhista, fiscal e previdenciária, conforme descrito no **"Manual de Contratação e Gestão de Serviços Terceirizados"**.

10) Realizar o pagamento ao prestador de serviços apenas mediante regularidade das documentações apresentadas e cumprimento das cláusulas contratuais.

Empresa Contratada:

1) Cumprir todas as determinações previstas no contrato.

2) Cumprir toda legislação vigente aplicável às suas atividades e, em especial, a legislação trabalhista.

3) Manter e fornecer a lista atualizada dos empregados que prestam serviço à Sociedade.

4) Entregar mensalmente, junto com o documento de cobrança, a documentação trabalhista (inclusive os relacionados à Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional), fiscal e previdenciária prevista no contrato.

Cópia Controlada

5) Ter um responsável pela operação na Sociedade, que atue como facilitador na realização do trabalho e na orientação de seus funcionários, garantindo o cumprimento das normas internas da Sociedade.

6) Permitir e atender às solicitações de visitas técnicas e/ou auditorias da Sociedade.

7) Orientar, fiscalizar e assegurar a utilização eficaz dos EPI´s adequados aos riscos da atividade, por parte de seus funcionários, fazendo cumprir as diretrizes especificadas no **"Manual de Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente para prestadores de serviços"**.

8) Assinar Termo de Confidencialidade de Informações, quando a atividade a ser desenvolvida por terceiros necessitar de acesso a informações restritas da Sociedade.

9) Disponibilizar aos seus empregados os treinamentos técnicos necessários para o cumprimento das atividades contratadas, monitorar a sua realização e guardar os registros que evidenciem seu cumprimento.

Colaborador Terceiro:

Versão: 1 - Elaborado em: 13/01/2017 13:56:36 - Aprovado em: 06/01/2022 12:00:00

1) Cumprir as orientações fornecidas por sua empregadora para a realização do seu trabalho, inclusive com relação à utilização de EPI´s.

2) Participar da Integração Institucional e de Treinamentos sobre normas institucionais, realizados pela Sociedade, no início das atividades e sempre que houver atualizações.

3) Realizar os treinamentos técnicos disponibilizados pelo seu empregador, necessários para o desempenho de suas atividades.

4) Ler e cumprir as orientações do **"Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética".**

5) Conhecer e aderir às políticas e regras de Sociedade, aplicáveis à prestação de serviços.

Compras de Serviços:

Analisar o escopo da contratação e realizar cotações de mercado de acordo com a **"Política de Compras de Serviços"**.

Gestão de Fornecedores:

Verificar a idoneidade e solidez financeira do fornecedor, de modo a evitar a dependência econômica da contratada, bem como acompanhá-la na execução do contrato.

Jurídico:

Cópia Controlada

Apoiar a área contratante e áreas envolvidas no processo de gestão de terceiros, citadas nesta política (compras, RH, gestão de fornecedores etc), na análise quanto aos aspectos jurídicos pertinentes à especialização dos serviços e na elaboração do contrato e aditivos.

Segurança Patrimonial e Segurança da Informação:

Definir diretrizes e monitorar os acessos físicos e sistêmicos dos empregados das empresas contratadas e sua correta utilização, conforme procedimentos de Segurança do Einstein.

Segurança do Trabalho:

1) Avaliar e gerenciar o cumprimento das atividades desenvolvidas pelas empresas contratadas de acordo com o **"Manual de Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente para prestadores de serviços"**.

2) Analisar documentos técnicos necessários à contratação e durante a realização das atividades.

3) Orientar as áreas gestoras e os prestadores de serviços em relação aos procedimentos de segurança do trabalho, para que atuem de forma preventiva e comuniquem qualquer divergência à de Segurança do Trabalho.

Ensino Einstein:

1) Aplicar treinamentos aos profissionais terceiros a respeito das regras e políticas institucionais, por meio de *e-learning* e/ou presencial.

2) Garantir o registro da aplicação destes treinamentos a todos os profissionais terceiros.

Recursos Humanos:

1) Receber e conferir mensalmente a documentação legal relativa ao recolhimento de encargos de INSS e FGTS inerente à folha de pagamento, ao cadastro dos prestadores de serviços e demais relatórios, comunicando à contratada qualquer divergência referente à legislação trabalhista, inclusive, para bloqueio de pagamento.

2) Realizar Integração Institucional para prestadores de serviços.

DESCUMPRIMENTO DESTA POLÍTICA

O descumprimento das diretrizes estabelecidas nesta política deve ser comunicado diretamente ao Diretor da área tomadora do serviço e ao Canal de Denúncias para que seja devidamente apurado.

O Canal de Denúncias pode ser acessado na página do Einstein na internet (www.einstein.br/compliance), na intranet (Auditoria, Gestão de Riscos e Compliance > Canal de Denúncias) e no telefone 0800-741-0004.

Cópia Controlada

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
- Súmula 331 do TST (Tribunal Superior do Trabalho) – Contrato de Prestação de Serviços
- Normas Regulamentadoras do M. T. E – Ministério do Trabalho e Emprego – Portaria nº 3.214/78.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética;
- Política de Compras de Serviços;
- Política para cadastro de fornecedores;
- Manual dos Fornecedores Einstein;
- Política Institucional de Segurança da Informação;
- Política de Controle de Acessos;
- Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente;
- Normas para os Treinamentos de Terceiros, Bolsistas, Cooperados e Temporários;
- Normatização das Atividades de Médico Auditor Externo HIAE;
- Procedimento – Gerenciamento de Resíduos de Terceiros;

- Procedimentos – Contratação de Autônomo;
- Procedimentos – Serviço de Terceiros;
- Politica de Segurança, Saúde e Meio Ambiente;
- Manual de segurança do trabalho, saúde e meio ambiente para prestadores de serviços;
- Política Institucional de Prevenção e Controle de Potenciais Conflitos de Interesses;
- Política Institucional de Prevenção à Corrupção.

Viviane Vasconcelos do Nascimento (12/01/2017 04:55:12 PM) - Política de Gestão de Terceiros

Cópia Controlada

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.363.1	Versão 1	Data Criação 12/01/2017	Data Revisão
Elaborador Danielle de Paiva Santello	Revisor Viviane Vasconcelos do Nascimento	Parecerista	Aprovado por Andrea Cristina Matos | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 13/01/2017
DOCUMENTO OFICIAL				

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. INTRODUÇÃO

As Trilhas de aprendizagem constituem um conjunto integrado e sistemático de soluções de aprendizagem ou programas educacionais, utilizando múltiplos formatos e estratégias educacionais que visa o desenvolvimento de competências individuais (conhecimentos, habilidades e atitudes) requeridas para o desempenho dos colaboradores no dia a dia, viabilizando alcance do objetivo estratégico da Sociedade.

As Trilhas de Aprendizagem são caminhos alternativos e flexíveis para promover o desenvolvimento pessoal. Não é apenas um roteiro de ações, mas um acompanhamento da evolução na jornada de aprendizado, para que ocorra no tempo ideal.

O Ensino Corporativo Einstein elaborou a presente Política como forma de sistematizar, organizar e apresentar os programas de treinamento e desenvolvimento para os colaboradores da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - SBIBAE (Einstein ou Sociedade), por meio de Trilhas de Aprendizagem, construindo conteúdos que têm como objetivo o desenvolvimento de competências profissionais necessárias para o desempenho das diferentes atividades realizadas na Sociedade e disseminar o propósito, a missão, a visão e os valores, bem como as diretrizes estratégicas relevantes.

Cópia Controlada

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta Política não pretende descrever e exaurir todas as situações relativas à capacitação dos colaboradores. Quando não houver neste documento, regra ou exemplo explícito para orientar a conduta diante de situações concretas, a tomada de decisão deve ser orientada pelos seguintes princípios:

- **PRINCÍPIO DA SUSTENTABILIDADE:** os conteúdos disponibilizados por meio das Trilhas de Aprendizagem devem estar alinhados ao propósito, missão, visão e valores da Sociedade, bem como ao planejamento estratégico e as competências de cargo mapeadas pela Diretoria de Recursos Humanos.
- **PRINCÍPIO DA PADRONIZAÇAO DE PRÁTICAS:** o desenvolvimento de conteúdos disponibilizados por meio das Trilhas de Aprendizagem será baseado nos critérios, conhecimentos e padrões de práticas requeridos para atuação dos colaboradores na Sociedade.
- **PRINCÍPIO DA QUALIDADE E SEGURANÇA:** os conteúdos disponibilizados por meio das Trilhas de Aprendizagem promoverão a educação, o aprendizado e o engajamento dos colaboradores da

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3663

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

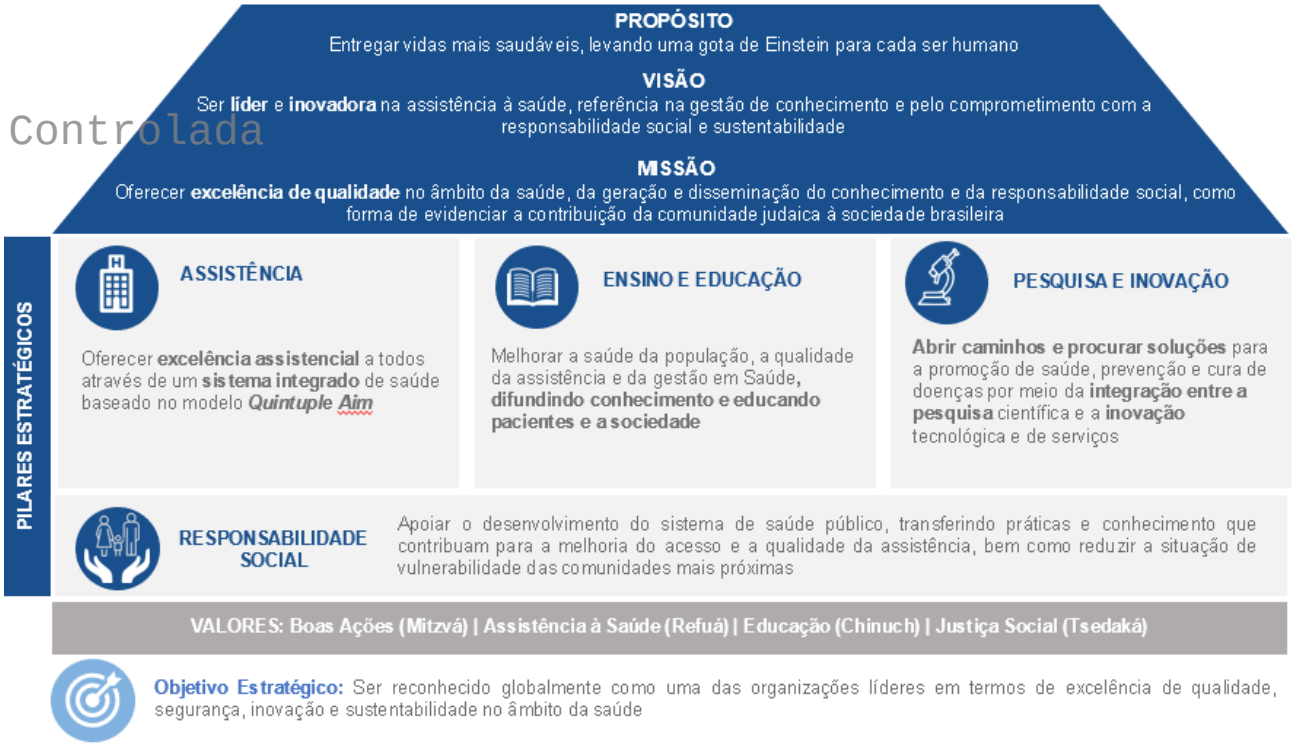
Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Sociedade em conformidade com as diretrizes, ferramentas e recursos estabelecidos no Sistema Einstein de Qualidade e Segurança (SEQS).

3. OBJETIVO

Esta Política tem por objetivo estabelecer as regras, papéis e responsabilidades relativas ao desenvolvimento das Trilhas de Aprendizagem por parte da Diretoria de Ensino, com apoio dos especialistas e referências do Einstein como forma de apoiar o compromisso da Sociedade com a geração do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades de seus colaboradores, alinhados ao propósito, visão, missão, valores e objetivos estratégicos.

Cópia Controlada



4. DEFINIÇÕES

- **Aprendizado:** processo de aquisição de conhecimento e habilidades que permitem o desenvolvimento de competências.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3664

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

- **Competência:** são conhecimentos, habilidades e comportamentos que contribuem para o desempenho individual e organizacional.

A figura 1, a seguir, esquematiza o conceito de competência:

Cópia Controlada

Figura 1: Conceito de Competência.

Fonte: Adaptado de Éboli, 2004.

- **Competência Profissional:** Capacidade de unir conhecimentos, habilidades e atitudes para gerar resultados, isto é, demonstrar desempenho cada vez mais eficiente e eficaz das atividades profissionais:
  - Conhecimento: É a obtenção e a transformação de dados em informação.
  - Habilidade: É a capacidade inata para desenvolver determinada atividade.
  - Atitude: É a disposição para tomada de iniciativa.

- **Trilhas de Aprendizagem:** conjunto integrado e sistemático de soluções de aprendizagem ou programas educacionais, recorrendo a múltiplos formatos e estratégias. Tal conjunto visa à instalação e o desenvolvimento de competências individuais (conhecimentos, habilidades e atitudes) requeridas para o desempenho das pessoas no dia a dia e que viabilizará o alcance do objetivo estratégico do Einstein. As competências organizacionais e profissionais são norteadoras pelo desenvolvimento das trilhas de Aprendizagem.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3665

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

5. APLICABILIDADE

Esta Política se aplica a todos os colaboradores da Sociedade.

6. DESCRIÇÃO

As Trilhas de Aprendizagem da Sociedade são desenvolvidas pela Diretoria de Ensino e tem como premissas:

- Oferecer capacitação e crescimento das competências dos colaboradores, contribuindo para seu desenvolvimento profissional;
- Reforçar os princípios e os valores da Sociedade, abordando temas institucionais relativos à conduta ética; e
- Contribuir para a qualidade e excelência dos serviços prestados pela Sociedade.

Cópia Controlada

Os direcionadores para a definição das temáticas a serem abordados no ciclo de trilhas são os seguintes:

- Competências estratégicas e profissionais;
- Indicadores operacionais e assistenciais;
- Legislação;
- Diretrizes estratégicas;
- Certificações, Acreditações, Auditorias, Reconhecimentos; e
- Políticas de qualificação profissional.

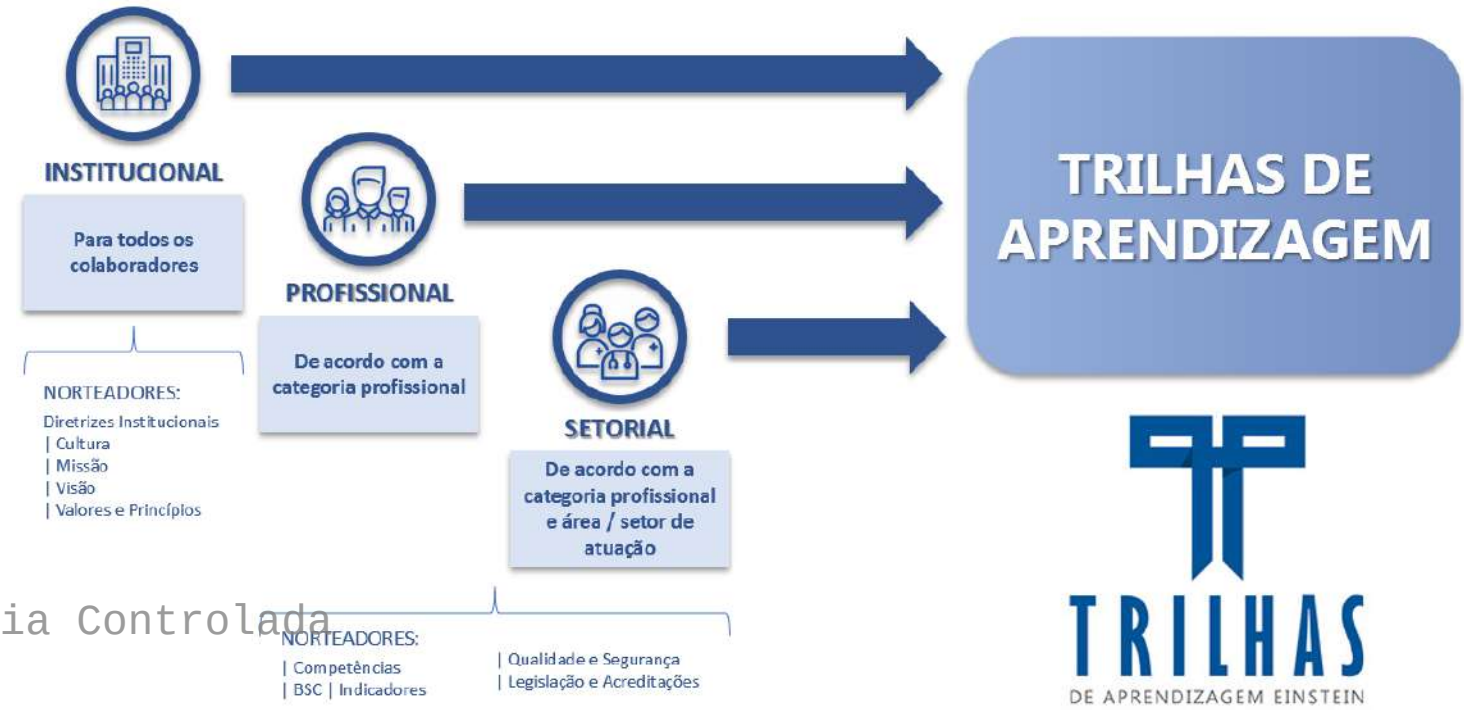
Os conteúdos elaborados e disseminados pelas trilhas de aprendizagem devem ser baseados em cenários que considerem a diversidade e a inclusão.

As trilhas de Aprendizagem estão organizadas conforme os pilares apresentados na figura 2 abaixo:

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3666

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador



Cópia Controlada

Figura 2: Trilhas de Aprendizagem Einstein.

Trilha Institucional

A trilha institucional deve ser disponibilizada a todos os colaboradores e tem como proposta propagar a cultura e os saberes fundamentais da Sociedade de forma a proporcionar aos colaboradores conhecimentos sobre aspectos da organização alinhados aos objetivos estratégicos. Está pautada em três eixos, a saber:

- Princípios e Valores;
- Cultura de Segurança; e
- Experiência do Paciente e Colaborador.

Os treinamentos que compõem a Trilha Institucional devem ser elaborados e aprovados pela Diretoria de Ensino com o apoio de especialistas e referências do Einstein no tema abordado.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3667

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

O processo de definição e planejamento de conteúdo deve levar em consideração as diretrizes, programas e projetos institucionais. Todo conteúdo deve ser ofertado aos colaboradores por meio de um ambiente virtual de aprendizagem, disseminando a cultura ética e de excelência preconizada pela Sociedade e contribuindo para o fortalecimento do propósito, missão, visão, valores e objetivo estratégico da Sociedade. Os conteúdos devem ser elaborados e disponibilizados de acordo com os objetivos de aprendizagem definidos para cada público, sendo:

- **Novos colaboradores:** Para este público a Trilha deve ser formatada com conteúdos que abordem aspectos culturais fundamentais para a Sociedade, nivelando conhecimento e orientando a conduta.
- **Colaboradores que atuam na Sociedade há mais de um ano:** Para este público, os conteúdos e objetos apresentados considerarão o perfil de aprendizagem do Colaborador, dividindo-se em:
    - **Colaboradores de Nível Técnico.**
    - **Colaboradores de Nível Superior.**

Cópia Controlada

O ciclo de atualização da Trilha Institucional é anual.

O prazo de conclusão segue as regras abaixo:

- **Novos Colaboradores:** devem realizar os treinamentos em até 45 dias após a data de admissão.
- **Demais colaboradores**: o prazo pode variar de acordo com o ciclo de cada trilha. O colaborador deve gerenciar o tempo de conclusão, de forma a cumprir o prazo estabelecido no ano em curso.

O desempenho do colaborador é medido por meio de uma avaliação de aprendizagem, que deve ser realizada ao final do Treinamento, que aborda todo o conteúdo disponibilizado na Trilha. Devem ser disponbilizadas 03 tentativas para a realização da avaliação. O nível de aproveitamento requerido para aprovação é de 70%. O colaborador que não obter o aproveitamento desejado deve ser considerado reprovado e um comunicado deve ser enviado ao Gestor imediato, sendo este responsável por realizar um plano de ação para desenvolver o Colaborador no tema em questão. O Plano de ação deverá ser registrado no Portal de Gestão de Pessoas como forma de evidência.

Como forma de reconhecimento aos colaboradores que buscam o seu desenvolvimento e capacitação, a conclusão e aprovação nas trilhas de aprendizagem institucional compõe uma das metas referente ao Programa de Remuneração Variável.

Trilha Profissional

A trilha profissional é destinada aos colaboradores que atuam em áreas assistenciais e de atendimento ao paciente, aplicável a determinados cargos e áreas de atuação como, por exemplo, equipes de Enfermagem, Multiprofissional e Médica.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3668

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

O processo de definição e planejamento de conteúdo levará em consideração as atividades realizadas pela Sociedade, as competências necessárias a serem desenvolvidas e/ou aprimoradas, os indicadores operacionais e assistenciais, os requisitos legais relativos aos processos, as acreditações, certificações, auditorias e reconhecimentos a serem adquiridos e/ou mantidos e os protocolos e procedimentos adotados pela Sociedade.

Os conteúdos desenvolvidos terão como objetivos:

- Proporcionar a atuação dos profissionais com excelência, assegurando qualidade e segurança ao paciente;
- Apoiar a atuação profissional de forma segura, evitando possíveis riscos no exercício das funções;
- Fortalecer a consciência situacional dos profissionais;
- Evitar eventos adversos graves e danos aos pacientes;
- Atender novas competências exigidas ao cargo;
- Habilitar os profissionais para o uso de novas tecnologias em saúde;
- Atender as diretrizes institucionais; e
- Atender auditorias, certificações, acreditações e reconhecimentos.

Cópia Controlada

Para compor o conteúdo desta trilha, serão utilizadas metodologias ativas e colaborativas de aprendizagem, com a utilização do formato de ensino a distância, presencial ou híbrido. Desse modo, a Sociedade ofertará possibilidades e vantagens de ambas as metodologias.

A Trilha Profissional é segmentada em:

- **Trilha Profissional de Enfermagem** – Os conteúdos devem ser elaborados e disponibilizados de acordo com os objetivos de aprendizagem definidos para cada público, sendo:
  - **Novos Colaboradores da Equipe de Enfermagem** (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, residentes, estagiários e profissionais do programa de aprimoramento da enfermagem);
  - **Colaboradores da Equipe de Enfermagem que atuam na Sociedade há mais de um ano** em áreas de atendimento a Pacientes Internados, Pacientes Ambulatoriais e Pacientes Cirúrgicos.
- **Trilha Multiprofissional –** Trilha disponibilizada para novos Colaboradores da Equipe Multiprofissional e colaboradores que atuam no cargo há mais de 01 ano; e
- **Trilha de Atendimento –** Trilha disponibilizada para novos Colaboradores da Equipe Multiprofissional e colaboradores que atuam no cargo há mais de 01 ano.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3669

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

O ciclo de atualização da Trilha Profissional é anual.

O prazo de conclusão segue as regras abaixo:

- **Novos Colaboradores:** devem realizar os treinamentos em até 90 dias após a data de admissão; e
- **Demais colaboradores:** o prazo deve variar de acordo com o ciclo de cada trilha.

O colaborador deve gerenciar o tempo de conclusão, de forma a cumprir o prazo estabelecido no ano em curso. O desempenho do colaborador é medido por meio de uma avaliação de aprendizagem, que deve ser realizada ao final do Treinamento, que compreende o conteúdo disponibilizado na Trilha. Devem ser disponblizadas 03 tentativas para realização da avaliação. A nível de aproveitamento requerido para aprovação é de 70%. O colaborador que não atingir o aproveitamento desejado será considerado reprovado e um comunicado é enviado ao Gestor imediato, sendo este responsável por realizar um plano de ação como forma de desenvolvê-lo no tema em que este foi reprovado. O Plano de ação deverá ser registrado no Portal de Gestão de Pessoas, como forma de evidência.

Como forma de reconhecimento aos colaboradores que buscam aprimorar o seu desenvolvimento e capacitação, a conclusão da trilha profissional compõe uma das metas referente ao Programa de Remuneração Variável.

Cópia Controlada

A Trilha Setorial

Os treinamentos oferecidos por meio da Trilha Setorial são organizados conforme Políticas de conhecimentos requeridos para atuação profissional e disponibilizados de acordo com os cargos assistenciais e de atendimento, áreas de atuação dos profissionais, níveis de especialidade e diretrizes estratégicas da Sociedade. Tem como premissa atender às necessidades de desenvolvimento dos colaboradores que necessitem de atualização constante em temas de relevância para atuar com excelência e segurança em áreas críticas como, por exemplo, Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Pronto Atendimento. A Trilha deve possuir uma abordagem específica e uso de métodos de aprendizagem híbridos, ativos e colaborativos como forma de facilitar a internalização do conteúdo aplicado e assegurar o aprendizado por parte do aluno/colaborador.

A periodicidade de aplicação da Trilha Setorial ocorre conforme políticas institucionais de conhecimentos requeridos para atuação profissional e o seu prazo para conclusão varia de acordo com o ciclo de trilhas.

O desempenho do colaborador deve ser medido por meio de avaliações teóricas e práticas, conforme programa estabelecido.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3670

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

7. RESPONSABILIDADES

Colaboradores

- Realizar as trilhas de aprendizagem;
- Respeitar o prazo estipulado para conclusão;
- Ser protagonista do seu aprendizado e crescimento profissional; e
- Realizar avaliação de reação para melhoria dos ciclos posteriores.

Gestores

- Acompanhar a adesão e desempenho dos colaboradores durante o ano, formalizado por meio do Ciclo de Gestão de Desempenho Einstein;
- Engajar os colaboradores para a participação das trilhas de aprendizagem;
- Estabelecer plano de ação em casos de baixo desempenho e reprovações por parte dos Colaboradores; e
- Estabelecer plano de ação aos colaboradores pouco aderentes ao programa.

Cópia Controlada

Ensino Corporativo

- Promover a capacitação dos seus colaboradores, em conformidade a Resolução RDC nº63/2011;
- Garantir a experiência de aprendizagem, disponibilizando soluções educacionais inovadoras e atualizadas para diferentes níveis e categorias profissionais, facilitando a retenção do aprendizado;
- Desenhar soluções de aprendizagem, com foco na retenção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades necessárias para atuação, com a participação de especialistas no tema para o desenvolvimento dos conteúdos;
- Construir, juntamente com a área de comunicação interna, o plano de comunicação das trilhas de aprendizagem, com autonomia para divulgá-lo em canais institucionais, como, por exemplo, e-mail, rede social corporativa e TV corporativa;
- Ser curador do conteúdo, garantindo o alinhamento de informações e o padrão de prática institucional.
- Gerenciar a participação dos colaboradores no ciclo das trilhas, promovendo ações de engajamento;
- Acompanhar indicadores estratégicos como um direcionar para implementar temas, conteúdos e alertas nas trilhas de aprendizagem;
- Disponibilizar aos gestores os dados de treinamentos por meio do Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem *(LMS - Learning Management System*), de forma que os gestores possam gerenciar de forma assertiva o desenvolvimento de suas equipes;

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3671

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

- Construir novos ciclos de treinamento com base em análise de dados coletados pelas trilhas realizadas em associação com os indicadores operacionais e o desempenho dos colaboradores;
- Sensibilizar colaboradores sobre o uso das informações no que tange a confidencialidade de dados;
- Implementar melhorias no programa e na plataforma de acesso para proporcionar a melhor experiência de aprendizagem;
- Dar suporte aos colaboradores e gestores com o objetivo de facilitar o engajamento e a realização das trilhas de aprendizagem; e
- Realizar, com base nos resultados dos ciclos de trilhas, as melhorias para o ciclo subsequente propondo novos formatos e metodologias, reforçando assim a aprendizagem dos colaboradores.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

Cópia Controlada

- Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977 – Define as infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

- Resolução RDC n° 63 de 25 de novembro de 2011 - Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde.

Nota: Os treinamentos previstos na RDC nº63/2011 devem ser obrigatoriamente realizados sob risco de caracterização de infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437/1977, sem prejuízo de possível responsabilização civil, administrativa e penal.

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Os dados de treinamento são armazenados no Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS), extraídos e analisados pela equipe do Ensino Corporativo por meio de relatórios.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Seguem abaixo os indicadores de Trilhas de Aprendizagem acompanhados por fase:

#	Fase	Indicador	Objetivo

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3672

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1	Durante o ciclo de trilhas.	Satisfação com as trilhas de Aprendizagem.	Acompanhamento da média geral de satisfação dos colaboradores com relação aos treinamentos realizados por meio de trilhas de aprendizagem. O indicador NPS é resultado do percentual de participantes promotores diminuindo o percentual de participantes detratores em relação aos treinamentos realizados por meio das trilhas de aprendizagem
#	**Fase**	**Indicador**	**Objetivo**
2	Durante e após o ciclo de trilhas.	Adesão às trilhas de Aprendizagem.	Acompanhamento e análise dos profissionais que iniciaram a jornada nas trilhas de Aprendizagem.
3	Durante e após o ciclo de trilhas.	Desempenho nas trilhas de Aprendizagem.	Acompanhamento e análise dos profissionais quanto ao desempenho de aprendizagem em sua jornada nas trilhas de aprendizagem.
4	Ao final do ciclo de trilhas.	Conclusão das trilhas de Aprendizagem.	Acompanhamento e análise dos profissionais que concluíram toda a sua jornada de trilhas de aprendizagem.
5	Hora Homem Treinamento	Hora de treinamento por profissional	Avaliar a quantidade média de horas de treinamentos realizados por colaborador no ano, bem como a sua dispersão incluindo as trilhas de aprendizagem.

Cópia Controlada

11. ANEXOS

Não se aplica.

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3673

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EBOLI, M. **Educação Corporativa no Brasil: Mitos e Verdades.** 2. ed. São Paulo: Gente, 2004.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Política de Conhecimentos Requeridos para atuação da Enfermagem.
- Política de Qualificação Médica.

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

Giovana Ribeiro Brambilla - 24/10/2022 - 14:22

Atualização dos processos e informações.

Atualização do título DE: Política de Capacitação Profissional por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências, PARA: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Cópia Controlada

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47

Título: Política de Capacitação por meio de Trilhas de Aprendizagem e Desenvolvimento de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
25/09/2017 00:00:00	Criado por	DM User
24/10/2022 14:22:09	Atualizado por	Giovana Ribeiro Brambilla
06/04/2023 16:33:07	Aprovado por	Miriam do Carmo Branco da Cunha
19/04/2023 12:45:30	Aprovado por	Henrique Sutton de Sousa Neves

Cópia Controlada

Versão: 3 - Elaborado em: 24/10/2022 14:22:09 - Aprovado em: 19/04/2023 12:45:47 3675

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#

1. INTRODUÇÃO

Essa política estabelece as regras de contratação e gestão de serviços médicos especializados prestados por meio de terceiros, em favor da **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein** (“**SBIBHAE”**) de acordo com a legislação vigente e as políticas internas da instituição.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Os princípios norteadores da tomada de serviços, prestados por meio de outras pessoas jurídicas (terceiros), são aqueles atinentes à **relação cível contratual**, destacando-se, em especial:

- **Princípio da autonomia da vontade:** estabelece a liberdade contratual das partes, isto é, o poder dos contratantes de disciplinar os seus interesses mediante acordo de vontades;
- **Princípio da obrigatoriedade dos contratos:** determina que o contrato deverá ser cumprido entre as partes que o celebraram, pois, não se exige, em regra, qualquer forma especial para a formação do vínculo contratual;
- **Princípio do consensualismo:** estabelece que o simples acordo de duas ou mais vontades basta para gerar o contrato válido;
- **Princípio da boa-fé**: exige que as partes se comportem de forma correta, não apenas durante a execução do contrato, mas também durante as tratativas;
- **Princípio do equilíbrio contratual:** estabelece que os Contratos devem ter obrigações equilibradas, e podem ser revistos caso se verifique que ele se tornou excessivamente oneroso para uma das Partes

A missão, a visão e os valores organizacionais da Sociedade são seus alicerces e servem como princípios norteadores para a conduta de todos os profissionais que atuam em seu nome. É por meio do respeito aos valores institucionais e da austeridade no cumprimento de seu dever que se fundamenta e reforça o compromisso com a ética. Mais do que meros ideais, os princípios definem a forma como se deve agir e praticar o cuidado com pacientes, colaboradores e parceiros.

3. DEFINIÇÕES

- **Autonomia Médica:** Autonomia profissional, com respeito à realização de atividade médica junto ao paciente, incluindo diagnóstico, prescrição e realização de procedimentos. Para alguns procedimentos específicos, a SBIBHAE definirá critérios de habilitação ou certificação profissional, que serão exigidas para a concessão do direito de o médico realizá-los.

- **Autônomo:** Profissional que presta serviço a uma ou várias empresas, por conta própria, sem vínculo empregatício, de forma contínua ou não, assumindo os riscos de sua atividade.

- **Colaboradores:** Pessoas físicas, vinculadas a uma pessoa jurídica, seja por meio de vínculo empregatício, societário ou contratual, e que são por ela designadas para prestar serviços em seu nome, e sob a sua responsabilidade e subordinação;

- **Pessoa Jurídica (PJ):** é uma entidade (empresa, sociedade, organização etc.), formada por uma ou mais pessoas físicas, que possui personalidade jurídica própria, e que é criada com propósitos e finalidades específicos, e que possui direitos e deveres próprios e característicos. Para os fins desta Política, as Pessoas Jurídicas serão subdivididas nas seguintes categorias:

  (i) **Pessoa Jurídica "Especializada em Grupo"**: Pessoa Jurídica que presta serviço médico especializado através de seus sócios e/ou colaboradores contratados para este fim;

  (ii) **Pessoa Jurídica "Individual"**: Pessoa Jurídica, constituída por uma única pessoa física (como, por exemplo, os microempresários individuais), que presta serviço médico para a SBIBHAE.

- ***Service Level Agreement (SLA)*:** Indicadores que devem ser cumpridos pelo fornecedor.

- **Terceirização:** Relação de contratação de atividade profissional, a ser executada por uma pessoa jurídica (terceiro) em favor de outra, na qual deve haver ausência de vínculo empregatício e subordinação entre a Contratante os colaboradores da Contratada.

- **Vínculo empregatício:** É o termo usado para descrever uma relação de trabalho, entre uma pessoa física e outra pessoa, física ou jurídica, considerada não eventual. A caracterização jurídica do vínculo empregatício se dá por meio da verificação de alguns requisitos típicos da relação de trabalho, tais quais, por exemplo, a prestação de serviços pessoais, envolvendo dependência econômica, em que há subordinação, cumprimento de jornada e recebimento de salário.

4. OBJETIVO

Definir critérios, papéis de responsabilidades para contratação de serviços médicos, prestados por meio de terceiros (pessoas jurídicas), devidamente habilitados e capacitados para tal, visando qualificação profissional,

segurança e diligência na execução do processo, desde a seleção para contratação até o término do contrato respectivo.

Estabelecer diretrizes para a contratação e gestão de serviços médicos, visando assegurar sua qualidade.

5. APLICABILIDADE

Esta política se aplica para a contratação e gestão de serviços médicos, por meio de contrato pessoa jurídica especializada e pessoa jurídica individual com a SBIBHAE, o que inclui às unidades de atendimento público, por meio de parcerias do Instituto Israelita de Responsabilidade Social.

6. DESCRIÇÃO

A contratação de serviços médicos por meio de pessoas jurídicas para a SBIBHAE deve seguir requisitos mínimos pré-estabelecidos, conforme abaixo:

Caraterísticas	Definição de modelos de contratação por especialidade médica		
	Modelo I - **PJ**	Modelo II - **PJ I**	Modelo III - **PJ E**
	• Atuação conforme modelo local • Plantões alternativos • Preponderante contrato individual	• Médicos PJ atuando em atividades altamente especializadas • Médicos PJ atuando em atividade sob demanda	• Contratação de uma empresa para atender os serviços de uma especialidade ou parte deles

Modelo I – PJ

Profissionais médicos pessoa jurídica com pluralidade de vínculo de trabalho com outras organizações, que poderá atuar em plantões alternativos ou conforme o modelo de atuação local.

Modelo II – PJ I

Pessoa jurídica, composta por, no mínimo, 01, e no máximo, 02, profissionais médicos, que presta serviços para diversas organizações, e que pode atuar em atividades altamente especializadas e/ou sob demanda.

Modelo III – PJ E

Pessoa jurídica, composta por um grupo de médicos, que presta serviços para diversas organizações, e que é contratada para prestar serviços para uma especialidade toda ou parte de uma área de serviço na SBIBHAE.

Nestes três modelos há disponibilização de treinamentos obrigatórios para os colaboradores designados pela pessoa jurídica para atuarem na SBIBHAE, e participação no modelo de desconto de curso Einstein para colaboradores, avalição e a inserção nas trilhas de conhecimentos (cultura Einstein) e avaliação de performance.

Descrição de papeis e responsabilidades no fluxo de contratação de serviços médicos:

1. Área Tomadora de Serviço – é responsável por identificar a demanda e propor a contratação.
2. Área Tomadora de Serviço, Prática Médica e Recursos Humanos – devem fazer a escolha da pessoa jurídica a ser contratada para cada demanda.
3. Suprimentos e Jurídico – são responsáveis pela formalização contratual, conforme detalhado na seção 7. RESPONSABILIDADES.
4. Área Tomadora de Serviço e Recursos Humanos – são responsáveis pelo acompanhamento e gestão do contrato.

Diretrizes Gerais

1) Todas as contratações de prestação de serviços médicos devem ser solicitadas pela área que precisa do serviço, após avaliação das alternativas disponíveis para contratação de serviço, e formalizadas pela área de Compras através de contrato, com respeito a legislação vigente.
2) O valor da contratação dos serviços deve ser previamente definido, com base na prática de mercado.
3) A capacitação técnica dos médicos que serão designados pela pessoa jurídica para prestar o serviço, deve ser previamente definida, de forma colegiada, pelas Diretorias de Prática Médica e diretorias assistenciais em que o serviço será prestado e devem considerar os requisitos da JCI.
4) As contratações de serviços médicos junto a pessoas jurídicas devem ser realizadas, a partir da identificação de demanda por serviços médicos especializados pelas Áreas Tomadora de Serviço e Recursos Humanos e as credenciais verificadas pela Prática Médica.
5) Devem-se contratar prestadores de serviços idôneos, com solidez econômica, e com qualificação, habilitação e registro, perante os órgãos competentes, inclusive em seu objeto social, adequadas para prestar o serviço desejado.
6) A pessoa jurídica selecionada deve, obrigatoriamente, prestar serviços a outras organizações, não tendo, portanto, dependência econômica em relação à SBIBHAE e, preferencialmente, deverá ser composta por mais de um sócio em seu quadro societário.
7) Os serviços prestados, dentro ou fora das instalações da SBIBHAE devem seguir as seguintes regras:
   a. ser prestados por pessoa jurídica, sem que haja exigência de pessoalidade, ou seja, não devem ser serviços que só podem ser desenvolvidos por uma pessoa específica.

b. As atividades exercidas pelos colaboradores designados devem ser, exclusivamente, as descritas em Contrato.

8) Fica vedado qualquer pagamento de despesas ou reembolsos para a Pessoa Jurídica ou seus colaboradores, inclusive, mas sem se limitar, de viagem, a menos que estes tenham sido expressamente previstos em Contrato.

Prestação de Serviços

1) Os serviços prestados, bem como o seu controle, devem ser definidos, e estes devem ser mensalmente monitorados pela Área Tomadora de Serviços, com evidência documental de tal monitoramento.

2) A qualidade que se espera para os serviços prestados, conforme definido previamente pela Área Tomadora de Serviço, deve ser estabelecida no Contrato e estar atrelada ao valor pago mensalmente.

3) O nível de serviço prestado, deve ser avaliado, através de *Service Level Agreement (SLA),* criado pela Área Tomadora do Serviço.

4) Os critérios de remuneração da Pessoa Jurídica não devem estar associados à indicação de uso de materiais, procedimentos, exames, equipamentos etc.

5) A adesão ao Manual Institucional de Diretrizes de Conduta Ética e à Declaração de Potencial Conflito de Interesses é obrigatória para a Pessoa Jurídica, que fica incumbida de disseminá-la para todos os colaboradores que ela venha a designar para prestar o serviço, obrigações esta que devem constar em Contrato.

6) A prestação do serviço só pode se iniciar após a assinatura do Contrato entre a Pessoa Jurídica e a SBIBHAE.

Segurança Patrimonial

Os colaboradores designados pelas Pessoas Jurídica, quando atuando na SBIBHAE, deverão estar devidamente identificados com crachá, dos quais deverá constar nome, natureza do contrato e função.

Segurança da Informação

A adesão às Políticas de Segurança da Informação da SBIBHAE, é obrigatória para a Pessoa Jurídica, que fica incumbida de disseminá-la para todos os colaboradores que ela venha a designar para prestar o serviço, garantindo-se o sigilo das informações da SBIBHAE e de seus colaboradores e pacientes.

Obrigações Fiscais e Documentação Comprobatória

A Pessoa Jurídica deverá cumprir todas as obrigações fiscais e previdenciárias exigíveis pela lei aplicável ao seu tipo societário e forma de atuação, e entregar à SBIBHAE documentação comprobatória referente à quitação destas obrigações, na forma abaixo descrita, ou sempre que solicitado.

Em especial devem ser entregues os seguintes documentos, impressos e/ou digitalizados, juntamente com as faturas de cobrança pelos serviços prestados:

- Comprovantes de pagamentos do CREMESP;
- Comprovante de pagamento Guias de Recolhimento do ISSQN (Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza) = ISS;
- Informações e documentos exigidos pela área de Segurança do Trabalho, previsto no Manual de Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente para Prestadores de Serviços.

A não apresentação, total ou parcial, dos documentos acima indicados, quando da entrega da fatura de serviços, implicará na suspensão do pagamento da pessoa jurídica, até a data da sua efetiva entrega, sem que, por isso, qualquer ônus ou encargos sejam atribuídos à SBIBHAE.

Ainda, para o início de prestação de serviço é necessária a entrega de toda a documentação referente ao credenciamento para ao setor de Cadastro Médico, de acordo com a Política Normas de Credenciamento.

7. RESPONSABILIDADES

Área Tomadora do Serviço

1. Definir a necessidade da contratação e o escopo do serviço a ser contratado, assim como o SLA esperado.
2. Manter cópia do Contrato, ter conhecimento do seu conteúdo, e gerenciá-lo, adequadamente, acompanhando, mensalmente, em especial, a correta execução dos serviços prestados e o cumprimento de seu SLA.
3. Garantir a segurança e saúde dos colaboradores designados pela Pessoa Jurídica, enquanto estes estiverem atuando nas dependências da SBIBHAE, consultando a área de SESMT, sempre que julgar necessário.
4. Garantir e acompanhar treinamentos obrigatórios e específicos para colaboradores que prestem serviços médicos nas dependências da SBIBHAE.
5. Garantir a atualização das informações da Pessoa Jurídica e de seus colaboradores, em sistema, mensalmente, com início e término de contratos e prestadores de serviços.
6. Somente permitir o início da prestação dos serviços após o contrato ter sido assinado e após a ativação do cadastro médico

Prestador De Serviços

1. Entregar (atualizando-a sempre que necessário ou quando expressamente solicitado pela SBIBHAE) toda a documentação exigida para o cadastro médico de todos os colaboradores que pretende designar para prestar

o serviço contratado, para à área responsável, comprometendo-se a entregar, mensalmente, toda a documentação aqui estabelecida e realizar todos os cursos obrigatórios, para manutenção dos ativos do cadastro médico na SBIBHAE.

2. Garantir que os colaboradores que irá designar para atuar em seu nome na SBIBHAE compareçam à Integração Institucional, conforme orientado pela SBIBHAE, antes de iniciar as atividades.
3. Atender às solicitações do gestor da SBIBHAE, atuando como facilitadora na realização do serviço e, quando for o caso, na orientação de seus colaboradores designados para a prestação de serviços, quanto à necessidade de observância às normas internas e políticas da SBIBHAE.
4. Exigir (fiscalizando o cumprimento desta obrigação, durante toda a vigência contratual) que seus colaboradores, designados para prestar os serviços, façam uso dos EPI´s e cumpram diretrizes especificadas do manual de segurança do trabalho, saúde e meio ambiente para prestadores de serviços da SBIBHAE.
5. Permitir e atender às solicitações de visitas técnicas e/ou auditorias da SBIBHAE em suas dependências.
6. Cumprir as orientações da SBIBHAE, fornecidas para a prestação do serviço.
7. Conhecer e aderir às políticas e regras da SBIBHAE que se apliquem à prestação dos serviços.

Prática Médica

1. Aceitar, analisar e dar o devido encaminhamento à solicitação de credenciamento dos colaboradores das Pessoas Jurídicas contratadas, que atuarão na SBIBHAE, conforme a política de Normas para Credenciamento, bem como zelar pela atualização de dados cadastrais e conduzir o recredenciamento ou inativação do cadastro, quando pertinentes.
2. Realizar Integração Institucional para colaboradores das Pessoas Jurídicas contratadas, que atuarão na SBIBHAE.
3. Solicitar crachá à segurança patrimonial e entregar aos colaboradores das Pessoas Jurídicas contratadas, que atuarão na SBIBHAE, após devidamente credenciados.
4. Zelar, junto à área tomadora de serviços, por uma prática médica adequada, dentro dos preceitos das Regras Gerais para Atividade Médica.
5. Apoiar a Área Tomadora de Serviço na avaliação de desempenho dos colaboradores das Pessoas Jurídicas contratadas, quanto às suas atuações frente à SBIBHAE, bem como nas devolutivas a serem dadas à Pessoa Jurídica, sempre que solicitado.
6. Mapear treinamentos necessários, articulando tudo o quanto for necessário para este fim junto a outras áreas da SBIBHAE, bem fornecer as informações acerca destes, quando necessário, conforme padrões recomendados de qualidade e segurança da prática médica assistencial.
7. Contribuir ativamente na construção de possíveis benefícios que possam ser fornecidos para colaboradores das Pessoas Jurídicas contratadas, que atuarão na SBIBHAE, conforme diretrizes das lideranças da

SBIBHAE, e desde que estes sejam benefícios que não extrapolem ou sejam estranhos às relações civis contratuais.

Recursos Humanos

1. Realizar o planejamento de pessoas com a liderança médica das Áreas Tomadora de Serviço e definir o melhor modelo de contratação de serviços médicos.
2. Apoiar a liderança médica na seleção e gestão dos contratos com Pessoas Jurídicas.
3. Monitorar o cumprimento das políticas da SBIBHAE.
4. Assegurar que a remuneração dos contratos com Pessoas Jurídicas esteja alinhada às melhores práticas do mercado.
5. Desenvolver modelos e processos para uma visão integrada do profissional médico na SBIBHAE.
6. Assegurar a gestão e controle do monitoramento dos prazos dos contratos e seus vencimentos e renovações.

Compras

1. A área de Compras deve entender o escopo da atividade.
2. Efetuar cotações de mercado para escolha das melhores Pessoas Jurídicas para fornecimento de serviços desejados pela SBIBHAE, utilizando como critérios as políticas internas de Compras.
3. Analisar as propostas de concorrência junto com a área solicitante do serviço.
4. Reportar as novas contratações.

Gestão de Fornecedores

1. Acompanhar a documentação e o cadastro das pessoas jurídicas prestadoras de serviço, inclusive, mas sem se limitar a isto, de modo a evitar a dependência econômica da pessoa jurídica à SBIBHAE.
2. Efetuar visitas técnicas e/ou auditorias nos fornecedores da SBIBHAE, assim como documentar a análise destas visitas e/ou auditorias.

Jurídico

1. Orientar as áreas demandantes de Contratos sobre eventuais riscos e aspectos jurídicos envolvidos nas contratações.
2. Apoiar as áreas demandantes com a elaboração de contratos, aditivos, distratos e notificações sobre os contratos.

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#

Segurança Patrimonial

1. Viabilizar a confecção do crachá e orientar sobre sua correta utilização.
2. Liberar os acessos físicos conforme a necessidade da atividade a ser desenvolvida.
3. Bloquear acesso físico em caso de movimentação de prestadores, de acordo com informação da Área Tomadora do Serviço e outras situações relacionadas à segurança.
4. Acompanhar o cumprimento dos procedimentos de Segurança, atuando quando necessário, nos casos de fraudes, *compliance* e contatos com forças públicas.

Segurança da Informação

1. Orientar a Área Tomadora do Serviço sobre os procedimentos de concessão e bloqueio de acessos nos sistemas da instituição.
2. Bloquear acessos sistêmicos em caso de movimentação de prestadores de serviço, de acordo com informação do gestor do contrato e outras situações relacionadas à segurança.
3. Efetuar auditoria e acompanhar o cumprimento dos procedimentos de Segurança da Informação, pelas empresas contratadas, atuando quando necessário, nos casos de fraude.
4. Para toda contratação em os colaboradores das Pessoas Jurídicas acessarão informações classificadas como Reservadas, Restritas ou Internas, descrever os requisitos de Segurança da Informação para a contratação. Nestes casos, a Pessoa Jurídica contratada deverá assumir obrigações escritas de confidencialidade e exigir de todos os seus colaboradores, que prestarão serviços para a SBIBHAE, a assinatura de um termo de confidencialidade, assumindo os riscos por eventual violação desta obrigação por eles.
5. Realizar procedimentos para disponibilizar os acessos necessários aos sistemas necessários para a prestação dos serviços, observando-se o conceito de menor privilégio, ou seja, mínimo acesso necessário.
6. Manter a política de segurança da informação atualizada e acessível;
7. Estabelecer um programa de conscientização sobre segurança da informação para os prestadores de serviço;
8. Avaliar as políticas, procedimentos e controles de segurança da informação das empresas que terão acesso ao ambiente de TI da SBIBHAE ou que hospedem informações da instituição.

Segurança e Saúde do Trabalho

1. Orientar o gestor da Área Tomadora do Serviço sobre riscos de segurança e saúde de trabalho envolvidos na atividade por elas contratadas, atuando de forma preventiva, na etapa que antecipa a contratação.

2. Acompanhar o cumprimento das normas de saúde e de segurança do trabalho pelas Pessoas Jurídicas contratadas, em relação às suas atuações perante a SBIBHAE.
3. Orientar e conscientizar as Áreas Tomadoras do Serviço em relação aos procedimentos de Segurança e Saúde do Trabalho.
4. Validar documentos necessários para as atividades que apresentem riscos.
5. Avaliar as atividades realizadas pelas Pessoas Jurídicas na SBIBHAE com o intuito de apontar possíveis riscos de segurança do trabalho.
6. Apoiar na indicação de regras adequadas de controle de indicadores de segurança do trabalho para a formação dos Contratos com as Pessoas Jurídicas.
7. Validar projetos de serviços especializados quanto a aspectos de segurança e saúde do trabalho.
8. Analisar os riscos atinentes à segurança e saúde do trabalho todas as contratações de Serviços especializados antes do início do serviço.
9. Receber documentação atinente à segurança e saúde do trabalho, para conferência, antes do início da prestação de serviços, segundo o Manual de segurança do trabalho, saúde e meio ambiente para prestadores de serviços.
10. Receber e verificar mensalmente documentações previstas no manual de segurança do trabalho, saúde e meio ambiente para prestadores de serviços para manutenção da execução do serviço.
    Comunicar qualquer irregularidade ou suspeita de irregularidade na documentação referente à legislação de saúde e segurança do trabalho das Pessoas Jurídicas e seus respectivos colaboradores, para adoção, pelas áreas competentes, das medidas adequadas, inclusive, mas sem se limitar a isto, para bloqueio de pagamentos.

Treinamento

1. A responsabilidade pelo fornecimento de treinamentos que visem a adequada prestação dos serviços pelos colaboradores das Pessoas Jurídicas e/ou sua segurança, enquanto no exercício de suas funções frente à SBIBHAE, é de responsabilidade desta última.
2. A SBIBHAE poderá disponibilizar à gestão das Pessoas Jurídicas contratadas, links para acesso à treinamentos a respeito de suas diretrizes institucionais, para acesso online, por meio de *e-learnings* ou vídeos.
    a. É de responsabilidade da gestão das Pessoas Jurídicas contratadas a distribuição dos links disponibilizados, bem como de equipamentos que se façam necessários para seu acesso.
    b. É de responsabilidade da gestão das Pessoas Jurídicas contratadas o controle da realização dos treinamentos.

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
- Súmula 331 do TST (Tribunal Superior do Trabalho) – Contrato de Prestação de Serviços
- Normas Regulamentadoras do M.T.E – Ministério do Trabalho e Emprego – Portaria nº 3.214/78
- Lei Terceirização 13.429/2017

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Os indicadores de desempenho devem ser definidos pela Área Tomadora de Serviço e inseridos em contrato para avaliação de performance da pessoa jurídica contratada.

11. ANEXOS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Regras gerais para a atividade médica no HIAE
- Manual Institucional de Conduta Ética
- Política Institucional de Compras de Serviços e Materiais
- Política do Corpo Médico.
- Política Institucional de Prevenção e Controle de Potenciais Conflitos de Interesses
- Política Institucional de Segurança da Informação
- Política de Controle de Acessos
- Política de Gestão da Segurança e Vigilância de Riscos: Paciente, Colaborador e Ambiente.
- Normas para os Treinamentos de Terceiros, Bolsistas, Cooperados e Temporários.
- Procedimentos – Contratação de Autônomo

Título: #Titulo#

Processo: #Cadeia de Valor#

- Procedimentos – Serviço de Terceiros
- Política de Segurança, Saúde e Meio Ambiente
- Manual de segurança do trabalho, saúde e meio ambiente para prestadores de serviços

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

#Histórico de Revisões#

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. INTRODUÇÃO

Organizações de alto desempenho buscam a melhoria contínua para promover um ambiente organizacional produtivo e satisfatório e para isso, adotam programas para motivar seus colaboradores.

Programas de incentivo educacional são exemplos de ações que contribuem para o engajamento e beneficiam o colaborador e a organização, pois estimulam e ampliam o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para a melhoria dos processos internos e, consequentemente, um bom posicionamento da marca no mercado em que atua.

Considerando este contexto, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (Sociedade), instituiu o Programa de Incentivo Educacional (PIE) que visa estimular seus colaboradores a aprimorar sua formação e qualificação.

Cópia Controlada

A presente Política apresenta os processos e regras do PIE, que contempla subsídios para os Cursos Técnicos, Graduação, Pós-graduação, Mestrado e MBA no Brasil, como também o Programa de Incentivo Internacional (PIE – I) para pós-graduação, ou seja, *fellowship* (programa de complementação para médicos especialistas), Doutorado e Pós-doutorado.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Esta política não pretende descrever e exaurir todas as situações passíveis de aplicação ao PIE e PIE - I. Quando não houver neste documento exemplo explícito para orientar a medida aplicável, devem-se guiar as decisões pelos seguintes princípios:

EXCELÊNCIA: a Sociedade oferece bolsas e incentiva a realização de cursos para favorecer o desenvolvimento na atuação profissional visando uma prestação de serviço de qualidade e excelência.

TRANSPARÊNCIA: todos os colaboradores da Sociedade têm o direito de acesso às informações do PIE e PIE – I através dos canais oficiais de comunicação interna.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16 3688

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

3. OBJETIVO

Esta Política tem por objetivo estabelecer as regras, papéis e responsabilidades para estruturação e manutenção do processo de concessão das bolsas do PIE e PIE – I, para cursos de média e longa duração, visando a transparência dos critérios de elegibilidade, etapas do processo seletivo e tratativas em caso de desligamento e ou cancelamento.

4. DEFINIÇÕES

- **Bolsa de Estudos:** concessão de desconto em cursos educacionais.
- **Capital Humano:** habilidades, conhecimentos, atitudes e experiências que os colaboradores possuem. É o resultado dos investimentos relacionados à formação profissional e educacional de colaboradores.
- **Ensino Einstein:** são os cursos oferecidos pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE).
- **Ensino Internacional:** são os cursos ofertados fora do Brasil, como: F*ellowship*, Doutorado e Pós-doutorado.
- **Instituição de Ensino Externa:** são as organizações de ensino externas ao Einstein.
- **Modalidade do Curso:** forma como o curso será oferecido, podendo ser Ensino Einstein, Instituição de Ensino Externa ou Ensino Internacional.

Cópia Controlada

5. APLICABILIDADE

As regras estabelecidas nesta política aplicam-se a todos os colaboradores da Sociedade contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), exceto para estagiários e aprendizes, que se interessarem por participar do PIE para cursar cursos de média e longa duração. Todas as diretrizes estabelecidas devem ser observadas e cumpridas seguindo os critérios de elegibilidade.

Para incentivos educacionais de cursos de curta duração, como simpósios, congressos e eventos, é necessário consultar a Política de Apoio Financeiro para Capacitação Externa (CAEX).

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16 3689

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

6. DESCRIÇÃO

O PIE tem por objetivo a concessão de incentivo de estudo, por meio da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) ou por outras instituições de ensino externas, com o intuito de ampliar a formação e qualificação dos colaboradores da Sociedade e manutenção de quadro de pessoal qualificado e comprometido com a eficiência, qualidade e segurança no desenvolver da sua atuação.

O PIE concede bolsas, conforme a modalidade escolhida para os cursos disponíveis nas tabelas da seção Anexos. Para ser contemplado, o colaborador interessado deverá atender aos requisitos e seguir as regras descritas nesta política.

Requisitos para Habilitação ao Programa

Poderão concorrer ao processo de seleção os colaboradores que preencherem os seguintes requisitos:

Cópia Controlada

- Colaboradores CLT
- Obtenção, na última Avaliação de Competências, do resultado mínimo Atende as Expectativas (AT). O processo desta avaliação está descrito no Procedimento de Avaliação de Competências
- Não possuir nos últimos 12 (doze) meses, registro de advertência ou suspensão
- Tempo de Instituição:
    - Para curso Técnico, Graduação, Mestrado e MBA: mínimo de 6 meses.
    - Para cursos de Pós-graduação lato senso: mínimo de 3 meses.
    - Para Doutorado, Pós-doutorado e Ensino Internacional: mínimo de 2 anos.

Regra Gerais para a Concessão do Incentivo Educacional:

- O curso precisa ser reconhecido pelo MEC/CAPES.
- O curso escolhido deve prever a sua aplicabilidade na área de atuação e/ou dentro da Sociedade.
- O curso pode ser presencial ou EAD. Deve ser analisada a certificação da Instituição de Ensino, a qualidade e carga horária do curso, bem como o sistema de validação dos conteúdos e nível de aprendizado. O aluno pode ser acionado para comprovação efetiva de participação nas aulas.
- Solicitação de incentivo para cursos de graduação na FICSAE pode ser aceita a partir do 1º ano de curso.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

- Solicitação de incentivo em Ensino Externas pode ser feitas somente a partir do 2º ano de curso. O colaborador deve estar regularmente matriculado e não possuir dependências (DP) ou reprovação nas disciplinas do curso.
- As solicitações para os cursos do Ensino Einstein são priorizadas em relação aos de cursos em Instituição de Ensino Externa, quando estes possuírem objetivos semelhantes.
- O valor aprovado no momento da inscrição é fixo e não poderá ser modificado, ou seja, não haverá alteração no montante pago ainda que a mensalidade sofra reajustes ao longo do tempo.
- O Incentivo Educacional é válido pelo período máximo de 4 (quatro) anos corridos para graduação e 2 (dois) anos corridos para curso Técnico, MBA, Mestrado, Pós-graduação lato sensu, Doutorado, Pós-doutorado e Cursos da modalidade de Ensino Internacional, descritos em contrato da instituição de ensino.

Regras Adicionais e Específicas para o Curso de Graduação em Enfermagem

O Incentivo Educacional para o curso de Graduação em Enfermagem somente é concedido para as Faculdades listadas a seguir:

Cópia Controlada

- Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE)
  - A bolsa de estudo é concedida a partir do 1º ano do curso.
  - Caso ao final do 1º ano de curso, o colaborador (aluno) alcance média anual igual ou superior a 7,75, será concedido um adicional de 10% de desconto a partir do 2º ano do curso.
- Faculdades Externas: Cruz Vermelha, Santa Casa, Santa Marcelina, São Camilo, UNASP e UNISA
  - Anualmente esta lista é reavaliado de acordo com a classificação das Instituições pelo MEC/CAPES, sendo a bolsa concedida a partir do 2º ano de curso.

Regras Adicionais e Específicas para o Mestrado Profissional em Enfermagem na FICSAE

Incentivo Educacional para Mestrado Profissional em Enfermagem é somente para a Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE).

Regras Adicionais e Específicas para MBA

Cursos de MBA's tem como público-alvo as lideranças assistências e não assistenciais, possibilitando uma visão generalista de todas as funções de uma organização, preparando profissionais para posições estratégicas e executivas alinhadas ao plano de sucessão da Sociedade.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

- O número de vagas para MBA é aprovado anualmente, pelo Comitê Executivo, associado ao orçamento disponível para o ano.
- As inscrições devem seguir o calendário definido pela área de Desenvolvimento – RH.
- A diretoria do solicitante deve enviar a recomendação sobre o solicitante ao Comitê Executivo.
- A decisão sobre a concessão do incentivo cabe integralmente à Sociedade, que deve considerar em sua análise:
    - Indicação no Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) e do Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO).
    - Aplicabilidade do curso na Sociedade.
    - Especialidade e cargo do profissional.
- O Incentivo Educacional para MBA Executivo em instituições externas será oferecido após análise de escopo, programação e carga horária (necessário carga horária mínima de 480 horas) nas seguintes instituições: Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), Fundação Instituto de Administração (FIA), Fundação Getúlio Vargas (FGV) e Fundação Dom Cabral (FDC).
- Havendo módulos internacionais, o Comitê Executivo deve avaliar se haverá incentivo para o colaborador, bem como o seu valor.
- O colaborador que já está cursando MBA poderá fazer a solicitação da bolsa desde que atenda aos critérios de elegibilidade e não possua pendências de pagamento junto à instituição de ensino. Caso sua solicitação seja aprovada pelo Comitê Executivo, o pagamento deve ser realizado a partir da data de aprovação até o final do curso. Não haverá pagamento retroativo.
- A Sociedade, por meio da área de Desenvolvimento – RH, se reserva o direito de alterar as regras deste programa em qualquer ocasião, sem alterar as condições para os colaboradores que estejam com cursos em andamento.

Cópia Controlada

Regras Adicionais e Específicas para o Ensino Internacional

Cursos de Ensino Internacional tem como público-alvo especialistas e lideranças, a fim de preparar os profissionais para posições estratégicas e executivas alinhadas ao plano de sucessão da Sociedade.

Tipos de Cursos Contemplados:

Fellowship, Doutorado e Pós-doutorado, desde que vinculados a determinada área de interesse da Sociedade e caracterizada como atividade de pesquisa em uma universidade ou instituição com cunho acadêmico.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Regras para Seleção:

Para a seleção será levado em consideração:

- O projeto de pesquisa do curso e a sua aplicabilidade à Sociedade.
- A quantidade de vagas disponíveis conforme orçamento anual.
- Se o colaborador já possui alguma bolsa de estudo. Só deve haver concessão para os casos em que o colaborador não tenha bolsa por agências de fomento, como por exemplo: CNPQ, CAPES e FAPESP.

Responsabilidades dos Colaboradores Selecionados:

Ao ser contemplado pelo Programa de Incentivo Educacional, o colaborador beneficiado se compromete a:

Cópia Controlada

- Desenvolver um Projeto de interesse para a Sociedade de forma a ampliar o conhecimento adquirido durante os estudos. Este projeto deve ser acompanhado por um responsável, colaborador da Sociedade, com competência reconhecida no tema proposto e ou, gestor da área, interessado direto no projeto estratégico ou da diretoria, que fará o reporte do projeto junto ao Comitê. Na falta de conhecedor da área de aplicação do projeto, deve ser considerada a possibilidade de um consultor externo.
- Apresentar ao Gestor, a cada 3 (três) meses, um relatório sumário das atividades, o qual deve ser acompanhado, revisitado e comentado pelo Gestor, com auxílio de assessor se necessário.
- Fazer referência ao apoio da Sociedade nas teses, artigos, livros ou em qualquer publicação, seguindo as diretrizes da Política de Propriedade Intelectual. Essa diretriz é válida para o colaborador e seu gestor responsável.

Regras para Aderência ao Modelo de Licença Não-remunerada:

Para cursar o Ensino Internacional o colaborador poderá optar por aderir a Licença não Remunerada, caso precise se ausentar para a realização do Curso.

- Licenças não-remuneradas são aceitas por período superior a 30 (trinta) dias e máximo de 2 (dois) anos. O colaborador solicita afastamento da Sociedade por motivos pré-estabelecidos, sem remuneração e após conclusão retorna à Sociedade.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Periodicidade do Processo de Seleção, Inscrição e Análise de Bolsistas

O processo de seleção dos colaboradores a serem beneficiados pelo PIE será realizado:

- Semestralmente para Pós-graduação latu sensu e Cursos Técnicos do Ensino Einstein;
- Anualmente para todas as demais modalidades.

As regras de elegibilidade para participação no processo seletivo de bolsas do PIE devem ser comunicadas pelos canais institucionais e os colaboradores seguir as orientações para inscrição.

As inscrições devem ser analisadas e submetidas para validação de acordo com os critérios citados nesta política e orçamento disponível. O valor destinado para Incentivo Educacional é definido no orçamento anual e informado a cada diretoria.

Bolsas de Estudo

Cópia Controlada

Para os colaboradores inscritos, que atenderem aos critérios de elegibilidade e que forem selecionados, será concedida bolsa de estudo conforme modalidade e curso escolhidos:

Modalidade de Ensino	Curso Técnico	Graduação	Pós-graduação					
			Especialização (Lato sensu)	MBA (Lato sensu)	*Fellow ship* (Lato sensu)	Mestrado (Stricto sensu)	Doutorado (Stricto sensu)	Pós-Doutorado (Stricto sensu)
Einstein	70% de desconto	70% de desconto	70% de desconto	60% de desconto	70% de desconto	70% de desconto	70% de desconto	70% de desconto
Externa	-	50% de desconto (Teto de R$400)	50% de desconto (Teto de R$500)	50% de desconto (Teto de R$24.000)	50% de desconto (Teto de R$500)	50% de desconto (Teto de R$500)	50% de desconto (Teto de R$500)	50% de desconto (Teto de R$500)
Internacional	-	-	-	-	U$ 2.200 ou € 2.200 (conforme moeda do país destino)	-	U$ 2.200 ou € 2.200 (conforme moeda do país destino)	U$ 2.200 ou € 2.200 (conforme moeda do país destino)

Cursos Acadêmicos
Cursos de Mercado

Despesas Não Reembolsáveis no Programa de Incentivo Educacional

Não serão reembolsados valores relativos a:

- Despesas com inscrição, matrícula e rematrícula;

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16 3694

- Despesas com materiais;
- Despesas com declarações;
- Juros, atrasos e/ou valores que não foram informados no processo de aprovação, nem mensalidades cujos comprovantes sejam entregues após o prazo informado para reembolso;
- Valores retroativos ao período aprovado e descrito no programa.
- Despesas com alimentação.

Renovação da Bolsa

Para a renovação da bolsa do PIE devem ser seguidas as regras, de acordo com a instituição de ensino:

- Ensino Einstein:
  - Todos os Cursos: estão isentos da necessidade de pedido de renovação desde que o colaborador tenha bom desempenho profissional, esteja regularmente matriculado e não possua dependências (DP) ou reprovação no curso.
- Instituição de Ensino Externa:
  - Graduação: a solicitação deve ser realizada anualmente, pois não há renovação automática da bolsa. Caso o colaborador não efetue a sua renovação para o ano seguinte dentro do prazo, ele perderá o benefício.
  - Pós-graduação: não é necessário o pedido de renovação, pois as bolsas são concedidas durante todo o período do curso, pelo período máximo de 2 anos.
  - Todos os Cursos: o colaborador deve estar regularmente matriculado e não possuir dependências (DP) ou reprovação no curso.

Cópia Controlada

Cancelamento da Bolsa

Motivos

Os cancelamentos do Incentivo Educacional podem ocorrer por diferentes motivos, como desistência, falta, dependência (DP), não obtenção de desempenho adequado acadêmico ou profissional, ou até mesmo pelo colaborador não apresentar os comprovantes de pagamento das mensalidades para reembolso no período de 2 (dois) meses consecutivos a contar da 1ª mensalidade em atraso.

Consequências

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Havendo o cancelamento pelos motivos citados acima ou por quaisquer outros, o colaborador perde o direito a bolsa, independentemente de estar cursando o Ensino Einstein ou Instituição de Ensino Externa.

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16 3696

Afastamentos

INSS

Nos casos de afastamento do colaborador pelo INSS, o subsídio deve ficar suspenso a partir do primeiro mês de afastamento. Ao retornar ao trabalho e voltar a apresentar os comprovantes de pagamento das mensalidades, o subsídio deve ser depositado normalmente.

Nota: Não são reembolsadas mensalidades retroativas.

Licença Maternidade

Neste caso, o subsídio não deve ser suspenso, ou seja, o reembolso é creditado mediante apresentação do boleto e comprovante de pagamento.

Consequências em Caso de Trancamento de Matrícula, Dependências e Transferência

Cópia Controlada

Em caso de trancamento de matrícula, dependências, transferências entre outras, o colaborador deve enviar imediatamente a informação para o PIE, sendo observada, ainda, as seguintes regras:

- **Trancamento de Matrícula:** a justificativa para o trancamento deve ser compartilhada pelo colaborador ao RH responsável pelo PIE. No caso de intenção de retorno do colaborador ao PIE, deve ser feita nova solicitação.
- **Dependências:** a dependência em matérias no curso cancela a bolsa e a Sociedade não se responsabiliza pelo pagamento destas. Em se tratando de Graduação, não deve haver a concessão de uma nova bolsa e o colaborador se obriga a devolver à Sociedade 50% (cinquenta por cento) do valor concedido por esta no último ano do incentivo, devidamente corrigidos conforme descrito abaixo na subseção de ‘Correção do Valor Devido’.
- **Transferência:** a transferência de curso, ou de instituição de ensino deve ser realizada somente a cada semestre. O colaborador deve informar ao PIE que irá cancelar o Incentivo Educacional para que seja realizada nova solicitação.

Consequências em Caso de Solicitação de Desligamento ou Dispensa por Justa Causa

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

O Termo de Compromisso que formaliza a concessão do Incentivo Educacional, assinado pelo colaborador participante, estabelece que para os colaboradores que permaneceram na Sociedade após o término da concessão:

- Por período **igual ou superior a 24 (vinte e quatro) meses** o valor está quitado;
- Por período **inferior a 24 (vinte e quatro) meses,** deve ser devolvido como descrito abaixo.

  - **Antes do Término do Curso**

  O colaborador deve devolver 100% do valor da bolsa concedido até o momento do desligamento.

  - **Após Curso Concluído**

  O colaborador deve devolver o valor proporcional investido, ou seja, 1/24 (um, vinte e quatro avos) da dívida corrigida, na oportunidade de rescisão contratual, multiplicado pelo número de meses faltantes para completar o prazo de 24 meses.

Cópia Controlada

  - **Trancamento**

  O colaborador que não concluir o curso no prazo máximo definido pela Instituição de Ensino ou trancar o curso por período superior a 6 (seis) meses, sem autorização expressa da Sociedade, deverá ressarcir 100% da dívida corrigida, que será descontada mensalmente em folha de pagamento (em quantas parcelas forem necessárias à sua quitação, respeitando o limite legal).

<u>Rescisão do Contrato por Decisão da Sociedade e sem Justa Causa</u>

Nada será devido pelo colaborador caso a rescisão do contrato ocorra por decisão da Sociedade e sem justa causa.

<u>Correção do Valor Devido</u>

O valor devido deve ser corrigido pelo índice mensal do IGP-M, apurado desde a data do início do Incentivo Educacional até à data do efetivo cancelamento.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

7. RESPONSABILIDADES

Diretorias

- Conhecer a política, procedimentos, diretrizes e calendário do PIE.
- Assegurar a coerência na utilização do Incentivo Educacional para as áreas, de acordo com a verba disponível.
- Assegurar que a política esteja alinhada ao desenvolvimento do capital humano da sua Diretoria.

Beneficiário

- Conhecer e cumprir a política, procedimentos, diretrizes e calendário do PIE.
- Fornecer corretamente os dados e documentos necessários para participação.
- Assumir quaisquer despesas decorrentes do curso, com exceção do Incentivo Educacional concedido pela Sociedade.
- Realizar pagamento das mensalidades e, nos casos de instituições externas, apresentar assiduamente os comprovantes de pagamentos em via digitalizada para realizar o reembolso pelo RH.
- Enviar e aguardar a confirmação de recebimento da documentação entregue.
- Informar alterações nos dados bancários ocorridas após início da concessão do Incentivo Educacional.
- Comunicar quaisquer alterações relacionadas ao curso durante o período de concessão da bolsa.
- Cumprir com o termo de compromisso acordado entre as partes.
- Avaliar o momento mais adequado e sua conveniência pessoal e profissional, e se comprometer a frequentar o curso dentro do prazo definido nesta Política.
- Comunicar imediatamente a área de Desenvolvimento, em caso de desistência, trancamento de matrícula, dependências, transferência e outras situações que interfiram no curso.
- Acordar com o líder imediato os períodos de ausência da empresa em função de atividades relacionadas ao curso.
- Para colaboradores contemplados no programa de Incentivo Educacional Internacional, apresentar ao Gestor, relatório descritivo das atividades, a cada 3 (três) meses.

Gestor

- Conhecer a política, procedimentos, diretrizes e calendário do PIE.
- Acompanhar o desempenho do profissional subsidiado.

Cópia Controlada

- Os gestores que possuem colaboradores contemplados com cursos de Ensino Internacional devem (com auxílio de assessor, se necessário) acompanhar, rever e comentar o relatório descritivo das atividades, que deve ser apresentado pelo colaborador a cada 3 (três) meses.

Recursos Humanos - Desenvolvimento Organizacional

- Divulgar e atualizar os canais de comunicação, política e procedimentos para Incentivo Educacional.
- Comunicar cronograma do PIE.
- Disponibilizar orientações e procedimento de participação.
- Conferir os critérios de elegibilidade dos inscritos.
- Receber e conferir os comprovantes de pagamento das mensalidades referente a subsídios das instituições externas.
- Reembolsar o colaborador de acordo com os valores aprovados e comprovantes apresentados.
- Zelar pelo cumprimento das diretrizes da política do Programa de Incentivo Educacional.

Comitê Executivo

Cópia Controlada

- Garantir que as indicações no Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) e do Programa de Desenvolvimento Organizacional (PDO) sejam consideradas para a tomada de decisão para a concessão do Incentivo Educacional.
- Avaliar as solicitações, definir os aprovados e emitir o parecer final (aprovados/ reprovados), tomando por base as premissas da política, bem como o desenvolvimento do capital humano da Sociedade.

8. CORRELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

- Lei nº 5.452/54 – Consolidação das Leis Trabalhistas.
- Lei nº 9.394/96 – Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.
- Eventuais acordos ou convenções coletivas de trabalho aplicáveis ao tema.

9. REGISTROS DA QUALIDADE

Arquivamento da Documentação Digital: Toda a documentação referente ao PIE deve ficar armazenada no drive de RH Desenvolvimento ou em O*neDrive*. Tempo de Armazenamento: 5 anos após o término do curso.

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

Acompanhamento do número de concessão de bolsas: Quantidade de bolsas oferecidas anualmente separadas por modalidade educacional, bem como se a instituição de ensino é interna ou externa. Vide exemplo em tabela abaixo:

Modalidade Bolsas	Curso Técnico	Graduação	Pós-graduação						Total de Bolsas no Ano	Total de Bolsas no Semestre
			Especialização (Lato sensu)	MBA (Lato sensu)	*Fellow ship* (Lato sensu)	Mestrado (Stricto sensu)	Doutorado (Stricto sensu)	Pós-Doutorado (Stricto sensu)		
Bolsas FICASE										
Bolas Externas										
Total de Bolsas										

Indicador	Descrição
Valor Despendido	Acompanhamento do valor despendido no PIE e PIE-I
% Conclusão de Curso	Porcentagem de colaboradores bolsistas que concluiram o Curso
% Renovação	Porcentagem de colaboradores que tiveram a sua bolsa renovada de 2 a 5 anos após a conclusão de um Curso
% Retenção	Porcentagem de colaboradores que foram mantidos na Sociedade após 5 anos da conclusão do Curso

Será publicado anualmente um relatório de desempenho do PIE e avaliado pelo COMEX.

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16 3701

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

11. ANEXOS

Anexo 1 – Descrição de Tipos de Cursos

TIPOS DE CURSOS			
Curso Técnico			Programa de nível médio com o propósito de capacitar o aluno proporcionando conhecimentos teóricos e práticos nas diversas atividades do setor produtivo. É destinado a quem já concluiu oEnsino Médio.
Graduação			Curso de ensino superior. É destinado a quem já concluiu o Ensino Médio e deseja se formar e obter diploma.
Pós-graduação	Lato Sensu	Especialização	Curso de pós-graduação lato sensu. Destina-se a capacitação e desenvolvimento de habilidades técnicas específicas em determinada área de formação.
		Master in Business Administration	Curso de pós-graduação lato sensu voltado à atuação prática profissional. Também conhecido como MBA.
		Fellowship	Curso de pós-graduação lato sensu. É um programa de complementação especializado para médicos especialistas interessados em aumentar a experiência e aprofundar o conhecimento na especialidade em que já possui.
	Stricto sensu	Mestrado	Curso de pós-graduação stricto sensu. É destinado a quem já concluiu o curso de graduação e deseja seguir a área acadêmica.
		Doutorado	Curso de ensino superior, pós-graduação stricto sensu. É destinado a quem já concluiu o curso de Mestrado e deseja seguir a área acadêmica.
		Pós-doutorado	Curso de pós-graduação stricto sensu. Também conhecido como Pós-doc, o curso de Pós-doutorado é destinado a quem já concluiu o curso de Doutorado.

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16 3702

Anexo 2 – Pós-graduação: diferença entre '*lato sensu*' e *'stricto sensu'*

PÓS-GRADUÇÃO	
Pós-graduação lato sensu	Compreendem os Cursos de Especialização e incluem os cursos designados como MBA (*Master Business Administration*). Com duração mínima de 360 horas, ao final do curso o aluno obterá certificado e não diploma. É destinado a quem já concluiu o curso de Graduação.
Pós-graduação stricto sensu	Compreendem os Cursos de Mestrado e Doutorado abertos a candidatos diplomados em cursos superiores de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino. Ao final do curso o aluno obterá diploma. É destinado a quem já concluiu o curso de Graduação.

Cópia Controlada

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Política de Apoio Financeiro para Capacitação Externa (CAEX)

Procedimento de Avaliação de Competências

14. HISTÓRICO DE REVISÕES

Beatriz Ramos Vieira - 30/01/2023 - 16:12
Correção ortográfica na introdução.

Andréia Barros - 29/07/2022 - 16:00

Versão: 2 - Elaborado em: 30/01/2023 16:12:38 - Aprovado em: 22/03/2023 17:32:16 3703

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Na elaboração desta Política foi considerado o conteúdo das 3 políticas abaixo, que foram descontinuadas: 1) Política Incentivo Educacional; 2) Política de Incentivo Educacional para MBA Executivo; 3) Política de Incentivos Internacionais.

Cópia Controlada

Título: Política de Incentivos Educacionais Nacional e Internacional

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
29/07/2022 15:34:56	Criado por	Andréia Barros
30/01/2023 16:12:38	Atualizado por	Beatriz Ramos Vieira
28/02/2023 17:30:25	Aprovado por	Miriam do Carmo Branco da Cunha
22/03/2023 17:31:59	Aprovado por	Henrique Sutton de Sousa Neves

Cópia Controlada

Título: Procedimento de Avaliação de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Identificar necessidades de desenvolvimento e colaborar no planejamento de ações de capacitação e desenvolvimento profissional.

Estabelecer o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), e formalizar um plano para desenvolver e aprimorar a carreira por meio de ações e programas de desenvolvimento e capacitação, exceto para os Estagiários de Enfermagem - nível técnico e superior (regime de contratação por tempo determinado de 12 meses).

Servir de instrumento de avaliação e adequação constante e subsidiar os planos de sucessão, plano de carreira, plano de mérito e recrutamento interno, em prol das necessidades atuais e futuras da Instituição.

2. DEFINIÇÕES

Cópia Controlada

A avaliação de Competências é um método que visa continuamente estabelecer sinergia entre os objetivos estratégicos da Instituição e os resultados esperados dos funcionários. Visa acompanhar os desafios propostos corrigindo os rumos, quando necessário, e avaliar os resultados atingidos. Proporciona oportunidades de desenvolvimento para todos os profissionais por meio da análise dos resultados e entregas realizadas no último ciclo de desempenho, identifica **pontos fortes** e **oportunidades de melhoria** em relação ao comportamento e desempenho apresentados no dia a dia, proporcionando a definição de ações de **desenvolvimento.**

- **Competência:** Conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam o desempenho, leva-se em consideração **o que foi entregue** como resultados e **como foram atingidos**;
- **Desempenho:** Capacidade para entregar **resultados** ao longo do tempo;
- **Feedback:** é um processo para fornecer a outra pessoa informações sobre a **qualidade de suas entregas e seu desempenho**, além do potencial para assumir novos desafios e plano para seu desenvolvimento. Este deve ser realizado ao longo do ano e registrado no Portal Gestão de Pessoas (PGP).

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Aplica-se a todos os funcionários (CLT e para os Estagiários de Enfermagem – nível técnico e superior desde 2019) da SBIBAE, desde que estejam desenvolvendo suas atividades à no mínimo 06 (seis) meses dentro da Instituição.

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3706

Título: Procedimento de Avaliação de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Premissas:

- A periodicidade do processo de Avaliação de Competências é anual.
- As lideranças realizam a avaliação de competências de todos os seus subordinados diretos, sendo possível a delegação por parte da liderança de outro avaliador principal.
- Funcionários e / ou lideranças, transferidas com menos de 03 meses na mesma posição, as lideranças (atual e anterior), devem fazer a avaliação em conjunto e com base no seu desempenho anterior.
- Funcionários e / ou lideranças, transferidas e / ou promovidas, com menos de 06 meses em posição diferenciada da anterior, deverão ser avaliados em conjunto levando em consideração seu desempenho anterior e desafios futuros para validação do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI).
- No caso de desligamento da última liderança, o funcionário será avaliado pela sua liderança atual.
- Lideranças em afastamento médico e / ou maternidade, deverão delegar a avaliação para o funcionário que irá substituí-lo neste período, desde que o mesmo esteja qualificado e tenha conhecimento consistente do desempenho dos profissionais que serão avaliados.
- O funcionário que entrar em Licença Médica e / ou Maternidade, durante o período de Avaliação de Competências e que não tenha realizado a mesma até o momento, deverá ser avaliado imediatamente após o seu retorno, desde que o período de afastamento não tenha ultrapassado 05 meses. O Prazo máximo para realização da avaliação é de no máximo 09 meses antes do período da próxima avaliação anual.
- Funcionários que entrarem em afastamento médico, antes do período da avaliação de competências, e permanecerem no máximo 60 dias afastados, deverão fazê-lo imediatamente após o seu retorno ao trabalho.
- O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) pode ser preenchido no momento da Autoavaliação, pelo colaborador e validado pelo avaliador principal (gestor ou referência técnica) na etapa final, pois é a formalização de um plano para desenvolver e aprimorar a carreira por meio de ações e programas de Desenvolvimento e Capacitação. Caso não seja elaborado no momento da avaliação, poderá ser realizado após o exercício no Portal Gestão de Pessoas (PGP) - Plano de Desenvolvimento Individual (PDI). Importante o acompanhamento do plano inicial para manutenção e ajustes conforme os desafios estabelecidos por meio dos diálogos contínuos, bem como a formalização no Portal Gestão de Pessoas (PGP).

Cópia Controlada

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3707

- Como ação de sustentação e preparação para o exercício, disseminar a Cultura de Diálogos Contínuos.

6. DESCRIÇÃO

Aplica-se a todos os funcionários (CLT e para os Estagiários de Enfermagem – nível técnico e superior desde 2019) da SBIBAE, desde que estejam desenvolvendo suas atividades à no mínimo 06 meses dentro da Instituição.

Gestor Avaliador ou Avaliador Principal

Acompanhar, orientar e fornecer feedback aos seus avaliados ao longo do ano, bem como realizar momentos presenciais e registrá-los no sistema Portal de Gestão de Pessoas (PGP).

O gestor da estrutura é responsável por delegar o avaliador principal e garantir que o profissional indicado esteja qualificado e tenha conhecimento consistente do desempenho dos funcionários que serão avaliados.

Cópia Controlada

Realizar a delegação do Par Magnet (específico para Enfermagem) - O Avaliador Principal escolherá um profissional de enfermagem como Avaliador Magnet para realizar a avaliação de cada colaborador de sua equipe. É preciso que o indicado ocupe o mesmo cargo do avaliado. Trata-se de uma avaliação entre pares. A delegação do Par Magnet não se aplica aos profissionais da enfermagem do IIRS, Hospital Municipal Vila Santa Catarina e Estagiários de Enfermagem – nível técnico e superior.

Realizar a delegação do Avaliador Parcial (opcional) - O Avaliador Principal poderá compartilhar a avaliação, delegando como parcial um profissional que atua ou acompanha o avaliado em suas atividades e/ou projetos específicos. Recomenda-se que o avaliador parcial esteja em um cargo/nível profissional acima do avaliado.

Definir e validar em parceria com o seu avaliado a indicação das Metas de Carreira, bem como orientá-lo em relação aos seus objetivos profissionais, exceto para os Estagiários de Enfermagem – nível técnico.

Definir e validar em parceria com o seu avaliado, um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) exceto para os Estagiários de Enfermagem – nível técnico e superior.

Acompanhar ao longo do ano o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI).

Realizar a indicação do Potencial de seus funcionários, com base na capacidade e habilidade para realizações ou desenvolvimento futuro.

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3708

Realizar previamente a análise sobre o desempenho do funcionário antes de realizar a avaliação final. O avaliador poderá para consulta ter acesso à avaliação realizada pelo seu avaliado, bem como as avaliações dos anos anteriores se houver.

Realizar a etapa de avaliação final no Portal de Gestão de Pessoas (PGP) - pelo computador da Instituição, ou via celular ou tablet (Android/IOS), podendo optar por realizar o consenso com a presença do funcionário ou não.

Deverá concluir a avaliação final mesmo que o funcionário não tenha realizado a Autoavaliação dentro do período definido. Salvo para funcionários em Licença Não Remunerada.

Monitorar as etapas e cumprir os prazos estabelecidos pela área de Recursos Humanos.

Avaliador Parcial e/ou Par Magnet.

- Realizar a avaliação no Portal Gestão de Pessoas (PGP) via computador da instituição, registrando os comentários referentes às competências mapeadas e feedback final para o avaliado.
- Enviar para etapa final com o Avaliador Principal para conclusão da avaliação cumprindo o prazo estabelecido pela área de Recursos Humanos.

Cópia Controlada

Funcionário Avaliado

- Realizar sua Autoavaliação no Portal de Gestão de Pessoas (PGP) - pelo computador da Instituição, ou via celular ou tablet (Android/IOS).
- Realizar a indicação/interesses de Metas de Carreira.
- Realizar a indicação das ações do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), validar com o Avaliador Principal (gestor ou referência técnica), acompanhar e atualizar as ações por meio dos alinhamentos e diálogos contínuos ao longo do ano, com exceção dos Estagiários de Enfermagem – nível técnico e superior.
- Fornecer feedback para sua liderança, referente à gestão da área e da equipe.
- Solicitar feedback constante sobre o seu desempenho ao longo do ano.
- Monitorar as etapas e cumprir os prazos estabelecidos pela área de Recursos Humanos.

7. RESPONSABILIDADES

Recursos Humanos

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3709

Desenvolvimento

- Estabelecer planos que estimule à liderança à prática de Diálogos Contínuos.
- Ministrar treinamentos para os novos avaliados e avaliadores, referente à metodologia, conceito e ferramenta (sistema).
- Disponibilizar materiais de apoio referentes às etapas da Avaliação de Competência e sua realização.
- Avaliar, aprovar e solicitar alterações no sistema.
- Orientar durante todo o processo os profissionais elegíveis ao exercício, por plantões pessoal, telefônico ou por e-mail. Monitorar os resultados e informar as áreas durante o processo.
- Consolidar os resultados para construção de planos de treinamento e desenvolvimento.
- Desdobrar informações referentes ao Recrutamento Interno, Políticas/Programas de Reconhecimento e Recompensa e Treinamentos, para as respectivas áreas.
- Analisar os resultados após o fechamento do exercício.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Cópia Controlada

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

EX: Desempenho EXCEPCIONAL para a função – Profissional supera consistentemente as expectativas, demonstrando um desempenho extraordinário; seu nível de contribuição individual é reconhecido e serve como modelo aos demais. Percentual de entrega (acima de 150%).AC: Desempenho

AC: ACIMA DO ESPERADO para a função – Profissional supera ocasionalmente o desempenho esperado durante o ano. Percentual de entrega (125%).AT: Desempenho

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3710

AT: ATINGE EXPECTATIVAS para a função – Profissional atinge o desempenho esperado de acordo com as expectativas para a função. Percentual de entrega (100%).

RE: Desempenho REQUER MELHORIAS para a função – Profissional atinge ocasionalmente, mas não regularmente o desempenho esperado em algumas áreas e requer melhorias. Um plano de desenvolvimento específico deve ser definido para melhorar rapidamente. Percentual de entrega (75%).

IN: Desempenho INSATISFATÓRIO para a função – Profissional não atinge o mínimo requerido e desempenho para a função. Um plano de desenvolvimento específico deve ser definido para melhorar rapidamente. Percentual de entrega (abaixo de 50%).

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

Cópia Controlada

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Beatriz Ramos Vieira - 17/10/2022 - 15:21
Atualização do novo layout de acordo as normas e padrões do Dm Docs.

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3711

Título: Procedimento de Avaliação de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
08/02/2006 00:00:00	Criado por	DM User
01/11/2022 08:19:45	Atualizado por	Beatriz Ramos Vieira
01/11/2022 14:44:23	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO:

Capacitar os colaboradores assistenciais em seu ambiente de trabalho com acompanhamento a beira leito, potencializando as competências técnicas e não técnicas, favorecendo o desempenho das atividades, aprimorando a consciência situacional e qualidade e segurança, promovendo segurança psicológica e contribuindo como uma barreira em situações de riscos e eventos adversos.

2. DEFINIÇÕES:

É um treinamento mediado pela prática de acompanhamento à beira-leito. Este modelo de capacitação contribui para o aprendizado contínuo com foco na segurança e qualidade do cuidado ao paciente, com suporte e orientação nos procedimentos executados pelos profissionais assistenciais.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

O modelo é indicado:

Cópia Controlada

- Para capacitação de profissionais recém-formados, recém-contratados ou para aqueles que são movimentados nas organizações de saúde e não possuem experiência prévia para a nova área de atuação.
- Para as unidades que necessitam de rápida cobertura de profissionais para atender a aumento de demanda de pacientes, implementação de novas unidades, ampliação da capacidade de atendimentos e internações hospitalares a pacientes críticos, conversão de leitos de Clínica médica para leitos de atendimento a pacientes graves.
- Em situações de escassez de profissionais de enfermagem com experiência e/ou déficits de competências em determinadas áreas e especialidades.

Este modelo pode ainda ser utilizado de forma complementar a jornada de aprendizagem dos profissionais para agilizar o processo de integração na unidade de trabalho.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Recursos Necessários

Humanos:

- Instrutores com experiência na área de atuação, com habilidades socioemocionais.
- Instrutores com disponibilidade para atuação à beira leito, diurno e noturno.

Tecnológico:

- Formulário Online .
- Dispositivo móvel para registro.

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

- Planilha derivada de um banco de dados (exemplo: plataforma Microsoft® OneDrive) para extração, consolidação e análise dos dados.

Educacional:

- Políticas, Protocolos e Procedimentos Institucionais.
- Equipamentos e/ou materiais, manequins para demonstração prévia ao colaborador.
- Plataforma (LMS) para acesso à vídeos, materiais ilustrativos, documentos institucionais que possam complementar o aprendizado ao profissional e instrutores.

Gestão dos Dados:

- Definir o canal de acesso as informações para análise contínua e intervenção.
- Estabelecer agrupamentos de informações e indicadores isolados de forma a avaliar a proficiência de cada colaborador, levando em consideração os procedimentos realizados, para acompanhamento dos profissionais e/ou processos que necessite de acompanhamento e intervenções no exercício da prática segura.
- Elaborar e disponibilizar o dashboard para as lideranças e para as áreas envolvidas no processo de treinamento, qualidade e segurança.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Cópia Controlada

Apresentação dos objetivos do programa.

Alinhamento e capacitação dos instrutores.

Acompanhamento.

Feedback estruturado.

Registro de Dados.

Acompanhamento das informações.

Retroalimentação do processo.

6. DESCRIÇÃO

ETAPA 1. Definir área alvo para a aplicação do Treinamento mediado pela jornada de aprendizagem à beira leito.

ETAPA 2. Elencar os procedimentos essenciais a serem acompanhados na jornada de aprendizagem à beira leito.

ETAPA 3. Adaptar o *checklist* / instrumento de acompanhamento para a medição da proficiência dos colaboradores, baseando-se nos procedimentos e indicadores que serão acompanhados. Utilizamos o referencial teórico focado na aprendizagem experiencial na prática clínica de enfermagem, o qual examina a

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

aquisição de competências baseadas tanto nesta aprendizagem quanto no conhecimento inerente à prática da enfermagem (Patricia Benner, 2001). Este instrumento é estruturado considerando as competências técnicas e não técnicas requeridas conforme cargo e área de atuação.

ETAPA 4. Alinhar com a equipe de *Analytics Ensino,* o melhor formato de apresentação dos dados, para análise de acompanhando dos dados.

ETAPA 4. Definir os recursos tecnológicos para registro dos dados coletados durante o acompanhamento.

ETAPA 5. Definir o perfil dos instrutores e selecioná-los conforme expertise na área de atuação.

ETAPA 6. Elaborar pasta compartilhada na nuvem, conforme plataforma padronizada com documentos: cronograma, procedimentos e escala de trabalho.

ETAPA 7. Realizar a capacitação dos instrutores, apresentando o programa de treinamento, o contexto em que estarão inseridos, as ferramentas e habilidades necessárias para a execução das atividades (feedback), as características da área de atuação, os procedimentos e a equipe referência. Disponibilizar o cronograma de atividades, os materiais de apoio e a escala de trabalho na plataforma na nuvem, conforme padronizado na instituição.

Cópia Controlada

ETAPA 8. Reconhecimento pelos instrutores, da liderança local, da área de acompanhamento, dos processos, procedimentos e práticas específicos, bem como de materiais e equipamentos disponíveis. Realização de orientação e apoio aos profissionais instrutores em demandas trazidas pelos colaboradores, como: questões administrativas, individuais/pessoais e situações acerca dos pacientes.

ETAPA9. Implementação do Acompanhamento a Beira Leito

9.1. O instrutor se apresenta na unidade e explica sobre o modelo de capacitação.

9.2. Ao iniciar o processo de acompanhamento o instrutor questiona sobre a segurança do profissional na realização do procedimento.

- **Colaborador relata estar seguro** para executar o procedimento: o instrutor acompanha o profissional em sua atividade e ao finalizar, realiza um momento de feedback pontual e oportuno, preenchendo os dados observados no checklist de acompanhamento por meio de um dispositivo móvel.
- **Colaborador relata não estar seguro para executar o procedimento,** o instrutor conduz a orientação ao colaborador retomando a prática, repassando as etapas do procedimento, demonstrando sempre que necessário com recursos disponíveis, fora do ambiente do paciente e assim que o colaborador estiver seguro na realização da prática, ele o acompanha em sua atividade e ao finalizar, realiza um momento

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

de feedback pontual e oportuno, preenchendo os dados observados no checklist de acompanhamento por meio de um dispositivo móvel.

- **Colaborador não se sente seguro, mesmo após ter sido orientado/demonstrado** as etapas do procedimento fora do ambiente do paciente, , o instrutor acionará a referência da unidade, para que delegue o procedimento a outro profissional mais experiente, assim, dando a oportunidade do colaborador acompanhar a prática no paciente. O instrutor realiza feedback pontual e oportuno, preenchendo os dados observados no checklist de acompanhamento por meio de um dispositivo móvel.

7. RESPONSABILIDADES

Área Solicitante | Lideranças

Ensino Corporativo

Instrutores

Área de *Learning Analytics*

Cópia Controlada

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Escala dos colaboradores podendo impactar na programação da Capacitação.

Erro no preenchimento do checklist de acompanhamento.

Instrutor não capacitado.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

- Seguir políticas e procedimentos institucionais.
- Garantir o acompanhamento e os registros de forma padronizada.
- Oferecer suporte e orientação aos instrutores, realizando checagens dos registros e feedback quanto as dúvidas e situações gerenciadas.
- Selecionar profissionais qualificados para a condução do treinamento mediado pela prática supervisionada à beira leito.
- Reportar o desempenho e acompanhamento dos colaboradores para a liderança.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Conforme demanda.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59 3716

Título: Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

- Os registros são realizados pelo canal de acesso as informações para análise contínua e intervenção.
- Estabelecemos agrupamentos de informações e indicadores isolados de forma a avaliar a proficiência de cada colaborador, levando em consideração os procedimentos realizados, para acompanhamento dos profissionais e/ou processos que necessite de acompanhamento e intervenções no exercício da prática segura.
- Elaboramos e disponibilizamos um dashboard para as lideranças e para as áreas envolvidas no processo de treinamento, qualidade e segurança.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Procedimentos Acompanhados x Tentativas.

- Proficiência na aquisição de habilidade e competência de Benner.

13. ANEXOS

Cópia Controlada

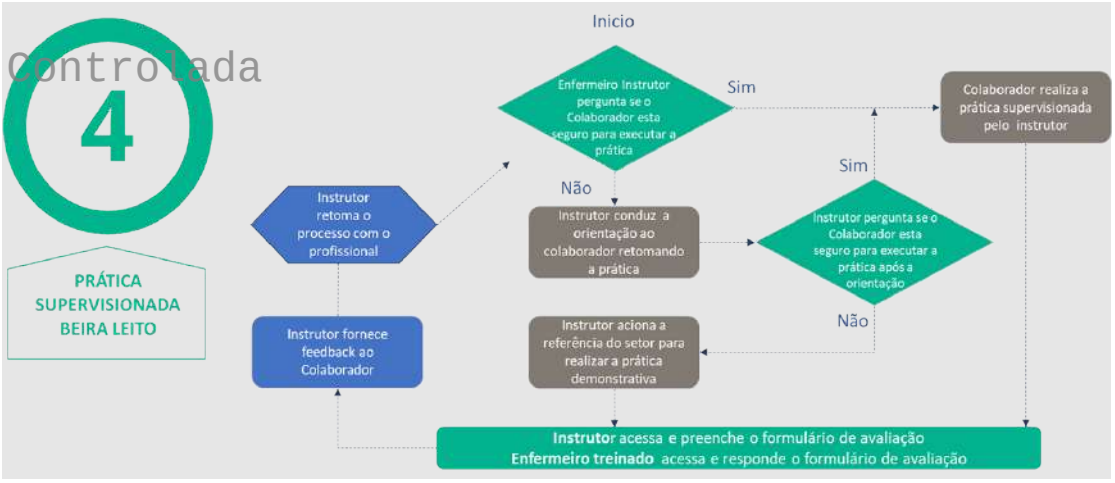


Figura 1: Esquema do processo de acompanhamento beira leito.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) BENNER, P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative Edition: New Jersey: Prentice Hall, 2001a. BENNER, P. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Tradução de: QUEIRÓS, A. A.; LOURENÇO, B. edição comemorativa. Coimbra: Quarteto, 2001b. Original em inglês.

2) BENNER, P. Using the Dreyfus Model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. Bulletin of Science, Technology & Society,Utah, v. 24, n.3, p.188-199, apr. 2004.

3) BERNADINHO E, Felli VEA, Peres AM. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. Cogitare Enferm [Internet]. 2010[cited 2014 May 12];15(2):349-53. Available from: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17875/11665.

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

Título: Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Cópia Controlada

Título: Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
28/04/2023 15:47:56	Criado por	Giovana Ribeiro Brambilla
15/05/2023 12:38:52	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Oferecer apoio ao desenvolvimento dos colaboradores em suas competências e no seu crescimento profissional, por meio de estratégias educacionais para promoção e retenção de conhecimento, favorecendo o desempenho de suas atividades com excelência, qualidade e segurança.

2. DEFINIÇÕES

O Ensino Corporativo (EC) foi criado no ano de 2004 e é responsável por gerenciar as ações de treinamento para os colaboradores da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), incluindo estagiários, aprendizes e residentes.

Missão

Melhorar a saúde da população, a qualidade da assistência e da gestão em saúde, difundindo conhecimento e educando pacientes e a sociedade.

Cópia Controlada

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicada: colaboradores da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).
Contraindicada: colaboradores terceiros ou pessoas jurídicas.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Recursos Necessários

Humanos:

- Equipe composta por gerente, coordenadores, consultores, analistas de treinamento e de sistema do ensino corporativo.
- Equipe de Apoio composta por monitores, aprendizes e estagiários.
- Facilitadores de treinamentos.

Logística e Tecnológica:

- Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS) – Portal de Gestão de Pessoas, módulo aprendizagem (PGP) e Moodle Free, módulo de treinamentos.
- Sistema da Educação Médica Continuada (EMC).
- Salas de Treinamentos, Equipamentos, Materiais, Recursos Físicos e Tecnológicos.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41 3720

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

As jornadas de aprendizagem conduzidas pelo Ensino Corporativo seguem metodologia baseada nas seis disciplinas cujo objetivo é avaliar indicadores e resultados do negócio para planejar e direcionar as ações de educação (WICK, C. et al., 2011). Assim, é possível atingir os melhores resultados com qualidade e segurança para o profissional, para o paciente e para o ambiente, seguindo diretrizes institucionais alinhadas às estratégias organizacionais da SBIBAE.

O Ensino Corporativo também atua em parceria com as áreas e com o GADE (Grupo de Apoio ao Desenvolvimento da Enfermagem), apoiando as ações educacionais que conduzem em relação à experiência de aprendizagem, além de gerenciar também as participações nos cursos realizados, desde que atendam aos prazos e critérios estabelecidos.

Cópia Controlada

É importante frisar que eventos informativos como, por exemplo, comunicações internas e reuniões administrativas não são considerados treinamentos e, portanto, não serão aceitos pelo Ensino Corporativo para fins de registro de participação.
Para os treinamentos conduzidos pelas próprias áreas sem o alinhamento prévio com o Ensino Corporativo e liderança, o Ensino não se responsabilizará por empresas terceiras, instrutores externos ou convidados, metodologias, recursos ou técnicas de aprendizagem utilizadas.

Estratégias de Ensino

O Ensino busca a melhor experiência de aprendizagem para o colaborador. Para isso, estrutura os objetivos de aprendizagem a partir da Taxonomia de Bloom, que permite auxiliar na identificação e a declaração dos objetivos ligados ao desenvolvimento cognitivo, visando facilitar o planejamento do processo de ensino e aprendizagem dos colaboradores. Para isso, utiliza recursos tecnológicos, inovação e metodologias ativas e colaborativas que permitam conciliar a teoria com a prática profissional, em um modelo híbrido de aprendizagem. Além disso, atua em parceria com outras áreas especialistas da Instituição, como o Ensino Digital e o Centro de Simulação Realística para elaboração das estratégias.

Áreas de Apoio do Ensino Corporativo

- Operações e Logística Ensino;
- Núcleo de Curadoria do Ensino;
- Centro de Simulação Realística (CSR);
- Ensino Digital.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

7. RESPONSABILIDADES

Responsável: Diretor do Ensino Corporativo e de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Papéis e responsabilidades dos profissionais do Ensino Corporativo:

- Proporcionar uma experiência de aprendizagem, disponibilizando soluções educacionais ativas, colaborativas, inovadoras e atualizadas para diferentes níveis e categorias profissionais.

- Garantir que responda aos protocolos, acreditações, certificações e legislações vigentes, mantendo o padrão de qualidade e segurança na atuação do profissional.

- Gerenciar a participação dos colaboradores nos diversos programas de treinamento conduzidos pelo Ensino Corporativo.

- Acompanhar indicadores estratégicos como um termômetro para direcionar as ações de treinamento.

- Disponibilizar dados de treinamentos, continuamente, de modo que os gestores possam gerenciar diretamente o desenvolvimento e o engajamento de suas equipes, de forma assertiva.

- Garantir a confidencialidade de informações dos dados.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Os profissionais não realizarem os treinamentos.

Cópia Controlada

Não atingir as metas contratadas definidas no ciclo anual.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

No processo de aprendizagem, o Ensino Corporativo leva em consideração importantes norteadores, como:

- Visão, missão e valores da SBIBAE;
- Indicadores Estratégicos – BSC (Balanced ScoreCard);
- Diretrizes Institucionais (segurança do paciente, colaborador, ambiente e sustentabilidade);
- Competências profissionais mapeadas por nível profissional;
- Diversidade;
- Alta Confiabilidade;
- Plano Diretor;
- Requisitos legais e documentações de conhecimento requerido técnico para exercício da função;
- Políticas e processos de acreditação;
- Resultados dos Indicadores de Qualidade e Segurança;
- Notificação de evento adverso;
- Implantação de Protocolos Assistenciais e Gestão de Risco;
- Normas regulamentadoras.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41 3722

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

De acordo com a política de qualificação dos profissionais.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Os dados de treinamentos são armazenados no Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS), extraídos e analisados pela equipe do Ensino Corporativo por meio de relatórios e a gestão das áreas tem acesso a visualização e extração dos dados de forma restrita.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Os principais indicadores gerados pelo Ensino Corporativo são:

- Adesão, aprovação e conclusão das Trilhas de Aprendizagem.
- Net Promoter Score (NPS) - Trata-se de uma métrica criada para mensurar de forma mais apurada indicação dos participantes com relação ao treinamento, independente da área de atuação (REICHHELD, Frederick F., 2011).

Cópia Controlada

- Satisfação em Treinamentos – Indicador da média geral de satisfação dos colaboradores com relação aos treinamentos realizados.
- Hora Homem Treinamento: Tem por finalidade avaliar a quantidade média de horas de treinamento realizado por colaborador.

Para acompanhar os resultados de aprendizagem das ações de treinamento, o Ensino Corporativo também utiliza alguns formatos de avaliação de aprendizagem, teóricas e práticas.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WICK, C. et al. 6Ds: as seis disciplinas que transformam educação em resultados para o negócio. São Paulo: Évora, 2011.

REICHHELD, Frederick F., A pergunta definitiva 2.0: como as empresas que implementam o net promoter score prosperam em um mundo voltado aos clientes / Fred Reichheld; tradução Bruno Alexander e Luiz Otávio Talu. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 281 p.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41 3723

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Programa Admissional de Atendimento.

Programa Admissional de Enfermagem.

Programa Admissional da Equipe Multiprofissional.

Programa Admissional dos Programas Governamentais.

Política de capacitação profissional por meio de trilhas de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Programa de Educação Médica Continuada

Organização de Programas de Treinamento (Público Interno).

Contratação de Consultoria de Treinamento.

Procedimento para Recebimento e Arquivamento de Listas de Presença do Ensino.

Emissão de Certificado e Declaração dos Treinamentos.

Cópia Controlada

Inscrição e Cancelamento de Treinamentos e Cursos.

Avaliação de Aprendizagem - Teórica e Prática.

Avaliação de Reação.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
26/02/2007 00:00:00	Criado por	DM User
28/12/2022 16:17:10	Atualizado por	Jaqueline Aline de Oliveira
05/01/2023 16:34:24	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Esta política tem por objetivo estabelecer as regras, papéis e responsabilidades relativas à Trilha de Integração Institucional por parte da Diretoria de Ensino com apoio dos especialistas e referências institucionais, como forma de ratificar o compromisso da SBIBAE com o acolhimento de novos colaboradores, transmitir conhecimento sobre a cultura organizacional e informações associadas às políticas, normas e diretrizes institucionais. Está associado a experiência do colaborador e deve proporcionar aprendizado fortalecendo a cultura organizacional e a retenção de talentos.

A Trilha de Integração Institucional tem como objetivos:

- Proporcionar acolhimento e aculturamento ao novo colaborador em sua jornada inicial.
- Apresentar informações sobre a instituição, sua cultura e frentes de atuação, facilitando a conexão e o sentimento de pertencimento.

Cópia Controlada

- Facilitar o acesso aos principais canais de comunicação para suporte durante toda a sua jornada.
- Transmitir conhecimento sobre o jeito Einstein de ser.
- Orientar quanto as primeiras etapas da sua rotina dentro da Instituição.
- Apoiar a adaptação e retenção do novo colaborador.

2. DEFINIÇÕES

A realização da Trilha de Integração Institucional é obrigatória a todos os colaboradores efetivos, efetivados e estagiários. A sua conclusão deve ocorrer até 45 dias corridos da data de sua admissão.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 3726

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

A Trilha de Integração Institucional é disponibilizada por meio da Plataforma de Aprendizagem oficial - Portal Gestão de Pessoas (PGP). Trata-se de Trilha assíncrona on-line (EAD) realizada de forma autônoma e individual pelos colaboradores.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

A partir do D2 o colaborador receberá em seu e-mail interno o comunicado com a disponibilização e instrução de realização da Trilha de Integração Institucional. Ao concluí-la, os dados ficarão registrados no perfil do colaborador.

6. DESCRIÇÃO

A Jornada do novo colaborador é composta por diferentes etapas e conduzidas por diversas áreas da instituição. A jornada é composta por:

Cópia Controlada

1. Processo seletivo.
2. Processo admissional online (entrega de documentação) e assinatura de contrato de trabalho.
3. Envio de acessos.
4. Início na instituição: Live de Boas-Vindas.
5. Treinamentos admissionais específicos.
6. Trilha de integração institucional online.

Descrição das etapas:

6.1 Processo Seletivo:

- Alinhamento com área demandante.
- Divulgação das vagas nos canais.
- Triagem e análise de perfil.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 3727

- Realização do processo seletivo.
- Devolutiva de aprovação do candidato.
- Envio da carta proposta com próximos passos da Jornada admissional.

6.2 Processo Admissional Online:

- Envio da lista de documentação necessária.
- Gestão e conferência da documentação digital.
- Confirmação da data de início.
- Envio e gestão do contrato de trabalho assinado.
- Envio de orientações para o 1º dia.

Cópia Controlada

6.3 Envio de Acessos:

- Disponibilizar login e senha e orientações de acesso a rede Einstein.
- Prestar suporte ao novo colaborador referente a dúvidas.

6.4 Live de Boas-Vindas:

- Live com as áreas de Recursos Humanos para recepcionar e acolher os novos colaboradores.

6.5 Treinamentos Admissionais Específicos:

- Envio do convite para participar dos Treinamentos Admissionais Específicos (Equipes: Enfermagem, Multiprofissional e Atendimento).
- Realização dos treinamentos.
- Gestão e acompanhamento da adesão dos treinamentos.

6.6 Trilha de Integração Institucional:

- Envio do link de acesso a Trilha de Integração Institucional.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 3728

- Realização da Trilha.
- Monitoramento e acompanhamento da adesão e engajamento da Trilha.

7. RESPONSABILIDADES

7.1 Atração, Seleção e Diversidade:

- Realizar processo seletivo.
- Devolutiva da aprovação do candidato.
- Informar o novo colaborador sobre os próximos passos para finalização do processo admissional online.

7.2 Serviços de Recursos Humanos:

Cópia Controlada

- Consolidação e envio da relação de colaboradores que serão admitidos nas datas programadas para admissão.
- Conferência da entrega de documentação online, envio do kit admissional online com o contrato de trabalho digital, e formalização da data de início.
- Envio dos contatos do Gestor e informações sobre o setor.
- Orientações sobre as próximas etapas.
- Live de acolhimento de novos colaboradores.

7.3 Saúde do Trabalho:

- Realizar exame admissional para validar aptidão do novo colaborador para assumir o cargo.

7.4 Tecnologia da Informação (Segurança da Informação):

- Criar e enviar login, senha, e-mail corporativo e orientação de acesso aos novos colaboradores

7.5 Ensino Corporativo:

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 3729

- Treinamentos Admissionais Específicos (Equipes: Enfermagem, Multi e Atendimento).
- Definir o público-alvo, conforme elegibilidade a partir da planilha de contratados.
- Organizar e planejar as capacitações, levando em consideração o headcount.
- Enviar o convite de treinamento admissional específico ao novo colaborador e gestor.
- Atualizar conteúdos e estratégias de aprendizagem anualmente, levando em consideração as diretrizes institucionais e atualização em políticas, práticas e procedimentos.
- Informar as lideranças quanto a programação dos treinamentos admissionais;
- Enviar convite e disponibilizar a Trilha de Integração Institucional e realizar a gestão e acompanhamento da conclusão.

Cópia Controlada

7.6 Diretoria de Recursos Humanos:

- Realização e condução da Live de Boas-Vindas para novos colaboradores.
- Gestão da experiência na Jornada do novo colaborador.
- Medição da satisfação do novo colaborador com a Live de Boas-Vindas.
- Informar os próximos passos em relação à Trilha de Integração Institucional e demais treinamentos admissionais.

7.7 Gestores das Áreas:

- Recepcionar o novo colaborador ou direcionar um profissional da equipe para essa recepção.
- Incentivar e contribuir com a participação do colaborador nos Treinamentos Admissionais obrigatórios.
- Acompanhar a adesão e desempenho dos colaboradores num processo contínuo durante o ano, formalizado por meio do Ciclo de Gestão de Desempenho Einstein.
- Engajar os colaboradores para a participação das trilhas de aprendizagem.
- Realizar um plano de ação nos casos de baixo desempenho e reprovações.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35

7.8 Colaborador:

- Acompanhar os comunicados e informações das etapas da sua jornada (Aprovação, contratação/admissão e chegada na instituição).
- Participar da Live de Boas-vindas.
- Realizar a Trilha de Integração Institucional Online (dentro do prazo estipulado de até 45 dias após a data de admissão).
- Realizar todos os treinamentos admissionais.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

A Trilha de Integração Institucional está atrelada a auditorias e certificações dentro da Instituição, a sua não realização pode gerar possíveis não-conformidades.

Cópia Controlada

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

A Trilha de Integração Institucional deverá ser realizada uma única vez, no início da jornada do colaborador. Contudo, em caso de reingresso à instituição, o colaborador deverá realizar a Trilha de Integração Institucional desde seu início.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Os dados de treinamento são armazenados no Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS), extraídos e analisados pela equipe do Ensino Corporativo por meio de relatórios e a gestão das áreas tem acesso a visualização e extração dos dados de forma restrita.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Destacamos abaixo os indicadores acompanhados por fases:

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35

Fase	Indicador	Objetivo
Durante e após o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Adesão	Acompanhamento e análise da adesão à Trilha.
Durante o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Satisfação	Acompanhamento e análise da satisfação referente à Trilha.
Ao final do ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Conclusão	Acompanhamento e análise de conclusão da Trilha.

Essas análises, são realizadas por meio do dashboard, ou seja, um painel visual que contém informações, métricas e indicadores dos treinamentos. A ideia é que nele estejam representados os números relevantes para o acompanhamento de resultados conforme a estratégia do negócio e alcance dos objetivos organizacionais conforme meta estabelecida pela diretoria da área.

13. ANEXOS

Não se aplica.

Cópia Controlada

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MORGAN, JACOB, THE EMPLOYEE EXPERIENCE ADVANTAGE: HOW TO WIN THE WAR FOR TALENT BY GIVING EMPLOYEES THE WORKSPACES THEY WANT, THE TOOLS THEY NEED, AND A CULTURE THEY CAN CELEBRATE, 2017.

ABBAD, GARDÊNIA DA SILVA. MEDIDAS DE AVALIAÇÃO EM TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO: FERRAMENTAS PARA GESTÃO DE PESSOAS. [ET AL.]. – PORTO ALEGRE: ARTMED, 2012.

FLEURY, MARIA TEREZA LEME; FLEURY, AFONSO FLEURY: REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO CONTEMPORÂNEA, 2001 - SCIELO BRASIL.

REICHHELD, FREDERICK F., A PERGUNTA DEFINITIVA 2.0: COMO AS EMPRESAS QUE IMPLEMENTAM O NET PROMOTER SCORE PROSPERAM EM UM MUNDO VOLTADO AOS CLIENTES / FRED REICHHELD; TRADUÇÃO BRUNO ALEXANDER E LUIZ OTÁVIO TALU. – RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2011. 281 P.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 3732

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Beatriz Ramos Vieira - 10/01/2023 - 09:23
Atualização para o novo template 10/01/2023

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
17/09/2021 17:41:10	Criado por	DM User
10/01/2023 09:23:34	Atualizado por	Beatriz Ramos Vieira
11/01/2023 21:39:24	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

O programa é destinado ao acolhimento e aculturamento dos parceiros que estão sob a gestão da área de Recursos Humanos e que prestam serviços a Instituição por mais de 7 dias corridos: prestadores de serviços, voluntários, aprimorandos, residentes, alunos da Faculdade, Escola Técnica e Ensino Médio/Técnico. O intuito é fornecer objetos associados às políticas, normas e diretrizes institucionais e proporcionar aprendizado e fortalecer a cultura organizacional.

2. DEFINIÇÕES

A realização da Trilha de Integração Institucional é obrigatória a todos os parceiros que atuam por mais de 7 dias corridos na Instituição, sendo eles: prestadores de serviços que estão sob a gestão de RH, aos voluntários, residentes, aprimorandos e alunos da Faculdade, Escola Técnica e Ensino Médio/Técnico. A sua conclusão deve ocorrer até 45 dias corridos da data de sua admissão.

Cópia Controlada

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

A Trilha de Integração Institucional é disponibilizada por meio da Plataforma de Aprendizagem oficial - Moodle. Trata-se de Trilha assíncrona on-line (EAD) realizada de forma autônoma e individual pelos parceiros.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

A partir do D1 o parceiro receberá em seu e-mail o comunicado com a disponibilização e instrução de realização da Trilha de Integração Institucional. Ao concluí-la, os dados ficarão registrados no perfil do colaborador dentro da plataforma.

6. DESCRIÇÃO

A Trilha de Integração Institucional voltada aos parceiros é composta por diferentes etapas. Os prestadores de serviços, voluntários e alunos são informados sobre a trilha online pela área contratante e/ou Faculdade/Escola Técnica e recebem o manual de orientações de acesso a plataforma.

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22 3735

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Fase 1: Integração Institucional Online

Ao adentrar na plataforma o parceiro terá acesso aos seguintes conteúdos:

Módulo I – Princípios e Valores

Este módulo tem como objetivo apresentar a cultura organizacional e missão, visão e valores institucionais. Abaixo, os itens abordados neste módulo:

- Mensagem do Presidente.
- História do Einstein.
- Missão, Visão e Valores.
- Diversidade e Inclusão.

Módulo I – Cultura de Segurança

Cópia Controlada

Este módulo tem como finalidade fornecer conhecimentos e orientações gerais de cuidado, precaução e prevenção de quaisquer incidentes com relação a segurança do colaborador, paciente e Instituição. Abaixo, os itens abordados neste módulo:

- 6 Metas de Segurança
- Sustentabilidade - Ecossistema Einstein
- Prevenção e Controle de Infecção
- Higiene das Mãos - Parte I
- Higiene das Mãos - Parte II
- LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados
- Noções Básicas de Prevenção e Combate a Incêndios
- Segurança da Informação
- Segurança Patrimonial
- Segurança do Colaborador

Módulo III – SPA | Modelo de Atendimento

Este módulo tem como objetivo de orientar e aculturar o novo colaborador sobre o modelo de atendimento Einstein, SPA.

- SPA - Experiência do Paciente

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22 3736

Módulo IV – Políticas E Práticas

Este módulo tem como intuito fornecer informações sobre as políticas e práticas institucionais de ética e segurança.

- Manual de Ética
- Política de Biossegurança
- Comunicação Interna

Módulo V - Avaliação de Reação

Este módulo tem como objetivo estabelecer um canal de comunicação e confiança com o novo colaborador com o intuito de mensurar a satisfação em relação ao Programa de Integração Institucional.

7. RESPONSABILIDADES

Cópia Controlada

Gestores de Contrato, Supervisores técnicos (Representantes dos Prestadores de Serviço), Departamento de Voluntários, Programa de Residência Médica e Multiprofissional e Programa de Aprimoramento:

- Cadastrar os profissionais (CPF e nome completo) na plataforma Moodle e realizar a atribuição da Trilha de Integração Institucional;
- Orientar e acompanhar os colaboradores quanto a realização da Integração, atuando como suporte para eventuais dúvidas e garantindo a conclusão do treinamento,
- Reportar para a área de Recursos Humanos o status de conclusão dos profissionais e eventuais intercorrências.

Faculdade, Escola Técnica e Ensino Médio Técnico:

- Cadastrar os alunos (CPF e nome completo) na plataforma Canvas e realizar a atribuição da Trilha de Integração Institucional;
- Orientar e acompanhar os alunos quanto a realização da Integração, atuando como suporte para eventuais dúvidas e garantindo a conclusão do treinamento,
- Reportar para a área de Recursos Humanos status de conclusão dos alunos e eventuais intercorrências.

Ensino Corporativo:

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

- Criação da Trilha de Integração Institucional conforme direcionadores estratégicos da organização dentro da plataforma (Moodle).
- Gestão e atualização dos objetos de aprendizagem da Trilha de Integração Institucional na plataforma (Moodle);

Recursos Humanos:

- Gestão e atualização dos parceiros no sistema de admissão de terceiros.
- Apresentar o processo e o fluxo para gestores terceiros e stakeholders dos contratos.
- Representar a área e reportar os indicadores em auditorias e certificações.
- Gerir a adesão e conclusão dos prestadores de serviço junto aos gestores terceiros e stakeholders.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

A Trilha de Integração Institucional está atrelada a auditorias e certificações dentro da Instituição, a sua não realização pode gerar possíveis não-conformidades.

Cópia Controlada

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

A Trilha de Integração Institucional deverá ser realizada uma única vez, no início da jornada do parceiro. Contudo, em caso de reingresso de parceiro não atuante no período de 12 (doze) meses à instituição, ele deverá realizar a Trilha de Integração Institucional desde seu início.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Os dados de treinamento são armazenados no Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS), extraídos e analisados pela equipe da área de Recursos Humanos por meio de relatórios. Os stakeholders dos contratos e os gestores das empresas terceiras tem acesso a visualização e extração dos dados de forma restrita.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Destacamos abaixo os indicadores acompanhados por fases:

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

Fase	Indicador	Objetivo
Durante e após o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Adesão	Acompanhamento e análise da adesão à Trilha.
Durante o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Satisfação	Acompanhamento e análise da satisfação referente à Trilha.
Ao final do ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Conclusão	Acompanhamento e análise de conclusão da Trilha.

Essas análises, são realizadas por meio do dashboard, ou seja, um painel visual que contém informações, métricas e indicadores dos treinamentos. A ideia é que nele estejam representados os números relevantes para o acompanhamento de resultados conforme a estratégia do negócio e alcance dos objetivos organizacionais conforme meta estabelecida pela diretoria da área.

13. ANEXOS

Não se aplica.

Cópia Controlada

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MORGAN, JACOB, THE EMPLOYEE EXPERIENCE ADVANTAGE: HOW TO WIN THE WAR FOR TALENT BY GIVING EMPLOYEES THE WORKSPACES THEY WANT, THE TOOLS THEY NEED, AND A CULTURE THEY CAN CELEBRATE, 2017.

ABBAD, GARDÊNIA DA SILVA. MEDIDAS DE AVALIAÇÃO EM TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO: FERRAMENTAS PARA GESTÃO DE PESSOAS. [ET AL.]. – PORTO ALEGRE: ARTMED, 2012.

FLEURY, MARIA TEREZA LEME; FLEURY, AFONSO FLEURY: REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO CONTEMPORÂNEA, 2001 - SCIELO BRASIL.

REICHHELD, FREDERICK F., A PERGUNTA DEFINITIVA 2.0: COMO AS EMPRESAS QUE IMPLEMENTAM O NET PROMOTER SCORE PROSPERAM EM UM MUNDO VOLTADO AOS CLIENTES / FRED REICHHELD; TRADUÇÃO BRUNO ALEXANDER E LUIZ OTÁVIO TALU. – RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2011. 281 P.

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Beatriz Ramos Vieira - 13/02/2023 - 14:11
Ensino Corporativo:

- Criação da Trilha de Integração Institucional conforme direcionadores estratégicos da organização dentro da plataforma (Moodle).
- Gestão e atualização dos objetos de aprendizagem da Trilha de Integração Institucional na plataforma (Moodle);

Recursos Humanos:

- Gestão e atualização dos parceiros no sistema de admissão de terceiros.
- Apresentar o processo e o fluxo para gestores terceiros e stakeholders dos contratos.
- Representar a área e reportar os indicadores em auditorias e certificações.
- Gerir a adesão e conclusão dos prestadores de serviço junto aos gestores terceiros e stakeholders. - 13/02/2023

Beatriz Ramos Vieira - 06/01/2023 - 15:56
Atualização para o novo template - 06/01/2023

Cópia Controlada

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
09/04/2015 00:00:00	Criado por	DM User
13/02/2023 14:11:17	Atualizado por	Beatriz Ramos Vieira
14/02/2023 13:13:55	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Capacitar os profissionais para prestar a assistência de qualidade baseada nas diretrizes institucionais e competências mapeadas pelo RH, alinhando-o à missão, visão, valores e filosofia da instituição.

1.1 Objetivos específicos

- Promover a integração dos profissionais assistenciais recém-admitidos na SBIBAE;
- Uniformizar as informações relacionadas aos padrões de prática assistencial, com foco em qualidade e segurança, considerando os aspectos relevantes de cada categoria profissional;
- Fornecer conhecimentos e treinar habilidades requeridas para o desempenho das competências técnicas da equipe assistencial.

2. DEFINIÇÕES

O Programa de Treinamento Admissional Assistencial promove capacitação e o desenvolvimento das equipes assistenciais para a prestação de uma assistência de qualidade garantindo a segurança do paciente e colaboradores. É um processo sistematizado, que visa fornecer conhecimento e habilidades que serão necessárias em sua atuação. E, é norteado pela Política Institucional de Conhecimentos Requeridos para Atuação Profissional.

Cópia Controlada

O Programa está dividido por categoria profissional, em equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de enfermagem de coleta, auxiliares de enfermagem, estagiários, aprimorando, residentes e profissionais promovidos de cargo), equipe de enfermagem dos Programas Governamentais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem).

Equipe multidisciplinar (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistente social, biomédicos, psicólogos, farmacêuticos, residentes e estagiários).

O Treinamento Admissional Assistencial de Enfermagem Master é realizado durante 5 dias com carga horária total de 26 horas. Após o treinamento presencial, o colaborador irá para a unidade de atuação. Deverá realizar a Trilha Profissional do Novo Colaborador e será acompanhado pelo Enfermeiro de Referência/Par de Prática Exemplar e Gade dando continuidade ao treinamento setorial baseado no checklist setorial.

O Treinamento Admissional Assistencial Multiprofissional é realizado durante 2 dias com carga horária total de 9 horas com uma turma mensal, por conta do baixo quórum de admissões. O colaborador irá para a unidade de atuação, deverá realizar a Trilha Profissional do Novo Colaborador e convocado ao treinamento admissional conforme cronograma.

O Treinamento Admissional dos Programas Governamentais é realizado em um dia, com a carga horária de 5 horas, no formato presencial, onde são abordados os temas: administração de medicamentos, reanimação cardiorrespiratória, prevenção de infecções, coleta de exames e vacina. Após o treinamento presencial, o colaborador vai para a unidade de atuação.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

3.1 Critérios de Inclusão:

Os profissionais elegíveis para participar do treinamento Admissional Assistencial são:

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3742

- Profissionais da equipe de enfermagem/ recém-admitidos na instituição;
- Profissionais promovidos (alteração de categoria profissional) e após licença médica (maior ou igual um ano);
- Profissionais transferidos de setores que não desempenhavam atividades assistenciais diretas ao paciente (hospitalar/ambulatorial);
- Profissionais em retorno de afastamentos que configurem um período maior que 12 meses.

3.2 Critérios de Exclusão:

- Profissionais após licença médica em período menor que um ano.
- Profissionais promovidos dentro da mesma categoria de atuação.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

O Treinamento assistencial se dá de forma híbrida com abordagem online síncrona e presencial, com exceção dos programas governamentais que se dá de forma presencial.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Cópia Controlada

Para consolidação da metodologia ativa no qual é aplicada no treinamento, são encaminhados junto ao e-mail de convocação, os conteúdos para estudo prévio, aplicamos questionário de avaliação prévia e pós treinamento, além das trilhas de aprendizagem online assíncrona.

6. DESCRIÇÃO

6.1 Treinamento Admissional Assistencial – Enfermagem e Equipe Multiprofissional

Agente	Descrições
Recursos humanos	Envia a lista dos admitidos/promovidos.
Ensino **Corporativo**	Elabora o cronograma das atividades de treinamento com base no calendário anual de admissões. Elabora a planilha de turma com os elegíveis: novos colaboradores e promovidos.

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3743

	Encaminha convites por e-mail e celular para o público do treinamento. Encaminha a lista de convocados aos gestores por turma. Durante o treinamento, orienta os novos colaboradores a realizar a Trilha Profissional do Novo Colaborador (Online assíncrona), a ser realizada em até 90 dias a partir do início da admissão e os promovidos a partir da data de atribuição. Desenvolve o conteúdo teórico por meio de estratégias ativas de aprendizagem. Aplica as avaliações de habilidade técnica para temas específicos. Realiza o registro da frequência de participação no curso. Emiti relatórios de participação do treinamento, aquisição de conhecimento, avaliação de reação e indicador do NPS. Analisando, reportando e solicitando aos gestores o plano de ação para os colaboradores reprovados e ausentes.
Ensino Corporativo	Capacita e acompanha os instrutores, para aplicação das melhores estratégias educacionais que facilite o aprendizado, a retenção dos conhecimentos abordados e propicie os melhores resultados com foco na experiência completa de aprendizado. Analisa os resultados das avaliações de reação e aprendizado, identificando os pontos de melhoria e propõe ações que garantam a qualidade do programa.

Cópia Controlada

6.2 Treinamento Admissional Assistencial – Programas Governamentais

Agente	Descrições
Recursos Humanos/Empresa	Enviar a lista dos admitidos/promovidos.

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Responsável pelos Contratos Temporários	
Ensino Corporativo / Analista de Treinamento	Selecionar os recém-admitidos (Equipe de Enfermagem) à Área Técnica dos Programas Governamentais. Elaborar o cronograma das atividades de treinamento (nome dos profissionais e calendário) em conjunto com Educação Permanente da Área Técnica dos Programas Governamentais. Enviar o cronograma das atividades de treinamento ao Especialista da Educação Permanente da Área Técnica dos Programas Governamentais para indicação dos instrutores. Prover recursos humanos, físicos e materiais (ex. reserva de sala, materiais, coffee). Garantir a atualização do conteúdo teórico e prático; Desenvolver o conteúdo teórico prático em parceria com a área técnica por meio de aplicação de estratégias ativas de aprendizagem. Aplicar as avaliações de habilidade técnica para temas específicos. Realizar o registro da frequência de participação no curso. Emitir relatórios de participação no treinamento, aquisição de conhecimento, avaliação de reação e indicador NPS (Net Promoter Score) analisando, reportando e solicitando o plano de ação para os colaboradores reprovados e ausentes de forma a identificar os pontos de melhoria bem como propor ações que garantam a qualidade do Programa. Capacitar, acompanhar e reportar dados das avaliações de reação e aprendizagem aos instrutores dos treinamentos.

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3745

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

7. RESPONSABILIDADES

- Ensino Corporativo
- Recursos Humanos
- Gestores das áreas

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Conhecimento teórico e prático insuficiente;
- Reprovação na validação de RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar);
- Ausência do recém-admitido/promovido no programa de treinamento presencial admissional;
- Baixa adesão à Trilha Profissional de Enfermagem, exceto Programas Governamentais.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

- Cumprimento integral do Programa de Treinamento;
- Aprovação na validação prática de RCP
- Conclusão da Trilha Profissional de Enfermagem do Novo Colaborador no prazo determinado.

Cópia Controlada

Obs.: Os colaboradores que não atingirem o conceito mínimo na Avaliação de Aprendizagem referente ao tema de RCP, terão uma segunda oportunidade no mesmo dia e caso seja reprovado novamente, será reportado para o gestor e convocado em outro momento para refazer o conteúdo/avaliação.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

- 1(uma) vez, na admissão e/ou movimentação de cargo.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

- Portal de Gestão de Pessoas - PGP

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de aquisição de conhecimento;
- Taxa de adesão ao programa;
- NPS (Net Promoter Score – métrica criada para mensurar de forma mais acurada a satisfação dos participantes com relação ao treinamento) > 40.

13. ANEXOS

Não se aplica.

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3746

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento do Ensino Corporativo

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Vanessa Pio da Silva - 05/04/2023 - 15:36
-> Atualização para o novo template documental. - 31/03/2023.

->Atualização da seção 4.ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL - 31/03/2023.

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3747

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
11/04/2018 00:00:00	Criado por	DM User
05/04/2023 15:36:45	Atualizado por	Vanessa Pio da Silva
25/04/2023 15:38:38	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3748

Tipo Documental
ProcedimentoAdministrativo
Título Documento
Procedimento para Contratação de Portadores de Deficiência

Procedimento para Contratação de Pessoas com Deficiência

1. DEFINIÇÃO

Assegurar e avaliar o processo de contratação de profissionais com deficiência.

2. OBJETIVOS

Atrair, recrutar, selecionar e incluir profissionais com deficiência para a SBIBAE.

3. RESPONSÁVEIS

Recrutamento e Seleção

Recrutar o profissional através do site da SBIBAE e outros sites de busca, indicações, entre outras fontes.

Cópia Controlada

Avaliar os profissionais por meio de ferramentas de seleção, entrevistas online, dinâmicas de grupo online e testes de conhecimento específicos (prova).

Validar o laudo médico com apoio da Saúde Ocupacional, para inclusão de profissionais com enquadramento na Lei de Cotas (8213/91).

Dar retorno aos candidatos envolvidos no processo seletivo, independente do resultado final e, caso o candidato não se enquadre, verificar a possibilidade de direcioná-lo para novas oportunidades.

Zelar pelo cumprimento desta politica e na inclusão de profissionais com deficiência em todas as oportunidades da SBIBAE.

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado RHRS.PR.QU.006	Código do Documento PR.ADM.60.10	Versão 10	Data Criação 23/11/2005	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador patriciacs	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Direcionar profissionais com deficiência para todas as categorias e níveis profissionais, independente da posição ser especifica ou não para pessoas com deficiências.

Ampliar o ambiente inclusivo e atingimento da cota.

CSO

Avaliar os laudos médicos enviados pelo Recrutamento e Seleção, de acordo com a Lei de Cotas; e em caso de requerimento de avaliação/exame especifico, apoiar o profissional com recursos internos ou empresa parceira sem custo aos candidatos. para concluir a avaliação do enquadramento do profissional aprovado.

No exame médico admissional, incluir no ASO do candidato aprovado a informação de que se trata de profissional com deficiência.

O profissional precisa estar ciente do enquadramento e inclusão na cota institucional, conforme legislação vigente (lei de cotas).

Cópia Controlada

Gestores

A contratação de profissionais com deficiência cumpre a Lei de Cotas, legislação esta que prevê o preenchimento do quadro de funcionários em 5% com profissionais com deficiência, cuja a empresa detém número igual ou superior a 1.001 colaboradores. Sendo que o procedimento de reposição das vagas destinadas as cotas em questão, observa o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e Lei 7.853/89Dever gestores Cota institucional.

O atingimento integral da lei de cotas (100%) é uma meta institucional e faz parte do BSC de todas as diretorias.

Cumprir a cota de contratação de pessoas com deficiência de acordo a meta de sua área.

Acompanhar o desenvolvimento dos profissionais por meio de diálogos contínuos, com o apoio da área de Recursos Humanos.

Estimular o desenvolvimento e crescimento dos profissionais assim como é realizado com

os demais colaboradores, pois as oportunidades intitucionais se aplicam para todos.

No caso do Auxiliar Administrativo CAEP, fixar o Profissional no Centro de Custo da área em até um ano de casa atendendo ao objetivo do Programa.

Zelar pelo cumprimento desta política;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Esta contratação pode ocorrer devido ao aumento de quadro ou substituição de pessoal.

Em situações em que for solicitado desligamento pelo gestor da área, o caso deverá ser avaliado em conjunto com a equipe de Atração, Seleção e Diversidade, a Consultora responsável e, se necessário, outras áreas poderão ser envolvidas.

Tratando-se de uma substituição, a dispensa do profissional reabilitado ou deficiente, de acordo com a lei, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante ou direcionamento de nova posição.

O não cumprimento desta norma implicará no risco da empresa ser autuada legalmente, baseada na cota estipulada conforme legislação vigente.

Cópia Controlada

As posições de Auxiliar Administrativo CAEP fazem parte do Programa de Diversidade e Inclusão Einstein | Centro de Custo de RH, e foram criadas com o objetivo de promover o desenvolvimento dos profissionais com deficiência e ampliação do ambiente inclusivo em nossa Sociedade.

As posições são concedidas às áreas pelo período de 12 meses, devendo o profissional ser fixado na área após esse período, para que outros profissionais possam participar do programa.

O processo de seleção é realizado pela área de Atração, Seleção e Diversidade e os candidatos aprovados são direcionados ás áreas requisitantes dentro dos critérios estabelecidos pelo cargo e pelo Programa com foco em aprendizagem e desenvolvimento.
Após a finalização do processo admissional, o gestor recebe por e-mail um documento com as informações do colaborador que atuará no setor

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado RHRS.PR.QU.006	Código do Documento PR.ADM.60.10	Versão 10	Data Criação 23/11/2005	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador patriciacs	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Não se aplica

6. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

7. REGISTRO

Não se aplica

8. INDICADORES DE QUALIDADE

Não se aplica

9. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica

10. ANEXOS

Não se aplica

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica

Cópia Controlada

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

13. DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Taise Miranda da Silva (19/05/2021 06:19:05 PM) - Revisão do procedimento de contratação de pessoas com deficiência

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado RHRS.PR.QU.006	Código do Documento PR.ADM.60.10	Versão 10	Data Criação 23/11/2005	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador patriciacs	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Título: Procedimento para Dimensionamento, Planejamento e Gerenciamento do Quadro de Pessoal

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

1. OBJETIVO

Estabelecer procedimentos para o dimensionamento, planejamento e gerenciamento do quadro de pessoal com base no planejamento estratégico institucional alinhado às necessidades de cada área. E realizar o remanejamento assistencial entre áreas afins levando em consideração a criticidade do paciente e o tipo de cuidado a ser executado, bem como a experiência profissional

2. DEFINIÇÕES

Posição: representa o quadro de pessoal aprovado na Instituição. É uma vaga existente na estrutura da instituição para alocação de um funcionário. Toda posição possui atributos que são: Cargo, Grade, Grupo, Subgrupo, Área, Subárea, Unidade Organizacional e Centro de Custo. Cada posição suporta apenas 01 funcionário.

Quadro de funcionários ativos: é composto por funcionários CLT e profissionais em licença maternidade. Não são considerados no quadro de pessoal ativo os funcionários afastados pelo INSS, estagiários, bolsistas e profissionais autônomos.

Cópia Controlada

Remanejamento assistencial entre áreas: O remanejamento assistencial entre áreas é uma prática comum nas instituições hospitalares.

O remanejamento dos profissionais de enfermagem entre as unidades de trabalho e a escala de enfermagem são de responsabilidade do Enfermeiro. Os profissionais de enfermagem inscritos no Coren-SP possuem formação escolar para o correto desenvolvimento de suas atribuições legais, devendo cumprir a escala e o remanejamento de acordo com o solicitado por aquele profissional. Cada profissional pode e deve reconhecer suas competências legais e teórico-práticas obtendo embasamento para avaliar seu desempenho diante da função delegada de forma segura para si e para o paciente, sendo admitida a recusa do cumprimento de quaisquer atividades caso estas tragam insegurança e exposição do paciente a risco.

Dentro das Unidades da Terapia Intensiva seguimos a RDC nº 7 e para as demais áreas de enfermagem a Resolução COFEN nº 293/2004, que dispõe sobre os parâmetros para o dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem das Unidades Assistenciais.

Os profissionais nutricionistas são dimensionados de acordo com a legislação CFN 380/2005.

Para as demais áreas multiprofissionais não há legislação específica.

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53 3753

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

O remanejamento de colaboradores entre áreas ocorrerá de acordo com os quadros abaixo sempre que houver necessidade por aumento de demanda nas áreas ou necessidade de cobertura dos profissionais. A avaliação do dimensionamento da enfermagem é realizada diariamente pelo CCO e para as equipes multiprofissionais os profissionais sêniores são os responsáveis pela avaliação e distribuição conforme quadros citados abaixo.

Cópia Controlada

O colaborador remanejado deverá assumir os pacientes de menor complexidade na área de destino, sendo o de maior complexidade destinado ao colaborador da área.

Enfermagem:

Setor de origem	**Remanejamento da Equipe de Enfermagem (Unidade de destino)**				
Clinica Medico Cirúrgica	CMC	Semi intensiva	Transplante	Pediatria *	Maternidade
Maternidade	CO	Pronto socorro GO	UTI neo *	Pediatria	CMC
Pediatria	UTIP	UTI NEO	Maternidade	CMC	
UTI pediátrica	UTI NEO	Pediatria	Maternidade	CMC	UTI ADULTO
UTI adulto	Semi intensiva	UTIP	CMC		
Semi intensiva	UTI adulto	UTIP	Semi intensiva	CMC	
CC5º	CCI4	CO			
CCI4	CC5º				
Oncologia	TMO	CMC			

*Profissionais da área que são retaguarda da pediatria, que possuem treinamento.

Psicologia:

Setor de origem	**1ª Setor de Destino**	**2ª Setor de Destino**	**3ª Setor de Destino**
Pacientes Graves	Clínica Médica	Oncologia	Materno Infantil
Clínica Médica	Pacientes Graves	Oncologia	Materno Infantil
Oncologia	Materno Infantil	Clínica Médica	Pacientes Graves
Materno Infantil	Oncologia	Clínica Médica	Pacientes Graves

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53

Título: Procedimento para Dimensionamento, Planejamento e Gerenciamento do Quadro de Pessoal

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

Fisioterapia:

Setor de origem	Setor de destino (1ª Opção)	Setor de destino (2ª Opção)
Fisioterapia Materno Infantil	DPG	CMC
Fisioterapia Internação CMC e Oncologia	DPG	Materno Infantil
Fisioterapia DPG	CMC	Materno Infantil

Nutrição:

Grupos	Unidades	Fator Atendimento (minutos)	Número de Pacientes	Demanda (minutos)	Atividades Fixas por Período Nutricionistas (minutos)			Atividades ADM	Tempo orientação Altas (Débito)	Visitas Multi + Treinamentos (Débito)	Ajustes de Tempo		Tempo Restante (minutos)	Pacientes Pendentes para Atendimento	Adequação Quadro
					Manhã 7/16h	Intermediário 10/13h	Tarde 13/22h				Credito	Debito			
A1	A1	10		0	480								480	48	
Geriatria	2A geri	25		0	480								480	19	
2ª graves	2A semi	32		0									0	0	
CMC/Graves	3Auti semi	32		0	480								480	15	
CMC	3A	25		0									0	0	
Graves	5UTI	32		0	480								480	15	
CMC/URO	7D/5C	25		0	480								480	19	
CMC	4A	25		0	480				45				435	17	
CMC	4B	25		0									0	0	
CMC	2SS	25		0									0	0	
CMC	4D	25		0	480								480	19	
CMC	1SS	25		0									0	0	
CMC	2B	25		0		480		60					420	17	
CMC	2E	25		0		480							480	19	
Oncologia	6A	26		0	480								480	18	
Graves	7L	32		0	480								480	15	
CMC	7O	25		0									0	0	
Graves	8A	32		0	480								480	15	
CMC	9A	25		0	480								480	19	
Semi	9A oeste	32		0									0	0	
CMC/Gastro	10A	25		0	480				30				450	18	
CMC	11A	25		0	480								480	19	
Pediatria	12A	27		0	480								480	18	
Oncologia	11B	26		0		480		60					420	16	
CMC	12D/13D	25		0	480								480	19	
Maternidade	9D/9D	10		0		480		60					420	42	
CMC/ped	8D	25		0									0	0	
Materno Infantil	UTI neo	17		0	540				45				495	29	
CMC	10D	25		0	0								0	0	

Cópia Controlada

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53

Farmacêuticos Suprimentos HIAE:

Farmacêuticos Suprimentos HIAE				
Setor de origem	**Setor de destino 1º Opção**	**Setor de destino 2º Opção**	**Setor de destino 3º Opção**	**Setor de destino 4º Opção**
UTI Adulto	Semi Intensiva Adulto	Semi Intensiva Coronariana e Neurológica	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Semi Intensiva Adulto	UTI Adulto	Semi Intensiva Coronariana e Neurológica	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Semi Intensiva Coronariana e Neurológica	UTI Adulto	Semi Intensiva Adulto	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Maternidade	CTI Pediátrica	UTI Neonatal	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
UTI Neonatal	CTI Pediátrica	Maternidade	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
CTI Pediátrica	UTI Neonatal	Maternidade	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Clínica Médica Cirúrgica	UTI Adulto	Semi Intensiva Adulto	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Central de Atenção à Prescrição	Clínica Médica Cirúrgica	UTI Adulto	Semi Intensiva Coronariana e Neurológica	Dose Unitária
Dose Unitária	Produção	CD Pyxis	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
CD Pyxis	Produção	Dose Unitária	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Produção	Dose Unitária	CD Pyxis	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
SISM	Dose Unitária	Produção	CD Pyxis	Clínica Médica Cirúrgica

Cópia Controlada

7. RESPONSABILIDADES

Gestor

- Garantir o dimensionamento mínimo recomendado pelo Conselho de Classe (quando aplicável);
- Garantir o dimensionamento adequado de acordo com o Planejamento Estratégico e Modelo Assistencial, produtividade e demanda da área;
- Quando necessário, solicitar o estudo de dimensionamento do quadro em parceria com Recursos Humanos e responsáveis pelos processos nas diretorias da Sociedade;
- Disponibilizar informações e levantamento para realização do estudo;
- Formalizar após conclusão do estudo da movimentação e/ou requisição de pessoal;
- Acompanhar o fluxo de aprovação da movimentação de pessoal e requisição de pessoal;
- Assegurar a otimização dos recursos nas áreas, conhecendo demandas e procedimentos específicos.
- Para o remanejamento Coordenadores da equipe assistencial, profissionais sêniores das áreas e Centro de Comando Operacional (CCO).

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53 3756

Recursos Humanos

Consultor de RH:

- Garantir a aderência do gerenciamento de novas posições frente ao orçamento aprovado;
- Conhecer a necessidade do estudo solicitado pelas áreas.

Planejamento, Analytics e Remuneração:

- Analisar impactos nos fatores de avaliação dos cargos que envolvam um reposicionamento na estrutura de cargos e salários vigentes;
- Efetuar o parecer nos processos de requisição e movimentação de pessoal conforme política e estrutura salarial vigente.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Dimensionamento mínimo inferior ao recomendado pelos Conselhos de Classe;
- Falta de aptidão técnica para remanejamento a Unidade de destino;
- Falta de revezamento para remanejamento;
- Falta de linguagem clara e objetiva sobre o cronograma de remanejamento;
- Concessão de banco de horas sem verificação do cenário de colaboradores;
- Não realização da passagem de plantão para o colaborador remanejado de outra Unidade, especialmente quando o paciente estiver aguardando algum cuidado específico.

Cópia Controlada

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Todos os profissionais são treinados para atender em todos os setores no momento da admissão. As unidades de retaguarda realizam os treinamentos específicos de cada área.
Trilhas profissionais de acordo com a atuação realizadas anualmente

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53 3757

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

O dimensionamento do quadro de pessoal é acompanhado através do indicador da Taxa de Ocupação do quadro. Para o cálculo é considerado o quadro de funcionários CLT ativos / quadro de posições orçadas.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Enfermagem: Dimensionamento de Pessoal de enfermagem deverá, obrigatoriamente, ser embasado na Resolução Cofen nº 543/2017. RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. A Resolução n7 de 2010 dispões sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

Cópia Controlada

Nutrição: RESOLUÇÃO CFN Nº 600, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências.

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional: A PORTARIA Nº 272, DE 8 DE ABRIL DE 1998: regulamenta as atribuições gerais e específicas da EMTN, bem como, as recomendações de cada profissional envolvido. A RESOLUÇÃO - RCD N° 63, DE 6 DE JULHO DE 2000: também regulamenta e reforça a obrigatoriedade da EMTN constituída de pelo menos um profissional de cada categoria, podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional.

Fisioterapia e Terapeuta Ocupacional está na Resolução n°7 e a Resolução do COFFITO RESOLUÇÃO N° 444, de 26 de abril de 2014 – Altera a Resolução COFFITO n° 387/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta. Os profissionais Fisioterapeutas estão sujeitos à prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho, de acordo com a Lei nº 8.856/94. LEI No 8.856, DE 1º DE MARÇO DE 1994 fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

Psicologia: O dimensionamento do quadro de psicólogos para a atuação em serviços de saúde dependerá do modelo assistencial adotado. No Hospital Albert Einstein, adotamos o Modelo Assistencial de Interconsulta e

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53

dessa forma, as intervenções são realizadas a partir de uma solicitação de outro profissional de saúde. A literatura aponta que a taxa de solicitação de pedidos de interconsulta psicológica ou psiquiátrica para pacientes admitidos, varia entre 0,7% em serviços gerais de saúde e 40% em serviços especializados.

Fonoaudiologia: Na prática consideramos 6 a 7 atendimentos por turno de 6h. Temos todos os profissionais com jornada máxima mensal de 150 horas (30 horas semanais) e análises constante de demandas (com produtividade acima de 85% considerando como ação o aumento de quadro).

Farmácia: Dimensionamento da equipe de farmácia considerando a LEI Nº 13.021, DE 8 DE AGOSTO DE 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

Dimensionamento da equipe de farmácia considerando a resolução 585/2013 Conselho Federal de Farmácia – Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.

Dimensionamento da equipe de farmácia considerando a Resolução RDC 67/2007 Ministério da Saúde/ANVISA - Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias.

Cópia Controlada

Dimensionamento da equipe de farmácia da oncologia considerando a Resolução RDC 220/2004 Ministério da Saúde/ANVISA – Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.

Dimensionamento da equipe de farmácia considerando as Resoluções 288/1996 – Dispõe sobre a competência legal para o exercício da manipulação de drogas antineoplásicas pelo farmacêutico e Resolução 565/2012 Ementa: Dá nova redação aos artigos 1º, 2º e 3º da Resolução/CFF nº 288 de 21 de março de 1996

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53

Título: Procedimento para Dimensionamento, Planejamento e Gerenciamento do Quadro de Pessoal

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

Data	Evento de assinatura	Usuário
26/12/2022 11:05:21	Criado por	Beatriz Manzano de Oliveira
17/04/2023 16:09:43	Aprovado por	Marcos Vinicius Lopes de Miranda

Cópia Controlada

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Promover a melhor Experiência ao paciente e ao Colaborador e a excelência no atendimento são valores essenciais do Einstein que correspondem ao modelo de governança Triple Aim do Institute Health Improvement (IHI).

O objetivo deste treinamento é apresentar para o Novo colaborador o Modelo de Atendimento Einstein denominado SPA e relaciona-lo às atividades profissionais.

Esta capacitação abrange os profissionais que atuam nas áreas de atendimento ao cliente e apoio assistencial de acordo com a validação dos gestores.

2. DEFINIÇÕES

SPA: Modelo de Atendimento Einstein baseado nos pilares de: Segurança, Paixão em Servir, Atenção aos detalhes

SAC: Serviço de Atendimento ao Cliente

NPS: Net Promoter Score

Cópia Controlada

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

A capacitação abrange os profissionais que atuam nas áreas de atendimento ao cliente e apoio assistencial de acordo com a validação dos gestores, sendo os novos admitidos e colaboradores movimentados para os cargos elegíveis ao Programa.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

O treinamento ocorre em formato online síncrono, com duração de 3 (três) horas.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Os temas abordados são:

- Apresentação pessoal
- Perfil do Cliente: Interno e Externo
- Experiência do Paciente (Jornada e pontos de contato) e do Colaborador (Autocuidado, Saúde e Bem Estar)
- Modelo de atendimento SPA
- Alta Confiabilidade e seus pilares (Comunicação, Consciência Situacional, Gestão de Risco, Trabalho em Equipe e Tomada de Decisão)

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55 3761

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

6. DESCRIÇÃO

Recursos Humanos	▪ Envia a lista dos admitidos/movimentados de cargos.
Ensino Corporativo	▪ Elabora o calendário com base nas datas de admissão encaminhadas pelo RH (anual) ▪ Define os multiplicadores que atuarão em cada data (anual, com ajustes mensais) ▪ Realiza a criação de links das reuniões via ferramenta online ▪ Seleciona os recém-admitidos e movimentados para o Treinamento (semanal, ao receber a lista do RH) ▪ Encaminha Convites por e-mail e celular para o público do treinamento (semanal) ▪ Encaminha a lista de convocados aos gestores (semanalmente) ▪ Prepara/atualiza o conteúdo teórico e prático por meio de estratégias ativas de aprendizagem ▪ Aplica o treinamento (conforme necessidade e ausência de multiplicadores de outras áreas ou externo); ▪ Orienta quanto ao Programa junto às lideranças ▪ Atualiza os indicadores do programa, tais como absenteísmo, adesão, Relatório de Desempenho ▪ Realiza o registro da frequência de participação no curso por meio das planilhas online de Registro de Participação e Avaliação de Reação via Forms ▪ Realiza o report de ausentes aos gestores para reconvocação (mensal). ▪ Capacita os multiplicadores para atuação no Programa ▪ Realiza atualizações no Programa sempre que necessário ▪ Acompanha os resultados de avaliação de reação para implementar melhoria continua.

Cópia Controlada

7. RESPONSABILIDADES

Ensino Corporativo

Recursos Humanos

Gestores das áreas

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55 3762

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Cumprimento parcial do programa de treinamento por necessidade da área

Absenteísmo

Incompatibilidade de agenda do Colaboradores do cargo de Aprendiz com a agenda do programa Admissional, devido ao curso inicial que este cargo realiza externamente

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

1(uma) vez, na admissão e/ou movimentação de cargo.

Cópia Controlada

11. REGISTROS DA QUALIDADE

O registro de presença é realizado via formulário digital, QRCODE, pelo aplicativo Forms. Os dados são armazenados na nuvem e após a conferência migrado para a plataforma de aprendizagem gerenciada (LMS).

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

% Satisfação do cliente (Dados SAC);

% Adesão ao programa;

% NPS e Satisfação do programa de treinamento.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55 3763

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Procedimento do Ensino Corporativo

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Cópia Controlada

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
12/04/2018 00:00:00	Criado por	DM User
22/02/2023 11:12:32	Atualizado por	Ana Paula Magalhaes
30/03/2023 07:04:44	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento Descrição de Cargo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

1. OBJETIVO

Orientar os gestores em relação aos procedimentos para elaboração e aprovação das Descrições de Cargos, atendendo à legislação vigente no país, padrões estabelecidos pelo Sistema Einstein de Qualidade e práticas de mercado de trabalho.

2. DEFINIÇÕES

Descrição de cargos é um instrumento que permite obter um resumo das características mais importantes de um cargo, incluindo: a natureza geral do trabalho executado, responsabilidades específicas, o nível de autoridade delegado, resultados gerais esperados e os requisitos mínimo esperados de conhecimento eescolaridade do ocupante do cargo.

Por meio da análise da descrição de cargos é definido o grade, faixa salarial, salário de contratação/promoção e trilha de carreira conforme metodologia de análise utilizada por remuneração.

A descrição de cargos também é recurso chave para a realização das pesquisas salariais onde, se faz necessário o comparativo entre cargos com atividades similares.

Cópia Controlada

O documento de descrição de cargos é composto pelos seguintes campos:

- **Identificação do cargo:** Visa identificar a área de origem do cargo, de forma a permitir à área de RH organizar o material de descrições da SBIBAE. Neste campo, as informações coletadas são: o título do cargo, a que cargo é subordinado, a área onde está alocado e a data da versão da descrição de cargo. O formulário de Requisição de Pessoal deverá ser emitido para toda e qualquer solicitação de colaborador CLT, estagiário ou temporário;

- **Cargo:** é um conjunto de deveres e responsabilidades exercidos pelo seu ocupante, visando integrar processos, agregar valor aos resultados e assim contribuir para a o atingimento das metas institucionais e a realização da missão da empresa;

- **Sumário do cargo:** sintetiza e dá uma visão geral da missão do cargo (razão de sua existência) e de sua responsabilidade principal. Há três questões que auxiliam na elaboração do sumário, sendo elas:
  - O que o cargo faz? Isto é, qual atividade, processo ou parte do processo o cargo é responsávelpor desempenhar.
  - Para quê? Qual necessidade da empresa o cargo deve suprir, ou que produto ou serviço deveser gerado para atender seus clientes-chave (internos ou externos).
  - Abrangência? Qual o raio de ação do cargo e dentro de que parâmetros ele deve atuar;

- **Desenho Organizacional:** tem por objetivo localizar o cargo na estrutura

Versão: 8 - Elaborado em: 13/04/2023 15:02:48 - Aprovado em: 13/04/2023 15:18:34

organizacional da SBIBAE. De forma esquemática propõe a identificação dos cargos com: níveis superiores, pares organizacionaise subordinados diretos;

- **Dimensões gerais e específicas:** este componente visa identificar e quantificar as áreas mensuráveis sobre as quais o cargo exerce impacto direto ou indireto, ou ainda, visa estabelecer o relacionamento do cargo com os resultados finais de uma área, unidade, etc. As dimensões gerais são medidas em termos de número de subordinados, diretos e indiretos. Já as específicas são, via de regra, valores anualizados e expressos em uma unidade monetária estável, podendo ainda aparecer quantificações não monetárias, demonstradas por indicadores que o cargo exerce impacto;

- **Responsabilidades:** tem como objetivo identificar os principais resultados finais esperados do cargo. As responsabilidades são os sub-produtos ou serviços que o cargo deve gerar para atender ao seu objetivo maior, definido na seção “sumário do cargo”;

- **Complexidade e problemas inerentes:** visa identificar quais as dificuldades encontradas nos processos vivenciados no seu dia a dia e quais os maiores desafios para execução das atividades descritas acima;

Cópia Controlada

- **Conhecimentos requeridos:** tem como finalidade obter informações relevantes que o ocupante deve apresentar para o alcance dos objetivos do cargo, como formação acadêmica, curso de especialização e conhecimentos de procedimentos e técnicas específicas.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Formulário de Descrição de Cargo

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

Todos os colaboradores são registrados com um cargo existente na estrutura de cargos da SBIBAE.

Versão: 8 - Elaborado em: 13/04/2023 15:02:48 - Aprovado em: 13/04/2023 15:18:34

Título: Procedimento Descrição de Cargo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

A descrição de cargo faz parte da Documentação Institucional auditada e deve ter sua validação atualizada nasseguintes situações:

- Admissão;

- Promoção / Alteração de cargo;

- Atualização da descrição de cargo;

A validação da descrição é realizada eletronicamente no portal do gestor e portal do colaborador periodicamente;

A área de Remuneração acompanhará periodicamente os eventos acima e disponibilizará as descrições aserem validadas para os gestores;
Os gestores receberão um e-mail automático do sistema solicitando que valide as descrições de cargos de seus subordinados, automaticamente, o colaborador receberá também um e-mail para que valide sua descriçãode cargo;
A área de remuneração monitorará o processo tendo disponíveis relatórios e banco de dados para acompanharo histórico das validações

Cópia Controlada

7. RESPONSABILIDADES

7.1 GESTORES

- É competência do gestor elaborar a descrição do cargo, preenchendo todos os campos do formulário e validando junto a área de Recursos humanos;
- Comunicar qualquer alteração relevante no cargo, otimização de processos ou outras mudanças nas atribuições da função, a fim de manter a descrição de cargo atualizada;
- Validar eletronicamente as descrições de cargos de seus subordinados;
- Acompanhar a validação eletrônica das descrições por parte de seus subordinados

7.2 RECURSOS HUMANOS

- Analisar, revisar e aprovar a descrição de cargo elaborada pelo gestor;
- Disponibilizar a descrição de cargo no sistema;
- Orientar as áreas quanto ao preenchimento adequado das descrições de cargo;

Versão: 8 - Elaborado em: 13/04/2023 15:02:48 - Aprovado em: 13/04/2023 15:18:34 3768

- Manter o controle eletrônico das validações das descrições de cargo conforme recomendações do Sistema Einstein da qualidade pontos críticos e/ou riscos.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Cópia Controlada

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Madelaine Aparecida Freitas Rodrigues - 13/04/2023 - 15:02

Versão: 8 - Elaborado em: 13/04/2023 15:02:48 - Aprovado em: 13/04/2023 15:18:34

Título: Procedimento Descrição de Cargo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

Alteração para o novo template - 13/04/2023
Alteração do título: Norma Descrição de Cargo para Procedimento Descrição de Cargo - 13/04/2023

Cópia Controlada

Versão: 8 - Elaborado em: 13/04/2023 15:02:48 - Aprovado em: 13/04/2023 15:18:34

Título: Procedimento Descrição de Cargo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

Data	Evento de assinatura	Usuário
04/04/2003 00:00:00	Criado por	DM User
13/04/2023 15:02:48	Atualizado por	Madelaine Aparecida Freitas Rodrigues
13/04/2023 15:18:18	Aprovado por	Marcos Vinicius Lopes de Miranda

Cópia Controlada

Tipo Documental
PoliticaAdministrativo
Título Documento
Programa de Diversidade e Inclusão Einstein

Programa de Diversidade e Inclusão Einstein

INTRODUÇÃO

Essa Política estabelece os critérios para o Programa de Diversidade e Inclusão Einstein, partindo da própria missão de responsabilidade e justiça social, e do cuidado às pessoas, na SBIBAE.

Com área dedicada, estrutura específica e direcionadores estratégicos para cada pilar, o Programa foi desenvolvido com tema priorizado na Instituição para a criação de cultura inclusiva e ambiente mais diverso.

OBJETIVO

A política tem o objetivo de definir e descrever a atuação do Programa D&I Einstein que contempla cinco frentes de atuação (Pessoa com Deficiência, LGBTI+, Etnias, Equidade de Gênero e Gerações), por meio de grupos de afinidade abertos a toda Instituição, com foco na discussão, elaboração de propostas e ações, em consonância com nossos próprios valores e Diretrizes de Conduta Ética –Manual Institucional, pautando-se no respeito, na valorização da Diversidade e Inclusão Social.

DEFINIÇÕES

Cópia Controlada

Diversidade e Inclusão

Diversidade refere-se a todas características humanas que fazem com que a pessoa seja um ser único. Ex: sociais, biológicas, econômicas, culturais etc. o problema é que nem toda característica humana é valorizada. E por isso é preciso a inclusão, um movimento de garantir que determinados grupos sociais, historicamente excluídos, sejam valorizados.

Ações Afirmativas

Ações Afirmativas são políticas em benefício a pessoas pertencentes a grupos discriminado, de modo que sua participação no processo político, no acesso à educação, saúde, emprego, etc. possam ser promovidas.

DIRECIONADORES DO PROGRAMA D&I EINSTEIN

Objetivo Aspiracional

- Aspiramos ser reconhecidos como a Instituição de saúde mais diversa e inclusiva do Brasil

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.842.2	Versão 2	Data Criação 18/05/2021	Data Revisão 21/05/2021
Elaborador Cristiane Maria da Conceicao Griffin	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 21/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAdministrativo
Título Documento
Programa de Diversidade e Inclusão Einstein

Motivadores

- Acreditamos que a Diversidade & Inclusão é um pilar importante para continuar a construção da nossa história, reforçando o compromisso com a saúde e com os valores do Einstein.
- Acreditamos que a atitude inclusiva deve ser uma premissa para todos, construindo um ambiente livre de estereótipos, preconceitos e discriminação.
- Acreditamos que a Diversidade potencializa a inovação, a criatividade e os resultados, impulsionando as relações por meio da celebração da individualidade e da interdependência.

Direcionadores Estratégicos

- Engajamento de lideranças
- Proteção à parentalidade.
- Revisão de políticas e benefícios.
- Tratamento de homens e mulheres de forma justa no trabalho
- Atração de talentos para todos os níveis hierárquicos.
- Conscientização e aprendizagem.
- Condução de Projetos de Impacto Social.
- Atratividade de diferentes gerações.
- Sinergia intergeracional.
- Promoção de um ambiente seguro e confiável.
- Relacionamento externo e parcerias.
- Acessibilidade Física e Digital.
- Identificar potencialidades e desenvolver talentos, com incentivo ao protagonismo.

Cópia Controlada

GOVERNANÇA DO PROGRAMA D&I EINSTEIN

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.842.2	Versão 2	Data Criação 18/05/2021	Data Revisão 21/05/2021
Elaborador Cristiane Maria da Conceicao Griffin	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 21/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAdministrativo
Título Documento
Programa de Diversidade e Inclusão Einstein

O Programa de Diversidade e Inclusão Einstein, está na estrutura de gestão da diretoria de Recursos Humanos, entretanto, o tema é considerado transversal na Instituição, sendo considerado um pilar estratégico. Conta com a participação da alta liderança, sendo o CEO Sponsor do Projeto, dois embaixadores (Diretora de Recursos Humanos e Diretor Superintendente Médico) e um comitê de D&I, composto por lideranças que representam diversas áreas da SBIBAE, responsáveis pela estratégia e direcionamento dos Grupos de Afinidade, além de serem porta voz do tema.

Os Grupos de Afinidade, representados pelas cinco frentes (Pessoa com Deficiência, LGBTI+, Etnias, Equidade de Gênero e Gerações), são compostos por participantes, divididos em voluntários e aliados do Programa e garantem a representatividade em todos os pilares. Todas as pessoas envolvidas no projeto recebem capacitações especificas de Diversidade e Inclusão de acordo com os papeis dentro do programa, direcionando as ações com foco nos objetivos estabelecidos.

Todos os Grupos são abertos à toda instituição (incluindo terceiros) e funcionam com base na abordagem ágil, por meio de de squad's específicos, com profissionais de diferentes áreas e níveis, que atuam na construção de um ambiente mais diverso e inclusivo, através de entregas constantes para que o tema continue avançando na Instituição.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

A política do Programa de Diversidade e Inclusão (Programa D&I Einstein) é aplicável a todos as áreas e colaboradores da SBIBAE, fornecedores e terceiros que atuam em nome da Instituição, bem como a abertura para participação de voluntários que pertençam a qualquer uma dessas vertentes e formação de aliados que tenham interesse nos temas trabalhados.

Cópia Controlada

RESPONSABILIDADES

Departamento responsável pela informação, cumprimento e verificação da aplicação dessa política: Diretoria de Recursos Humanos, Comitê D&I e Lideranças Einstein.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)

Lei de Cotas para PCD 8213/91 - LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991, lei de contratação de PCD (Deficientes) nas Empresas, dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência e dá outras providências a contratação de portadores de necessidades especiais.

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.842.2	Versão 2	Data Criação 18/05/2021	Data Revisão 21/05/2021
Elaborador Cristiane Maria da Conceicao Griffin	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 21/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Lei nº. 10.948 de 5 de novembro de 2001 do Estado de São Paulo, dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras providências.

Decreto nº. 55.589 de 17 de março 2010 de São Paulo Regulamenta a Lei nº. 10.948 de 5 de novembro de 2001, que dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual.

Lei nº 7.716, DE 5 de janeiro de 1989. Art. 1º punição, na forma desta Lei, os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

- Dashboard para monitoramento de toda a população Einstein, por meio de mapeamentos de recortes sociais extraídos do Headcount para evidência de desempenho e oportunidades para o direcionamento de ações.
- Monitoramento das metas de Diversidade e Inclusão estabelecidas no BSC das diretorias.

ANEXOS

Não se aplica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cópia Controlada

Declaração Universal dos Direitos Humanos

Diretrizes do Pacto Global

Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU (Organização das Nações Unidas)

Princípios de empoderamento das mulheres (entidade das Nações Unidas para a igualdade de gênero e empoderamento das mulheres – ONU mulheres e pelo Pacto Global das Nações Unidas)

Coalizão Empresarial para Equidade Racial e de Gênero (Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades – CEERT e o Instituto Ethos)

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Manual Institucional Diretrizes De Conduta Ética Da SBIBAE

Política Institucional de Combate ao Assédio Moral E Sexual

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.842.2	Versão 2	Data Criação 18/05/2021	Data Revisão 21/05/2021
Elaborador Cristiane Maria da Conceicao Griffin	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 21/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAdministrativo
Título Documento
Programa de Diversidade e Inclusão Einstein

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Taise Miranda da Silva (21/05/2021 02:48:41 PM) - Documento novo

Cópia Controlada

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.842.2	Versão 2	Data Criação 18/05/2021	Data Revisão 21/05/2021
Elaborador Cristiane Maria da Conceicao Griffin	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 21/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

1. DEFINIÇÃO

O hospital disponibiliza aos colaboradores e dependentes, programas de saúde internos e referência assistencial particular como benefícios, abrangendo a saúde física e mental favorecendo assim, condições seguras para o trabalho.

2. OBJETIVOS

Promoção e proteção da saúde do conjunto dos trabalhadores da SBIBAE.

3. INDICAÇÃO E CONTRA – INDICAÇÃO

N/A

4. RESPONSÁVEIS

Médico Coordenador da Saúde do Trabalho

Cópia Controlada

Realizar os exames médicos previstos no programa PCMSO (Admissional, Periódico, Retorno ao Trabalho, Mudança de Função e Demissional).Encarregar médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem como com o ambiente, as condições s de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada funcionário, executando avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental; Encarregar os exames complementares previstos na legislação vigente a profissionais e/ou entidades, devidamente capacitados, equipados e qualificados, para a execução dos mesmos e emissão dos respectivos laudos: Estão autorizados pelo Médico Coordenador do PCMSO, a realizar os exames previstos no PCMSO, os profissionais abaixo relacionados: Médicos do Trabalho; Médicos Generalistas, Médicos da Atenção Primaria de Saúde/ Programa Cuidar.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

N/A

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

6. MATERIAL

N/A

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Procedimento	Segurança	Proteção

7.1 O Programa prevê o seguinte:

a) Admissional – Triagem inicial da saúde, no Admissional para o emprego

Avaliar se o estado de saúde clínica e ocupacional do candidato é compatível com a atividade a que se propõe dentro da Instituição, de modo que não venha a causar riscos ou agravos à sua saúde e a de seus futuros companheiros de trabalho. Deverá ser realizado antes que o trabalhador assuma suas atividades.

Procedimentos operacionais:

Cópia Controlada

Administrativos: Agendar o exame solicitado pelo setor de Recrutamento e Seleção, por meio da agenda compartilhada; Verificar se o cargo exige exames complementares relacionados aos riscos ocupacionais existentes no ambiente de trabalho onde realizará suas atividades laborais. Caso exista, o candidato receberá águia de exames. Em posse do resultado do exame o candidato fará o exame clínico; Receber o candidato na data e hora agendada; Cadastrar os dados do candidato no SGH para gerar o número do prontuário; Encaminhar o candidato à enfermagem para realizar a pré-consulta de enfermagem- Aferir os sinais vitais e registrar no prontuário eletrônico.

Enfermagem: Realizar a triagem de enfermagem, aferindo os sinais vitais e registrando no prontuário eletrônico, verifica se os esquemas vacinais estão em dia. Caso necessário atualiza vacinas contra hepatite B e Dupla Adulto (tétano e difteria); Verificação de peso e altura – registra no prontuário eletrônico CERNER, para fins de diagnóstico e para dar subsídio para estabelecer perfil de saúde e implantação de programas de promoção e prevenção de saúde. Registra no prontuário eletrônico clínico individual e libera para o médico realizar Exame ocupacional.

Médicos: Identificar o candidato selecionado por meio do prontuário clínico colocado no dispenser do consultório e solicitar o comparecimento do mesmo; Realizar anamnese clínica ocupacional do candidato sobre seus antecedentes clínicos pessoais, familiares e ocupacionais e sobre os diversos aparelhos orgânicos, anotando os dados no prontuário clínico individual e no prontuário eletrônico CERNER e SAP; Analisar os exames complementares exigidos para a função (parâmetros de avaliação e/ou indicadores biológicos de exposição), anotando os dados no prontuário clinico individual; Concluir o exame médico incluindo o registro de CID das patologias identificadas, hábitos e estilo de vida, certificando se o colaborador encontra-se APTO ou não ao exercício do cargo a que se propõe; Preencher e assinar o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO em 02 vias**;** Entregar a 1ª via do ASO para o candidato para que seja entregue ao setor de serviços de RH junto com a documentação solicitada

b) Medidas para controlar exposições ocupacionais nocivas, como exposição a Drogas Tóxicas

b1) Gestão Produtos Químicos (não inclui medicamentos): Este procedimento tem o objetivo de estabelecer procedimentos para teste, aprovação, cadastro, aquisição, armazenagem, utilização, sinalização, transporte, segregação, descarte e manuseio de produtos químicos, visando evitar/controlar perdas às pessoas, equipamentos, materiais e impactos ao meio ambiente. Aplicável para todas as unidades da SBIBAE (incluindo Voluntariado), bem como para Prestadores de Serviços (nas suas especificidades detalhadas no item de responsabilidades)

Cópia Controlada

A Saúde do Trabalho avalia os produtos químicos em conjunto com a Segurança do Trabalho e o Meio Ambiente (Gestão de Resíduos) antes da aquisição, ou teste, e sempre que houver queixas, relatos de incidentes, mudanças na legislação. Realizar exames periódicos específicos para usuários de produtos químicos, onde aplicável.

Este procedimento não é aplicável aos medicamentos ou cosméticos, mesmo que em testes; Também não se aplica aos reagentes (exclusivamente) da Química Seca, por exemplo, como cassetes secos para análises diversas.

Monitoração da exposição ocupacional a agentes químicos

A periodicidade das avaliações dos indicadores biológicos são semestrais, coletados na Admissão e Periódicos semestrais.

Procedimentos de Gestão de Produtos Químicos

intranet:http://portal.einstein.br/irj/portal/anonymous

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Ficha de Avaliação do Produto Químico

Plano de Ação em acidentes com exposição a Agentes Químicos e Quimioterápicos, segundo determinado na FISPQ dos produtos Químicos.
Comunicar a ocorrência ao SESMT – Segurança do Trabalho;

1. Contato com a pele: Lavar com água corrente em abundância retirar a vestimenta e procurar UPA levando a FISPQ do produto;

2. Contato com os olhos: Lavar com água corrente em abundância por no mínimo 15 minutos e encaminhar a UPA levando a FISPQ do produto;

Cópia Controlada

3. Ingestão acidental: Não induzir ao vômito, dar água para beber em grande quantidade se a vítima estiver consciente e procurar imediatamente UPA levando a FISPQ do produto;

4. No caso de contato com drogas tóxicas, avaliação médica na Saúde Ocupacional, solicitando provas de função hepática, renal, hemograma completo e adicionalmente, Beta HCG. Acompanhamento médico laboratorial por até 180 dias.

COMUNICAÇÃO, REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTES COM E SEM LESÃO

Incidentes e Emergências com produtos químicos nas instalações da SBIBAE

Diversas podem ser as emergências envolvendo produtos químicos, entre elas explosões, incêndios, derramamentos, entre outros. A orientação de como proceder em casos de incidentes com material radioativo **encontra-se na rotina PR.TEC.3376** – Acidente com material radioativo na Medicina Nuclear e PET-CT. Todo e qualquer derramamento de produto químico independentemente da quantidade / volume e do produto, deve ser informado no ramal 73000 e registrado no Sinapse (sistema Einstein

de notificação de eventos). Os bombeiros serão acionados imediatamente para as devidas orientações. Os colaboradores devem, onde aplicável, se afastar do local.

Cópia Controlada

Estão disponíveis na SBIBAE dois tipos de kits para contingência com derramamentos de ProdutosPerigosos:

Kit para derramamento de Produtos Químicos líquidos nas áreas:
01 caixa Clean Box cor laranja para resíduos químicos;
01 par de luvas nitrílicas de cor azul;
01 manta de absorção.

O kit é utilizado da seguinte forma:
Montar a caixa clean box laranja seguindo as orientações na própria caixa;
Calçar o par de luvas contido no kit;
Colocar a manta sobre o material para ser absorvido;
Recolher a manta e desprezar na caixa clean box laranja;
Retirar as luvas e desprezar na caixa clean box laranja;
Preencher a ficha que acompanha o kit para derramamento e enviar ao PCI – Bombeiros;
Solicitar ao PCI - Bombeiros a reposição do kit.

Kit de emergência para derramamento de Quimioterápicos
01 caixa Clean Box cor laranja para resíduos químicos;
01 par de luvas nitrílicas de cor verde;
01 manta de absorção com capacidade de conter até 01 litro;
01 conjunto de pá e escova;
01 propé;
01 mascara semi facial PFF II;
01 avental tipo barbeiro;
01 óculos de segurança;

O kit é utilizado da seguinte forma:
Montar a caixa clean box laranja seguindo as orientações na própria caixa;
Calçar o par de luvas contido no kit;
Vestir o avental;
Calçar o propé;
Colocar a mascara semi facial PFF II;
Colocar o óculos de segurança;
Colocar a manta sobre o material para ser absorvido (caso seja liquido);
Recolher o material usando o conjunto de pá e escova (sólido);
Recolher a manta e desprezar na caixa clean box laranja: (líquido);
Desprezar o conjunto de pá e escova na caixa clean box laranja (sólido);
Desprezar todos os EPI´s utilizado na contenção na caixa clean box laranja;
Preencher a ficha que acompanha o kit para derramamento e enviar ao PCI – Bombeiros;
Solicitar ao PCI - Bombeiros a reposição do kit.

Cópia Controlada

Higienização pós-derramamento dentro das instalações da SBIBAE

Após a contenção do derramamento ou vazamento a Segurança do Trabalho /SGA e o Bombeiro deverão avaliar o ambiente para verificar se área está apta ao retorno de suas atividades. Não existindo riscos, o Bombeiro deverá entrar em contato com o departamento de Higiene da Unidade para solicitar a higienização do local. A equipe de higiene deverá se deslocar até o local, munidos com os EPIs adequados à atividade. Todos os resíduos contaminados pelo Produto Perigoso devem ser descartados como resíduos químicos em saco de lixo ou caixa Clean Box na cor laranja. Após a retirada dos resíduos, a equipe de higiene deverá iniciar a limpeza terminal, de acordo com o procedimento específico da área afetada. Todo o processo de higienização deve ser acompanhado pelo Líder de Governança ou Supervisor de Higiene, que ao final deverá comunicar ao comando de área fria que o local está liberado para funcionamento.

Antídotos para produtos químicos da SBIBAE

O Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo é referência oficial quando da absorção, inalação ou ingestão de produtos químicos. Ele se destina a fornecer informações toxicológicas a médicos e à população em geral. O atendimento é gratuito, por telefone, 24 horas, todos os dias 0800 0148110 / (11) 3069 8571 / Fax (11) 3069 8800. As medidas de primeiros socorros variam de acordo com o tipo de produto químico e concentração. As unidades devem possuir os antídotos para as classes de produtos químicos utilizadas na SBIBAE para uso em caso de ingestão destes produtos. Em Gestão dos Produtos Químicos há a lista de antídotos de alguns produtos químicos. Cabe às Unidades de Pronto Atendimento a disponibilidade dos diversos antídotos que possuam potencial de utilização mediante intoxicação e/ou ingestão de produtos químicos utilizados na SBIBAE.

Comunicação, Registro e Investigação de incidentes com e sem lesão, procedimentos detalhado da gestão dos produtos químicos, descritos na intranet.

Documentação Institucional --> DPAQSMA →Gestão de produtos Químicos

Cópia Controlada

b2. Medidas para controlar exposições ocupacionais nocivas, como exposição a Ruído prejudicial. A SBIBAE possui o PCA - Programa de Conservação Auditiva, garante a proteção dos colaboradores da perda auditiva decorrente de exposição ocupacional ao ruído.

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

- Programa de Conservação Auditiva – PCA
- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA
- Programa de Proteção Respiratória – PPR
- Programa de Sugestões de Segurança

A avaliação Audiométrica é realizada a todos os colaboradores que, são:

Candidatos a atividades em áreas ruidosas no Exame de Admissão ou Mudança de Função e seis (6) meses depois, de acordo com NR7 (PCMSO).
Colaboradores que já trabalham nessas áreas em Exame Periódico anual.
Não poderão ser atribuídas tarefas que exijam o uso de protetores auriculares, antes do Médico do Trabalho atestar que o trabalhador está em condições apropriadas de saúde para executar a tarefa usando o protetor auricular;

Os Exames Audiométricos Periódicos são realizados sem repouso auditivo, para que se identifiquem precocemente rebaixamentos transitórios de limiares, por ineficiência dos mecanismos de atenuação, sendo que para comprovação, deverão realizar uma segunda Audiometria em repouso auditivo absoluto de no mínimo 14 horas, aqueles que mostrarem alterações nas frequências de 3; 4 e 6 KHZ compatíveis com as definições da Portaria 19, de 9/04/1998

Cópia Controlada

A ficha de registro Audiométrico: Nome, idade e identificação do examinado, data do exame, setor de trabalho e função, assinatura e registro profissional do examinador, equipamento utilizado, calibração, traçado audiométrico e observações.

O Laudo do Fonoaudiólogo contém o tipo e o grau da perda auditiva; de acordo com a classificação baseada na Portaria 19. Na presença de qualquer perda auditiva, o diagnóstico nosológico é realizado por um Médico Otorrinolaringologista ou médico habituado ao diagnóstico de patologias auditivas;

O resultado de cada Avaliação Audiométrica é de conhecimento do colaborador, o mesmo assinar o exame audiométrico no campo reservado para assinatura do funcionário, após tomar conhecimento do resultado pelo setor médico.

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

b3. Medidas para controlar exposições ocupacionais nocivas, como exposição a inalação de ar contaminado com poeiras, fumos, névoas, fumaça, gases, vapores e agentes biológicos patogênicos através do **PPR – Programa de Proteção Respiratória.** Documentação Institucional→ Recurso Humanos → Saúde Ocupacional→ Procedimentos

➔ Programa de Proteção Respiratória - PPR

O Hospital Israelita Albert Einstein estabelece, por meio do **Programa de Proteção Respiratória**, um conjunto de medidas, com a finalidade de adequar a utilização dos **equipamentos de proteção respiratória (EPR),** quando necessários, para complementar medidas de proteção coletiva existentes ou para garantir uma completa proteção ao colaborador contra os riscos respiratórios nos ambientes de trabalho.

Saúde do Trabalho

Cópia Controlada

Controla, registra e realiza os testes de vedação dos respiradores, conforme o Procedimento intitulado como Ensaio de Vedação Qualitativo; Avalia, aprova ou reprova o uso de respirador pelo colaborador; Determina, através de exame médico específico, se uma pessoa tem ou não condições médicas de usar um respirador; O conteúdo e a frequência desse exame médico estão especificados no PCMSO.

Os Responsáveis: As áreas de Saúde e Segurança do Colaborador, lideranças e demais colaboradores compartilham da responsabilidade de cumprir com as recomendações contidas neste documento.

B4. Plano de Radioproteção - Radiodiagnóstico SBIBAE

Visa orientar os profissionais de diversas áreas sobre os riscos e cuidados a serem adotados na instituição, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), no que tange o uso das radiações ionizantes.Este documento tem por objetivo estabelecer e definir as diretrizes básicas de proteção radiológica para

implementação de medidas de proteção para os colaboradores da instituição de acordo com os requisitos legais e normas vigentes e um padrão de conduta eficaz de forma a alcançar um nível satisfatório de segurança diante dos riscos físicos das radiações ionizantes inerentes às atividades dos profissionais.

Acidente com material radioativo – Descrito o procedimento de descontaminação no documento institucional – intranet – PR.TEC 3376.2

O plano de Radioproteção tem por finalidade proteger a saúde dos profissionais, clientes e visitantes dos riscos das radiações ionizantes.

Cópia Controlada

Identificação dos Serviços:

HIAE
Banco de Sangue
CC 5º Andar
CMI Suíte Endovascular
Endoscopia
Enfermagem - Imagem Morumbi
Engª Clínica
Ergometria
Fonoaudiologia
Hemodinâmica

Iodoterapia
Litotripsia
Medicina Nuclear
Radiologia Morumbi
Radioterapia
Tomografia - Morumbi
Tomografia Intervencionista

Parque de equipamentos radiológicos

Os equipamentos radiológicos (para fins de diagnóstico) atualmente instalados e em operação no Hospital Albert Einstein e nas Unidades Avançadas são divididos nas seguintes modalidades:

- Raios X portátil, Raios X convencional / digital, Raios X telecomandado;
- Arco Cirúrgico;
- Mamografia;
- Estereotaxia;
- Tomografia Computadorizada,Tomografia Computadorizada portátil;
- Hemodinâmica e densitometria óssea.

A quantidade e modalidade dos equipamentos nas unidades do HIAE irá variar de acordo com o tamanho e complexidade de atendimento da unidade

Controle das Doses Ocupacionais

Cópia Controlada

O controle de doses ocupacionais é realizado através da leitura mensal de Dosímetros OSLD (luminescência opticamente estimulada) usados pelos colaboradores com exposição ocupacional à radiação ionizante. A leitura é feita por empresa terceirizada que efetua a troca mensal dos monitores e fornece um relatório das doses individuais. Os relatórios são avaliados pela Física Médica, que determina os casos em que ocorreram as seguintes situações, definidas pela Norma CNEN NE-3.01:

Dosímetro obteve leitura superior ao nível de investigação (> 1,00 mSv): neste caso, são examinadas as situações que provocaram a leitura e tomadas as devidas ações corretivas, quando necessárias.

Dosímetro obteve leitura superior ao limite mensal (> 4,00 mSv): neste caso, é feita também uma investigação da causa da leitura e, caso fique comprovado que o colaborador realmente recebeu a dose ou ainda caso haja dúvida se ele recebeu mesmo a dose ou não, o colaborador é encaminhado para a Saúde do Trabalho, onde ele será submetido à exame médico especial. Os relatórios originais são arquivados na

Física Médica – Engenharia Clínica e cópias são entregues nos setores para acesso aos usuários. Para possibilitar o acesso da Medicina Ocupacional às leituras dos dosímetros, foi criado um Banco de Dados em Access, onde os valores de doses são periodicamente atualizados. O Banco de Dados é acessado pela rede \\arqsv0\contdose. Uma vez por ano são enviados relatórios com as doses acumuladas dos últimos cinco anos para cada usuário de dosímetro.

Exposições Acidentais ou de Emergência:
Em caso de incidente envolvendo radiação ionizante, os colaboradores expostos serão encaminhados à Saúde do Trabalho. A Segurança do Trabalho deve ser informada (abrir notificação no SINAPSE) e os dosímetros deverão ser enviados para leitura urgente.

Situações de emergência:
Na eventualidade de um equipamento de raios X não interromper o feixe de exposição durante um exame, o mesmo deverá ser desligado imediatamente, acionando-se a chave de emergência “stop” ou a chave geral do equipamento.

Em caso de exposição acidental do colaborador(es), é necessário que seja efetuado o mais rápido possível o cálculo/estimativa da dose recebida, e o(s) mesmo(s) deverá (ão) ser encaminhado(s) pelo médico responsável para realização de exame de sangue na data adequada para a colheita e o acidente apurado e registrado em sistema apropriado

Cópia Controlada

Sinalização
Todas as salas radiológicas do Hospital Albert Einstein e unidades externas possuem sinalização luminosa externa (lâmpada vermelha) indicando a presença de radiação ionizante durante os procedimentos radiológicos, avisos para pacientes e/ou acompanhantes grávidas, símbolo internacional indicando a presença de radiação ionizante e que a área é restrita e avisos para acompanhantes. O padrão de símbolo internacional, sinal luminoso e aviso para pacientes são os mesmos para todo o hospital e unidades avançadas. Os avisos para eventuais pacientes grávidas, também são afixados nas salas de espera dos Setores que fazem o uso de radiação ionizante em suas rotinas diárias de trabalho.

Sinalização padronizada de aviso:

1. Área Restrita 2. Pacientes Gestantes 3. Acompanhantes

Acessórios e vestimenta de proteção individual - Para proteger trabalhadores e pacientes da radiação ionizante são utilizados os acessórios plumbíferos listados abaixo, e que são distribuídos conforme a utilização da sala e/ou tipo de equipamento de raios X:

Avental Plumbífero: 0,5 mm de Pb	**Óculos Plumbífero:** 0,9 mm de Pb
Protetor de Gônadas: 1,0 mm de Pb	**Saiotes para pacientes:** 0,5 mm de Pb
Protetor de Tireoide: 0,5 mm de Pb	

Cópia Controlada

Relação de vestimentas de proteção individual para diferentes tipos de equipamentos radiológicos.

Tipo de equipamento	Equipamentos de radioproteção disponíveis*
Raios X Portátil	Avental plumbífero Protetor de tireoide
Raios X Convencional/Digital	Avental plumbífero Saiote plumbífero Protetor de tireoide Protetor de gônadas
Raios X Telecomandado	Avental plumbífero Saiote plumbífero Protetor de tireoide Protetor de gônadas Óculos plumbífero
Mamografia	Saiote plumbífero Protetor de tireoide
Estereotaxia	Saiote plumbífero
Arco Cirúrgico	Avental plumbífero Protetor de tireoide
Hemodinâmica	Avental plumbífero Protetor de tireoide Saias e visores plumbíferos das mesas de exames Oculos plumbífero
Tomografia Computadorizada	Avental plumbífero Protetor de tireoide Saias plumbíferas Oculos plumbífero

*A quantidade de acessórios irá variar com o uso das salas e tipos de exames executados.

Programa de Treinamento Específico e Reciclagem

O programa de treinamento anual para os IOE contempla boas práticas e princípios de proteção radiológica, dosimetria, efeitos das radiações e outros requisitos da Portaria 453. Os registros desses treinamentos ficam armazenados no Departamento de Ensino Corporativo.

Cópia Controlada

Higienização dos equipamentos e controle de infecção

Para equipamentos e materiais compartilhados entre pacientes é necessário realizar limpeza e desinfecção conforme documentação institucional:

Limpeza e Desinfecção de superfícies/equipamentos (PR.ASS.MULT.2625.1).

Procedimentos Recomendados para higienização das vestimentas plumbíferas

As vestimentas plumbíferas podem estar expostas a agentes infecciosos durante o atendimento dos pacientes nos serviços de saúde e devem ser submetidas ao processo de higienização. A higienização destes itens de uso compartilhado consiste em:

Limpeza concorrente: Procedimento: realizar a limpeza e desinfecção imediata do local contaminado com produto detergente desinfetante padronizado na Instituição. Periodicidade: sempre que a vestimenta apresentar alguma sujidade visível. E após o atendimento de pacientes em precaução durante o contato.

Limpeza terminal: Procedimento: realizar a limpeza e desinfecção com produto detergente desinfetante padronizado na instituição. Periodicidade: a limpeza terminal deve ser realizada semanalmente em dia pré-definido em cada setor. Após a limpeza concorrente e terminal das vestimentas deve ser realizado o registro em impresso padronizado disponível e controlado em cada setor.

Acidente com material radioativo – Descrito o procedimento de descontaminação no documento institucional - Intranet PR.TEC 3376.2

Unidade Responsável	Departamento	Bloco	Andar de uso do Produto Químico	Nome do Produto	Classe de Risco
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	99mTc	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	131 I	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	201Tl	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	67Ga	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	123I	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	111In	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	153Sm	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	68Ga	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	90Y	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	177Lu	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	223Ra	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	18F	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	125I	Radioativo
Jardins	Imagem	-	-	18F	Radioativo

Cópia Controlada

b5. Segurança para Exposição à Agentes Biológico

Definições

Biossegurança: é um processo progressivo, funcional e operacional de fundamental importância em serviços de saúde, que aborda medidas de controle de infecções para proteção dos profissionais, um conjunto de condições de segurança alcançada por um

conjunto de normas e procedimentos considerados seguros e adequados à manutenção da saúde, visando a redução de riscos à saúde e acidentes ocupacionais.

Aerossóis: são núcleos goticulares ou de pequenas partículas (<5 micra de tamanho) que podem conter agentes infecciosos que permanecem infectantes por períodos prolongados e podem percorrer longas distâncias.

Amostra: uma ou mais partes retiradas de um sistema com o intuito de fornecer informações sobre o sistema, e servir de base para uma decisão sobre o sistema ou a sua produção. Exemplo: Determinado volume de soro retirado de um volume maior.

Antisséptico: são formulações germicidas hipoalergênicas e de baixa causticidade destinada ao uso em pele e mucosa. Os antissépticos podem ser divididos em: sabões antissépticos - combinam a ação antimicrobiana com a ação mecânica dos tensoativos, ou soluções antissépticas tópicas - atuam como antimicrobianos de uso tópico, devendo ser empregadas após a limpeza da pele/mucosa, para assegurar sua efetividade.

Descontaminação: é o processo de remoção de microrganismos patogênicos de objetos inanimados e superfícies.

Desinfecção: é o processo de eliminação de microrganismos patogênicos, exceto os esporos bacterianos, de objetos inanimados ou superfícies.

Cópia Controlada

Equipamento de Proteção Coletiva (EPC): são medidas, dispositivos ou produtos que previnem, eliminem ou reduzam a utilização ou formação de agentes prejudiciais à saúde no ambiente de trabalho (NR 9) e podem ser utilizados por mais de um colaborador após a desinfecção, descontaminação ou limpeza preconizada.

Equipamento de Proteção Individual (EPI): considera-se EPI todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado a proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a Segurança e a Saúde no Trabalho (NR 6). É regulamentado pela Portaria 485, de 11 de novembro de 2005, que aprova a NR 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde) do Ministério do Trabalho

Higiene das mãos: a lavagem das mãos é considerada uma medida de biossegurança na prevenção e controle da disseminação de infecção, remoção de sujidade, suor, oleosidade, pelos e células descamativas.

PRODUTO DE ESCOLHA!

SE AS MÃOS ESTIVEREM VISIVELMENTE SUJAS

Os 5 momentos para higienização das mãos

Cópia Controlada

Uso de Luvas: é necessária a utilização de luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, e em procedimentos envolvendo manuseio de reagentes químicos, amostras biológicas, lavagem de materiais, câmaras frias, entre outros, com o objetivo de proteger as mãos dos profissionais de saúde. As luvas estão disponíveis nas áreas para uso dos profissionais em quaisquer situações, citadas ou não, que indiquem sua utilização.

Na manipulação de determinados produtos químicos, por exemplo, nos laboratórios de Anatomia Patológica, parasitologia e química especial, entre outros, deve ser utilizada a luva nitrílica para manipulação de produtos químicos.

Utilizar sempre as luvas de proteção contra agentes mecânicos, químicos e térmicos na lavagem de materiais, por exemplo, na Endoscopia e na Central de Material Estéril (CME),

pois estas apresentam maior resistência contra esses tipos de materiais.

O uso de luvas deve ser restrito ao local de manuseio ou do procedimento, sendo desprezada logo após o uso ou quando apresentar sujidade, evitando o contato das mãos enluvadas com pessoas e outros materiais, outras superfícies (telefone, teclados, maçanetas e equipamentos), que podem levar à contaminação dos mesmos e consequente infecção por transmissão indireta.

A utilização de luvas não substitui a higiene de mãos.

Portanto, os profissionais devem higienizar suas mãos imediatamente antes de calçar as luvas e imediatamente após sua retirada. Aqueles que apresentarem lesões ou qualquer solução de continuidade na pele das mãos deverão usar luvas continuamente, trocando-as quando terminarem as manobras em área de risco.

Antes da padronização de um novo modelo de luva, ele deverá passar por avaliação das equipes de Segurança do Trabalho e Meio ambiente e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

EPI's para o atendimentode pacientes suspeitos ou confirmados de COVID19 por local de atendimento, categoria profissional e atividade

Cópia Controlada

Luvas de Procedimento: para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19

A luva funciona como barreira ao entrar em contato direto com o paciente, superfícies, mobiliários e equipamentos

As luvas deverão ser colocadas e fixadas sobre a extremidade do avental;

Elas deverão ser retiradas antes da retirada do avental. Com o dedo indicador, puxar pela parte interna do elástico da luva retirando-a pelo avesso.

Obrigatório uso: Máscaras N95; Óculos de Proteção; Avental descartável; Luvas; Gorro e avental impermeável uso em algumas situações específicas

Máscaras

Máscaras N-95 - Para profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de Covid 19; Para qualquer profissional que necessite entrar em área de coorte e retirá-las apenas ao sair. Nas áreas que não são Coorte, os profissionais devem colocar a máscara N95 antes de entrar no quarto / box, retirá-las após fechar a porta, estando fora do quarto/box. No corredor.

Máscaras Cirúrgicas - Todos os profissionais da instituição que não estão na assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19; Trocar a máscara cirúrgica duas vezes ao dia - momento de refeição/descanso, ou se a máscara estiver úmida, suja ou a cada 6horas*. Pacientes durante o transporte para entre setores/unidades. Não deve ser utilizado por crianças menores de 2 anos, pessoas com problemas respiratórios ou insuficiência respiratória

Cópia Controlada

A mesma máscara pode ser utilizada para atender mais de um paciente, desde que o profissional não retire ou toque na mesma com as mãos não higienizadas.

É proibido deixar a máscara cirúrgica pendurada no pescoço, orelha ou posicionada abaixo do queixo

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/emergency-considerations-ppe.html*

Óculos de Proteção - Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19. Não devem ser pendurados no pescoço ou circular fora das unidades assistenciais. Cordão de silicone para propiciar a limpeza. Para colaboradores que utilizam óculos de grau, utilizar o óculo de proteção de sobrepor. Modelo deve possuir CA-Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho.

Óculos e lente de contato pessoais não são consideradas proteção ocular adequada.

Protetor Facial - Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, sempre que houver exposição a grandes volumes de fluidos e em situações que gerem aerossóis O protetor facial é colocado em substituição ao óculos de proteção e tem a intenção de proteger a máscara N95 em sua parte externa e algumas áreas da face contra materiais biológicos.

Cópia Controlada

Avental de Isolamento - Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19. O avental funciona como barreira ao entrar em contato direto com o paciente, superfícies, mobiliários e equipamentos. As tiras do avental deverão ser amarradas na região do pescoço e da cintura, sempre na parte de trás, para evitar que o avental escorregue durante o cuidado; O avental nunca deve ser reutilizado. O profissional que permanecer durante todo o plantão prestando assistência ao paciente deve descartar o avental a cada uso no lixo infectante.

Especificações

Gramatura mínima de 40g e repelente a água.

Punho (preferência) ou elástico.

Comprimento mínimo abaixo do joelho.

Tira abdominal saindo de frente para trás

Tira para amarração no pescoço

Cópia Controlada

Gorro Descartável - Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, sempre que houver exposição a grandes volumes de fluidos e em situações que gerem aerossóis

C. Educação, treinamento e intervenções no tratamento seguro do paciente.

Programa de Movimentação Segura, está descrito em Procedimentos - RH ->SAÚDE OCUPACIONAL ->PROCEDIMENTOS ->Movimentação Segura do paciente

A análise do levantamento e reposicionamento de qualquer paciente implica numa avaliação prévia das necessidades e capacidades do paciente envolvido. Esta avaliação prévia permite determinar as características físicas, psíquicas e de autonomia do paciente, respeitando a sua dignidade e segurança e dentro do contexto identificado, estabelecer os

métodos seguros para o profissional de saúde executar as tarefas, determinadas no plano de cuidado e atendimento

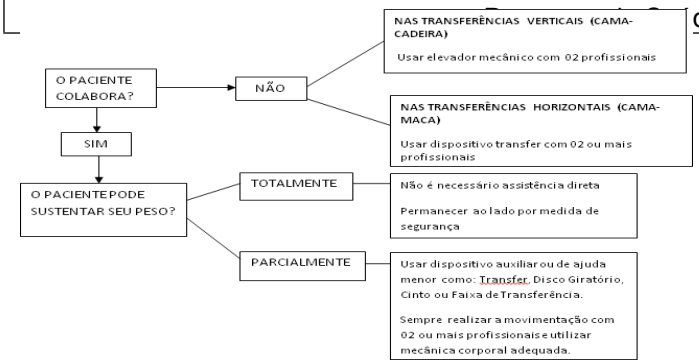
O Programa de Movimentação Segura tem finalidade de evitar lesões osteomuculares/ergonômicas nos profissionais de saúde e evitar risco ao paciente da SBIBAE durante movimentações e transferências na rotina assistencial.

A equipe é constituída por 5 profissionais – Auxiliares de Enfermagem atuam na UTI e Semi – Intensiva

São treinaods e acompanhados pelo Educador Físico e Analista de Ergonomia.

Cópia Controlada

Fluxo dos requisitos mínimos para o procedimento



d. Educação, treinamento e intervenções no gerenciamento da violência no local de trabalho.

A classificação da violência ocupacional é complexa e heterogênea entre os autores da literatura sobre o tema. A International Labor Organization (ILO), em sua publicação 9 Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon, define violência ocupacional como "qualquer ação, incidente ou comportamento que se afaste da conduta razoável em que pessoa é agredida, ameaçada, prejudicada, ferida no curso ou como resultado direto de seu trabalho". A publicação também divide a violência em duas categorias:

Cópia Controlada

Violência interna no local de trabalho é aquela que ocorre entre trabalhadores, incluindo gerentes e supervisores;

Violência externa no local de trabalho é aquela que ocorre entre os trabalhadores, gerentes e supervisores com qualquer outra pessoa presente no local de trabalho.

A Occupational Safety and Health Administration (OSHA)10, classifica a violência em ambiente de Trabalho de quatro tipos que se diferenciam quanto ao agressor e à natureza da agressão. Essa classificação costuma ser citada em estudos observacionais ou experimentais do tema:

Tipo 1: violência criminosa (roubo, assassinato, entre outros) realizada por trabalhadores ou pessoas externas à empresa;

Tipo 2: violência executada por clientes, pacientes, consumidores da empresa contra

trabalhadores. Como exemplo, temos a agressão física ou verbal de pacientes contra profissionais da saúde;

Tipo 3: violência executada entre trabalhadores de qualquer nível hierárquico. Como exemplo, temos o bullying ou assédio moral ou sexual entre trabalhadores;

Tipo 4: violência em ambiente de trabalho contra o trabalhador por pessoas da sua intimidade.

Pela classificação da OSHA, o escopo da diretriz é direcionado para violência tipos 2 e 3.

O assédio moral no trabalho possui conceituação e identificação complexas, pois é de difícil investigação ou mapeamento por estar incrustado no relacionamento, na comunicação interpessoal, no cotidiano e organização profissional e na subjetividade individual dos envolvidos. O Ministério Público Federal (MPF) em sua cartilha[11] Assédio moral, assédio sexual e discriminação coloca que o assédio moral:

> "É definido como qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho".

Cópia Controlada

Quanto aos dados epidemiológicos publicados internacionalmente, a violência ocupacional é documentada em alta prevalência em diversos grupos de trabalhadores e ambientes profissionais: profissionais de cirurgia[12], enfermeiras[13], salas de emergência[14], bombeiros[15], policiais[16], professores[17,18]. É um fator de risco com correlação significante de maior prevalência de comorbidades físicas e mentais e com consequências em desfechos ocupacionais.

A SBIBAE tem a política que estabelece os critérios para a condução de comportamento disruptivos e determina o fluxo de identifcação.

POLÍTICA DE TRATAMENTO COM FAMILIARES / ACOMPANHANTES DISRUPTIVOS E PACIENTES INDESEJADOS

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

- Política de tratamento com familiares/acompanhantes disruptivos e pacientes indesejados

O objetivo principal desta política é estabelecer um fluxo de condução do comportamento disruptivo de pacientes e acompanhantes, pelos profissionais da saúde com foco na redução dos impactos do comportamento.

Como mecanismo para conter a situação mais crítica relacionada ao comportamento disruptivo dentro da organização, desenhou-se o **código Alfa**, com os objetivos de: oferecer apoio aos colegas que estão lidando com situações disruptivas, ameaçadoras ou violentas; conduzir o conflito como barreira final e medidasextremas.

Recomenda-se que a equipe do código Alfa seja composta por:

Líder de Equipe (enfermeiro ou psicólogo);

Profissional Médico;

Profissional que atue na linha de frente (assistencial ou não);

Segurança.

Cópia Controlada

Capacitação e Treinamento: Pretende-se introduzir esta política nos treinamentos institucionais obrigatórios, com recorrência a cada doisanos

Plano de Ação para casos de Agressão Física, ocorrida durante a jornada de trabalho:

Se necessário, providenciar contenção imediata do agressor;

Afastamento imediato do funcionário, do contato com o agressor e encaminhamento a UPA para atendimento; No caso de mordedura aplicar protocolo de acidente com material biológico;

Registrar a ocorrência no sistema de notificação e comunicar a segurança do trabalho e Saúde Do Trabalho para emissão de CAT;

Dar Feedback ao(s) agressor(es) e médico responsável em relação as regras institucionais de direitos e deveres do paciente e regras de prática médica na instituição;

No caso do agressor ser médico do corpo clínico notificar a diretoria de prática médica;

Orientar equipe em relação ao comportamento do agressor, propondo ações evasivas no caso de tentativa de novas agressões;

Encaminhar o funcionário que apresentar labilidade emocional em decorrência da agressão, para avaliação psicológica no serviço de saúde ocupacional e acionar POP (Programa de Orientação Pessoal) ou Hot Line.

Manter acompanhamento preventivo de stress pós-traumático;

No caso de comprometimento do clima da equipe acionar a Saúde Mental e Saúde do Trabalho e Consultor de RH para definição de abordagem coletiva.

Como contatar Hot Line - **Ouvid – Hotline** são Psicoterapias e ações in loco (chamadas momento OUVID) **Contato** 2151 – 3557

POP: Telefone | 0800 772 4567 / E-mail | fale@popauster.com.br / Whatsapp | 11 – 961839040 www.vivaok.com.br | No 1° acesso, é preciso realizar o cadastro, com nome completo, e-mail, DRT (matrícula/ID).No campo senha, utilize sempre:08007724567. Facebook | Auster

Cópia Controlada

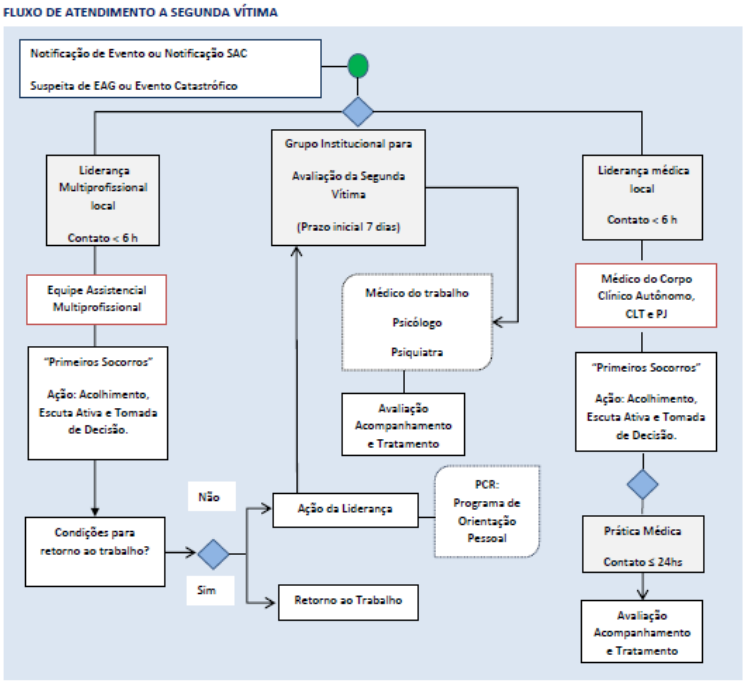
Ouvid – Hotline são Psicoterapias e ações in loco (chamadas momento OUVID)
Contato 2151 – 3557

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

e. Educação, treinamento e intervenções para profissionais que podem ser segundas vítimas de eventos adversos ou sentinelas.

As segundas vítimas - são todos os profissionais de saúde (médicos e equipe multiprofissional), envolvidos em evento adverso imprevisto com consequente dano ao paciente. É alta a prevalência de impacto na saúde mental desses profissionais, se faz necessário criar um fluxo específico para atendimento, apoio e iniciar uma investigação primária.

Cópia Controlada



Cópia Controlada

Assédio Moral / Assédio Sexual: Canal de Denúncias

O Einstein possui um canal de denúncias para o relato de situações referentes a temas de ética e conformidades. A ferramenta está disponível a todos os públicos, via portal institucional www.einstein.br/compliance, telefone 0800 741 0004 e intranet. Os relatos podem ser feitos de forma anônima. O trabalho de análise e apuração das denúncias conta com o suporte das comissões técnicas de prática médico–assistencial, assédio moral e sexual, pesquisa científica e compliance. Além de medidas disciplinares em casos de denúncias procedentes, as apurações orientam a revisão dos processos relacionados e melhorias dos seus controles, com o objetivo de evitar a recorrência das não conformidades identificada.

f. Tratamento para condições comuns relacionadas ao cargo, como lesões nas costas ou lesões mais urgentes.

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Afastamento imediato das atividades geradoras dos sintomas. Comunicar a ocorrência ao SESMT Segurança do Trabalho; Agendar avaliação de Saúde do Trabalho com Médico do Trabalho; Avaliação com Médico da Família nas Clínicas Einstein e Ortopedista No Grupo Locomotor no HIAE se necessário; o emitir recomendações e/ou restrições para o exercício da atividade; ou Mudança de função;

Trabalho Compatível – adaptação do trabalho às capacidades dos colaboradores, levando em conta seu estado de sanidade física e mental. (RC 161 OIT).

FORMULÁRIO TRABALHO COMPATÍVEL– EINSTEIN
Saúde Corporativa RH

Cópia Controlada

Realizar Analise Ergonômica qualitativa e quantitativa das atividades e do posto de trabalho;

7.2 Exames Preventivos Periódicos e Imunizações:

7.2.1 - Exame Médico Periódico: Controla e detecta precocemente através de exames clínicos e/ou laboratoriais, os possíveis danos à saúde do empregado, em decorrência ou não do trabalho que executa com a finalidade de assegurar o seu bem estar, a continuidade operacional e a produtividade. Deverá ser realizado conforme os intervalos máximos determinados pelo médico coordenador do programa, com base nas características e riscos à saúde observados na empresa.

Cópia Controlada

Procedimentos operacionais:

Administrativos: Receber o candidato na data e hora agendada; Encaminhar o candidato à enfermagem para realizar à pré -consulta de enfermagem – Aferir os sinais vitais e registrar no prontuário eletrônico.

Enfermagem: Receber o colaborador na data e hora agendada; Preparar o colaborador realizando a pré consulta de enfermagem.

Médicos: Identificar o colaborador selecionado por meio do prontuário clínico/ eletrônico colocado no consultório médico; Solicitar o comparecimento do mesmo ao consultório médico; Realizar anamnese clínica ocupacional do colaborador sobre seus antecedentes clínicos pessoais, ocupacionais e sobre os diversos aparelhos orgânicos, anotando os dados no prontuário clínico individual do PCMSO e no prontuário eletrônico; Realizar exame clinico completo, anotando os dados no prontuário clínico e prontuário eletrônico;. Anamnese Clinica Ocupacional: É obrigatória e deve ser dirigida para os fatos e sintomas ligados diretamente à atividade laboral e ao ambiente de trabalho do empregado; Verificar se existem antecedentes pessoais individuais e/ou laborais ou outros sintomas intermitentes que possam

ajudar na identificação de uma patologia ocupacional; Analisar os exames complementares exigidos para a função (parâmetros de avaliação ou indicadores biológicos de exposição), anotando os dados no prontuário clínico individual do PCMSO e no prontuário eletrônico; Concluir o exame médico, incluindo o registro de CID das patologias identificadas, hábitos e estilo de vida, certificando se o colaborador encontra-se APTO ou não a continuidade do exercício do cargo; Preencher e assinar o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO em 02 vias; ASO INAPTO o empregado não deve continuar trabalhando, será encaminhado ao Médico Assistente para tratamento, com Atestado Médico com CID. ASO Apto retornará para setor de trabalho.

7.2.2 – Imunizações

O Programa de Vacinação e Imunização prevê o gerenciamento dos vacinados, bem como registro e emissão de carteira específica a fim de garantir a atualização permanente. Além de atender um requisito legal, nosso objetivo é informar e esclarecer a respeito das melhores práticas de proteção dos colaboradores contra os agentes infecciosos de doenças evitáveis por vacinas. Trata-se de responsabilidades compartilhadas entre liderança, colaborador e Saúde do Trabalho. O registro é iniciado no Exame Médico Admissional e as atualizações são realizadas no Exame Médico Periódico e/ou quando necessário.

A diretriz para vacinação contra hepatite B é: todo colaborador, participante ou não da assistência ao paciente ou que manipula material biológico (sangue, líquidos corporais, secreções, excreções) de forma presumível deverá receber 3 doses da vacina nos momentos 0,1 e 6 meses e ter a imunidade checada cerca de 30 dias após a 3ª dose.

Cópia Controlada

Áreas prioritárias no HIAE: Enfermagem, Fisioterapia, Biomédicos, Laboratórios, Médica, Higiene e Manutenção.

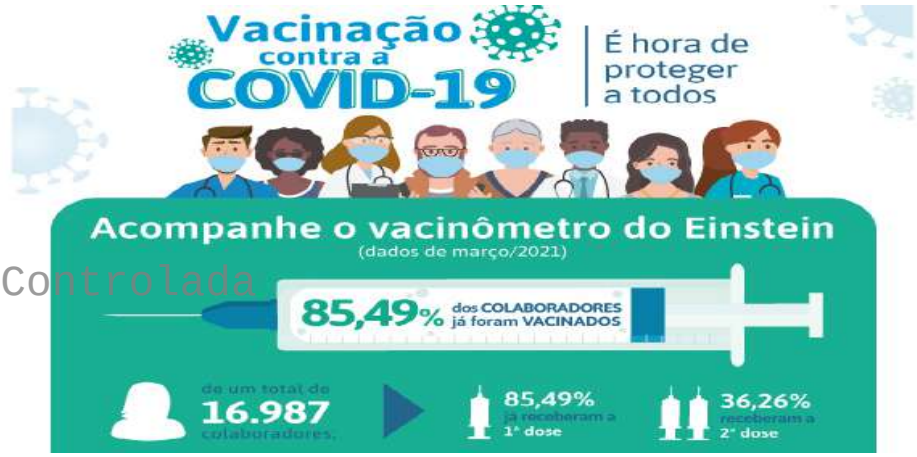
Identificamos os profissionais não vacinados, não há obrigatoriedade em vacinar no Brasil, mas, quem não concordar deverá assinar termo de recusa, passar em consulta com o Médico do Trabalho para registro em prontuário médico dos motivos da recusa (Alergias; doenças autoimunes; crenças e desinformação sobre risco de eventos adversos). Aconselhamos e esclarecemos, se for profissional da linha de frente em ambientes com risco de alta exposição, realocamos para trabalho sem contato com esses pacientes.

A Saúde do Trabalho se encarrega de resolver situações de exceção como vacinação na gravidez, de colaboradores portadores de certas doenças crônicas, e não resposta ao esquema básico. A vacinação contra o tétano (dupla adulto) também deve seguir o protocolo vigente.

Campanha Vacina Influenza

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

Fases	Grupos Atendidos
Fase I 30/03 até 09/04 (inclusive aos sábados)	UPAs (Morumbi e Externas e HMVSC), UPG (Departamento Pacientes Graves), Enfermarias Covid, Oncologia (Morumbi, Perdizes e HMVSC), UTIs e Semi Pediátrica / Neo Natal / Adulto, Pediatria e Neonatologia (HAE e HMVSC), Clínicas Einstein, Creches, Médico Corpo Clínico Autônomo e Voluntários.
Fase II 12/04 até 06/05 (inclusive aos sábados)	Demais colaboradores das Unidades Morumbi (complexo e prédios adjacentes), HMVSC, Unidades Externas MDA São Paulo, CMA, PEC P e IRD (AMAs, CAPs, UPAs, Atenção Básica, RTs), RIAE e Bolsistas. Médico Corpo Clínico Autônomo. Colaboradores das Unidades de Ensino, Centro Administrativo Faria Lima, Ipiranga, Hospital Albert Sabin, NTTI, Demais Unidades Externas (Mogi, Sorocaba, Campinas, Einstein Até Você, Paulista, Morato, Operações em Clientes - Vivo, Abbott, Safra e Natura). Unidades Outros Estados: - Rio de Janeiro (Santa Lúcia, Pró-Cardíaco, Samaritano, Vitória e Ensino) (RJ) - Natura (Benevides/PA) - Hosp. Orion Goiania (GO) - Unidade Belo Horizonte (BH) - Genomika (Diversos Estados) - Prestadores de Serviços



Campanha Vacina Covid19

Cópia Controlada

7.3 PROGRAMAS DE SAÚDE

Programa Cuidar

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Criado em 2014 dentro da área de Saúde Corporativa, o programa tem como:

Missão- Integrar de forma humanizada, o cuidado dos colaboradores e dependentes, com foco na promoção e prevenção da saúde, com inovação e excelência.

Visão - Ser referência na Gestão de Saúde Populacional de forma sustentável, com geração de conhecimento.

Assim, surgiu o Programa Cuidar com diversas iniciativas e ações em saúde para nossos funcionários e suas famílias.

Programa cuidar - Pensando na saúde do colaborador e sua família, o Einstein desenvolveu um modelo de cuidado voltado não somente ao tratamento de doenças, mas principalmente à sua prevenção. Nesse sentido, oferece programas que englobam a saúde de forma integral, em unidades que possuem a estrutura necessária para o seu atendimento, com excelência.

Cópia Controlada

Clínica Einstein - A Clínica Einstein é a porta de entrada dos colaboradores e seus dependentes que buscam atendimento de saúde e acompanhamento ambulatorial. Atendimento personalizado, feito por uma equipe composta por Enfermeiro, Médico de Família, e Apoiador do Cuidado que farão o acompanhamento integral de sua saúde, propondo ações de cuidado e prevenção de acordo com a sua necessidade.

A Equipe Multidisciplinar atua em programas específicos, ex.:nutrição, saúde mental, gestação saudável, cessação do tabagismo, auxílio em atividades físicas, estilo de vida, bem-estar, entre outros temas. As consultas podem ser agendadas pelo aplicativo Meu Einstein.

Neste sentido, foram desenvolvidos outros programas que servem como suporte a este modelo de cuidado integral, tais como:

Cópia Controlada

A Clínica Einstein é a porta de entrada dos colaboradores e seus dependentes que buscam atendimento de saúde e acompanhamento ambulatorial. As consultas podem ser agendadas pelo aplicativo Meu Einstein ou pelo telefone via call center no telefone (11) 2151-0021, dependendo da disponibilidade de agenda dos profissionais, e os atendimentos podem ser feitos de forma presencial ou a distância utilizando a telemedicina como recurso digital.

Atendimento é feito por uma tríade do cuidado, composta por Enfermeiro, Médico de Família, e Apoiador do Cuidado que farão o acompanhamento integral de saúde, propondo ações de cuidado e prevenção de acordo com a necessidade, tendo como apoio a equipe multidisciplinar das clínicas, composta por nutricionistas, educadores físicos e psicólogos.

De acordo com as necessidades de saúde, o médico de família indicará a melhor estratégia para o cuidado longitudinal, recomendando programas específicos, seja em relação à nutrição, saúde mental, gestação saudável, cessação do tabagismo, auxílio em atividades físicas, estilo de vida, bem-estar, entre outros temas.

Além disso, há possibilidade da realização de exames laboratoriais, de imagem e ginecológicos, dependendo da estrutura ofertada de cada clínica que se diferem entre si.
Há também nas Clínicas Einstein, o serviço de pronto atendimento chamado Walk- in, composto por profissionais clínicos gerais e pediatras que fazem o acolhimento de casos de baixa complexidade como: sintomas de gripe ou resfriado, dor de cabeça, alergias leves; tosse; vômito; mal-estar; dor abdominal; diarreia; dor no corpo; infecção; dor de garganta ou ouvido.

Por meio da assistência primária, o cuidado é organizado e direcionado para o tratamento adequado, como: serviços ambulatoriais de outras especialidades, internações hospitalares, cirurgias, serviços de emergência, procedimentos ou mesmo orientações de prevenção.

Programa EngraVida - É um programa que tem como objetivo preparar as famílias, em especial a mulher, em todas as etapas que envolvem a gestação. Nele, você contará com todo o suporte necessário durante a trajetória da gestação. A partir das necessidades identificadas pela equipe de cuidado, a gestante é acolhida, tendo um time de referência para esclarecimento de dúvidas e apoio.

Ações do programa: Classificar corretamente o risco gestacional (baixo, médio e alto risco) para conseguir identificar com precisão as necessidades da gravidez;Acompanhar adequadamente todo o processo gestacional, identificando as suas necessidades individuais de saúde; Acolhimento e apoio no pós-parto;

Cópia Conferida

Orientação correta com informações baseadas em protocolos sobre todo o período da gestação e parto. Além de orientações sobre aleitamento materno, cuidados com o bebê, paternidade e todos os impactos da gestação na vida familiar;

Orientar sobre o retorno ao trabalho e a continuidade da amamentação;

Organizar e garantir a continuidade de cuidado da sua saúde junto à equipe de cuidado, possibilitando a manutenção dos cuidados em outros aspectos da saúde da mulher e assegurando a atenção ao bebê que irá nascer.

Critérios de inserção: Todas as colaboradoras ou dependentes ativas no plano de saúde da SOMPO.

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

Programa Calmamente que faz parte da Política de Saúde Mental e Bem Estar

Esta política tem por objetivo a promoção do bem-estar físico e mental dos colaboradores e seus dependentes.

Esta Política será implementada sob o cuidado de um comitê constituído para esta finalidade, com representantes das principais partes interessadas e representação da alta liderança:

1. Saúde Populacional;
2. Medicina Ocupacional;
3. Recurso Humanos
4. Especialistas em Saúde Mental;
5. Práticas Assistenciais;
6. Instituto de Ensino e Pesquisa.

Cópia Controlada

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Saúde populacional – Programa Calmamente

Cópia Controlada

O **Programa Calmamente** é formado por 8 eixos.

Promoção do Equilíbrio Emocional e Bem Estar

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Prevenção de Transtornos Mentais e Abuso de Substâncias

Atenção Primária

Atenção Psicossocial Especializada

Atenção de Urgência e Emergência

Atenção Hospitalar

Atenção Domiciliar

Reabilitação Psicossocial

A Promoção do Equilíbrio Emocional, através dos Programas

1.OUVID: a iniciativa OUVID é uma resposta institucional para o enfrentamento do impacto da COVID-19 sobre a saúde mental dos nossos colaboradores e seus dependentes, oferecido através de:

Cópia Controlada

Apoio psicossocial especializado

Ferramentas *online* de autocuidado, autogestão das energias e gestão das emoções

2.Treinamentos e capacitações em Saúde Mental, através de:

Programa de Resiliência para a linha de frente (oferecido nas rodas de conversa)

Treinamento das Lideranças em Habilidades Socioemocionais

Práticas Integrativas de Relaxamento Corpo-Mente

3.Plataforma OUVID: trata-se de uma plataforma web recheada de conteúdos didáticos em saúde mental e bem-estar. Os conteúdos são oferecidos em vídeos, áudios, textos, figuras e *playlists*.

4.Práticas Integrativas *on line*: cuidado através de link para uma sala virtual, recorrente, semanais, e inclui vídeo aulas síncronas de Meditação e Yoga, com terapeuta integrativa, e de Alongamento e Movimento com professores de atividade física da Instituição.

5.Rodas de Conversa: são sessões em grupos de até 10 colaboradores cada, semanal, com 1 hora de duração

6.Atividades de Relaxamento corpo-mente: acontecem presencialmente, nos postos de trabalho da linha de frente, especialmente nas áreas mapeadas como de alto risco psicossocial. Ex.: UPA, DPG; Enf. Pacientes Covid19

7.Treinamentos e Capacitações: promovemos anualmente para todas as lideranças médias e altas. Para alcançar estes objetivos são estruturados estruturamos as diferentes fases de treinamentos com base no tripé abaixo:

1. Letramento em saúde mental;
2. Capacitação em habilidades socioemocionais (*soft skills*)
3. Inteligência emocional (pessoal e do time)

Cópia Controlada

***8.Hotline*:** linha telefônica direta com psicólogos da saúde populacional, alocados na Central do Cuidado, para os primeiros cuidados em saúde mental/emocional

9.Psicoterapia Breve: são elegíveis para até 12 sessões de psicoterapia os casos encaminhados pelo *hotline*, à partir de estratificação de risco psicológico ou psiquiátrico moderado ou alto.

10.Acompanhamento médico de família e/ou psiquiatra: São elegíveis aqueles com transtornos mentais prévios ou estratificação de risco psicológico/psiquiátrico moderado a alto. e comunidade das clínicas Einstein de atenção primária à saúde.

SAÚDE E BEM ESTAR FÍSICO:

1. **Acompanhamento longitudinal de equipe multi pelo Programa Cuidar** : acompanhamento pelas Clínicas Einstein com nutricionistas, psicólogos e educadores físicos na busca de maior qualidade de vida e cuidados em saúde.
2. **Atividades de descompressão:** profissionais de educação física promovem atividades de movimento e descompressão nas áreas assistenciais do hospital.
3. **Gympass**: plataforma corporativa Gympass de atividade física, a qual dá acesso a centenas de academia de ginástica em todo o território nacional
4. **Encontros de Estilo de Vida:** encontros virtuais com equipe multidisciplinar e de promoção da saúde, medicina do estilo de vida, *coaching* em saúde e bem estar e medicina integrativa.
5. **Linha de cuidado em sobrepeso e obesidade:** linha de cuidado com fluxos organizados que conduzem a pessoa portadora de sobrepeso e obesidade ao acesso a cuidados de saúde. Pathway com a descrição do fluxo encontra-se publicado no portal da intranet.
6. **Parceria Einstein e Tá na Mesa**: união de conteúdos de saúde elaborados pelas nutricionistas da instituição com o apoio de chefs de cozinha renomados e indicados pela plataforma digital do Tá na Mesa (https://tanamesa.com/).
7. **Plataforma OUVID:** acesso a conteúdo digital com foco em estilo de vida saudável.
8. **Blog Vida Saudável Einstein**: plataforma digital com conteúdos sobre saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida produzido pelo Hospital Israelita Albert Einstein (https://vidasaudavel.einstein.br/)
9. **Política Institucional de Alimentação Saudável SBIBAE**: publicação de política focada em ações visando a promoção de um ambiente nutricional seguro e saudável em toda instituição.

Cópia Controlada

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

intranet – documentação institucional – HIAE – Nutrição – nutrição clínica – politicas

Ações do Programa Calmamente - 2020 e 2021

Cópia Controlada

Sistema Einstein de Segurança do Colaborador - SESCo

O **SESCo** foi estabelecido em 2015, desde então, vem sendo aprimorado a cada ano, tornando – se a referência para todas as ações da Segurança do Colaborador em todas as unidades da SBIBAE.

Determina as linhas de projetos e ações

Está alinhado ao Planejamento Estratégico da SBIBAE

É base para a organização da ISO 45.001

Responde a um dos requisitos do ODS 3 (Saúde e Bem Estar) do Plano Diretor de Sustentabilidade da SBIBAE

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

Está registrado no procedimento PR.TEC.9998.1-MANUAL DO SISTEMA EINSTEIN DE SEGURANÇA E SAÚDE DO COLABORADOR - SESSCO

Programa Foco - Tem por base 3 pilares

Cópia Controlada

1. **Tomada da Consciência:** a importância de **estar consciente para as atividades diárias** do trabalho para evitar comportamentos inseguros e exposições aos riscos.
2. **Licença para Cuidar:** entender que somos responsáveis pelo autocuidado e também pelo cuidado com o colega de trabalho, em linha com a **Regra de Ouro 2 da Segurança – Consciência.**
3. **Observação e Abordagem Comportamental: OAC**
   É uma ferramenta **educativa,** amplamente utilizada no mercado, com a finalidade de abordar comportamentos que foram observados, por meio de uma metodologia eficaz, que resulte em mudança de comportamento de risco e manutenção de comportamentos seguros.

Pontos que podem ser observados:

- Riscos Ergonômicos;
- Risco de quedas e batidas contra objetos;
- Uso de EPIs;
- Higiene das mãos;
- Adorno e calçados fechados;
- Manuseio de perfurocortantes;

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

- Manuseio de produtos químicos;

7.4 – Plano de Saúde e Rede Credenciada

O plano de Saúde Sompo é oferecido aos funcionários da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e seus dependentes elegíveis. As categorias do plano são definidas de acordo com o nível profissional, conforme a tabela abaixo:

Cópia Controlada

Níveis Profissionais	Categoria
Auxiliar, Estagiário, Técnico, Profissional Júnior e Pleno	Seleto I
Profissional Sênior e Supervisor	Seleto II
Médico	Seleto II
Gerente, Coordenador e Especialista	Seleto III
Coordenador Médico e Médico IV	Seleto III
Gerente Médico	Seleto III
Diretor	Seleto IV

Informações como coberturas, despesas não cobertas, coparticipação, reembolsos, inclusão de dependentes e rede credenciada, são encontrados via Portal no link https://apps.einstein.br/saude-do Trabalho/saude.html ou em:

Rede Credenciada Sompo Seguros Saúde, site - sompo.com.br/saude/rede-referenciada

Central de atendimento 24h da Sompo Saúde aos segurados do HIAE: Telefones: (11) 2151-2937

7.5 – Auxílio Atividade física

A parceria com Gympass tem como objetivo incentivar colaboradores e seus dependentes, a terem uma **vida de qualidade com saúde e bem-estar**, estimulando a prática de atividades diversas e de acordo com o perfil de cada um e dando acesso a recursos como academias e espaços de lazer e práticas corporais.

Cópia Controlada

São oferecidos vários planos com diferentes mensalidades no qual o colaborador escolhe qual melhor se encaixa em seu perfil. Este valor é debitado em sua folha de pagamento de forma mensal e o cancelamento/mudança do plano pode ser feito diretamente via aplicativo da Gympass, além da inserção de dependentes (neste caso, o pagamento é feito somente via cartão de crédito).

Todas informações e dúvidas são tiradas através do Portal do Funcionário via
https://apps.einstein.br/saude-do Trabalho/materia.html#bemEstar-auxilioatividade
Central de atendimento da Gympass **contato@gympass.com**

8. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

Não se aplica

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica

11. REGISTRO

A anamnese clínica ocupacional e os exames complementares exigidos para a função (parâmetros de avaliação e/ou indicadores biológicos de exposição) do candidato ou colaborador e seus antecedentes clínicos pessoais, familiares e ocupacionais e sobre os diversos aparelhos orgânicos, são anotados em prontuário clínico individual e no prontuário eletrônico SAP e Cerner Milenium.

.

Cópia Controlada

12. INDICADORES DE QUALIDADE

Não se aplica

13. ANEXOS

Não se aplica

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977 – Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho.

2. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978 – Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V do Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, e suas subsequentes modificações (tendo

como base: portaria nº 24, de 29 de dezembro de 1994, do Ministério do Trabalho e Emprego – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Portaria n 8, da SSST/MTE, de 08 de maio de 1996, republicada em 13 de maio do mesmo ano, estabelece a

3. obrigatoriedade por parte das empresas, da elaboração e implementação de um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) – NR 7).

4. Convenção Nº 161 da OIT – Serviços de Saúde no Trabalho. Ratificada pelo Governo Brasileiro em 18/05/1990.

5. Resolução Nº 171 da OIT – Programa de Vigilância do Ambiente de Trabalho e à Saúde dos Trabalhadores.

6. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) da Unidade – NR - 9

7. Deficiente Físico (Lei 5296/04).

8. NR 32 Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde.

9. International Labor Organization. Sectoral Activities Program. Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. Genebra: International Labor Organization; 2003.

Cópia Controlada

10. Occupational Safety and Health Administration: Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents. Directive Number: CPL 02-01-052. Washington, D.C.: U.S. Department of Labor; 2011.

11. Brasil. Ministério Público Federal. Assédio moral, assédio sexual e discriminação: saiba mais sobre essas distorções de conduta no ambiente de trabalho. Brasília: Ministério Público Federal; 2016

12. Halim UA, Riding DM. Systematic review of the prevalence, impact and mitigating strategies for bullying, undermining behaviour and harassment in the surgical workplace. Brit J Surg. 2018;105(11):1390-7. https://doi.org/10.1002/bjs.10926

13. Cavalcanti AL, Belo EDR, Marcolino EC, Fernandes A, Cavalcanti YW, de Carvalho DF et al. Occupational violence against Brazilian nurses. Iran J Public Health. 2018;47(11):1636-43

14. Pourshaikhian M, Gorji HA, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A

systematic literature review: workplace violence against emergency medical services personnel. Arch Trauma Res. 2016;5(1):e28734. https://doi.org/10.5812/atr.28734

15. Pinto CM, Radon K, van Dijk F. Violence at Work and Mental Distress among Firefighters in Guatemala. Ann Glob Health. 2018;84(3):532-7. https://doi.org/10.29024/aogh.2306

16. Svedberg P, Alexanderson K. Associations between sickness absence and harassment, threats, violence, or discrimination: A cross-sectional study of the Swedish Police. Work. 2012;42(1):83-92. https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1333

17. Tiesman H, Konda S, Hendricks S, Mercer D, Amandus H. Workplace violence among Pennsylvania education workers: Differences among occupations. J Safety Res. 2013;44:65-71. https://doi.org/10.1016/j.jsr.2012.09.006

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Cópia Controlada

PCMSO

PPRA

PROGRAMA DE VACINAÇÃO E IMUNIZAÇÃO

TRABALHO COMPATIVEL

CONDUTA NAS EXPOSIÇÕES OCUPACIONAIS A MATERIAL DE RISCO BIOLOGICO

EXPOSIÇÃO A AGENTES TRANSMISSIVEIS ABORDAGEM E RESTRIÇÕES AO TRABALHO

PROGRAMA CUIDAR

RH BENEFÍCIOS

16. DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Miria Polonio (13/04/2018 02:39:54 PM)

Maio/2021 – Solange Miranda: revisão do documento.

Cópia Controlada

- .

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes (20/05/2021 03:42:12 PM) - Revisão do documento feita por Dra. Solange Miranda de Oliveira.

Cópia Controlada

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

DE PORTAS E BRAÇOS ABERTOS
para você

REGULAMENTO INTERNO

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

LEIA ATENTAMENTE TODO O REGULAMENTO

Todas as empresas, independentemente de seu setor de atuação, possuem regras e diretrizes próprias para a boa condução de seus negócios. Da mesma forma, orientam-se e cumprem as leis e regulamentos vigentes que lhes forem aplicáveis.

Com o objetivo de garantir a todos os funcionários da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein **o acesso ao** conjunto de regras e diretrizes que definem o padrão de conduta pessoal, **essencial para preservar a condução dos nossos trabalhos e preservar a imagem de integridade, correção e excelência conquistada por todos nós, desenvolvemos o presente regulamento.**

É fundamental reconhecermos a importância de nossa empresa na sociedade, mantendo o respeito, a ética e a responsabilidade que este regulamento pretende concretizar e difundir.

REGULAMENTO INTERNO

I – DOS DIREITOS DO EMPREGADO

1 Recebimento de Salário

2 Férias Anuais

3 Ausência Remunerada
- ☐ **Afastamento Médico**
- ☐ **Casamento**
- ☐ **Falecimento**
- ☐ **Licença Maternidade**
- ☐ **Licença Paternidade**

4 Benefícios Legais
- ☐ **Salário Família**

5 Benefícios Institucionais
- ☐ **Refeitório**
- ☐ **Assistência Médica**
- ☐ **Cartão Alimentação**
- ☐ **Creche/ Auxílio-creche**
- ☐ **Transporte**

II – DOS DEVERES GERAIS

1. **Ser antes de tudo, honesto com o Hospital e com os clientes.**
2. **Tratar cliente, colegas de trabalho e superiores hierárquicos com respeito.**
3. **Buscar o constante desenvolvimento pessoal e o aumento de seus conhecimentos** profissionais.
4. **Apresentar-se com uniforme adequado ao exercício da função, portando crachá de** identificação.
5. **Apresentar ao controlador de acesso da portaria de serviço, volumes que esteja portando para respectivo registro de entrada e saída.**
6. **Zelar pela conservação do patrimônio e do bom nome do Hospital.**
7. **Contribuir com todos os meios de que disponha para o constante desenvolvimento do Hospital, para a melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços, objetivando a redução de custos e o aumento de rentabilidade.**
8. **Prestar serviços extraordinários, quando necessários à conclusão de trabalhos de caráter inadiável.**

REGULAMENTO INTERNO

II – DOS DEVERES GERAIS (cont.)

9. **Realizar horas extras somente quando** solicitado e autorizado pela chefia.
10. **Cumprir, de acordo com as normas, as tarefas a seu cargo, com critério, segurança e agilidade, mantendo-as sempre em boa ordem.**
11. **Manter absoluto sigilo sobre as questões de serviço, referentes ao Hospital.**
12. **Manter-se atualizado com os informes expedidos pelo Hospital.**
13. **Usar obrigatoriamente o equipamento individual de proteção, fornecido pelo Hospital e exigido pela natureza do serviço.**
14. **Estar em ordem com os respectivos conselhos regionais, atualizando a informação junto à área de Administração de Pessoal.**
15. **Comunicar a área de Administração de Pessoal as alterações de endereço, estado civil, escolaridade, número de dependentes.**
16. **Comunicar o departamento de Medicina do Trabalho sobre a ocorrência de acidentes dentro do Hospital ou no trajeto.**
17. **Realizar as refeições e/ou o desjejum, mediante passagem do crachá na catraca do refeitório, no devido intervalo para tal. Lembrando que o consumo de alimentos restringe-se exclusivamente às dependências do refeitório.**
18. **Atender às convocações do Hospital, quanto aos exames periódicos de saúde.**
19. Portar o crachá de identificação em local **de fácil visualização, quando estiver nas dependências do HIAE, do início ao término do expediente e durante a realização de horas extras.**
20. **Observar e praticar as orientações e normas de Segurança no Trabalho, evitando acidentes.**
21. **Utilizar-se do estacionamento (quem usa veículo próprio), concedido por liberalidade, obedecendo completa e constantemente as normas de utilização pré-estabelecidas.**
22. **Responsabilizar-se totalmente por qualquer dano causado em seu veículo estacionado em via pública.**
23. **Seguir integralmente as orientações editadas no Regulamento da Creche (para mães** cujos filhos frequentam a mesma).

REGULAMENTO INTERNO

III – DO HORÁRIO DE TRABALHO E REGISTRO DE PONTO

1. **A entrada e a saída dos funcionários deverão ocorrer exclusivamente pela portaria de serviço (entrada de funcionários), mediante a passagem do crachá de** identificação nas catracas.
2. **O registro de ponto deverá ser efetuado única e exclusivamente pelo próprio funcionário, através da marcação do ponto, no relógio da unidade pré-estabelecida pela** chefia.
3. **Observar pontualmente os horários estabelecidos, solicitando sempre a prévia autorização do líder para afastar-se da unidade onde presta serviço, em horário de** trabalho, ou justificando as faltas ao trabalho **que porventura venham a ocorrer.**
4. **O ponto deverá ser assinalado, em caso de atraso, quando da entrada no local de trabalho. O mesmo deverá ser feito pelo funcionário que deixar o trabalho antes do término de sua jornada.**
5. **A tolerância de atraso permitida sem gerar descontos é de 15 minutos semanalmente, podendo ocorrer de uma só vez ou pela somatórias dos atrasos nesse período. Ultrapassando este limite o funcionário sofrerá desconto do valor referente à totalidade dos minutos, e do descanso semanal remunerado.**
6. **O uso do crachá provisório, em caso de extravio ou esquecimento, dar-se-á por no máximo três dias consecutivos. Sendo que deverá ocorrer a retirada e a devolução diária junto à segurança, na entrada de funcionários.**
7. **Providenciar na área de Administração de Pessoal a 2º via do crachá extraviado, com** máxima urgência da data de identificação **da ausência do mesmo.**
8. **A marcação do ponto na entrada não poderá ultrapassar a antecedência de 5 minutos do horário estabelecido para início da jornada diária.**

IV – DAS PRÁTICAS NÃO PERMITIDAS NO HOSPITAL/ ÔNIBUS FRETADO

1. **Apresentar-se para o trabalho alcoolizado ou drogado.**
2. **Fumar nas áreas não reservadas para esta** finalidade.
3. **Circular listas de abaixo-assinado, prover** sorteios, rifas, apostas, ou afixar e distribuir panfletos nas dependências do Hospital.
4. **A prática de jogos de azar em qualquer dependência do Hospital, ainda que nos horários de descanso.**
5. **Prestar declarações ou dar entrevistas a agentes externos de divulgação (emissoras de rádio, TV, jornais, revistas etc.) sem prévia autorização da Administração.**
6. **Portar qualquer tipo de arma ou objeto considerado ilegal nas dependências do Hospital/ Ônibus fretado.**
7. **Ter atitude desrespeitosa, trocar insultos ou provocar discussões em qualquer dependência do Hospital.**
8. **Resolver assuntos pessoais, quando estiver realizando trabalho externo para o Hospital.**
9. Usar para fins particulares os equipamentos, **ferramentas, máquinas ou outros pertences do Hospital, para a realização de serviços próprios ou de terceiros, mesmo fora do período normal de trabalho, bem como** levá-los para fora do Hospital a fim de realizar **desses serviços.**
10. **Registrar o ponto de outro colega ou realizar fraude na assinalação do mesmo.**
11. **Apropriar-se indevidamente de materiais do Hospital – delito cujo autor será passível de demissão por justa causa.**
12. **Utilizar entradas e saídas do Hospital que não sejam aquelas determinadas para uso de funcionários.**
13. **Comercializar produtos dentro do Hospital.**
14. **Reproduzir ou vender trabalhos desenvolvidos exclusivamente pela Instituição.**
15. **Envolver-se em situações ou negócios em** que seus interesses pessoais possam conflitar **com os interesses e negócios da SBBHIAE.**
16. **Participar ou liderar a emissão de abaixo-assinado.**

IV – DAS PRÁTICAS NÃO PERMITIDAS NO HOSPITAL/ ÔNIBUS FRETADO (cont.)

17. Solicitar que o motorista pare o veículo durante o itinerário, salvo nos pontos pré-estabelecidos para embarque e desembarque.
18. Falar com o motorista, para não prejudicar o trabalho do mesmo.
19. Usar trajes inadequados (por exemplo, estar sem camisa).
20. Transportar objetos ou materiais de risco à segurança dos usuários.
21. Sentar nos braços das poltronas.
22. Jogar objetos para fora das janelas.
23. Permitir que as crianças andem nos corredores com o veículo em movimento.
24. Sujar o interior do veículo.
25. Colocar os pés nos assentos e encostos das poltronas e janelas.

REGULAMENTO INTERNO

NORMAS GERAIS PARA UTILIZAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE DOS RECURSOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NA SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Descrição

1 Software

1.1 O uso ilegal de softwares ou a reprodução não autorizada de cópias de um mesmo software sem a correspondente aquisição de licenças de uso é crime passível de punição conforme a legislação vigente.

1.2 Todos os nossos softwares são controlados pela Diretoria Executiva de Tecnologia da Informação. É proibida a instalação, atualização ou remoção, pelo usuário, de qualquer tipo de software nos computadores da Sociedade sem prévia autorização formal desta Diretoria Executiva.

1.3 É expressamente proibida a instalação de jogos de qualquer espécie nos computadores da Instituição, sendo o responsável passível de advertência escrita.

2 Microcomputadores e Periféricos

2.1 O computador e seus periféricos são recursos disponibilizados pela Instituição para a realização das atividades ligadas ao trabalho de seus funcionários.

2.2 Dessa forma, é vedada a inserção de periféricos que não estejam homologados ou autorizados pela Informática.

2.3 Observar os cuidados básicos de conservação, evitando-se, assim, a colagem de etiquetas adesivas, fotos, alterações nas configurações padronizadas (protetor e fundo de tela), pois **estes têm interferência direta em nossa política de segurança para microcomputadores.**

Descrição (cont.)

3 Antivírus

3.1 Todos os computadores da Instituição possuem como configuração padrão um software **Antivírus, não sendo permitida a sua remoção.**

3.2 **Todas as atualizações ocorrem automaticamente ou por meio de orientações dos** profissionais desta Diretoria.

3.3 **Atentamos ao uso de dispositivos de armazenamento de fontes desconhecidas. Caso tenha** dúvidas em como proceder para a devida verificação, gentileza co**ntatar o help desk de TI.**

4 Internet

4.1 O uso da internet é liberado, atendendo à autorização e justificativa efetuadas pelos **responsáveis das áreas.**

4.2 **É proibida a utilização para acesso a sites não relacionados ao nosso negócio ou sua atividade de trabalho.**

4.3 É proibido o acesso a sites que, de forma geral, representem: pornografia (material com conteúdo sexual), racismo, pedofilia, jogos de azar, violência e assuntos bélicos.

4.4 **Todas as páginas acessadas são monitoradas pela TI e, portanto, a infringência das regras é passível de sanções, que vão desde a desativação do acesso até uma advertência escrita.**

5 Uso de senhas

5.1 **As senhas são de uso pessoal e intransferível. Portanto, não é permitida a utilização de senha de outras pessoas ou fornecer sua senha a terceiros.**

5.2 **Ao cadastrar sua senha, essa não deverá possuir menos do que 8 (oito) caracteres. Utilize maiúsculas e minúsculas, números (não sequenciais e aleatórios - não utilizar datas ou placas de carro, por exemplo) e caracteres especiais (como *$^&#!@$). Exemplo de uma senha forte: kOlj%5Sv. Sua senha deverá ser trocada a cada 60 (sessenta) dias.**

5.3 O usuário deve notificar imediatamente a TI sobre qualquer uso não autorizado de sua **conta ou qualquer quebra de segurança de seu conhecimento.**

Descrição (cont.)

6 Confidencialidade das Informações

6.1 O usuário obriga-se a manter o mais completo e absoluto sigilo sobre quaisquer dados, informações, documentos, especificações técnicas ou comerciais, que venha a ter conhecimento ou acesso, ou a ele confiado em razão do exercício do seu cargo. Não é **permitido, sob qualquer pretexto, divulgar, revelar, reproduzir, ou deles dar conhecimento a estranhos, sem anuência expressa da Sociedade.**

7 Correio Eletrônico

7.1 Os e-mails transmitidos são correspondências privativas entre o remetente e o destinatário.

7.2 O usuário não deve deixar seu e-mail aberto em seu computador ao final de cada sessão.

7.3 O usuário autoriza a monitoração e acesso a suas mensagens sempre que a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein acreditar que tal atitude é necessária, ou for **obrigada para cumprir disposição legal ou ordem judicial.**

7.4 O espaço em disco reservado para cada usuário é limitado em função do espaço em disco em nosso servidor e, eventualmente, algumas mensagens podem não ser processadas conforme a utilização do espaço e o tamanho da mensagem.

7.5 É obrigação do usuário armazenar e manter cópias de *back-up* **de todas as mensagens enviadas e recebidas, armazenadas nas pastas particulares.**

7.6 O tamanho para arquivos anexados é limitado.

7.7 A Instituição poderá diminuir ou aumentar o espaço reservado em disco para cada usuário em função das necessidades do usuário e do próprio departamento de informática.

7.8 O usuário concorda em não transmitir qualquer material ilegal, vexatório, difamatório, invasivo à privacidade, abusivo, ameaçador, prejudicial, vulgar, obsceno, injurioso, ou de qualquer forma censurável através do serviço de correio eletrônico da Sociedade.

7.9 O usuário concorda em não transmitir qualquer material que viole direitos de terceiros, incluindo, mas sem limitação, direitos de propriedade intelectual de terceiros.

7.10 O usuário concorda em não transmitir qualquer material que viole qualquer lei ou regulamento local, estadual, nacional ou internacional aplicáveis.

Descrição (cont.)

7.11 O usuário concorda em não obter ou tentar obter acesso não-autorizado a outros sistemas ou redes de computadores conectados ao serviço.

7.12 O usuário concorda em não utilizar os serviços para transmitir quaisquer materiais que contenham vírus ou outro programa prejudicial.

7.13 O usuário concorda em não transmitir mensagens não-solicitadas, correntes ou distribuição em massa de mensagens não-solicitadas.

7.14 O usuário é o único responsável pelo conteúdo das transmissões feitas através do serviço a partir de sua senha ou conta.

7.15 O usuário concorda em respeitar todas as leis e regulamentos locais, estaduais, federais e internacionais aplicáveis, sendo exclusivamente responsável por todas as ações ou omissões realizadas com sua conta ou senha, inclusive sobre o conteúdo de suas transmissões através do serviço de correio eletrônico da Instituição.

7.16 O usuário concorda em não utilizar o correio para difamar, abusar, perturbar a tranquilidade alheia, perseguir, ameaçar ou de outra forma violar direitos de terceiros (tais como direitos à privacidade e à publicidade).

7.17 O usuário concorda em não publicar, distribuir ou divulgar quaisquer materiais ou informações profanas, difamatórias, transgressoras, obscenas, imorais ou ilegais.

7.18 O usuário concorda em não anunciar ou oferecer para venda ou compra bens ou serviços, com qualquer finalidade comercial.

7.19 O usuário concorda em não obter ou de outra forma coletar informações a respeito de outrem, inclusive endereços de correio eletrônico, sem o devido consentimento do titular.

7.20 O usuário concorda em não criar falsa identidade com a finalidade de enganar outros com **relação à identidade do remetente ou sobre a origem da mensagem.**

7.21 O usuário concorda em não usar, fazer o download ou de outra forma copiar ou fornecer (de forma remunerada ou não) para uma pessoa física ou jurídica que não seja membro do serviço, qualquer diretório do serviço de correio da SBIBAE ou informações de uso ou qualquer de suas partes.

Descrição (cont.)

8 Penalidades

Falhas no cumprimento destas normas podem resultar em ação disciplinar, advertência e desligamento da empresa combinado a ações cíveis e criminais quando cabíveis.

9 Disposições gerais

Este documento entra em vigor a partir desta data e o usuário está plenamente ciente de seu conteúdo e está de acordo com os termos nele descritos.

Para dirimir quaisquer dúvidas o usuário deverá entrar em contato com o Help Desk, no ramal 72005.

Glossário

Software

Entende-se por "software", qualquer programa ou grupo de programas que instrui o computador sobre a maneira como ele deve executar uma tarefa, inclusive sistemas operacionais, processadores de texto e programas de aplicação.

Microcomputadores e Periféricos

Entende-se por periféricos todos os dispositivos acessórios ao micro como, por exemplo, impressoras, unidades de zip-drive, kits multimídia, unidades de CD-ROM, teclado, mouse e monitor.

Correio eletrônico

Entende-se por "correio eletrônico" todos os aplicativos de comunicação que possibilitem a troca de mensagens através de uma rede de dados interna e externa (Internet) entre indivíduos pessoais e corporativos.

Seguro Saúde Sompo

A SBIB Hospital Albert Einstein mantém parceria com a Sompo para prestação de serviços médico-hospitalares para todos os funcionários e seus dependentes. O plano não possui carências para utilização. Sem custo mensal e com coparticipação em todos os eventos do plano, exceto internações. O valor da coparticipação será descontado em folha de pagamento, limitado a 10% do salário nominal.

Coparticipação:

Procedimentos	% de cobrança
Consultas	30% até a 6° consulta
Consultas em Pronto Socorro	30%
Exames	15%
Tratamentos	15%
Fisioterapia	15%
Demais serviços ambulatoriais	15%

Quem são meus dependentes no plano?

- ☐ **Esposa ou companheira legalmente reconhecida**
- ☐ Companheira com filhos em comum
- ☐ **Filhos (as) até 22 anos completos**
- ☐ **Menor com guarda permanente**

As Categorias do Seguro Saúde Sompo são definidos de acordo com o nível profissional, não sendo possível realizar a alteração do plano. Acompanhe a tabela:

Nível Profissional	Categoria/ Acomodação
Auxiliar, Técnico, Líder, Profissional Júnior e Pleno	**Seleto I -Enfermaria**
Profissional Sênior, Supervisor e Médico	**Seleto II - Apartamento**
Médico IV, Especialista, Coordenador, Coordenador Médico, Gerente e Gerente Médico	**Seleto III - Apartamento**
Diretor	**Seleto IV - Apartamento**

Seguro de Vida em Grupo Metlife

O Seguro de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo é garantido pela Metlife Seguros, trazendo
tranquilidade e segurança aos funcionários e beneficiários. Este benefício é opcional e o desconto **corresponde à seguinte fórmula: salário nominal x 0,34%, que será efetuado mensalmente em folha de pagamento. Exemplo de desconto em folha para um salário de R$ 1.000,00 = R$ 3,40. O teto máximo de desconto é de R$ 97,86.**

Cobertura
Morte natural: **28 x valor salário base, com limite de R$ 789.834,82**
Morte acidental: **56 x valor salário base, com limite de R$ 1.579.669,04**
Invalidez Perm. total por acidente: **84 x valor salário base, com limite de R$ 2.369.504,46**
Invalidez Func. Perm. Total por doença: **84 x valor salário base, com limite de R$ 789.834,82**
Morte do cônjuge: **14 x valor salário base, com limite de R$ 394.917,41**
Morte de filho até 21 anos: **84 x valor salário base, com limite de R$ 10.000,00**
Cesta Básica: morte qualquer causa de funcionário (a) titular: **12 cestas básicas de R$ 133,33 = R$ 1.600,00**
Assistência Funeral Familiar: (funcionário, cônjuge e filhos até 21 anos): R$ 5.000,00

Regra Geral de Beneficiários (conforme o Estado Civil):
Casado: cônjuge; na falta, os filhos em partes iguais.
Solteiro, viúvo, desquitado, divorciado, c/ companheira legal, sem filhos: **companheira.**
Solteiro, viúvo, desquitado, divorciado, c/ companheira legal, c/ filhos: **50% para companheira e 50% dividido** entre os filhos.
Solteiro, viúvo, desquitado, divorciado, sem companheira legal, sem filhos: **pais; na falta, os irmãos.**
Solteiro, viúvo, desquitado, divorciado, sem companheira legal, com filhos: os filhos em partes iguais.

Para mais informações, acesse a página de Recursos Humanos na Intranet. A página possui informações importantes, onde é possível tirar dúvidas referentes ao plano médico e ao seguro de vida na Instituição. Para dúvidas adicionais, entre em contato com o SAC-RH, no ramal 72020.

QTDE	UNIDADE ORGANIZACIONAL/ÁREA	CARGO DENOMINAÇÃO	JORNADA SEMANAL	PERÍODO
34	FARMÁCIA	AUXILIAR FARMACIA	36	DIURNO
10	FARMÁCIA	AUXILIAR FARMACIA	44	DIURNO
20	FARMÁCIA	AUXILIAR FARMACIA	36	NOTURNO
4	FARMÁCIA	FARMACEUTICO JR	36	DIURNO
11	FARMÁCIA	FARMACEUTICO PL	44	DIURNO
6	FARMÁCIA	FARMACEUTICO PL	36	NOTURNO
2	FARMÁCIA	FARMACEUTICO SR	44	DIURNO
5	FARMÁCIA	LIDER FARMÁCIA	44	DIURNO
2	FARMÁCIA	LIDER FARMÁCIA	44	NOTURNO
1	FARMÁCIA	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA CONTABIL JR	44	DIURNO
2	FINANCEIRO	ANALISTA CONTABIL PL	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA CONTAS PAGAR JR	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA CUSTOS PL	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA FATURAMENTO PL	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA FISCAL JR	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	ANALISTA INFORMAÇOES GERENCIAIS SR	44	DIURNO
5	FINANCEIRO	ASSISTENTE FATURAMENTO	44	DIURNO
2	FINANCEIRO	ASSISTENTE FINANCEIRO	44	DIURNO
2	FINANCEIRO	ASSISTENTE FISCAL	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	SUPERVISOR FATURAMENTO	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	SUPERVISOR FINANCEIRO	44	DIURNO
1	FINANCEIRO	SUPERVISOR PATRIMÔNIO	44	DIURNO
6	FINANCEIRO	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
3	HEMOTERAPIA	ANALISTA HEMOTERAPIA JR	36	DIURNO
2	HEMOTERAPIA	ANALISTA HEMOTERAPIA PL	36	DIURNO
2	HEMOTERAPIA	ANALISTA HEMOTERAPIA PL	36	NOTURNO
1	HEMOTERAPIA	ENFERMEIRO PL	44	DIURNO
2	HEMOTERAPIA	LABORATORISTA	36	DIURNO
2	HEMOTERAPIA	LABORATORISTA	36	NOTURNO
1	HEMOTERAPIA	TECNICO ADMINISTRATIVO II	44	DIURNO
4	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO JR	36	DIURNO
4	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO JR	36	NOTURNO
2	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO PL	36	DIURNO
3	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO PL	44	DIURNO
3	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO PL	36	NOTURNO
1	LABORATÓRIO	ANALISTA LABORATORIO SR	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR CONTABIL	44	DIURNO
6	LIDERANÇA	COORDENADOR ENFERMAGEM	44	DIURNO
2	LIDERANÇA	COORDENADOR ENFERMAGEM	36	NOTURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR ENGENHARIA CLINICA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR EPIDEMIOLOGIA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR FARMACIA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR LABORATORIO	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR NUTRICAO CLINICA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR OPERAÇOES	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR PLANEJ CONTROLE FINANCEIRO	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR PLANEJAMENTO E LOGISTICA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR PRATICAS QUALIDADE SEGURANCA	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR SEGURANCA DO TRABALHO	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	COORDENADOR TI	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	DIRETOR MEDICO HOSPITAL IIRS	44	DIURNO

1	LIDERANÇA	GERENTE ASSISTENCIAL	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	GERENTE OPERAÇÕES	44	DIURNO
1	LIDERANÇA	GERENTE MEDICO IIRS	44	DIURNO
2	MANUTENÇÃO	AUXILIAR MANUTENCAO	36	DIURNO
2	MANUTENÇÃO	AUXILIAR MANUTENCAO	36	NOTURNO
1	MANUTENÇÃO	SUPERVISOR ENGENHARIA CLINICA	44	NOTURNO
1	MANUTENÇÃO	SUPERVISOR MANUTENÇAO	44	DIURNO
4	MANUTENÇÃO	TECNICO ELETRICA DE ALTA TENSÃO II	36	DIURNO
4	MANUTENÇÃO	TECNICO ELETRICA DE ALTA TENSÃO II	36	NOTURNO
2	MANUTENÇÃO	TECNICO ELETRICA DE ALTA TENSÃO III	36	DIURNO
3	MANUTENÇÃO	TECNICO ELETRICA DE ALTA TENSÃO III	36	NOTURNO
7	MANUTENÇÃO	TECNICO MANUTENCAO II	36	DIURNO
9	MANUTENÇÃO	TECNICO MANUTENCAO II	36	NOTURNO
2	MANUTENÇÃO	TECNICO MANUTENCAO III	44	DIURNO
2	MANUTENÇÃO	TECNICO MANUTENCAO III	44	NOTURNO
1	MELHORIA CONTÍNUA	CONSULTOR PROJETOS MELHORIA CONTINUA	44	DIURNO
4	NIR	ASSISTENTE ATENDIMENTO HOSPITAL MUNICIPA	36	DIURNO
10	NIR	AUXILIAR TRANSPORTE	36	DIURNO
1	NIR	AUXILIAR TRANSPORTE	44	DIURNO
4	NIR	AUXILIAR TRANSPORTE	36	NOTURNO
3	NIR	ENFERMEIRO PL	44	DIURNO
1	NIR	ENFERMEIRO SR	44	DIURNO
8	NIR	TECNICO CONTROLE DE LEITOS	36	DIURNO
4	NIR	TECNICO CONTROLE DE LEITOS	36	NOTURNO
2	NUTRIÇÃO	AÇOUGUEIRO	44	DIURNO
1	NUTRIÇÃO	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	44	DIURNO
18	NUTRIÇÃO	AUXILIAR COZINHA	44	DIURNO
2	NUTRIÇÃO	AUXILIAR COZINHA	44	NOTURNO
27	NUTRIÇÃO	COPEIRO	44	DIURNO
4	NUTRIÇÃO	COPEIRO	36	NOTURNO
6	NUTRIÇÃO	COZINHEIRO	44	DIURNO
2	NUTRIÇÃO	NUTRICIONISTA JR	44	DIURNO
2	NUTRIÇÃO	NUTRICIONISTA JR	44	NOTURNO
11	NUTRIÇÃO	NUTRICIONISTA PL	44	DIURNO
2	NUTRIÇÃO	NUTRICIONISTA SR	44	DIURNO
2	NUTRIÇÃO	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
5	NUTRIÇÃO	TECNICO NUTRICAO	44	DIURNO
1	OPERAÇÕES	ANALISTA INFORMAÇOES GERENCIAIS PL	44	DIURNO
2	OPERAÇÕES	TECNICO ADMINISTRATIVO II	44	DIURNO
1	QUALIDADE	ANALISTA INFORMAÇOES GERENCIAIS PL	44	DIURNO
3	QUALIDADE	ANALISTA PRÁTICAS ASSISTENCIAIS PL	44	DIURNO
1	QUALIDADE	ANALISTA PRÁTICAS ASSISTENCIAIS SR	44	DIURNO
1	QUALIDADE	ANALISTA QUALIDADE PL	44	DIURNO
1	QUALIDADE	ANALISTA QUALIDADE SR	44	DIURNO
1	QUALIDADE	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
33	RECEPÇÕES	ASSISTENTE ATENDIMENTO HOSPITAL MUNICIPA	36	DIURNO
15	RECEPÇÕES	ASSISTENTE ATENDIMENTO HOSPITAL MUNICIPA	36	NOTURNO
2	RECEPÇÕES	LIDER ATENDIMENTO	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA COMUNICAÇAO PL	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA NEGOCIAÇAO CONTRATOS PL	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA RECURSOS HUMANOS JR	44	DIURNO
4	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA RECURSOS HUMANOS PL	44	DIURNO
2	RECURSOS HUMANOS	ANALISTA RECURSOS HUMANOS SR	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	ASSISTENTE RECURSOS HUMANOS	44	DIURNO
1	RECURSOS HUMANOS	CONSULTOR RECURSOS HUMANOS I	44	DIURNO

1	RECURSOS HUMANOS	ESTAGIARIO SUPERIOR	30	DIURNO
2	SAÚDE DO TRABALHO	ASSISTENTE ATENDIMENTO I	36	DIURNO
1	SAÚDE DO TRABALHO	ENFERMEIRO PL	36	DIURNO
1	SAÚDE DO TRABALHO	ENFERMEIRO TRABALHO	44	DIURNO
1	SAÚDE DO TRABALHO	MEDICO TRABALHO	36	DIURNO
1	SAÚDE DO TRABALHO	TECNICO ENFERMAGEM	44	DIURNO
2	SCIH/EPIDEMIO	ENFERMEIRO EPIDEMIOLOGISTA JR	44	DIURNO
1	SCIH/EPIDEMIO	ENFERMEIRO EPIDEMIOLOGISTA PL	44	DIURNO
1	SCIH/EPIDEMIO	ENFERMEIRO EPIDEMIOLOGISTA SR	44	DIURNO
1	SCIH/EPIDEMIO	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
1	SCIH/EPIDEMIO	TECNICO ADMINISTRATIVO II	44	DIURNO
3	SCIH/EPIDEMIO	TECNICO ENFERMAGEM	36	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	ANALISTA MEIO AMBIENTE SUSTENTABILIDADE	44	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	ANALISTA SEGURANÇA TRABALHO	44	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	ENGENHEIRO MEIO AMB E SUSTENT PL	44	DIURNO
4	SEGURANÇA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	44	DIURNO
1	SEGURANÇA DO TRABALHO	TECNICO SEGURANCA DO TRABALHO	44	NOTURNO
1	SUPRIMENTOS	ANALISTA COMPRAS PL	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	ANALISTA NEGOCIAÇAO CONTRATOS PL	44	DIURNO
2	SUPRIMENTOS	ANALISTA PLANEJAMENTO E LOGISTICA JR	44	DIURNO
6	SUPRIMENTOS	AUXILIAR ALMOXARIFADO I	44	DIURNO
2	SUPRIMENTOS	COMPRADOR PL	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	LIDER ALMOXARIFADO	44	DIURNO
1	SUPRIMENTOS	SUPERVISOR PLANEJAMENTO E LOGISTICA	44	DIURNO
3	SUPRIMENTOS	TECNICO ADMINISTRATIVO I	44	DIURNO
2	SUPRIMENTOS	TECNICO ADMINISTRATIVO II	44	DIURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA INFORMAÇOES GERENCIAIS SR	44	DIURNO
2	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SISTEMAS PL	44	DIURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SISTEMAS SR	44	DIURNO
2	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SUPORTE JR	36	DIURNO
2	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SUPORTE JR	36	NOTURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SUPORTE PL	44	DIURNO
1	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	ANALISTA SUPORTE SR	44	DIURNO
16	UTI - A	ENFERMEIRO PL	36	DIURNO
17	UTI - A	ENFERMEIRO PL	36	NOTURNO
3	UTI - A	ENFERMEIRO SR	44	DIURNO
19	UTI - A	FISIOTERAPEUTA PL	30	DIURNO
19	UTI - A	FISIOTERAPEUTA PL	30	NOTURNO
2	UTI - A	FISIOTERAPEUTA REFERENCIA	30	DIURNO
7	UTI - A	TECNICO ADMINISTRATIVO I	36	DIURNO
4	UTI - A	TECNICO ADMINISTRATIVO I	36	NOTURNO
66	UTI - A	TECNICO ENFERMAGEM	36	DIURNO
81	UTI - A	TECNICO ENFERMAGEM	36	NOTURNO

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Oferecer apoio ao desenvolvimento dos colaboradores em suas competências e no seu crescimento profissional, por meio de estratégias educacionais para promoção e retenção de conhecimento, favorecendo o desempenho de suas atividades com excelência, qualidade e segurança.

2. DEFINIÇÕES

O Ensino Corporativo (EC) foi criado no ano de 2004 e é responsável por gerenciar as ações de treinamento para os colaboradores da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), incluindo estagiários, aprendizes e residentes.

Missão

Melhorar a saúde da população, a qualidade da assistência e da gestão em saúde, difundindo conhecimento e educando pacientes e a sociedade.

Cópia Controlada

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicada: colaboradores da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).
Contraindicada: colaboradores terceiros ou pessoas jurídicas.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Recursos Necessários

Humanos:

- Equipe composta por gerente, coordenadores, consultores, analistas de treinamento e de sistema do ensino corporativo.
- Equipe de Apoio composta por monitores, aprendizes e estagiários.
- Facilitadores de treinamentos.

Logística e Tecnológica:

- Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS) – Portal de Gestão de Pessoas, módulo aprendizagem (PGP) e Moodle Free, módulo de treinamentos.
- Sistema da Educação Médica Continuada (EMC).
- Salas de Treinamentos, Equipamentos, Materiais, Recursos Físicos e Tecnológicos.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41 3843

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

As jornadas de aprendizagem conduzidas pelo Ensino Corporativo seguem metodologia baseada nas seis disciplinas cujo objetivo é avaliar indicadores e resultados do negócio para planejar e direcionar as ações de educação (WICK, C. et al., 2011). Assim, é possível atingir os melhores resultados com qualidade e segurança para o profissional, para o paciente e para o ambiente, seguindo diretrizes institucionais alinhadas às estratégias organizacionais da SBIBAE.

O Ensino Corporativo também atua em parceria com as áreas e com o GADE (Grupo de Apoio ao Desenvolvimento da Enfermagem), apoiando as ações educacionais que conduzem em relação à experiência de aprendizagem, além de gerenciar também as participações nos cursos realizados, desde que atendam aos prazos e critérios estabelecidos.

Cópia Controlada

É importante frisar que eventos informativos como, por exemplo, comunicações internas e reuniões administrativas não são considerados treinamentos e, portanto, não serão aceitos pelo Ensino Corporativo para fins de registro de participação.
Para os treinamentos conduzidos pelas próprias áreas sem o alinhamento prévio com o Ensino Corporativo e liderança, o Ensino não se responsabilizará por empresas terceiras, instrutores externos ou convidados, metodologias, recursos ou técnicas de aprendizagem utilizadas.

Estratégias de Ensino

O Ensino busca a melhor experiência de aprendizagem para o colaborador. Para isso, estrutura os objetivos de aprendizagem a partir da Taxonomia de Bloom, que permite auxiliar na identificação e a declaração dos objetivos ligados ao desenvolvimento cognitivo, visando facilitar o planejamento do processo de ensino e aprendizagem dos colaboradores. Para isso, utiliza recursos tecnológicos, inovação e metodologias ativas e colaborativas que permitam conciliar a teoria com a prática profissional, em um modelo híbrido de aprendizagem. Além disso, atua em parceria com outras áreas especialistas da Instituição, como o Ensino Digital e o Centro de Simulação Realística para elaboração das estratégias.

Áreas de Apoio do Ensino Corporativo

- Operações e Logística Ensino;
- Núcleo de Curadoria do Ensino;
- Centro de Simulação Realística (CSR);
- Ensino Digital.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

7. RESPONSABILIDADES

Responsável: Diretor do Ensino Corporativo e de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Papéis e responsabilidades dos profissionais do Ensino Corporativo:

- Proporcionar uma experiência de aprendizagem, disponibilizando soluções educacionais ativas, colaborativas, inovadoras e atualizadas para diferentes níveis e categorias profissionais.

- Garantir que responda aos protocolos, acreditações, certificações e legislações vigentes, mantendo o padrão de qualidade e segurança na atuação do profissional.

- Gerenciar a participação dos colaboradores nos diversos programas de treinamento conduzidos pelo Ensino Corporativo.

- Acompanhar indicadores estratégicos como um termômetro para direcionar as ações de treinamento.

- Disponibilizar dados de treinamentos, continuamente, de modo que os gestores possam gerenciar diretamente o desenvolvimento e o engajamento de suas equipes, de forma assertiva.

- Garantir a confidencialidade de informações dos dados.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Os profissionais não realizarem os treinamentos.

Cópia Controlada

Não atingir as metas contratadas definidas no ciclo anual.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

No processo de aprendizagem, o Ensino Corporativo leva em consideração importantes norteadores, como:

- Visão, missão e valores da SBIBAE;
- Indicadores Estratégicos – BSC (Balanced ScoreCard);
- Diretrizes Institucionais (segurança do paciente, colaborador, ambiente e sustentabilidade);
- Competências profissionais mapeadas por nível profissional;
- Diversidade;
- Alta Confiabilidade;
- Plano Diretor;
- Requisitos legais e documentações de conhecimento requerido técnico para exercício da função;
- Políticas e processos de acreditação;
- Resultados dos Indicadores de Qualidade e Segurança;
- Notificação de evento adverso;
- Implantação de Protocolos Assistenciais e Gestão de Risco;
- Normas regulamentadoras.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41 3845

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

De acordo com a política de qualificação dos profissionais.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Os dados de treinamentos são armazenados no Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS), extraídos e analisados pela equipe do Ensino Corporativo por meio de relatórios e a gestão das áreas tem acesso a visualização e extração dos dados de forma restrita.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Os principais indicadores gerados pelo Ensino Corporativo são:

- Adesão, aprovação e conclusão das Trilhas de Aprendizagem.
- Net Promoter Score (NPS) - Trata-se de uma métrica criada para mensurar de forma mais apurada indicação dos participantes com relação ao treinamento, independente da área de atuação (REICHHELD, Frederick F., 2011).

Cópia Controlada

- Satisfação em Treinamentos – Indicador da média geral de satisfação dos colaboradores com relação aos treinamentos realizados.
- Hora Homem Treinamento: Tem por finalidade avaliar a quantidade média de horas de treinamento realizado por colaborador.

Para acompanhar os resultados de aprendizagem das ações de treinamento, o Ensino Corporativo também utiliza alguns formatos de avaliação de aprendizagem, teóricas e práticas.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WICK, C. et al. 6Ds: as seis disciplinas que transformam educação em resultados para o negócio. São Paulo: Évora, 2011.

REICHHELD, Frederick F., A pergunta definitiva 2.0: como as empresas que implementam o net promoter score prosperam em um mundo voltado aos clientes / Fred Reichheld; tradução Bruno Alexander e Luiz Otávio Talu. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 281 p.

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41 3846

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Programa Admissional de Atendimento.

Programa Admissional de Enfermagem.

Programa Admissional da Equipe Multiprofissional.

Programa Admissional dos Programas Governamentais.

Política de capacitação profissional por meio de trilhas de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Programa de Educação Médica Continuada

Organização de Programas de Treinamento (Público Interno).

Contratação de Consultoria de Treinamento.

Procedimento para Recebimento e Arquivamento de Listas de Presença do Ensino.

Emissão de Certificado e Declaração dos Treinamentos.

Cópia Controlada

Inscrição e Cancelamento de Treinamentos e Cursos.

Avaliação de Aprendizagem - Teórica e Prática.

Avaliação de Reação.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão: 7 - Elaborado em: 28/12/2022 16:17:10 - Aprovado em: 05/01/2023 16:34:41 3847

Título: Procedimento do Ensino Corporativo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
26/02/2007 00:00:00	Criado por	DM User
28/12/2022 16:17:10	Atualizado por	Jaqueline Aline de Oliveira
05/01/2023 16:34:24	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Esta política tem por objetivo estabelecer as regras, papéis e responsabilidades relativas à Trilha de Integração Institucional por parte da Diretoria de Ensino com apoio dos especialistas e referências institucionais, como forma de ratificar o compromisso da SBIBAE com o acolhimento de novos colaboradores, transmitir conhecimento sobre a cultura organizacional e informações associadas às políticas, normas e diretrizes institucionais. Está associado a experiência do colaborador e deve proporcionar aprendizado fortalecendo a cultura organizacional e a retenção de talentos.

A Trilha de Integração Institucional tem como objetivos:

- Proporcionar acolhimento e aculturamento ao novo colaborador em sua jornada inicial.
- Apresentar informações sobre a instituição, sua cultura e frentes de atuação, facilitando a conexão e o sentimento de pertencimento.

Cópia Controlada

- Facilitar o acesso aos principais canais de comunicação para suporte durante toda a sua jornada.
- Transmitir conhecimento sobre o jeito Einstein de ser.
- Orientar quanto as primeiras etapas da sua rotina dentro da Instituição.
- Apoiar a adaptação e retenção do novo colaborador.

2. DEFINIÇÕES

A realização da Trilha de Integração Institucional é obrigatória a todos os colaboradores efetivos, efetivados e estagiários. A sua conclusão deve ocorrer até 45 dias corridos da data de sua admissão.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 3849

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

A Trilha de Integração Institucional é disponibilizada por meio da Plataforma de Aprendizagem oficial - Portal Gestão de Pessoas (PGP). Trata-se de Trilha assíncrona on-line (EAD) realizada de forma autônoma e individual pelos colaboradores.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

A partir do D2 o colaborador receberá em seu e-mail interno o comunicado com a disponibilização e instrução de realização da Trilha de Integração Institucional. Ao concluí-la, os dados ficarão registrados no perfil do colaborador.

6. DESCRIÇÃO

A Jornada do novo colaborador é composta por diferentes etapas e conduzidas por diversas áreas da instituição. A jornada é composta por:

Cópia Controlada

1. Processo seletivo.
2. Processo admissional online (entrega de documentação) e assinatura de contrato de trabalho.
3. Envio de acessos.
4. Início na instituição: Live de Boas-Vindas.
5. Treinamentos admissionais específicos.
6. Trilha de integração institucional online.

Descrição das etapas:

6.1 Processo Seletivo:

- Alinhamento com área demandante.
- Divulgação das vagas nos canais.
- Triagem e análise de perfil.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 3850

- Realização do processo seletivo.
- Devolutiva de aprovação do candidato.
- Envio da carta proposta com próximos passos da Jornada admissional.

6.2 Processo Admissional Online:

- Envio da lista de documentação necessária.
- Gestão e conferência da documentação digital.
- Confirmação da data de início.
- Envio e gestão do contrato de trabalho assinado.
- Envio de orientações para o 1º dia.

Cópia Controlada

6.3 Envio de Acessos:

- Disponibilizar login e senha e orientações de acesso a rede Einstein.
- Prestar suporte ao novo colaborador referente a dúvidas.

6.4 Live de Boas-Vindas:

- Live com as áreas de Recursos Humanos para recepcionar e acolher os novos colaboradores.

6.5 Treinamentos Admissionais Específicos:

- Envio do convite para participar dos Treinamentos Admissionais Específicos (Equipes: Enfermagem, Multiprofissional e Atendimento).
- Realização dos treinamentos.
- Gestão e acompanhamento da adesão dos treinamentos.

6.6 Trilha de Integração Institucional:

- Envio do link de acesso a Trilha de Integração Institucional.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 3851

- Realização da Trilha.
- Monitoramento e acompanhamento da adesão e engajamento da Trilha.

7. RESPONSABILIDADES

7.1 Atração, Seleção e Diversidade:

- Realizar processo seletivo.
- Devolutiva da aprovação do candidato.
- Informar o novo colaborador sobre os próximos passos para finalização do processo admissional online.

7.2 Serviços de Recursos Humanos:

Cópia Controlada

- Consolidação e envio da relação de colaboradores que serão admitidos nas datas programadas para admissão.
- Conferência da entrega de documentação online, envio do kit admissional online com o contrato de trabalho digital, e formalização da data de início.
- Envio dos contatos do Gestor e informações sobre o setor.
- Orientações sobre as próximas etapas.
- Live de acolhimento de novos colaboradores.

7.3 Saúde do Trabalho:

- Realizar exame admissional para validar aptidão do novo colaborador para assumir o cargo.

7.4 Tecnologia da Informação (Segurança da Informação):

- Criar e enviar login, senha, e-mail corporativo e orientação de acesso aos novos colaboradores

7.5 Ensino Corporativo:

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 3852

- Treinamentos Admissionais Específicos (Equipes: Enfermagem, Multi e Atendimento).
- Definir o público-alvo, conforme elegibilidade a partir da planilha de contratados.
- Organizar e planejar as capacitações, levando em consideração o headcount.
- Enviar o convite de treinamento admissional específico ao novo colaborador e gestor.
- Atualizar conteúdos e estratégias de aprendizagem anualmente, levando em consideração as diretrizes institucionais e atualização em políticas, práticas e procedimentos.
- Informar as lideranças quanto a programação dos treinamentos admissionais;
- Enviar convite e disponibilizar a Trilha de Integração Institucional e realizar a gestão e acompanhamento da conclusão.

Cópia Controlada

7.6 Diretoria de Recursos Humanos:

- Realização e condução da Live de Boas-Vindas para novos colaboradores.
- Gestão da experiência na Jornada do novo colaborador.
- Medição da satisfação do novo colaborador com a Live de Boas-Vindas.
- Informar os próximos passos em relação à Trilha de Integração Institucional e demais treinamentos admissionais.

7.7 Gestores das Áreas:

- Recepcionar o novo colaborador ou direcionar um profissional da equipe para essa recepção.
- Incentivar e contribuir com a participação do colaborador nos Treinamentos Admissionais obrigatórios.
- Acompanhar a adesão e desempenho dos colaboradores num processo contínuo durante o ano, formalizado por meio do Ciclo de Gestão de Desempenho Einstein.
- Engajar os colaboradores para a participação das trilhas de aprendizagem.
- Realizar um plano de ação nos casos de baixo desempenho e reprovações.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35

7.8 Colaborador:

- Acompanhar os comunicados e informações das etapas da sua jornada (Aprovação, contratação/admissão e chegada na instituição).
- Participar da Live de Boas-vindas.
- Realizar a Trilha de Integração Institucional Online (dentro do prazo estipulado de até 45 dias após a data de admissão).
- Realizar todos os treinamentos admissionais.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

A Trilha de Integração Institucional está atrelada a auditorias e certificações dentro da Instituição, a sua não realização pode gerar possíveis não-conformidades.

Cópia Controlada

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

A Trilha de Integração Institucional deverá ser realizada uma única vez, no início da jornada do colaborador. Contudo, em caso de reingresso à instituição, o colaborador deverá realizar a Trilha de Integração Institucional desde seu início.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Os dados de treinamento são armazenados no Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS), extraídos e analisados pela equipe do Ensino Corporativo por meio de relatórios e a gestão das áreas tem acesso a visualização e extração dos dados de forma restrita.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Destacamos abaixo os indicadores acompanhados por fases:

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35

Fase	Indicador	Objetivo
Durante e após o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Adesão	Acompanhamento e análise da adesão à Trilha.
Durante o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Satisfação	Acompanhamento e análise da satisfação referente à Trilha.
Ao final do ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Conclusão	Acompanhamento e análise de conclusão da Trilha.

Essas análises, são realizadas por meio do dashboard, ou seja, um painel visual que contém informações, métricas e indicadores dos treinamentos. A ideia é que nele estejam representados os números relevantes para o acompanhamento de resultados conforme a estratégia do negócio e alcance dos objetivos organizacionais conforme meta estabelecida pela diretoria da área.

13. ANEXOS

Não se aplica.

Cópia Controlada

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MORGAN, JACOB, THE EMPLOYEE EXPERIENCE ADVANTAGE: HOW TO WIN THE WAR FOR TALENT BY GIVING EMPLOYEES THE WORKSPACES THEY WANT, THE TOOLS THEY NEED, AND A CULTURE THEY CAN CELEBRATE, 2017.

ABBAD, GARDÊNIA DA SILVA. MEDIDAS DE AVALIAÇÃO EM TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO: FERRAMENTAS PARA GESTÃO DE PESSOAS. [ET AL.]. – PORTO ALEGRE: ARTMED, 2012.

FLEURY, MARIA TEREZA LEME; FLEURY, AFONSO FLEURY: REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO CONTEMPORÂNEA, 2001 - SCIELO BRASIL.

REICHHELD, FREDERICK F., A PERGUNTA DEFINITIVA 2.0: COMO AS EMPRESAS QUE IMPLEMENTAM O NET PROMOTER SCORE PROSPERAM EM UM MUNDO VOLTADO AOS CLIENTES / FRED REICHHELD; TRADUÇÃO BRUNO ALEXANDER E LUIZ OTÁVIO TALU. – RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2011. 281 P.

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 3855

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Beatriz Ramos Vieira - 10/01/2023 - 09:23
Atualização para o novo template 10/01/2023

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35 3856

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional para Funcionários Efetivos e Estagiários

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
17/09/2021 17:41:10	Criado por	DM User
10/01/2023 09:23:34	Atualizado por	Beatriz Ramos Vieira
11/01/2023 21:39:24	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 10/01/2023 09:23:34 - Aprovado em: 11/01/2023 21:39:35

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

O programa é destinado ao acolhimento e aculturamento dos parceiros que estão sob a gestão da área de Recursos Humanos e que prestam serviços a Instituição por mais de 7 dias corridos: prestadores de serviços, voluntários, aprimorandos, residentes, alunos da Faculdade, Escola Técnica e Ensino Médio/Técnico. O intuito é fornecer objetos associados às políticas, normas e diretrizes institucionais e proporcionar aprendizado e fortalecer a cultura organizacional.

2. DEFINIÇÕES

A realização da Trilha de Integração Institucional é obrigatória a todos os parceiros que atuam por mais de 7 dias corridos na Instituição, sendo eles: prestadores de serviços que estão sob a gestão de RH, aos voluntários, residentes, aprimorandos e alunos da Faculdade, Escola Técnica e Ensino Médio/Técnico. A sua conclusão deve ocorrer até 45 dias corridos da data de sua admissão.

Cópia Controlada

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

A Trilha de Integração Institucional é disponibilizada por meio da Plataforma de Aprendizagem oficial - Moodle. Trata-se de Trilha assíncrona on-line (EAD) realizada de forma autônoma e individual pelos parceiros.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

A partir do D1 o parceiro receberá em seu e-mail o comunicado com a disponibilização e instrução de realização da Trilha de Integração Institucional. Ao concluí-la, os dados ficarão registrados no perfil do colaborador dentro da plataforma.

6. DESCRIÇÃO

A Trilha de Integração Institucional voltada aos parceiros é composta por diferentes etapas. Os prestadores de serviços, voluntários e alunos são informados sobre a trilha online pela área contratante e/ou Faculdade/Escola Técnica e recebem o manual de orientações de acesso a plataforma.

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22 3858

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Fase 1: Integração Institucional Online

Ao adentrar na plataforma o parceiro terá acesso aos seguintes conteúdos:

Módulo I – Princípios e Valores

Este módulo tem como objetivo apresentar a cultura organizacional e missão, visão e valores institucionais. Abaixo, os itens abordados neste módulo:

- Mensagem do Presidente.
- História do Einstein.
- Missão, Visão e Valores.
- Diversidade e Inclusão.

Módulo I – Cultura de Segurança

Cópia Controlada

Este módulo tem como finalidade fornecer conhecimentos e orientações gerais de cuidado, precaução e prevenção de quaisquer incidentes com relação a segurança do colaborador, paciente e Instituição. Abaixo, os itens abordados neste módulo:

- 6 Metas de Segurança
- Sustentabilidade - Ecossistema Einstein
- Prevenção e Controle de Infecção
- Higiene das Mãos - Parte I
- Higiene das Mãos - Parte II
- LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados
- Noções Básicas de Prevenção e Combate a Incêndios
- Segurança da Informação
- Segurança Patrimonial
- Segurança do Colaborador

Módulo III – SPA | Modelo de Atendimento

Este módulo tem como objetivo de orientar e aculturar o novo colaborador sobre o modelo de atendimento Einstein, SPA.

- SPA - Experiência do Paciente

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

Módulo IV – Políticas E Práticas

Este módulo tem como intuito fornecer informações sobre as políticas e práticas institucionais de ética e segurança.

- Manual de Ética
- Política de Biossegurança
- Comunicação Interna

Módulo V - Avaliação de Reação

Este módulo tem como objetivo estabelecer um canal de comunicação e confiança com o novo colaborador com o intuito de mensurar a satisfação em relação ao Programa de Integração Institucional.

7. RESPONSABILIDADES

Cópia Controlada

Gestores de Contrato, Supervisores técnicos (Representantes dos Prestadores de Serviço), Departamento de Voluntários, Programa de Residência Médica e Multiprofissional e Programa de Aprimoramento:

- Cadastrar os profissionais (CPF e nome completo) na plataforma Moodle e realizar a atribuição da Trilha de Integração Institucional;
- Orientar e acompanhar os colaboradores quanto a realização da Integração, atuando como suporte para eventuais dúvidas e garantindo a conclusão do treinamento,
- Reportar para a área de Recursos Humanos o status de conclusão dos profissionais e eventuais intercorrências.

Faculdade, Escola Técnica e Ensino Médio Técnico:

- Cadastrar os alunos (CPF e nome completo) na plataforma Canvas e realizar a atribuição da Trilha de Integração Institucional;
- Orientar e acompanhar os alunos quanto a realização da Integração, atuando como suporte para eventuais dúvidas e garantindo a conclusão do treinamento,
- Reportar para a área de Recursos Humanos status de conclusão dos alunos e eventuais intercorrências.

Ensino Corporativo:

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

- Criação da Trilha de Integração Institucional conforme direcionadores estratégicos da organização dentro da plataforma (Moodle).
- Gestão e atualização dos objetos de aprendizagem da Trilha de Integração Institucional na plataforma (Moodle);

Recursos Humanos:

- Gestão e atualização dos parceiros no sistema de admissão de terceiros.
- Apresentar o processo e o fluxo para gestores terceiros e stakeholders dos contratos.
- Representar a área e reportar os indicadores em auditorias e certificações.
- Gerir a adesão e conclusão dos prestadores de serviço junto aos gestores terceiros e stakeholders.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

A Trilha de Integração Institucional está atrelada a auditorias e certificações dentro da Instituição, a sua não realização pode gerar possíveis não-conformidades.

Cópia Controlada

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

A Trilha de Integração Institucional deverá ser realizada uma única vez, no início da jornada do parceiro. Contudo, em caso de reingresso de parceiro não atuante no período de 12 (doze) meses à instituição, ele deverá realizar a Trilha de Integração Institucional desde seu início.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Os dados de treinamento são armazenados no Sistema de Gerenciamento de Aprendizagem (LMS), extraídos e analisados pela equipe da área de Recursos Humanos por meio de relatórios. Os stakeholders dos contratos e os gestores das empresas terceiras tem acesso a visualização e extração dos dados de forma restrita.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Destacamos abaixo os indicadores acompanhados por fases:

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22 3861

Fase	Indicador	Objetivo
Durante e após o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Adesão	Acompanhamento e análise da adesão à Trilha.
Durante o ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Satisfação	Acompanhamento e análise da satisfação referente à Trilha.
Ao final do ciclo da Trilha de Integração Institucional Online	Conclusão	Acompanhamento e análise de conclusão da Trilha.

Essas análises, são realizadas por meio do dashboard, ou seja, um painel visual que contém informações, métricas e indicadores dos treinamentos. A ideia é que nele estejam representados os números relevantes para o acompanhamento de resultados conforme a estratégia do negócio e alcance dos objetivos organizacionais conforme meta estabelecida pela diretoria da área.

13. ANEXOS

Não se aplica.

Cópia Controlada

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MORGAN, JACOB, THE EMPLOYEE EXPERIENCE ADVANTAGE: HOW TO WIN THE WAR FOR TALENT BY GIVING EMPLOYEES THE WORKSPACES THEY WANT, THE TOOLS THEY NEED, AND A CULTURE THEY CAN CELEBRATE, 2017.

ABBAD, GARDÊNIA DA SILVA. MEDIDAS DE AVALIAÇÃO EM TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO: FERRAMENTAS PARA GESTÃO DE PESSOAS. [ET AL.]. – PORTO ALEGRE: ARTMED, 2012.

FLEURY, MARIA TEREZA LEME; FLEURY, AFONSO FLEURY: REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO CONTEMPORÂNEA, 2001 - SCIELO BRASIL.

REICHHELD, FREDERICK F., A PERGUNTA DEFINITIVA 2.0: COMO AS EMPRESAS QUE IMPLEMENTAM O NET PROMOTER SCORE PROSPERAM EM UM MUNDO VOLTADO AOS CLIENTES / FRED REICHHELD; TRADUÇÃO BRUNO ALEXANDER E LUIZ OTÁVIO TALU. – RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2011. 281 P.

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22 3862

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Beatriz Ramos Vieira - 13/02/2023 - 14:11
Ensino Corporativo:

- Criação da Trilha de Integração Institucional conforme direcionadores estratégicos da organização dentro da plataforma (Moodle).
- Gestão e atualização dos objetos de aprendizagem da Trilha de Integração Institucional na plataforma (Moodle);

Recursos Humanos:

- Gestão e atualização dos parceiros no sistema de admissão de terceiros.
- Apresentar o processo e o fluxo para gestores terceiros e stakeholders dos contratos.
- Representar a área e reportar os indicadores em auditorias e certificações.
- Gerir a adesão e conclusão dos prestadores de serviço junto aos gestores terceiros e stakeholders. - 13/02/2023

Beatriz Ramos Vieira - 06/01/2023 - 15:56
Atualização para o novo template - 06/01/2023

Cópia Controlada

Versão: 5 - Elaborado em: 13/02/2023 14:11:17 - Aprovado em: 14/02/2023 13:14:22

Título: Procedimento do Programa de Integração Institucional Prestadores de Serviço e Parceiros

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
09/04/2015 00:00:00	Criado por	DM User
13/02/2023 14:11:17	Atualizado por	Beatriz Ramos Vieira
14/02/2023 13:13:55	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Capacitar os profissionais para prestar a assistência de qualidade baseada nas diretrizes institucionais e competências mapeadas pelo RH, alinhando-o à missão, visão, valores e filosofia da instituição.

1.1 Objetivos específicos

- Promover a integração dos profissionais assistenciais recém-admitidos na SBIBAE;
- Uniformizar as informações relacionadas aos padrões de prática assistencial, com foco em qualidade e segurança, considerando os aspectos relevantes de cada categoria profissional;
- Fornecer conhecimentos e treinar habilidades requeridas para o desempenho das competências técnicas da equipe assistencial.

2. DEFINIÇÕES

O Programa de Treinamento Admissional Assistencial promove capacitação e o desenvolvimento das equipes assistenciais para a prestação de uma assistência de qualidade garantindo a segurança do paciente e colaboradores. É um processo sistematizado, que visa fornecer conhecimento e habilidades que serão necessárias em sua atuação. E, é norteado pela Política Institucional de Conhecimentos Requeridos para Atuação Profissional.

Cópia Controlada

O Programa está dividido por categoria profissional, em equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de enfermagem de coleta, auxiliares de enfermagem, estagiários, aprimorando, residentes e profissionais promovidos de cargo), equipe de enfermagem dos Programas Governamentais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem).

Equipe multidisciplinar (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistente social, biomédicos, psicólogos, farmacêuticos, residentes e estagiários).

O Treinamento Admissional Assistencial de Enfermagem Master é realizado durante 5 dias com carga horária total de 26 horas. Após o treinamento presencial, o colaborador irá para a unidade de atuação. Deverá realizar a Trilha Profissional do Novo Colaborador e será acompanhado pelo Enfermeiro de Referência/Par de Prática Exemplar e Gade dando continuidade ao treinamento setorial baseado no checklist setorial.

O Treinamento Admissional Assistencial Multiprofissional é realizado durante 2 dias com carga horária total de 9 horas com uma turma mensal, por conta do baixo quórum de admissões. O colaborador irá para a unidade de atuação, deverá realizar a Trilha Profissional do Novo Colaborador e convocado ao treinamento admissional conforme cronograma.

O Treinamento Admissional dos Programas Governamentais é realizado em um dia, com a carga horária de 5 horas, no formato presencial, onde são abordados os temas: administração de medicamentos, reanimação cardiorrespiratória, prevenção de infecções, coleta de exames e vacina. Após o treinamento presencial, o colaborador vai para a unidade de atuação.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

3.1 Critérios de Inclusão:

Os profissionais elegíveis para participar do treinamento Admissional Assistencial são:

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46

- Profissionais da equipe de enfermagem/ recém-admitidos na instituição;
- Profissionais promovidos (alteração de categoria profissional) e após licença médica (maior ou igual um ano);
- Profissionais transferidos de setores que não desempenhavam atividades assistenciais diretas ao paciente (hospitalar/ambulatorial);
- Profissionais em retorno de afastamentos que configurem um período maior que 12 meses.

3.2 Critérios de Exclusão:

- Profissionais após licença médica em período menor que um ano.
- Profissionais promovidos dentro da mesma categoria de atuação.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

O Treinamento assistencial se dá de forma híbrida com abordagem online síncrona e presencial, com exceção dos programas governamentais que se dá de forma presencial.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Cópia Controlada

Para consolidação da metodologia ativa no qual é aplicada no treinamento, são encaminhados junto ao e-mail de convocação, os conteúdos para estudo prévio, aplicamos questionário de avaliação prévia e pós treinamento, além das trilhas de aprendizagem online assíncrona.

6. DESCRIÇÃO

6.1 Treinamento Admissional Assistencial – Enfermagem e Equipe Multiprofissional

Agente	Descrições
Recursos humanos	Envia a lista dos admitidos/promovidos.
Ensino Corporativo	Elabora o cronograma das atividades de treinamento com base no calendário anual de admissões. Elabora a planilha de turma com os elegíveis: novos colaboradores e promovidos.

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3866

	Encaminha convites por e-mail e celular para o público do treinamento. Encaminha a lista de convocados aos gestores por turma. Durante o treinamento, orienta os novos colaboradores a realizar a Trilha Profissional do Novo Colaborador (Online assíncrona), a ser realizada em até 90 dias a partir do início da admissão e os promovidos a partir da data de atribuição. Desenvolve o conteúdo teórico por meio de estratégias ativas de aprendizagem. Aplica as avaliações de habilidade técnica para temas específicos. Realiza o registro da frequência de participação no curso. Emiti relatórios de participação do treinamento, aquisição de conhecimento, avaliação de reação e indicador do NPS. Analisando, reportando e solicitando aos gestores o plano de ação para os colaboradores reprovados e ausentes.
Ensino Corporativo	Capacita e acompanha os instrutores, para aplicação das melhores estratégias educacionais que facilite o aprendizado, a retenção dos conhecimentos abordados e propicie os melhores resultados com foco na experiência completa de aprendizado. Analisa os resultados das avaliações de reação e aprendizado, identificando os pontos de melhoria e propõe ações que garantam a qualidade do programa.

Cópia Controlada

6.2 Treinamento Admissional Assistencial – Programas Governamentais

Agente	Descrições
Recursos Humanos/Empresa	Enviar a lista dos admitidos/promovidos.

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3867

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Responsável pelos Contratos Temporários	
Ensino Corporativo / Analista de Treinamento	Selecionar os recém-admitidos (Equipe de Enfermagem) à Área Técnica dos Programas Governamentais. Elaborar o cronograma das atividades de treinamento (nome dos profissionais e calendário) em conjunto com Educação Permanente da Área Técnica dos Programas Governamentais. Enviar o cronograma das atividades de treinamento ao Especialista da Educação Permanente da Área Técnica dos Programas Governamentais para indicação dos instrutores. Prover recursos humanos, físicos e materiais (ex. reserva de sala, materiais, coffee). Garantir a atualização do conteúdo teórico e prático; Desenvolver o conteúdo teórico prático em parceria com a área técnica por meio de aplicação de estratégias ativas de aprendizagem. Aplicar as avaliações de habilidade técnica para temas específicos. Realizar o registro da frequência de participação no curso. Emitir relatórios de participação no treinamento, aquisição de conhecimento, avaliação de reação e indicador NPS (Net Promoter Score) analisando, reportando e solicitando o plano de ação para os colaboradores reprovados e ausentes de forma a identificar os pontos de melhoria bem como propor ações que garantam a qualidade do Programa. Capacitar, acompanhar e reportar dados das avaliações de reação e aprendizagem aos instrutores dos treinamentos.

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3868

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

7. RESPONSABILIDADES

- Ensino Corporativo
- Recursos Humanos
- Gestores das áreas

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Conhecimento teórico e prático insuficiente;
- Reprovação na validação de RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar);
- Ausência do recém-admitido/promovido no programa de treinamento presencial admissional;
- Baixa adesão à Trilha Profissional de Enfermagem, exceto Programas Governamentais.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

- Cumprimento integral do Programa de Treinamento;
- Aprovação na validação prática de RCP
- Conclusão da Trilha Profissional de Enfermagem do Novo Colaborador no prazo determinado.

Cópia Controlada

Obs.: Os colaboradores que não atingirem o conceito mínimo na Avaliação de Aprendizagem referente ao tema de RCP, terão uma segunda oportunidade no mesmo dia e caso seja reprovado novamente, será reportado para o gestor e convocado em outro momento para refazer o conteúdo/avaliação.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

- 1(uma) vez, na admissão e/ou movimentação de cargo.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

- Portal de Gestão de Pessoas - PGP

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Taxa de aquisição de conhecimento;
- Taxa de adesão ao programa;
- NPS (Net Promoter Score – métrica criada para mensurar de forma mais acurada a satisfação dos participantes com relação ao treinamento) > 40.

13. ANEXOS

Não se aplica.

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3869

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento do Ensino Corporativo

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Vanessa Pio da Silva - 05/04/2023 - 15:36
-> Atualização para o novo template documental. - 31/03/2023.

->Atualização da seção 4.ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL - 31/03/2023.

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3870

Título: Procedimento do Treinamento Admissional Assistencial

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
11/04/2018 00:00:00	Criado por	DM User
05/04/2023 15:36:45	Atualizado por	Vanessa Pio da Silva
25/04/2023 15:38:38	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Versão: 2 - Elaborado em: 05/04/2023 15:36:45 - Aprovado em: 25/04/2023 15:38:46 3871

Tipo Documental
ProcedimentoAdministrativo
Título Documento
Procedimento para Contratação de Portadores de Deficiência

Procedimento para Contratação de Pessoas com Deficiência

1. DEFINIÇÃO

Assegurar e avaliar o processo de contratação de profissionais com deficiência.

2. OBJETIVOS

Atrair, recrutar, selecionar e incluir profissionais com deficiência para a SBIBAE.

3. RESPONSÁVEIS

Recrutamento e Seleção

Recrutar o profissional através do site da SBIBAE e outros sites de busca, indicações, entre outras fontes.

Cópia Controlada

Avaliar os profissionais por meio de ferramentas de seleção, entrevistas online, dinâmicas de grupo online e testes de conhecimento específicos (prova).

Validar o laudo médico com apoio da Saúde Ocupacional, para inclusão de profissionais com enquadramento na Lei de Cotas (8213/91).

Dar retorno aos candidatos envolvidos no processo seletivo, independente do resultado final e, caso o candidato não se enquadre, verificar a possibilidade de direcioná-lo para novas oportunidades.

Zelar pelo cumprimento desta politica e na inclusão de profissionais com deficiência em todas as oportunidades da SBIBAE.

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado RHRS.PR.QU.006	Código do Documento PR.ADM.60.10	Versão 10	Data Criação 23/11/2005	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador patriciacs	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Direcionar profissionais com deficiência para todas as categorias e níveis profissionais, independente da posição ser especifica ou não para pessoas com deficiências.

Ampliar o ambiente inclusivo e atingimento da cota.

CSO

Avaliar os laudos médicos enviados pelo Recrutamento e Seleção, de acordo com a Lei de Cotas; e em caso de requerimento de avaliação/exame especifico, apoiar o profissional com recursos internos ou empresa parceira sem custo aos candidatos. para concluir a avaliação do enquadramento do profissional aprovado.

No exame médico admissional, incluir no ASO do candidato aprovado a informação de que se trata de profissional com deficiência.

O profissional precisa estar ciente do enquadramento e inclusão na cota institucional, conforme legislação vigente (lei de cotas).

Cópia Controlada

Gestores

A contratação de profissionais com deficiência cumpre a Lei de Cotas, legislação esta que prevê o preenchimento do quadro de funcionários em 5% com profissionais com deficiência, cuja a empresa detém número igual ou superior a 1.001 colaboradores. Sendo que o procedimento de reposição das vagas destinadas as cotas em questão, observa o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e Lei 7.853/89Dever gestores Cota institucional.

O atingimento integral da lei de cotas (100%) é uma meta institucional e faz parte do BSC de todas as diretorias.

Cumprir a cota de contratação de pessoas com deficiência de acordo a meta de sua área.

Acompanhar o desenvolvimento dos profissionais por meio de diálogos contínuos, com o apoio da área de Recursos Humanos.

Estimular o desenvolvimento e crescimento dos profissionais assim como é realizado com

os demais colaboradores, pois as oportunidades intitucionais se aplicam para todos.

No caso do Auxiliar Administrativo CAEP, fixar o Profissional no Centro de Custo da área em até um ano de casa atendendo ao objetivo do Programa.

Zelar pelo cumprimento desta política;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Esta contratação pode ocorrer devido ao aumento de quadro ou substituição de pessoal.

Em situações em que for solicitado desligamento pelo gestor da área, o caso deverá ser avaliado em conjunto com a equipe de Atração, Seleção e Diversidade, a Consultora responsável e, se necessário, outras áreas poderão ser envolvidas.

Tratando-se de uma substituição, a dispensa do profissional reabilitado ou deficiente, de acordo com a lei, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante ou direcionamento de nova posição.

O não cumprimento desta norma implicará no risco da empresa ser autuada legalmente, baseada na cota estipulada conforme legislação vigente.

Cópia Controlada

As posições de Auxiliar Administrativo CAEP fazem parte do Programa de Diversidade e Inclusão Einstein | Centro de Custo de RH, e foram criadas com o objetivo de promover o desenvolvimento dos profissionais com deficiência e ampliação do ambiente inclusivo em nossa Sociedade.

As posições são concedidas às áreas pelo período de 12 meses, devendo o profissional ser fixado na área após esse período, para que outros profissionais possam participar do programa.

O processo de seleção é realizado pela área de Atração, Seleção e Diversidade e os candidatos aprovados são direcionados ás áreas requisitantes dentro dos critérios estabelecidos pelo cargo e pelo Programa com foco em aprendizagem e desenvolvimento.
Após a finalização do processo admissional, o gestor recebe por e-mail um documento com as informações do colaborador que atuará no setor

5. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado RHRS.PR.QU.006	Código do Documento PR.ADM.60.10	Versão 10	Data Criação 23/11/2005	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador patriciacs	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Não se aplica

6. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

7. REGISTRO

Não se aplica

8. INDICADORES DE QUALIDADE

Não se aplica

9. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica

10. ANEXOS

Não se aplica

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica

Cópia Controlada

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

13. DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Taise Miranda da Silva (19/05/2021 06:19:05 PM) - Revisão do procedimento de contratação de pessoas com deficiência

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado RHRS.PR.QU.006	Código do Documento PR.ADM.60.10	Versão 10	Data Criação 23/11/2005	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador patriciacs	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Título: Procedimento para Dimensionamento, Planejamento e Gerenciamento do Quadro de Pessoal

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

1. OBJETIVO

Estabelecer procedimentos para o dimensionamento, planejamento e gerenciamento do quadro de pessoal com base no planejamento estratégico institucional alinhado às necessidades de cada área. E realizar o remanejamento assistencial entre áreas afins levando em consideração a criticidade do paciente e o tipo de cuidado a ser executado, bem como a experiência profissional

2. DEFINIÇÕES

Posição: representa o quadro de pessoal aprovado na Instituição. É uma vaga existente na estrutura da instituição para alocação de um funcionário. Toda posição possui atributos que são: Cargo, Grade, Grupo, Subgrupo, Área, Subárea, Unidade Organizacional e Centro de Custo. Cada posição suporta apenas 01 funcionário.

Quadro de funcionários ativos: é composto por funcionários CLT e profissionais em licença maternidade. Não são considerados no quadro de pessoal ativo os funcionários afastados pelo INSS, estagiários, bolsistas e profissionais autônomos.

Cópia Controlada

Remanejamento assistencial entre áreas: O remanejamento assistencial entre áreas é uma prática comum nas instituições hospitalares.

O remanejamento dos profissionais de enfermagem entre as unidades de trabalho e a escala de enfermagem são de responsabilidade do Enfermeiro. Os profissionais de enfermagem inscritos no Coren-SP possuem formação escolar para o correto desenvolvimento de suas atribuições legais, devendo cumprir a escala e o remanejamento de acordo com o solicitado por aquele profissional. Cada profissional pode e deve reconhecer suas competências legais e teórico-práticas obtendo embasamento para avaliar seu desempenho diante da função delegada de forma segura para si e para o paciente, sendo admitida a recusa do cumprimento de quaisquer atividades caso estas tragam insegurança e exposição do paciente a risco.

Dentro das Unidades da Terapia Intensiva seguimos a RDC nº 7 e para as demais áreas de enfermagem a Resolução COFEN nº 293/2004, que dispõe sobre os parâmetros para o dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem das Unidades Assistenciais.

Os profissionais nutricionistas são dimensionados de acordo com a legislação CFN 380/2005.

Para as demais áreas multiprofissionais não há legislação específica.

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53 3876

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

O remanejamento de colaboradores entre áreas ocorrerá de acordo com os quadros abaixo sempre que houver necessidade por aumento de demanda nas áreas ou necessidade de cobertura dos profissionais. A avaliação do dimensionamento da enfermagem é realizada diariamente pelo CCO e para as equipes multiprofissionais os profissionais sêniores são os responsáveis pela avaliação e distribuição conforme quadros citados abaixo.

Cópia Controlada

O colaborador remanejado deverá assumir os pacientes de menor complexidade na área de destino, sendo o de maior complexidade destinado ao colaborador da área.

Enfermagem:

Setor de origem	**Remanejamento da Equipe de Enfermagem (Unidade de destino)**				
Clinica Medico Cirúrgica	CMC	Semi intensiva	Transplante	Pediatria *	Maternidade
Maternidade	CO	Pronto socorro GO	UTI neo *	Pediatria	CMC
Pediatria	UTIP	UTI NEO	Maternidade	CMC	
UTI pediátrica	UTI NEO	Pediatria	Maternidade	CMC	UTI ADULTO
UTI adulto	Semi intensiva	UTIP	CMC		
Semi intensiva	UTI adulto	UTIP	Semi intensiva	CMC	
CC5º	CCI4	CO			
CCI4	CC5º				
Oncologia	TMO	CMC			

*Profissionais da área que são retaguarda da pediatria, que possuem treinamento.

Psicologia:

Setor de origem	**1ª Setor de Destino**	**2ª Setor de Destino**	**3ª Setor de Destino**
Pacientes Graves	Clínica Médica	Oncologia	Materno Infantil
Clínica Médica	Pacientes Graves	Oncologia	Materno Infantil
Oncologia	Materno Infantil	Clínica Médica	Pacientes Graves
Materno Infantil	Oncologia	Clínica Médica	Pacientes Graves

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53

Título: Procedimento para Dimensionamento, Planejamento e Gerenciamento do Quadro de Pessoal

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

Fisioterapia:

Setor de origem	Setor de destino (1ª Opção)	Setor de destino (2ª Opção)
Fisioterapia Materno Infantil	DPG	CMC
Fisioterapia Internação CMC e Oncologia	DPG	Materno Infantil
Fisioterapia DPG	CMC	Materno Infantil

Nutrição:

Grupos	Unidades	Fator Atendimento (minutos)	Número de Pacientes	Demanda (minutos)	Atividades Fixas por Período Nutricionistas (minutos)			Atividades ADM	Tempo orientação Altas (Débito)	Visitas Multi + Treinamentos (Débito)	Ajustes de Tempo		Tempo Restante (minutos)	Pacientes Pendentes para Atendimento	Adequação Quadro
					Manhã 7/16h	Intermediário 10/13h	Tarde 13/22h				Credito	Debito			
A1	A1	10		0	480								480	48	
Geriatria	2A geri	25		0	480								480	19	
2ª graves	2A semi	32		0									0	0	
CMC/Graves	3Auti semi	32		0	480								480	15	
CMC	3A	25		0									0	0	
Graves	5UTI	32		0	480								480	15	
CMC/URO	7D/5C	25		0	480								480	19	
CMC	4A	25		0	480				45				435	17	
CMC	4B	25		0									0	0	
CMC	2SS	25		0									0	0	
CMC	4D	25		0	480								480	19	
CMC	1SS	25		0									0	0	
CMC	2B	25		0		480		60					420	17	
CMC	2E	25		0		480							480	19	
Oncologia	6A	26		0	480								480	18	
Graves	7L	32		0	480								480	15	
CMC	7O	25		0									0	0	
Graves	8A	32		0	480								480	15	
CMC	9A	25		0	480								480	19	
Semi	9A oeste	32		0									0	0	
CMC/Gastro	10A	25		0	480				30				450	18	
CMC	11A	25		0	480								480	19	
Pediatria	12A	27		0	480								480	18	
Oncologia	11B	26		0		480		60					420	16	
CMC	12D/13D	25		0	480								480	19	
Maternidade	9D/9D	10		0		480		60					420	42	
CMC/ped	8D	25		0									0	0	
Materno Infantil	UTI neo	17		0	540				45				495	29	
CMC	10D	25		0	0								0	0	

Cópia Controlada

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53 3878

Farmacêuticos Suprimentos HIAE:

Farmacêuticos Suprimentos HIAE				
Setor de origem	**Setor de destino 1º Opção**	**Setor de destino 2º Opção**	**Setor de destino 3º Opção**	**Setor de destino 4º Opção**
UTI Adulto	Semi Intensiva Adulto	Semi Intensiva Coronariana e Neurológica	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Semi Intensiva Adulto	UTI Adulto	Semi Intensiva Coronariana e Neurológica	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Semi Intensiva Coronariana e Neurológica	UTI Adulto	Semi Intensiva Adulto	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Maternidade	CTI Pediátrica	UTI Neonatal	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
UTI Neonatal	CTI Pediátrica	Maternidade	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
CTI Pediátrica	UTI Neonatal	Maternidade	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Clínica Médica Cirúrgica	UTI Adulto	Semi Intensiva Adulto	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Central de Atenção à Prescrição	Clínica Médica Cirúrgica	UTI Adulto	Semi Intensiva Coronariana e Neurológica	Dose Unitária
Dose Unitária	Produção	CD Pyxis	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
CD Pyxis	Produção	Dose Unitária	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
Produção	Dose Unitária	CD Pyxis	Clínica Médica Cirúrgica	Central de Atenção à Prescrição
SISM	Dose Unitária	Produção	CD Pyxis	Clínica Médica Cirúrgica

Cópia Controlada

7. RESPONSABILIDADES

Gestor

- Garantir o dimensionamento mínimo recomendado pelo Conselho de Classe (quando aplicável);
- Garantir o dimensionamento adequado de acordo com o Planejamento Estratégico e Modelo Assistencial, produtividade e demanda da área;
- Quando necessário, solicitar o estudo de dimensionamento do quadro em parceria com Recursos Humanos e responsáveis pelos processos nas diretorias da Sociedade;
- Disponibilizar informações e levantamento para realização do estudo;
- Formalizar após conclusão do estudo da movimentação e/ou requisição de pessoal;
- Acompanhar o fluxo de aprovação da movimentação de pessoal e requisição de pessoal;
- Assegurar a otimização dos recursos nas áreas, conhecendo demandas e procedimentos específicos.
- Para o remanejamento Coordenadores da equipe assistencial, profissionais sêniores das áreas e Centro de Comando Operacional (CCO).

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53 3879

Recursos Humanos

Consultor de RH:

- Garantir a aderência do gerenciamento de novas posições frente ao orçamento aprovado;
- Conhecer a necessidade do estudo solicitado pelas áreas.

Planejamento, Analytics e Remuneração:

- Analisar impactos nos fatores de avaliação dos cargos que envolvam um reposicionamento na estrutura de cargos e salários vigentes;
- Efetuar o parecer nos processos de requisição e movimentação de pessoal conforme política e estrutura salarial vigente.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Dimensionamento mínimo inferior ao recomendado pelos Conselhos de Classe;
- Falta de aptidão técnica para remanejamento a Unidade de destino;
- Falta de revezamento para remanejamento;
- Falta de linguagem clara e objetiva sobre o cronograma de remanejamento;
- Concessão de banco de horas sem verificação do cenário de colaboradores;
- Não realização da passagem de plantão para o colaborador remanejado de outra Unidade, especialmente quando o paciente estiver aguardando algum cuidado específico.

Cópia Controlada

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Todos os profissionais são treinados para atender em todos os setores no momento da admissão. As unidades de retaguarda realizam os treinamentos específicos de cada área.
Trilhas profissionais de acordo com a atuação realizadas anualmente

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53 3880

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

O dimensionamento do quadro de pessoal é acompanhado através do indicador da Taxa de Ocupação do quadro. Para o cálculo é considerado o quadro de funcionários CLT ativos / quadro de posições orçadas.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Enfermagem: Dimensionamento de Pessoal de enfermagem deverá, obrigatoriamente, ser embasado na Resolução Cofen nº 543/2017. RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. A Resolução n7 de 2010 dispões sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

Cópia Controlada

Nutrição: RESOLUÇÃO CFN Nº 600, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências.

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional: A PORTARIA Nº 272, DE 8 DE ABRIL DE 1998: regulamenta as atribuições gerais e específicas da EMTN, bem como, as recomendações de cada profissional envolvido. A RESOLUÇÃO - RCD N° 63, DE 6 DE JULHO DE 2000: também regulamenta e reforça a obrigatoriedade da EMTN constituída de pelo menos um profissional de cada categoria, podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional.

Fisioterapia e Terapeuta Ocupacional está na Resolução n°7 e a Resolução do COFFITO RESOLUÇÃO N° 444, de 26 de abril de 2014 – Altera a Resolução COFFITO n° 387/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta. Os profissionais Fisioterapeutas estão sujeitos à prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho, de acordo com a Lei nº 8.856/94. LEI No 8.856, DE 1º DE MARÇO DE 1994 fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

Psicologia: O dimensionamento do quadro de psicólogos para a atuação em serviços de saúde dependerá do modelo assistencial adotado. No Hospital Albert Einstein, adotamos o Modelo Assistencial de Interconsulta e

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53

dessa forma, as intervenções são realizadas a partir de uma solicitação de outro profissional de saúde. A literatura aponta que a taxa de solicitação de pedidos de interconsulta psicológica ou psiquiátrica para pacientes admitidos, varia entre 0,7% em serviços gerais de saúde e 40% em serviços especializados.

Fonoaudiologia: Na prática consideramos 6 a 7 atendimentos por turno de 6h. Temos todos os profissionais com jornada máxima mensal de 150 horas (30 horas semanais) e análises constante de demandas (com produtividade acima de 85% considerando como ação o aumento de quadro).

Farmácia: Dimensionamento da equipe de farmácia considerando a LEI Nº 13.021, DE 8 DE AGOSTO DE 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

Dimensionamento da equipe de farmácia considerando a resolução 585/2013 Conselho Federal de Farmácia – Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.

Dimensionamento da equipe de farmácia considerando a Resolução RDC 67/2007 Ministério da Saúde/ANVISA - Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias.

Cópia Controlada

Dimensionamento da equipe de farmácia da oncologia considerando a Resolução RDC 220/2004 Ministério da Saúde/ANVISA – Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.

Dimensionamento da equipe de farmácia considerando as Resoluções 288/1996 – Dispõe sobre a competência legal para o exercício da manipulação de drogas antineoplásicas pelo farmacêutico e Resolução 565/2012 Ementa: Dá nova redação aos artigos 1º, 2º e 3º da Resolução/CFF nº 288 de 21 de março de 1996

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53 3882

Título: Procedimento para Dimensionamento, Planejamento e Gerenciamento do Quadro de Pessoal

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

Data	Evento de assinatura	Usuário
26/12/2022 11:05:21	Criado por	Beatriz Manzano de Oliveira
17/04/2023 16:09:43	Aprovado por	Marcos Vinicius Lopes de Miranda

Cópia Controlada

Versão: 1 - Elaborado em: 26/12/2022 11:09:25 - Aprovado em: 17/04/2023 16:09:53

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Promover a melhor Experiência ao paciente e ao Colaborador e a excelência no atendimento são valores essenciais do Einstein que correspondem ao modelo de governança Triple Aim do Institute Health Improvement (IHI).

O objetivo deste treinamento é apresentar para o Novo colaborador o Modelo de Atendimento Einstein denominado SPA e relaciona-lo às atividades profissionais.

Esta capacitação abrange os profissionais que atuam nas áreas de atendimento ao cliente e apoio assistencial de acordo com a validação dos gestores.

2. DEFINIÇÕES

SPA: Modelo de Atendimento Einstein baseado nos pilares de: Segurança, Paixão em Servir, Atenção aos detalhes

SAC: Serviço de Atendimento ao Cliente

NPS: Net Promoter Score

Cópia Controlada

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

A capacitação abrange os profissionais que atuam nas áreas de atendimento ao cliente e apoio assistencial de acordo com a validação dos gestores, sendo os novos admitidos e colaboradores movimentados para os cargos elegíveis ao Programa.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

O treinamento ocorre em formato online síncrono, com duração de 3 (três) horas.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Os temas abordados são:

- Apresentação pessoal
- Perfil do Cliente: Interno e Externo
- Experiência do Paciente (Jornada e pontos de contato) e do Colaborador (Autocuidado, Saúde e Bem Estar)
- Modelo de atendimento SPA
- Alta Confiabilidade e seus pilares (Comunicação, Consciência Situacional, Gestão de Risco, Trabalho em Equipe e Tomada de Decisão)

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55 3884

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

6. DESCRIÇÃO

Recursos Humanos	▪ Envia a lista dos admitidos/movimentados de cargos.
Ensino Corporativo	▪ Elabora o calendário com base nas datas de admissão encaminhadas pelo RH (anual) ▪ Define os multiplicadores que atuarão em cada data (anual, com ajustes mensais) ▪ Realiza a criação de links das reuniões via ferramenta online ▪ Seleciona os recém-admitidos e movimentados para o Treinamento (semanal, ao receber a lista do RH) ▪ Encaminha Convites por e-mail e celular para o público do treinamento (semanal) ▪ Encaminha a lista de convocados aos gestores (semanalmente) ▪ Prepara/atualiza o conteúdo teórico e prático por meio de estratégias ativas de aprendizagem ▪ Aplica o treinamento (conforme necessidade e ausência de multiplicadores de outras áreas ou externo); ▪ Orienta quanto ao Programa junto às lideranças ▪ Atualiza os indicadores do programa, tais como absenteísmo, adesão, Relatório de Desempenho ▪ Realiza o registro da frequência de participação no curso por meio das planilhas online de Registro de Participação e Avaliação de Reação via Forms ▪ Realiza o report de ausentes aos gestores para reconvocação (mensal). ▪ Capacita os multiplicadores para atuação no Programa ▪ Realiza atualizações no Programa sempre que necessário ▪ Acompanha os resultados de avaliação de reação para implementar melhoria continua.

Cópia Controlada

7. RESPONSABILIDADES

Ensino Corporativo

Recursos Humanos

Gestores das áreas

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55 3885

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Cumprimento parcial do programa de treinamento por necessidade da área

Absenteísmo

Incompatibilidade de agenda do Colaboradores do cargo de Aprendiz com a agenda do programa Admissional, devido ao curso inicial que este cargo realiza externamente

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

1(uma) vez, na admissão e/ou movimentação de cargo.

Cópia Controlada

11. REGISTROS DA QUALIDADE

O registro de presença é realizado via formulário digital, QRCODE, pelo aplicativo Forms. Os dados são armazenados na nuvem e após a conferência migrado para a plataforma de aprendizagem gerenciada (LMS).

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

% Satisfação do cliente (Dados SAC);

% Adesão ao programa;

% NPS e Satisfação do programa de treinamento.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55 3886

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Procedimento do Ensino Corporativo

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Cópia Controlada

Versão: 3 - Elaborado em: 22/02/2023 11:12:32 - Aprovado em: 30/03/2023 07:04:55 3887

Título: Procedimento para Treinamento Admissional de Atendimento

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
12/04/2018 00:00:00	Criado por	DM User
22/02/2023 11:12:32	Atualizado por	Ana Paula Magalhaes
30/03/2023 07:04:44	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Título: Procedimento Descrição de Cargo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

1. OBJETIVO

Orientar os gestores em relação aos procedimentos para elaboração e aprovação das Descrições de Cargos, atendendo à legislação vigente no país, padrões estabelecidos pelo Sistema Einstein de Qualidade e práticas de mercado de trabalho.

2. DEFINIÇÕES

Descrição de cargos é um instrumento que permite obter um resumo das características mais importantes de um cargo, incluindo: a natureza geral do trabalho executado, responsabilidades específicas, o nível de autoridade delegado, resultados gerais esperados e os requisitos mínimo esperados de conhecimento eescolaridade do ocupante do cargo.

Por meio da análise da descrição de cargos é definido o grade, faixa salarial, salário de contratação/promoção e trilha de carreira conforme metodologia de análise utilizada por remuneração.

A descrição de cargos também é recurso chave para a realização das pesquisas salariais onde, se faz necessário o comparativo entre cargos com atividades similares.

Cópia Controlada

O documento de descrição de cargos é composto pelos seguintes campos:

- **Identificação do cargo:** Visa identificar a área de origem do cargo, de forma a permitir à área de RH organizar o material de descrições da SBIBAE. Neste campo, as informações coletadas são: o título do cargo, a que cargo é subordinado, a área onde está alocado e a data da versão da descrição de cargo. O formulário de Requisição de Pessoal deverá ser emitido para toda e qualquer solicitação de colaborador CLT, estagiário ou temporário;

- **Cargo:** é um conjunto de deveres e responsabilidades exercidos pelo seu ocupante, visando integrar processos, agregar valor aos resultados e assim contribuir para a o atingimento das metas institucionais e a realização da missão da empresa;

- **Sumário do cargo:** sintetiza e dá uma visão geral da missão do cargo (razão de sua existência) e de sua responsabilidade principal. Há três questões que auxiliam na elaboração do sumário, sendo elas:
  - O que o cargo faz? Isto é, qual atividade, processo ou parte do processo o cargo é responsávelpor desempenhar.
  - Para quê? Qual necessidade da empresa o cargo deve suprir, ou que produto ou serviço deveser gerado para atender seus clientes-chave (internos ou externos).
  - Abrangência? Qual o raio de ação do cargo e dentro de que parâmetros ele deve atuar;

- **Desenho Organizacional:** tem por objetivo localizar o cargo na estrutura

Versão: 8 - Elaborado em: 13/04/2023 15:02:48 - Aprovado em: 13/04/2023 15:18:34

organizacional da SBIBAE. De forma esquemática propõe a identificação dos cargos com: níveis superiores, pares organizacionaise subordinados diretos;

- **Dimensões gerais e específicas:** este componente visa identificar e quantificar as áreas mensuráveis sobre as quais o cargo exerce impacto direto ou indireto, ou ainda, visa estabelecer o relacionamento do cargo com os resultados finais de uma área, unidade, etc. As dimensões gerais são medidas em termos de número de subordinados, diretos e indiretos. Já as específicas são, via de regra, valores anualizados e expressos em uma unidade monetária estável, podendo ainda aparecer quantificações não monetárias, demonstradas por indicadores que o cargo exerce impacto;

- **Responsabilidades:** tem como objetivo identificar os principais resultados finais esperados do cargo. As responsabilidades são os sub-produtos ou serviços que o cargo deve gerar para atender ao seu objetivo maior, definido na seção “sumário do cargo”;

- **Complexidade e problemas inerentes:** visa identificar quais as dificuldades encontradas nos processos vivenciados no seu dia a dia e quais os maiores desafios para execução das atividades descritas acima;

Cópia Controlada

- **Conhecimentos requeridos:** tem como finalidade obter informações relevantes que o ocupante deve apresentar para o alcance dos objetivos do cargo, como formação acadêmica, curso de especialização e conhecimentos de procedimentos e técnicas específicas.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Não se aplica.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Formulário de Descrição de Cargo

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

Todos os colaboradores são registrados com um cargo existente na estrutura de cargos da SBIBAE.

Versão: 8 - Elaborado em: 13/04/2023 15:02:48 - Aprovado em: 13/04/2023 15:18:34

Título: Procedimento Descrição de Cargo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

A descrição de cargo faz parte da Documentação Institucional auditada e deve ter sua validação atualizada nasseguintes situações:

- Admissão;

- Promoção / Alteração de cargo;

- Atualização da descrição de cargo;

A validação da descrição é realizada eletronicamente no portal do gestor e portal do colaborador periodicamente;

A área de Remuneração acompanhará periodicamente os eventos acima e disponibilizará as descrições aserem validadas para os gestores;
Os gestores receberão um e-mail automático do sistema solicitando que valide as descrições de cargos de seus subordinados, automaticamente, o colaborador receberá também um e-mail para que valide sua descriçãode cargo;
A área de remuneração monitorará o processo tendo disponíveis relatórios e banco de dados para acompanharo histórico das validações

Cópia Controlada

7. RESPONSABILIDADES

7.1 GESTORES

- É competência do gestor elaborar a descrição do cargo, preenchendo todos os campos do formulário e validando junto a área de Recursos humanos;
- Comunicar qualquer alteração relevante no cargo, otimização de processos ou outras mudanças nas atribuições da função, a fim de manter a descrição de cargo atualizada;
- Validar eletronicamente as descrições de cargos de seus subordinados;
- Acompanhar a validação eletrônica das descrições por parte de seus subordinados

7.2 RECURSOS HUMANOS

- Analisar, revisar e aprovar a descrição de cargo elaborada pelo gestor;
- Disponibilizar a descrição de cargo no sistema;
- Orientar as áreas quanto ao preenchimento adequado das descrições de cargo;

Versão: 8 - Elaborado em: 13/04/2023 15:02:48 - Aprovado em: 13/04/2023 15:18:34

- Manter o controle eletrônico das validações das descrições de cargo conforme recomendações do Sistema Einstein da qualidade pontos críticos e/ou riscos.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Cópia Controlada

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Madelaine Aparecida Freitas Rodrigues - 13/04/2023 - 15:02

Versão: 8 - Elaborado em: 13/04/2023 15:02:48 - Aprovado em: 13/04/2023 15:18:34

Título: Procedimento Descrição de Cargo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

Alteração para o novo template - 13/04/2023
Alteração do título: Norma Descrição de Cargo para Procedimento Descrição de Cargo - 13/04/2023

Cópia Controlada

Versão: 8 - Elaborado em: 13/04/2023 15:02:48 - Aprovado em: 13/04/2023 15:18:34

Título: Procedimento Descrição de Cargo

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.03 Remuneração

Data	Evento de assinatura	Usuário
04/04/2003 00:00:00	Criado por	DM User
13/04/2023 15:02:48	Atualizado por	Madelaine Aparecida Freitas Rodrigues
13/04/2023 15:18:18	Aprovado por	Marcos Vinicius Lopes de Miranda

Cópia Controlada

Tipo Documental
PoliticaAdministrativo
Título Documento
Programa de Diversidade e Inclusão Einstein

Programa de Diversidade e Inclusão Einstein

INTRODUÇÃO

Essa Política estabelece os critérios para o Programa de Diversidade e Inclusão Einstein, partindo da própria missão de responsabilidade e justiça social, e do cuidado às pessoas, na SBIBAE.

Com área dedicada, estrutura específica e direcionadores estratégicos para cada pilar, o Programa foi desenvolvido com tema priorizado na Instituição para a criação de cultura inclusiva e ambiente mais diverso.

OBJETIVO

A política tem o objetivo de definir e descrever a atuação do Programa D&I Einstein que contempla cinco frentes de atuação (Pessoa com Deficiência, LGBTI+, Etnias, Equidade de Gênero e Gerações), por meio de grupos de afinidade abertos a toda Instituição, com foco na discussão, elaboração de propostas e ações, em consonância com nossos próprios valores e Diretrizes de Conduta Ética –Manual Institucional, pautando-se no respeito, na valorização da Diversidade e Inclusão Social.

DEFINIÇÕES

Cópia Controlada

Diversidade e Inclusão

Diversidade refere-se a todas características humanas que fazem com que a pessoa seja um ser único. Ex: sociais, biológicas, econômicas, culturais etc. o problema é que nem toda característica humana é valorizada. E por isso é preciso a inclusão, um movimento de garantir que determinados grupos sociais, historicamente excluídos, sejam valorizados.

Ações Afirmativas

Ações Afirmativas são políticas em benefício a pessoas pertencentes a grupos discriminado, de modo que sua participação no processo político, no acesso à educação, saúde, emprego, etc. possam ser promovidas.

DIRECIONADORES DO PROGRAMA D&I EINSTEIN

Objetivo Aspiracional

- Aspiramos ser reconhecidos como a Instituição de saúde mais diversa e inclusiva do Brasil

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.842.2	Versão 2	Data Criação 18/05/2021	Data Revisão 21/05/2021
Elaborador Cristiane Maria da Conceicao Griffin	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 21/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAdministrativo
Título Documento
Programa de Diversidade e Inclusão Einstein

Motivadores

- Acreditamos que a Diversidade & Inclusão é um pilar importante para continuar a construção da nossa história, reforçando o compromisso com a saúde e com os valores do Einstein.
- Acreditamos que a atitude inclusiva deve ser uma premissa para todos, construindo um ambiente livre de estereótipos, preconceitos e discriminação.
- Acreditamos que a Diversidade potencializa a inovação, a criatividade e os resultados, impulsionando as relações por meio da celebração da individualidade e da interdependência.

Direcionadores Estratégicos

- Engajamento de lideranças
- Proteção à parentalidade.
- Revisão de políticas e benefícios.
- Tratamento de homens e mulheres de forma justa no trabalho
- Atração de talentos para todos os níveis hierárquicos.
- Conscientização e aprendizagem.
- Condução de Projetos de Impacto Social.
- Atratividade de diferentes gerações.
- Sinergia intergeracional.
- Promoção de um ambiente seguro e confiável.
- Relacionamento externo e parcerias.
- Acessibilidade Física e Digital.
- Identificar potencialidades e desenvolver talentos, com incentivo ao protagonismo.

Cópia Controlada

GOVERNANÇA DO PROGRAMA D&I EINSTEIN

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.842.2	Versão 2	Data Criação 18/05/2021	Data Revisão 21/05/2021
Elaborador Cristiane Maria da Conceicao Griffin	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 21/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAdministrativo
Título Documento
Programa de Diversidade e Inclusão Einstein

O Programa de Diversidade e Inclusão Einstein, está na estrutura de gestão da diretoria de Recursos Humanos, entretanto, o tema é considerado transversal na Instituição, sendo considerado um pilar estratégico. Conta com a participação da alta liderança, sendo o CEO Sponsor do Projeto, dois embaixadores (Diretora de Recursos Humanos e Diretor Superintendente Médico) e um comitê de D&I, composto por lideranças que representam diversas áreas da SBIBAE, responsáveis pela estratégia e direcionamento dos Grupos de Afinidade, além de serem porta voz do tema.

Os Grupos de Afinidade, representados pelas cinco frentes (Pessoa com Deficiência, LGBTI+, Etnias, Equidade de Gênero e Gerações), são compostos por participantes, divididos em voluntários e aliados do Programa e garantem a representatividade em todos os pilares. Todas as pessoas envolvidas no projeto recebem capacitações especificas de Diversidade e Inclusão de acordo com os papeis dentro do programa, direcionando as ações com foco nos objetivos estabelecidos.

Todos os Grupos são abertos à toda instituição (incluindo terceiros) e funcionam com base na abordagem ágil, por meio de de squad's específicos, com profissionais de diferentes áreas e níveis, que atuam na construção de um ambiente mais diverso e inclusivo, através de entregas constantes para que o tema continue avançando na Instituição.

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

A política do Programa de Diversidade e Inclusão (Programa D&I Einstein) é aplicável a todos as áreas e colaboradores da SBIBAE, fornecedores e terceiros que atuam em nome da Instituição, bem como a abertura para participação de voluntários que pertençam a qualquer uma dessas vertentes e formação de aliados que tenham interesse nos temas trabalhados.

Cópia Controlada

RESPONSABILIDADES

Departamento responsável pela informação, cumprimento e verificação da aplicação dessa política: Diretoria de Recursos Humanos, Comitê D&I e Lideranças Einstein.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)

Lei de Cotas para PCD 8213/91 - LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991, lei de contratação de PCD (Deficientes) nas Empresas, dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência e dá outras providências a contratação de portadores de necessidades especiais.

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.842.2	Versão 2	Data Criação 18/05/2021	Data Revisão 21/05/2021
Elaborador Cristiane Maria da Conceicao Griffin	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 21/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Lei nº. 10.948 de 5 de novembro de 2001 do Estado de São Paulo, dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras providências.

Decreto nº. 55.589 de 17 de março 2010 de São Paulo Regulamenta a Lei nº. 10.948 de 5 de novembro de 2001, que dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual.

Lei nº 7.716, DE 5 de janeiro de 1989. Art. 1º punição, na forma desta Lei, os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

- Dashboard para monitoramento de toda a população Einstein, por meio de mapeamentos de recortes sociais extraídos do Headcount para evidência de desempenho e oportunidades para o direcionamento de ações.
- Monitoramento das metas de Diversidade e Inclusão estabelecidas no BSC das diretorias.

ANEXOS

Não se aplica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cópia Controlada

Declaração Universal dos Direitos Humanos

Diretrizes do Pacto Global

Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU (Organização das Nações Unidas)

Princípios de empoderamento das mulheres (entidade das Nações Unidas para a igualdade de gênero e empoderamento das mulheres – ONU mulheres e pelo Pacto Global das Nações Unidas)

Coalizão Empresarial para Equidade Racial e de Gênero (Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades – CEERT e o Instituto Ethos)

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Manual Institucional Diretrizes De Conduta Ética Da SBIBAE

Política Institucional de Combate ao Assédio Moral E Sexual

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.842.2	Versão 2	Data Criação 18/05/2021	Data Revisão 21/05/2021
Elaborador Cristiane Maria da Conceicao Griffin	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 21/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
PoliticaAdministrativo
Título Documento
Programa de Diversidade e Inclusão Einstein

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Taise Miranda da Silva (21/05/2021 02:48:41 PM) - Documento novo

Cópia Controlada

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie ADMINISTRATIVO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PO.ADM.842.2	Versão 2	Data Criação 18/05/2021	Data Revisão 21/05/2021
Elaborador Cristiane Maria da Conceicao Griffin	Revisor Taise Miranda da Silva	Parecerista	Aprovado por Priscila Aparecida Surita Sampaio | Miriam do Carmo Branco da Cunha	Data Aprovação 21/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

1. DEFINIÇÃO

O hospital disponibiliza aos colaboradores e dependentes, programas de saúde internos e referência assistencial particular como benefícios, abrangendo a saúde física e mental favorecendo assim, condições seguras para o trabalho.

2. OBJETIVOS

Promoção e proteção da saúde do conjunto dos trabalhadores da SBIBAE.

3. INDICAÇÃO E CONTRA – INDICAÇÃO

N/A

4. RESPONSÁVEIS

Médico Coordenador da Saúde do Trabalho

Cópia Controlada

Realizar os exames médicos previstos no programa PCMSO (Admissional, Periódico, Retorno ao Trabalho, Mudança de Função e Demissional).Encarregar médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem como com o ambiente, as condições s de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada funcionário, executando avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental; Encarregar os exames complementares previstos na legislação vigente a profissionais e/ou entidades, devidamente capacitados, equipados e qualificados, para a execução dos mesmos e emissão dos respectivos laudos: Estão autorizados pelo Médico Coordenador do PCMSO, a realizar os exames previstos no PCMSO, os profissionais abaixo relacionados: Médicos do Trabalho; Médicos Generalistas, Médicos da Atenção Primaria de Saúde/ Programa Cuidar.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

N/A

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

6. MATERIAL

N/A

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Procedimento	Segurança	Proteção

7.1 O Programa prevê o seguinte:

a) Admissional – Triagem inicial da saúde, no Admissional para o emprego

Avaliar se o estado de saúde clínica e ocupacional do candidato é compatível com a atividade a que se propõe dentro da Instituição, de modo que não venha a causar riscos ou agravos à sua saúde e a de seus futuros companheiros de trabalho. Deverá ser realizado antes que o trabalhador assuma suas atividades.

Procedimentos operacionais:

Cópia Controlada

Administrativos: Agendar o exame solicitado pelo setor de Recrutamento e Seleção, por meio da agenda compartilhada; Verificar se o cargo exige exames complementares relacionados aos riscos ocupacionais existentes no ambiente de trabalho onde realizará suas atividades laborais. Caso exista, o candidato receberá águia de exames. Em posse do resultado do exame o candidato fará o exame clínico; Receber o candidato na data e hora agendada; Cadastrar os dados do candidato no SGH para gerar o número do prontuário; Encaminhar o candidato à enfermagem para realizar a pré-consulta de enfermagem- Aferir os sinais vitais e registrar no prontuário eletrônico.

Enfermagem: Realizar a triagem de enfermagem, aferindo os sinais vitais e registrando no prontuário eletrônico, verifica se os esquemas vacinais estão em dia. Caso necessário atualiza vacinas contra hepatite B e Dupla Adulto (tétano e difteria); Verificação de peso e altura – registra no prontuário eletrônico CERNER, para fins de diagnóstico e para dar subsídio para estabelecer perfil de saúde e implantação de programas de promoção e prevenção de saúde. Registra no prontuário eletrônico clínico individual e libera para o médico realizar Exame ocupacional.

Médicos: Identificar o candidato selecionado por meio do prontuário clínico colocado no dispenser do consultório e solicitar o comparecimento do mesmo; Realizar anamnese clínica ocupacional do candidato sobre seus antecedentes clínicos pessoais, familiares e ocupacionais e sobre os diversos aparelhos orgânicos, anotando os dados no prontuário clínico individual e no prontuário eletrônico CERNER e SAP; Analisar os exames complementares exigidos para a função (parâmetros de avaliação e/ou indicadores biológicos de exposição), anotando os dados no prontuário clinico individual; Concluir o exame médico incluindo o registro de CID das patologias identificadas, hábitos e estilo de vida, certificando se o colaborador encontra-se APTO ou não ao exercício do cargo a que se propõe; Preencher e assinar o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO em 02 vias**;** Entregar a 1ª via do ASO para o candidato para que seja entregue ao setor de serviços de RH junto com a documentação solicitada

b) Medidas para controlar exposições ocupacionais nocivas, como exposição a Drogas Tóxicas

b1) Gestão Produtos Químicos (não inclui medicamentos): Este procedimento tem o objetivo de estabelecer procedimentos para teste, aprovação, cadastro, aquisição, armazenagem, utilização, sinalização, transporte, segregação, descarte e manuseio de produtos químicos, visando evitar/controlar perdas às pessoas, equipamentos, materiais e impactos ao meio ambiente. Aplicável para todas as unidades da SBIBAE (incluindo Voluntariado), bem como para Prestadores de Serviços (nas suas especificidades detalhadas no item de responsabilidades)

Cópia Controlada

A Saúde do Trabalho avalia os produtos químicos em conjunto com a Segurança do Trabalho e o Meio Ambiente (Gestão de Resíduos) antes da aquisição, ou teste, e sempre que houver queixas, relatos de incidentes, mudanças na legislação. Realizar exames periódicos específicos para usuários de produtos químicos, onde aplicável.

Este procedimento não é aplicável aos medicamentos ou cosméticos, mesmo que em testes; Também não se aplica aos reagentes (exclusivamente) da Química Seca, por exemplo, como cassetes secos para análises diversas.

Monitoração da exposição ocupacional a agentes químicos

A periodicidade das avaliações dos indicadores biológicos são semestrais, coletados na Admissão e Periódicos semestrais.

Procedimentos de Gestão de Produtos Químicos

intranet:http://portal.einstein.br/irj/portal/anonymous

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Ficha de Avaliação do Produto Químico

Plano de Ação em acidentes com exposição a Agentes Químicos e Quimioterápicos, segundo determinado na FISPQ dos produtos Químicos.
Comunicar a ocorrência ao SESMT – Segurança do Trabalho;

1. Contato com a pele: Lavar com água corrente em abundância retirar a vestimenta e procurar UPA levando a FISPQ do produto;

2. Contato com os olhos: Lavar com água corrente em abundância por no mínimo 15 minutos e encaminhar a UPA levando a FISPQ do produto;

Cópia Controlada

3. Ingestão acidental: Não induzir ao vômito, dar água para beber em grande quantidade se a vítima estiver consciente e procurar imediatamente UPA levando a FISPQ do produto;

4. No caso de contato com drogas tóxicas, avaliação médica na Saúde Ocupacional, solicitando provas de função hepática, renal, hemograma completo e adicionalmente, Beta HCG. Acompanhamento médico laboratorial por até 180 dias.

COMUNICAÇÃO, REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTES COM E SEM LESÃO

Incidentes e Emergências com produtos químicos nas instalações da SBIBAE

Diversas podem ser as emergências envolvendo produtos químicos, entre elas explosões, incêndios, derramamentos, entre outros. A orientação de como proceder em casos de incidentes com material radioativo **encontra-se na rotina PR.TEC.3376** – Acidente com material radioativo na Medicina Nuclear e PET-CT. Todo e qualquer derramamento de produto químico independentemente da quantidade / volume e do produto, deve ser informado no ramal 73000 e registrado no Sinapse (sistema Einstein

de notificação de eventos). Os bombeiros serão acionados imediatamente para as devidas orientações. Os colaboradores devem, onde aplicável, se afastar do local.

Cópia Controlada

Estão disponíveis na SBIBAE dois tipos de kits para contingência com derramamentos de ProdutosPerigosos:

Kit para derramamento de Produtos Químicos líquidos nas áreas:
01 caixa Clean Box cor laranja para resíduos químicos;
01 par de luvas nitrílicas de cor azul;
01 manta de absorção.

O kit é utilizado da seguinte forma:
Montar a caixa clean box laranja seguindo as orientações na própria caixa;
Calçar o par de luvas contido no kit;
Colocar a manta sobre o material para ser absorvido;
Recolher a manta e desprezar na caixa clean box laranja;
Retirar as luvas e desprezar na caixa clean box laranja;
Preencher a ficha que acompanha o kit para derramamento e enviar ao PCI – Bombeiros;
Solicitar ao PCI - Bombeiros a reposição do kit.

Kit de emergência para derramamento de Quimioterápicos
01 caixa Clean Box cor laranja para resíduos químicos;
01 par de luvas nitrílicas de cor verde;
01 manta de absorção com capacidade de conter até 01 litro;
01 conjunto de pá e escova;
01 propé;
01 mascara semi facial PFF II;
01 avental tipo barbeiro;
01 óculos de segurança;

O kit é utilizado da seguinte forma:
Montar a caixa clean box laranja seguindo as orientações na própria caixa;
Calçar o par de luvas contido no kit;
Vestir o avental;
Calçar o propé;
Colocar a mascara semi facial PFF II;
Colocar o óculos de segurança;
Colocar a manta sobre o material para ser absorvido (caso seja liquido);
Recolher o material usando o conjunto de pá e escova (sólido);
Recolher a manta e desprezar na caixa clean box laranja: (líquido);
Desprezar o conjunto de pá e escova na caixa clean box laranja (sólido);
Desprezar todos os EPI´s utilizado na contenção na caixa clean box laranja;
Preencher a ficha que acompanha o kit para derramamento e enviar ao PCI – Bombeiros;
Solicitar ao PCI - Bombeiros a reposição do kit.

Cópia Controlada

Higienização pós-derramamento dentro das instalações da SBIBAE

Após a contenção do derramamento ou vazamento a Segurança do Trabalho /SGA e o Bombeiro deverão avaliar o ambiente para verificar se área está apta ao retorno de suas atividades. Não existindo riscos, o Bombeiro deverá entrar em contato com o departamento de Higiene da Unidade para solicitar a higienização do local. A equipe de higiene deverá se deslocar até o local, munidos com os EPIs adequados à atividade. Todos os resíduos contaminados pelo Produto Perigoso devem ser descartados como resíduos químicos em saco de lixo ou caixa Clean Box na cor laranja. Após a retirada dos resíduos, a equipe de higiene deverá iniciar a limpeza terminal, de acordo com o procedimento específico da área afetada. Todo o processo de higienização deve ser acompanhado pelo Líder de Governança ou Supervisor de Higiene, que ao final deverá comunicar ao comando de área fria que o local está liberado para funcionamento.

Antídotos para produtos químicos da SBIBAE

O Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo é referência oficial quando da absorção, inalação ou ingestão de produtos químicos. Ele se destina a fornecer informações toxicológicas a médicos e à população em geral. O atendimento é gratuito, por telefone, 24 horas, todos os dias 0800 0148110 / (11) 3069 8571 / Fax (11) 3069 8800. As medidas de primeiros socorros variam de acordo com o tipo de produto químico e concentração. As unidades devem possuir os antídotos para as classes de produtos químicos utilizadas na SBIBAE para uso em caso de ingestão destes produtos. Em Gestão dos Produtos Químicos há a lista de antídotos de alguns produtos químicos. Cabe às Unidades de Pronto Atendimento a disponibilidade dos diversos antídotos que possuam potencial de utilização mediante intoxicação e/ou ingestão de produtos químicos utilizados na SBIBAE.

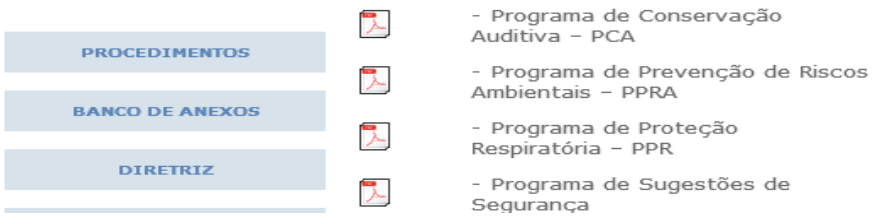
Comunicação, Registro e Investigação de incidentes com e sem lesão, procedimentos detalhado da gestão dos produtos químicos, descritos na intranet.

Documentação Institucional --> DPAQSMA →Gestão de produtos Químicos

Cópia Controlada

b2. Medidas para controlar exposições ocupacionais nocivas, como exposição a Ruído prejudicial. A SBIBAE possui o PCA - Programa de Conservação Auditiva, garante a proteção dos colaboradores da perda auditiva decorrente de exposição ocupacional ao ruído.

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador



A avaliação Audiométrica é realizada a todos os colaboradores que, são:

Candidatos a atividades em áreas ruidosas no Exame de Admissão ou Mudança de Função e seis (6) meses depois, de acordo com NR7 (PCMSO).
Colaboradores que já trabalham nessas áreas em Exame Periódico anual.
Não poderão ser atribuídas tarefas que exijam o uso de protetores auriculares, antes do Médico do Trabalho atestar que o trabalhador está em condições apropriadas de saúde para executar a tarefa usando o protetor auricular;

Os Exames Audiométricos Periódicos são realizados sem repouso auditivo, para que se identifiquem precocemente rebaixamentos transitórios de limiares, por ineficiência dos mecanismos de atenuação, sendo que para comprovação, deverão realizar uma segunda Audiometria em repouso auditivo absoluto de no mínimo 14 horas, aqueles que mostrarem alterações nas frequências de 3; 4 e 6 KHZ compatíveis com as definições da Portaria 19, de 9/04/1998

Cópia Controlada

A ficha de registro Audiométrico: Nome, idade e identificação do examinado, data do exame, setor de trabalho e função, assinatura e registro profissional do examinador, equipamento utilizado, calibração, traçado audiométrico e observações.

O Laudo do Fonoaudiólogo contém o tipo e o grau da perda auditiva; de acordo com a classificação baseada na Portaria 19. Na presença de qualquer perda auditiva, o diagnóstico nosológico é realizado por um Médico Otorrinolaringologista ou médico habituado ao diagnóstico de patologias auditivas;

O resultado de cada Avaliação Audiométrica é de conhecimento do colaborador, o mesmo assinar o exame audiométrico no campo reservado para assinatura do funcionário, após tomar conhecimento do resultado pelo setor médico.

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

b3. Medidas para controlar exposições ocupacionais nocivas, como exposição a inalação de ar contaminado com poeiras, fumos, névoas, fumaça, gases, vapores e agentes biológicos patogênicos através do **PPR – Programa de Proteção Respiratória.** Documentação Institucional→ Recurso Humanos → Saúde Ocupacional→ Procedimentos

➔ Programa de Proteção Respiratória - PPR

O Hospital Israelita Albert Einstein estabelece, por meio do **Programa de Proteção Respiratória**, um conjunto de medidas, com a finalidade de adequar a utilização dos **equipamentos de proteção respiratória (EPR),** quando necessários, para complementar medidas de proteção coletiva existentes ou para garantir uma completa proteção ao colaborador contra os riscos respiratórios nos ambientes de trabalho.

Saúde do Trabalho

Cópia Controlada

Controla, registra e realiza os testes de vedação dos respiradores, conforme o Procedimento intitulado como Ensaio de Vedação Qualitativo; Avalia, aprova ou reprova o uso de respirador pelo colaborador; Determina, através de exame médico específico, se uma pessoa tem ou não condições médicas de usar um respirador; O conteúdo e a frequência desse exame médico estão especificados no PCMSO.

Os Responsáveis: As áreas de Saúde e Segurança do Colaborador, lideranças e demais colaboradores compartilham da responsabilidade de cumprir com as recomendações contidas neste documento.

B4. Plano de Radioproteção - Radiodiagnóstico SBIBAE

Visa orientar os profissionais de diversas áreas sobre os riscos e cuidados a serem adotados na instituição, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), no que tange o uso das radiações ionizantes.Este documento tem por objetivo estabelecer e definir as diretrizes básicas de proteção radiológica para

implementação de medidas de proteção para os colaboradores da instituição de acordo com os requisitos legais e normas vigentes e um padrão de conduta eficaz de forma a alcançar um nível satisfatório de segurança diante dos riscos físicos das radiações ionizantes inerentes às atividades dos profissionais.

Acidente com material radioativo – Descrito o procedimento de descontaminação no documento institucional – intranet – PR.TEC 3376.2

O plano de Radioproteção tem por finalidade proteger a saúde dos profissionais, clientes e visitantes dos riscos das radiações ionizantes.

Cópia Controlada

Identificação dos Serviços:

HIAE
Banco de Sangue
CC 5º Andar
CMI Suíte Endovascular
Endoscopia
Enfermagem - Imagem Morumbi
Engª Clínica
Ergometria
Fonoaudiologia
Hemodinâmica

Iodoterapia
Litotripsia
Medicina Nuclear
Radiologia Morumbi
Radioterapia
Tomografia - Morumbi
Tomografia Intervencionista

Parque de equipamentos radiológicos

Os equipamentos radiológicos (para fins de diagnóstico) atualmente instalados e em operação no Hospital Albert Einstein e nas Unidades Avançadas são divididos nas seguintes modalidades:

- Raios X portátil, Raios X convencional / digital, Raios X telecomandado;
- Arco Cirúrgico;
- Mamografia;
- Estereotaxia;
- Tomografia Computadorizada,Tomografia Computadorizada portátil;
- Hemodinâmica e densitometria óssea.

A quantidade e modalidade dos equipamentos nas unidades do HIAE irá variar de acordo com o tamanho e complexidade de atendimento da unidade

Controle das Doses Ocupacionais

Cópia Controlada

O controle de doses ocupacionais é realizado através da leitura mensal de Dosímetros OSLD (luminescência opticamente estimulada) usados pelos colaboradores com exposição ocupacional à radiação ionizante. A leitura é feita por empresa terceirizada que efetua a troca mensal dos monitores e fornece um relatório das doses individuais. Os relatórios são avaliados pela Física Médica, que determina os casos em que ocorreram as seguintes situações, definidas pela Norma CNEN NE-3.01:

Dosímetro obteve leitura superior ao nível de investigação (> 1,00 mSv): neste caso, são examinadas as situações que provocaram a leitura e tomadas as devidas ações corretivas, quando necessárias.

Dosímetro obteve leitura superior ao limite mensal (> 4,00 mSv): neste caso, é feita também uma investigação da causa da leitura e, caso fique comprovado que o colaborador realmente recebeu a dose ou ainda caso haja dúvida se ele recebeu mesmo a dose ou não, o colaborador é encaminhado para a Saúde do Trabalho, onde ele será submetido à exame médico especial. Os relatórios originais são arquivados na

Física Médica – Engenharia Clínica e cópias são entregues nos setores para acesso aos usuários. Para possibilitar o acesso da Medicina Ocupacional às leituras dos dosímetros, foi criado um Banco de Dados em Access, onde os valores de doses são periodicamente atualizados. O Banco de Dados é acessado pela rede \\arqsv0\contdose. Uma vez por ano são enviados relatórios com as doses acumuladas dos últimos cinco anos para cada usuário de dosímetro.

Exposições Acidentais ou de Emergência:
Em caso de incidente envolvendo radiação ionizante, os colaboradores expostos serão encaminhados à Saúde do Trabalho. A Segurança do Trabalho deve ser informada (abrir notificação no SINAPSE) e os dosímetros deverão ser enviados para leitura urgente.

Situações de emergência:
Na eventualidade de um equipamento de raios X não interromper o feixe de exposição durante um exame, o mesmo deverá ser desligado imediatamente, acionando-se a chave de emergência “stop” ou a chave geral do equipamento.

Em caso de exposição acidental do colaborador(es), é necessário que seja efetuado o mais rápido possível o cálculo/estimativa da dose recebida, e o(s) mesmo(s) deverá (ão) ser encaminhado(s) pelo médico responsável para realização de exame de sangue na data adequada para a colheita e o acidente apurado e registrado em sistema apropriado

Cópia Controlada

Sinalização
Todas as salas radiológicas do Hospital Albert Einstein e unidades externas possuem sinalização luminosa externa (lâmpada vermelha) indicando a presença de radiação ionizante durante os procedimentos radiológicos, avisos para pacientes e/ou acompanhantes grávidas, símbolo internacional indicando a presença de radiação ionizante e que a área é restrita e avisos para acompanhantes. O padrão de símbolo internacional, sinal luminoso e aviso para pacientes são os mesmos para todo o hospital e unidades avançadas. Os avisos para eventuais pacientes grávidas, também são afixados nas salas de espera dos Setores que fazem o uso de radiação ionizante em suas rotinas diárias de trabalho.

Sinalização padronizada de aviso:

1. Área Restrita 2. Pacientes Gestantes 3. Acompanhantes

Acessórios e vestimenta de proteção individual - Para proteger trabalhadores e pacientes da radiação ionizante são utilizados os acessórios plumbíferos listados abaixo, e que são distribuídos conforme a utilização da sala e/ou tipo de equipamento de raios X:

Avental Plumbífero: 0,5 mm de Pb	**Óculos Plumbífero:** 0,9 mm de Pb
Protetor de Gônadas: 1,0 mm de Pb	**Saiotes para pacientes:** 0,5 mm de Pb
Protetor de Tireoide: 0,5 mm de Pb	

Cópia Controlada

Relação de vestimentas de proteção individual para diferentes tipos de equipamentos radiológicos.

Tipo de equipamento	Equipamentos de radioproteção disponíveis*
Raios X Portátil	Avental plumbífero Protetor de tireoide
Raios X Convencional/Digital	Avental plumbífero Saiote plumbífero Protetor de tireoide Protetor de gônadas
Raios X Telecomandado	Avental plumbífero Saiote plumbífero Protetor de tireoide Protetor de gônadas Óculos plumbífero
Mamografia	Saiote plumbífero Protetor de tireoide
Estereotaxia	Saiote plumbífero
Arco Cirúrgico	Avental plumbífero Protetor de tireoide
Hemodinâmica	Avental plumbífero Protetor de tireoide Saias e visores plumbíferos das mesas de exames Oculos plumbífero
Tomografia Computadorizada	Avental plumbífero Protetor de tireoide Saias plumbíferas Oculos plumbífero

*A quantidade de acessórios irá variar com o uso das salas e tipos de exames executados.

Programa de Treinamento Específico e Reciclagem

O programa de treinamento anual para os IOE contempla boas práticas e princípios de proteção radiológica, dosimetria, efeitos das radiações e outros requisitos da Portaria 453. Os registros desses treinamentos ficam armazenados no Departamento de Ensino Corporativo.

Cópia Controlada

Higienização dos equipamentos e controle de infecção

Para equipamentos e materiais compartilhados entre pacientes é necessário realizar limpeza e desinfecção conforme documentação institucional:

Limpeza e Desinfecção de superfícies/equipamentos (PR.ASS.MULT.2625.1).

Procedimentos Recomendados para higienização das vestimentas plumbíferas

As vestimentas plumbíferas podem estar expostas a agentes infecciosos durante o atendimento dos pacientes nos serviços de saúde e devem ser submetidas ao processo de higienização. A higienização destes itens de uso compartilhado consiste em:

Limpeza concorrente: Procedimento: realizar a limpeza e desinfecção imediata do local contaminado com produto detergente desinfetante padronizado na Instituição. Periodicidade: sempre que a vestimenta apresentar alguma sujidade visível. E após o atendimento de pacientes em precaução durante o contato.

Limpeza terminal: Procedimento: realizar a limpeza e desinfecção com produto detergente desinfetante padronizado na instituição. Periodicidade: a limpeza terminal deve ser realizada semanalmente em dia pré-definido em cada setor. Após a limpeza concorrente e terminal das vestimentas deve ser realizado o registro em impresso padronizado disponível e controlado em cada setor.

Acidente com material radioativo – Descrito o procedimento de descontaminação no documento institucional - Intranet PR.TEC 3376.2

Unidade Responsável	Departamento	Bloco	Andar de uso do Produto Químico	Nome do Produto	Classe de Risco
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	99mTc	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	131 I	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	201Tl	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	67Ga	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	123I	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	111In	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	153Sm	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	68Ga	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	90Y	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	177Lu	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	223Ra	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	18F	Radioativo
Morumbi	Medicina Nuclear	B/D	1ss	125I	Radioativo
Jardins	Imagem	-	-	18F	Radioativo

Cópia Controlada

b5. Segurança para Exposição à Agentes Biológico

Definições

Biossegurança: é um processo progressivo, funcional e operacional de fundamental importância em serviços de saúde, que aborda medidas de controle de infecções para proteção dos profissionais, um conjunto de condições de segurança alcançada por um

conjunto de normas e procedimentos considerados seguros e adequados à manutenção da saúde, visando a redução de riscos à saúde e acidentes ocupacionais.

Aerossóis: são núcleos goticulares ou de pequenas partículas (<5 micra de tamanho) que podem conter agentes infecciosos que permanecem infectantes por períodos prolongados e podem percorrer longas distâncias.

Amostra: uma ou mais partes retiradas de um sistema com o intuito de fornecer informações sobre o sistema, e servir de base para uma decisão sobre o sistema ou a sua produção. Exemplo: Determinado volume de soro retirado de um volume maior.

Antisséptico: são formulações germicidas hipoalergênicas e de baixa causticidade destinada ao uso em pele e mucosa. Os antissépticos podem ser divididos em: sabões antissépticos - combinam a ação antimicrobiana com a ação mecânica dos tensoativos, ou soluções antissépticas tópicas - atuam como antimicrobianos de uso tópico, devendo ser empregadas após a limpeza da pele/mucosa, para assegurar sua efetividade.

Descontaminação: é o processo de remoção de microrganismos patogênicos de objetos inanimados e superfícies.

Desinfecção: é o processo de eliminação de microrganismos patogênicos, exceto os esporos bacterianos, de objetos inanimados ou superfícies.

Cópia Controlada

Equipamento de Proteção Coletiva (EPC): são medidas, dispositivos ou produtos que previnem, eliminem ou reduzam a utilização ou formação de agentes prejudiciais à saúde no ambiente de trabalho (NR 9) e podem ser utilizados por mais de um colaborador após a desinfecção, descontaminação ou limpeza preconizada.

Equipamento de Proteção Individual (EPI): considera-se EPI todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado a proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a Segurança e a Saúde no Trabalho (NR 6). É regulamentado pela Portaria 485, de 11 de novembro de 2005, que aprova a NR 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde) do Ministério do Trabalho

Higiene das mãos: a lavagem das mãos é considerada uma medida de biossegurança na prevenção e controle da disseminação de infecção, remoção de sujidade, suor, oleosidade, pelos e células descamativas.

PRODUTO DE ESCOLHA!

SE AS MÃOS ESTIVEREM VISIVELMENTE SUJAS

Os 5 momentos para higienização das mãos

Cópia Controlada

Uso de Luvas: é necessária a utilização de luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa, e em procedimentos envolvendo manuseio de reagentes químicos, amostras biológicas, lavagem de materiais, câmaras frias, entre outros, com o objetivo de proteger as mãos dos profissionais de saúde. As luvas estão disponíveis nas áreas para uso dos profissionais em quaisquer situações, citadas ou não, que indiquem sua utilização.

Na manipulação de determinados produtos químicos, por exemplo, nos laboratórios de Anatomia Patológica, parasitologia e química especial, entre outros, deve ser utilizada a luva nitrílica para manipulação de produtos químicos.

Utilizar sempre as luvas de proteção contra agentes mecânicos, químicos e térmicos na lavagem de materiais, por exemplo, na Endoscopia e na Central de Material Estéril (CME),

pois estas apresentam maior resistência contra esses tipos de materiais.

O uso de luvas deve ser restrito ao local de manuseio ou do procedimento, sendo desprezada logo após o uso ou quando apresentar sujidade, evitando o contato das mãos enluvadas com pessoas e outros materiais, outras superfícies (telefone, teclados, maçanetas e equipamentos), que podem levar à contaminação dos mesmos e consequente infecção por transmissão indireta.

A utilização de luvas não substitui a higiene de mãos.

Portanto, os profissionais devem higienizar suas mãos imediatamente antes de calçar as luvas e imediatamente após sua retirada. Aqueles que apresentarem lesões ou qualquer solução de continuidade na pele das mãos deverão usar luvas continuamente, trocando-as quando terminarem as manobras em área de risco.

Antes da padronização de um novo modelo de luva, ele deverá passar por avaliação das equipes de Segurança do Trabalho e Meio ambiente e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

EPI's para o atendimentode pacientes suspeitos ou confirmados de COVID19 por local de atendimento, categoria profissional e atividade

Cópia Controlada

Luvas de Procedimento: para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19

A luva funciona como barreira ao entrar em contato direto com o paciente, superfícies, mobiliários e equipamentos

As luvas deverão ser colocadas e fixadas sobre a extremidade do avental;

Elas deverão ser retiradas antes da retirada do avental. Com o dedo indicador, puxar pela parte interna do elástico da luva retirando-a pelo avesso.

Obrigatório uso: Máscaras N95; Óculos de Proteção; Avental descartável; Luvas; Gorro e avental impermeável uso em algumas situações específicas

Máscaras

Máscaras N-95 - Para profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de Covid 19; Para qualquer profissional que necessite entrar em área de coorte e retirá-las apenas ao sair. Nas áreas que não são Coorte, os profissionais devem colocar a máscara N95 antes de entrar no quarto / box, retirá-las após fechar a porta, estando fora do quarto/box. No corredor.

Máscaras Cirúrgicas - Todos os profissionais da instituição que não estão na assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19; Trocar a máscara cirúrgica duas vezes ao dia - momento de refeição/descanso, ou se a máscara estiver úmida, suja ou a cada 6horas*. Pacientes durante o transporte para entre setores/unidades. Não deve ser utilizado por crianças menores de 2 anos, pessoas com problemas respiratórios ou insuficiência respiratória

Cópia Controlada

A mesma máscara pode ser utilizada para atender mais de um paciente, desde que o profissional não retire ou toque na mesma com as mãos não higienizadas.

É proibido deixar a máscara cirúrgica pendurada no pescoço, orelha ou posicionada abaixo do queixo

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/emergency-considerations-ppe.html*

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Óculos de Proteção - Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19. Não devem ser pendurados no pescoço ou circular fora das unidades assistenciais. Cordão de silicone para propiciar a limpeza. Para colaboradores que utilizam óculos de grau, utilizar o óculo de proteção de sobrepor. Modelo deve possuir CA-Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho.

Óculos e lente de contato pessoais não são consideradas proteção ocular adequada.

Protetor Facial - Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, sempre que houver exposição a grandes volumes de fluidos e em situações que gerem aerossóis O protetor facial é colocado em substituição ao óculos de proteção e tem a intenção de proteger a máscara N95 em sua parte externa e algumas áreas da face contra materiais biológicos.

Cópia Controlada

Avental de Isolamento - Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19. O avental funciona como barreira ao entrar em contato direto com o paciente, superfícies, mobiliários e equipamentos. As tiras do avental deverão ser amarradas na região do pescoço e da cintura, sempre na parte de trás, para evitar que o avental escorregue durante o cuidado; O avental nunca deve ser reutilizado. O profissional que permanecer durante todo o plantão prestando assistência ao paciente deve descartar o avental a cada uso no lixo infectante.

Especificações

Gramatura mínima de 40g e repelente a água.

Punho (preferência) ou elástico.

Comprimento mínimo abaixo do joelho.

Tira abdominal saindo de frente para trás

Tira para amarração no pescoço

Cópia Controlada

Gorro Descartável - Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, sempre que houver exposição a grandes volumes de fluidos e em situações que gerem aerossóis

C. Educação, treinamento e intervenções no tratamento seguro do paciente.

Programa de Movimentação Segura, está descrito em Procedimentos - RH ->SAÚDE OCUPACIONAL ->PROCEDIMENTOS ->Movimentação Segura do paciente

A análise do levantamento e reposicionamento de qualquer paciente implica numa avaliação prévia das necessidades e capacidades do paciente envolvido. Esta avaliação prévia permite determinar as características físicas, psíquicas e de autonomia do paciente, respeitando a sua dignidade e segurança e dentro do contexto identificado, estabelecer os

métodos seguros para o profissional de saúde executar as tarefas, determinadas no plano de cuidado e atendimento

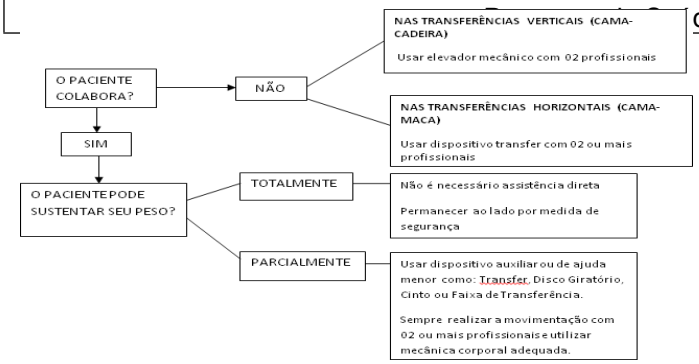
O Programa de Movimentação Segura tem finalidade de evitar lesões osteomuculares/ergonômicas nos profissionais de saúde e evitar risco ao paciente da SBIBAE durante movimentações e transferências na rotina assistencial.

A equipe é constituída por 5 profissionais – Auxiliares de Enfermagem atuam na UTI e Semi – Intensiva

São treinaods e acompanhados pelo Educador Físico e Analista de Ergonomia.

Cópia Controlada

Fluxo dos requisitos mínimos para o procedimento



d. Educação, treinamento e intervenções no gerenciamento da violência no local de trabalho.

A classificação da violência ocupacional é complexa e heterogênea entre os autores da literatura sobre o tema. A International Labor Organization (ILO), em sua publicação 9 Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon, define violência ocupacional como "qualquer ação, incidente ou comportamento que se afaste da conduta razoável em que pessoa é agredida, ameaçada, prejudicada, ferida no curso ou como resultado direto de seu trabalho". A publicação também divide a violência em duas categorias:

Cópia Controlada

Violência interna no local de trabalho é aquela que ocorre entre trabalhadores, incluindo gerentes e supervisores;

Violência externa no local de trabalho é aquela que ocorre entre os trabalhadores, gerentes e supervisores com qualquer outra pessoa presente no local de trabalho.

A Occupational Safety and Health Administration (OSHA)10, classifica a violência em ambiente de Trabalho de quatro tipos que se diferenciam quanto ao agressor e à natureza da agressão. Essa classificação costuma ser citada em estudos observacionais ou experimentais do tema:

Tipo 1: violência criminosa (roubo, assassinato, entre outros) realizada por trabalhadores ou pessoas externas à empresa;

Tipo 2: violência executada por clientes, pacientes, consumidores da empresa contra

trabalhadores. Como exemplo, temos a agressão física ou verbal de pacientes contra profissionais da saúde;

Tipo 3: violência executada entre trabalhadores de qualquer nível hierárquico. Como exemplo, temos o bullying ou assédio moral ou sexual entre trabalhadores;

Tipo 4: violência em ambiente de trabalho contra o trabalhador por pessoas da sua intimidade.

Pela classificação da OSHA, o escopo da diretriz é direcionado para violência tipos 2 e 3.

O assédio moral no trabalho possui conceituação e identificação complexas, pois é de difícil investigação ou mapeamento por estar incrustado no relacionamento, na comunicação interpessoal, no cotidiano e organização profissional e na subjetividade individual dos envolvidos. O Ministério Público Federal (MPF) em sua cartilha[11] Assédio moral, assédio sexual e discriminação coloca que o assédio moral:

> "É definido como qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho".

Cópia Controlada

Quanto aos dados epidemiológicos publicados internacionalmente, a violência ocupacional é documentada em alta prevalência em diversos grupos de trabalhadores e ambientes profissionais: profissionais de cirurgia[12], enfermeiras[13], salas de emergência[14], bombeiros[15], policiais[16], professores[17,18]. É um fator de risco com correlação significante de maior prevalência de comorbidades físicas e mentais e com consequências em desfechos ocupacionais.

A SBIBAE tem a política que estabelece os critérios para a condução de comportamento disruptivos e determina o fluxo de identifcação.

POLÍTICA DE TRATAMENTO COM FAMILIARES / ACOMPANHANTES DISRUPTIVOS E PACIENTES INDESEJADOS

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

- Política de tratamento com familiares/acompanhantes disruptivos e pacientes indesejados

O objetivo principal desta política é estabelecer um fluxo de condução do comportamento disruptivo de pacientes e acompanhantes, pelos profissionais da saúde com foco na redução dos impactos do comportamento.

Como mecanismo para conter a situação mais crítica relacionada ao comportamento disruptivo dentro da organização, desenhou-se o **código Alfa**, com os objetivos de: oferecer apoio aos colegas que estão lidando com situações disruptivas, ameaçadoras ou violentas; conduzir o conflito como barreira final e medidasextremas.

Recomenda-se que a equipe do código Alfa seja composta por:

Líder de Equipe (enfermeiro ou psicólogo);

Profissional Médico;

Profissional que atue na linha de frente (assistencial ou não);

Segurança.

Cópia Controlada

Capacitação e Treinamento: Pretende-se introduzir esta política nos treinamentos institucionais obrigatórios, com recorrência a cada doisanos

Plano de Ação para casos de Agressão Física, ocorrida durante a jornada de trabalho:

Se necessário, providenciar contenção imediata do agressor;

Afastamento imediato do funcionário, do contato com o agressor e encaminhamento a UPA para atendimento; No caso de mordedura aplicar protocolo de acidente com material biológico;

Registrar a ocorrência no sistema de notificação e comunicar a segurança do trabalho e Saúde Do Trabalho para emissão de CAT;

Dar Feedback ao(s) agressor(es) e médico responsável em relação as regras institucionais de direitos e deveres do paciente e regras de prática médica na instituição;

No caso do agressor ser médico do corpo clínico notificar a diretoria de prática médica;

Orientar equipe em relação ao comportamento do agressor, propondo ações evasivas no caso de tentativa de novas agressões;

Encaminhar o funcionário que apresentar labilidade emocional em decorrência da agressão, para avaliação psicológica no serviço de saúde ocupacional e acionar POP (Programa de Orientação Pessoal) ou Hot Line.

Manter acompanhamento preventivo de stress pós-traumático;

No caso de comprometimento do clima da equipe acionar a Saúde Mental e Saúde do Trabalho e Consultor de RH para definição de abordagem coletiva.

Como contatar Hot Line - **Ouvid – Hotline** são Psicoterapias e ações in loco (chamadas momento OUVID) **Contato** 2151 – 3557

POP: Telefone | 0800 772 4567 / E-mail | fale@popauster.com.br / Whatsapp | 11 – 961839040 www.vivaok.com.br | No 1° acesso, é preciso realizar o cadastro, com nome completo, e-mail, DRT (matrícula/ID).No campo senha, utilize sempre:08007724567. Facebook | Auster

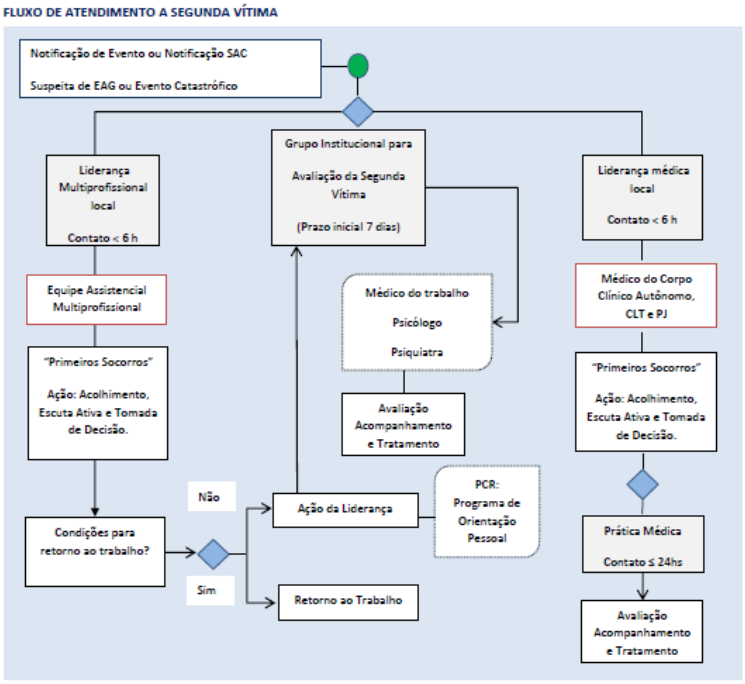
Cópia Controlada

Ouvid – Hotline são Psicoterapias e ações in loco (chamadas momento OUVID)
Contato 2151 – 3557

e. Educação, treinamento e intervenções para profissionais que podem ser segundas vítimas de eventos adversos ou sentinelas.

As segundas vítimas - são todos os profissionais de saúde (médicos e equipe multiprofissional), envolvidos em evento adverso imprevisto com consequente dano ao paciente. É alta a prevalência de impacto na saúde mental desses profissionais, se faz necessário criar um fluxo específico para atendimento, apoio e iniciar uma investigação primária.

Cópia Controlada



Cópia Controlada

Assédio Moral / Assédio Sexual: Canal de Denúncias

O Einstein possui um canal de denúncias para o relato de situações referentes a temas de ética e conformidades. A ferramenta está disponível a todos os públicos, via portal institucional www.einstein.br/compliance, telefone 0800 741 0004 e intranet. Os relatos podem ser feitos de forma anônima. O trabalho de análise e apuração das denúncias conta com o suporte das comissões técnicas de prática médico–assistencial, assédio moral e sexual, pesquisa científica e compliance. Além de medidas disciplinares em casos de denúncias procedentes, as apurações orientam a revisão dos processos relacionados e melhorias dos seus controles, com o objetivo de evitar a recorrência das não conformidades identificada.

f. Tratamento para condições comuns relacionadas ao cargo, como lesões nas costas ou lesões mais urgentes.

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Afastamento imediato das atividades geradoras dos sintomas. Comunicar a ocorrência ao SESMT Segurança do Trabalho; Agendar avaliação de Saúde do Trabalho com Médico do Trabalho; Avaliação com Médico da Família nas Clínicas Einstein e Ortopedista No Grupo Locomotor no HIAE se necessário; o emitir recomendações e/ou restrições para o exercício da atividade; ou Mudança de função;

Trabalho Compatível – adaptação do trabalho às capacidades dos colaboradores, levando em conta seu estado de sanidade física e mental. (RC 161 OIT).

FORMULÁRIO TRABALHO COMPATÍVEL– EINSTEIN
Saúde Corporativa RH

Cópia Controlada

Realizar Analise Ergonômica qualitativa e quantitativa das atividades e do posto de trabalho;

7.2 Exames Preventivos Periódicos e Imunizações:

7.2.1 - Exame Médico Periódico: Controla e detecta precocemente através de exames clínicos e/ou laboratoriais, os possíveis danos à saúde do empregado, em decorrência ou não do trabalho que executa com a finalidade de assegurar o seu bem estar, a continuidade operacional e a produtividade. Deverá ser realizado conforme os intervalos máximos determinados pelo médico coordenador do programa, com base nas características e riscos à saúde observados na empresa.

Cópia Controlada

Procedimentos operacionais:

Administrativos: Receber o candidato na data e hora agendada; Encaminhar o candidato à enfermagem para realizar à pré -consulta de enfermagem – Aferir os sinais vitais e registrar no prontuário eletrônico.

Enfermagem: Receber o colaborador na data e hora agendada; Preparar o colaborador realizando a pré consulta de enfermagem.

Médicos: Identificar o colaborador selecionado por meio do prontuário clínico/ eletrônico colocado no consultório médico; Solicitar o comparecimento do mesmo ao consultório médico; Realizar anamnese clínica ocupacional do colaborador sobre seus antecedentes clínicos pessoais, ocupacionais e sobre os diversos aparelhos orgânicos, anotando os dados no prontuário clínico individual do PCMSO e no prontuário eletrônico; Realizar exame clinico completo, anotando os dados no prontuário clínico e prontuário eletrônico;. Anamnese Clinica Ocupacional: É obrigatória e deve ser dirigida para os fatos e sintomas ligados diretamente à atividade laboral e ao ambiente de trabalho do empregado; Verificar se existem antecedentes pessoais individuais e/ou laborais ou outros sintomas intermitentes que possam

ajudar na identificação de uma patologia ocupacional; Analisar os exames complementares exigidos para a função (parâmetros de avaliação ou indicadores biológicos de exposição), anotando os dados no prontuário clínico individual do PCMSO e no prontuário eletrônico; Concluir o exame médico, incluindo o registro de CID das patologias identificadas, hábitos e estilo de vida, certificando se o colaborador encontra-se APTO ou não a continuidade do exercício do cargo; Preencher e assinar o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO em 02 vias; ASO INAPTO o empregado não deve continuar trabalhando, será encaminhado ao Médico Assistente para tratamento, com Atestado Médico com CID. ASO Apto retornará para setor de trabalho.

7.2.2 – Imunizações

O Programa de Vacinação e Imunização prevê o gerenciamento dos vacinados, bem como registro e emissão de carteira específica a fim de garantir a atualização permanente. Além de atender um requisito legal, nosso objetivo é informar e esclarecer a respeito das melhores práticas de proteção dos colaboradores contra os agentes infecciosos de doenças evitáveis por vacinas. Trata-se de responsabilidades compartilhadas entre liderança, colaborador e Saúde do Trabalho. O registro é iniciado no Exame Médico Admissional e as atualizações são realizadas no Exame Médico Periódico e/ou quando necessário.

A diretriz para vacinação contra hepatite B é: todo colaborador, participante ou não da assistência ao paciente ou que manipula material biológico (sangue, líquidos corporais, secreções, excreções) de forma presumível deverá receber 3 doses da vacina nos momentos 0,1 e 6 meses e ter a imunidade checada cerca de 30 dias após a 3ª dose.

Cópia Controlada

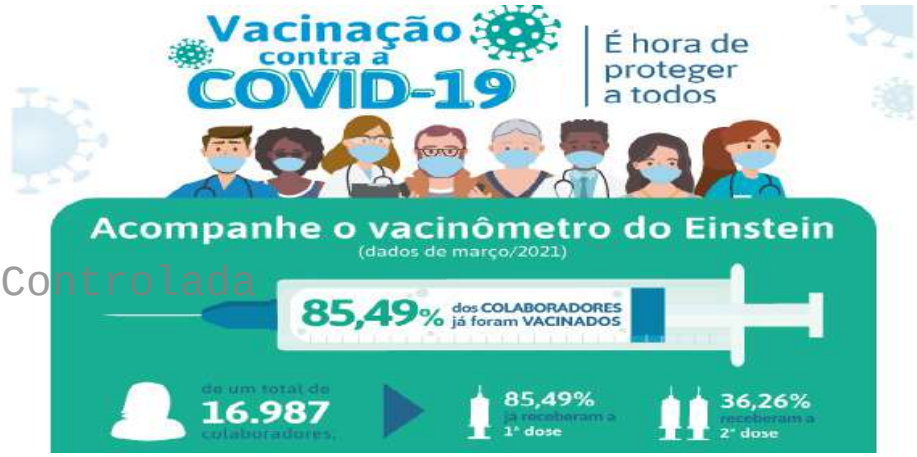
Áreas prioritárias no HIAE: Enfermagem, Fisioterapia, Biomédicos, Laboratórios, Médica, Higiene e Manutenção.

Identificamos os profissionais não vacinados, não há obrigatoriedade em vacinar no Brasil, mas, quem não concordar deverá assinar termo de recusa, passar em consulta com o Médico do Trabalho para registro em prontuário médico dos motivos da recusa (Alergias; doenças autoimunes; crenças e desinformação sobre risco de eventos adversos). Aconselhamos e esclarecemos, se for profissional da linha de frente em ambientes com risco de alta exposição, realocamos para trabalho sem contato com esses pacientes.

A Saúde do Trabalho se encarrega de resolver situações de exceção como vacinação na gravidez, de colaboradores portadores de certas doenças crônicas, e não resposta ao esquema básico. A vacinação contra o tétano (dupla adulto) também deve seguir o protocolo vigente.

Campanha Vacina Influenza

Fases	Grupos Atendidos
Fase I 30/03 até 09/04 (inclusive aos sábados)	UPAs (Morumbi e Externas e HMVSC), UPG (Departamento Pacientes Graves), Enfermarias Covid, Oncologia (Morumbi, Perdizes e HMVSC), UTIs e Semi Pediátrica / Neo Natal / Adulto, Pediatria e Neonatologia (HAE e HMVSC), Clínicas Einstein, Creches, Médico Corpo Clínico Autônomo e Voluntários.
Fase II 12/04 até 06/05 (inclusive aos sábados)	Demais colaboradores das Unidades Morumbi (complexo e prédios adjacentes), HMVSC, Unidades Externas MDA São Paulo, CMA, PEC P e IRD (AMAs, CAPs, UPAs, Atenção Básica, RTs), RIAE e Bolsistas. Médico Corpo Clínico Autônomo. Colaboradores das Unidades de Ensino, Centro Administrativo Faria Lima, Iguatemi, Hospital Albert Einstein, NTTI, Demais Unidades Externas (Mogi, Sorocaba, Campinas, Einstein Até Você, Paulista, Morato, Operações em Clientes - Vivo, Abbott, Safra e Natura). Unidades Outros Estados: - Rio de Janeiro (Santa Lúcia, Pró-Cardíaco, Samaritano, Vitória e Ensino) (RJ) - Natura (Benevides/PA) - Hosp. Orion Goiania (GO) - Unidade Belo Horizonte (BH) - Genomika (Diversos Estados) - Prestadores de Serviços



Campanha Vacina Covid19

Cópia Controlada

7.3 PROGRAMAS DE SAÚDE

Programa Cuidar

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Criado em 2014 dentro da área de Saúde Corporativa, o programa tem como:

Missão- Integrar de forma humanizada, o cuidado dos colaboradores e dependentes, com foco na promoção e prevenção da saúde, com inovação e excelência.

Visão - Ser referência na Gestão de Saúde Populacional de forma sustentável, com geração de conhecimento.

Assim, surgiu o Programa Cuidar com diversas iniciativas e ações em saúde para nossos funcionários e suas famílias.

Programa cuidar - Pensando na saúde do colaborador e sua família, o Einstein desenvolveu um modelo de cuidado voltado não somente ao tratamento de doenças, mas principalmente à sua prevenção. Nesse sentido, oferece programas que englobam a saúde de forma integral, em unidades que possuem a estrutura necessária para o seu atendimento, com excelência.

Cópia Controlada

Clínica Einstein - A Clínica Einstein é a porta de entrada dos colaboradores e seus dependentes que buscam atendimento de saúde e acompanhamento ambulatorial. Atendimento personalizado, feito por uma equipe composta por Enfermeiro, Médico de Família, e Apoiador do Cuidado que farão o acompanhamento integral de sua saúde, propondo ações de cuidado e prevenção de acordo com a sua necessidade.

A Equipe Multidisciplinar atua em programas específicos, ex.:nutrição, saúde mental, gestação saudável, cessação do tabagismo, auxílio em atividades físicas, estilo de vida, bem-estar, entre outros temas. As consultas podem ser agendadas pelo aplicativo Meu Einstein.

Neste sentido, foram desenvolvidos outros programas que servem como suporte a este modelo de cuidado integral, tais como:

Cópia Controlada

A Clínica Einstein é a porta de entrada dos colaboradores e seus dependentes que buscam atendimento de saúde e acompanhamento ambulatorial. As consultas podem ser agendadas pelo aplicativo Meu Einstein ou pelo telefone via call center no telefone (11) 2151-0021, dependendo da disponibilidade de agenda dos profissionais, e os atendimentos podem ser feitos de forma presencial ou a distância utilizando a telemedicina como recurso digital.

Atendimento é feito por uma tríade do cuidado, composta por Enfermeiro, Médico de Família, e Apoiador do Cuidado que farão o acompanhamento integral de saúde, propondo ações de cuidado e prevenção de acordo com a necessidade, tendo como apoio a equipe multidisciplinar das clínicas, composta por nutricionistas, educadores físicos e psicólogos.

De acordo com as necessidades de saúde, o médico de família indicará a melhor estratégia para o cuidado longitudinal, recomendando programas específicos, seja em relação à nutrição, saúde mental, gestação saudável, cessação do tabagismo, auxílio em atividades físicas, estilo de vida, bem-estar, entre outros temas.

Além disso, há possibilidade da realização de exames laboratoriais, de imagem e ginecológicos, dependendo da estrutura ofertada de cada clínica que se diferem entre si.
Há também nas Clínicas Einstein, o serviço de pronto atendimento chamado Walk- in, composto por profissionais clínicos gerais e pediatras que fazem o acolhimento de casos de baixa complexidade como: sintomas de gripe ou resfriado, dor de cabeça, alergias leves; tosse; vômito; mal-estar; dor abdominal; diarreia; dor no corpo; infecção; dor de garganta ou ouvido.

Por meio da assistência primária, o cuidado é organizado e direcionado para o tratamento adequado, como: serviços ambulatoriais de outras especialidades, internações hospitalares, cirurgias, serviços de emergência, procedimentos ou mesmo orientações de prevenção.

Programa EngraVida - É um programa que tem como objetivo preparar as famílias, em especial a mulher, em todas as etapas que envolvem a gestação. Nele, você contará com todo o suporte necessário durante a trajetória da gestação. A partir das necessidades identificadas pela equipe de cuidado, a gestante é acolhida, tendo um time de referência para esclarecimento de dúvidas e apoio.

Ações do programa: Classificar corretamente o risco gestacional (baixo, médio e alto risco) para conseguir identificar com precisão as necessidades da gravidez;Acompanhar adequadamente todo o processo gestacional, identificando as suas necessidades individuais de saúde; Acolhimento e apoio no pós-parto;

Cópia Controlada

Orientação correta com informações baseadas em protocolos sobre todo o período da gestação e parto. Além de orientações sobre aleitamento materno, cuidados com o bebê, paternidade e todos os impactos da gestação na vida familiar;

Orientar sobre o retorno ao trabalho e a continuidade da amamentação;

Organizar e garantir a continuidade de cuidado da sua saúde junto à equipe de cuidado, possibilitando a manutenção dos cuidados em outros aspectos da saúde da mulher e assegurando a atenção ao bebê que irá nascer.

Critérios de inserção: Todas as colaboradoras ou dependentes ativas no plano de saúde da SOMPO.

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

Programa Calmamente que faz parte da Política de Saúde Mental e Bem Estar

Esta política tem por objetivo a promoção do bem-estar físico e mental dos colaboradores e seus dependentes.

Esta Política será implementada sob o cuidado de um comitê constituído para esta finalidade, com representantes das principais partes interessadas e representação da alta liderança:

1. Saúde Populacional;
2. Medicina Ocupacional;
3. Recurso Humanos
4. Especialistas em Saúde Mental;
5. Práticas Assistenciais;
6. Instituto de Ensino e Pesquisa.

Cópia Controlada

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Saúde populacional – Programa Calmamente

Cópia Controlada

O **Programa Calmamente** é formado por 8 eixos.

Promoção do Equilíbrio Emocional e Bem Estar

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Prevenção de Transtornos Mentais e Abuso de Substâncias

Atenção Primária

Atenção Psicossocial Especializada

Atenção de Urgência e Emergência

Atenção Hospitalar

Atenção Domiciliar

Reabilitação Psicossocial

A Promoção do Equilíbrio Emocional, através dos Programas

1.OUVID: a iniciativa OUVID é uma resposta institucional para o enfrentamento do impacto da COVID-19 sobre a saúde mental dos nossos colaboradores e seus dependentes, oferecido através de:

Cópia Controlada

Apoio psicossocial especializado

Ferramentas *online* de autocuidado, autogestão das energias e gestão das emoções

2.Treinamentos e capacitações em Saúde Mental, através de:

Programa de Resiliência para a linha de frente (oferecido nas rodas de conversa)

Treinamento das Lideranças em Habilidades Socioemocionais

Práticas Integrativas de Relaxamento Corpo-Mente

3.Plataforma OUVID: trata-se de uma plataforma web recheada de conteúdos didáticos em saúde mental e bem-estar. Os conteúdos são oferecidos em vídeos, áudios, textos, figuras e *playlists*.

4.Práticas Integrativas *on line*: cuidado através de link para uma sala virtual, recorrente, semanais, e inclui vídeo aulas síncronas de Meditação e Yoga, com terapeuta integrativa, e de Alongamento e Movimento com professores de atividade física da Instituição.

5.Rodas de Conversa: são sessões em grupos de até 10 colaboradores cada, semanal, com 1 hora de duração

6.Atividades de Relaxamento corpo-mente: acontecem presencialmente, nos postos de trabalho da linha de frente, especialmente nas áreas mapeadas como de alto risco psicossocial. Ex.: UPA, DPG; Enf. Pacientes Covid19

7.Treinamentos e Capacitações: promovemos anualmente para todas as lideranças médias e altas. Para alcançar estes objetivos são estruturados estruturamos as diferentes fases de treinamentos com base no tripé abaixo:

1. Letramento em saúde mental;
2. Capacitação em habilidades socioemocionais (*soft skills*)
3. Inteligência emocional (pessoal e do time)

Cópia Controlada

***8.Hotline*:** linha telefônica direta com psicólogos da saúde populacional, alocados na Central do Cuidado, para os primeiros cuidados em saúde mental/emocional

9.Psicoterapia Breve: são elegíveis para até 12 sessões de psicoterapia os casos encaminhados pelo *hotline*, à partir de estratificação de risco psicológico ou psiquiátrico moderado ou alto.

10.Acompanhamento médico de família e/ou psiquiatra: São elegíveis aqueles com transtornos mentais prévios ou estratificação de risco psicológico/psiquiátrico moderado a alto. e comunidade das clínicas Einstein de atenção primária à saúde.

SAÚDE E BEM ESTAR FÍSICO:

1. **Acompanhamento longitudinal de equipe multi pelo Programa Cuidar** : acompanhamento pelas Clínicas Einstein com nutricionistas, psicólogos e educadores físicos na busca de maior qualidade de vida e cuidados em saúde.
2. **Atividades de descompressão:** profissionais de educação física promovem atividades de movimento e descompressão nas áreas assistenciais do hospital.
3. **Gympass**: plataforma corporativa Gympass de atividade física, a qual dá acesso a centenas de academia de ginástica em todo o território nacional
4. **Encontros de Estilo de Vida:** encontros virtuais com equipe multidisciplinar e de promoção da saúde, medicina do estilo de vida, *coaching* em saúde e bem estar e medicina integrativa.
5. **Linha de cuidado em sobrepeso e obesidade:** linha de cuidado com fluxos organizados que conduzem a pessoa portadora de sobrepeso e obesidade ao acesso a cuidados de saúde. Pathway com a descrição do fluxo encontra-se publicado no portal da intranet.
6. **Parceria Einstein e Tá na Mesa**: união de conteúdos de saúde elaborados pelas nutricionistas da instituição com o apoio de chefs de cozinha renomados e indicados pela plataforma digital do Tá na Mesa (https://tanamesa.com/).
7. **Plataforma OUVID:** acesso a conteúdo digital com foco em estilo de vida saudável.
8. **Blog Vida Saudável Einstein**: plataforma digital com conteúdos sobre saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida produzido pelo Hospital Israelita Albert Einstein (https://vidasaudavel.einstein.br/)
9. **Política Institucional de Alimentação Saudável SBIBAE**: publicação de política focada em ações visando a promoção de um ambiente nutricional seguro e saudável em toda instituição.

Cópia Controlada

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

intranet – documentação institucional – HIAE – Nutrição – nutrição clínica – politicas

Ações do Programa Calmamente - 2020 e 2021

Cópia Controlada

Sistema Einstein de Segurança do Colaborador - SESCo

O **SESCo** foi estabelecido em 2015, desde então, vem sendo aprimorado a cada ano, tornando – se a referência para todas as ações da Segurança do Colaborador em todas as unidades da SBIBAE.

Determina as linhas de projetos e ações

Está alinhado ao Planejamento Estratégico da SBIBAE

É base para a organização da ISO 45.001

Responde a um dos requisitos do ODS 3 (Saúde e Bem Estar) do Plano Diretor de Sustentabilidade da SBIBAE

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

Está registrado no procedimento PR.TEC.9998.1-MANUAL DO SISTEMA EINSTEIN DE SEGURANÇA E SAÚDE DO COLABORADOR - SESSCO

Programa Foco - Tem por base 3 pilares

Cópia Controlada

1. **Tomada da Consciência:** a importância de **estar consciente para as atividades diárias** do trabalho para evitar comportamentos inseguros e exposições aos riscos.
2. **Licença para Cuidar:** entender que somos responsáveis pelo autocuidado e também pelo cuidado com o colega de trabalho, em linha com a **Regra de Ouro 2 da Segurança – Consciência.**
3. **Observação e Abordagem Comportamental: OAC**
   É uma ferramenta **educativa,** amplamente utilizada no mercado, com a finalidade de abordar comportamentos que foram observados, por meio de uma metodologia eficaz, que resulte em mudança de comportamento de risco e manutenção de comportamentos seguros.

Pontos que podem ser observados:

- Riscos Ergonômicos;
- Risco de quedas e batidas contra objetos;
- Uso de EPIs;
- Higiene das mãos;
- Adorno e calçados fechados;
- Manuseio de perfurocortantes;

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

- Manuseio de produtos químicos;

7.4 – Plano de Saúde e Rede Credenciada

O plano de Saúde Sompo é oferecido aos funcionários da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e seus dependentes elegíveis. As categorias do plano são definidas de acordo com o nível profissional, conforme a tabela abaixo:

Cópia Controlada

Níveis Profissionais	Categoria
Auxiliar, Estagiário, Técnico, Profissional Júnior e Pleno	Seleto I
Profissional Sênior e Supervisor	Seleto II
Médico	Seleto II
Gerente, Coordenador e Especialista	Seleto III
Coordenador Médico e Médico IV	Seleto III
Gerente Médico	Seleto III
Diretor	Seleto IV

Informações como coberturas, despesas não cobertas, coparticipação, reembolsos, inclusão de dependentes e rede credenciada, são encontrados via Portal no link https://apps.einstein.br/saude-do Trabalho/saude.html ou em:

Rede Credenciada Sompo Seguros Saúde, site - sompo.com.br/saude/rede-referenciada

Central de atendimento 24h da Sompo Saúde aos segurados do HIAE: Telefones: (11) 2151-2937

7.5 – Auxílio Atividade física

A parceria com Gympass tem como objetivo incentivar colaboradores e seus dependentes, a terem uma **vida de qualidade com saúde e bem-estar**, estimulando a prática de atividades diversas e de acordo com o perfil de cada um e dando acesso a recursos como academias e espaços de lazer e práticas corporais.

Cópia Controlada

São oferecidos vários planos com diferentes mensalidades no qual o colaborador escolhe qual melhor se encaixa em seu perfil. Este valor é debitado em sua folha de pagamento de forma mensal e o cancelamento/mudança do plano pode ser feito diretamente via aplicativo da Gympass, além da inserção de dependentes (neste caso, o pagamento é feito somente via cartão de crédito).

Todas informações e dúvidas são tiradas através do Portal do Funcionário via
https://apps.einstein.br/saude-do Trabalho/materia.html#bemEstar-auxilioatividade
Central de atendimento da Gympass **contato@gympass.com**

8. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

Não se aplica

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica

11. REGISTRO

A anamnese clínica ocupacional e os exames complementares exigidos para a função (parâmetros de avaliação e/ou indicadores biológicos de exposição) do candidato ou colaborador e seus antecedentes clínicos pessoais, familiares e ocupacionais e sobre os diversos aparelhos orgânicos, são anotados em prontuário clínico individual e no prontuário eletrônico SAP e Cerner Milenium.

.

Cópia Controlada

12. INDICADORES DE QUALIDADE

Não se aplica

13. ANEXOS

Não se aplica

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977 – Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho.

2. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978 – Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V do Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, e suas subsequentes modificações (tendo

como base: portaria nº 24, de 29 de dezembro de 1994, do Ministério do Trabalho e Emprego – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Portaria n 8, da SSST/MTE, de 08 de maio de 1996, republicada em 13 de maio do mesmo ano, estabelece a

3. obrigatoriedade por parte das empresas, da elaboração e implementação de um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) – NR 7).

4. Convenção Nº 161 da OIT – Serviços de Saúde no Trabalho. Ratificada pelo Governo Brasileiro em 18/05/1990.

5. Resolução Nº 171 da OIT – Programa de Vigilância do Ambiente de Trabalho e à Saúde dos Trabalhadores.

6. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) da Unidade – NR - 9

7. Deficiente Físico (Lei 5296/04).

8. NR 32 Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde.

9. International Labor Organization. Sectoral Activities Program. Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. Genebra: International Labor Organization; 2003.

Cópia Controlada

10. Occupational Safety and Health Administration: Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents. Directive Number: CPL 02-01-052. Washington, D.C.: U.S. Department of Labor; 2011.

11. Brasil. Ministério Público Federal. Assédio moral, assédio sexual e discriminação: saiba mais sobre essas distorções de conduta no ambiente de trabalho. Brasília: Ministério Público Federal; 2016

12. Halim UA, Riding DM. Systematic review of the prevalence, impact and mitigating strategies for bullying, undermining behaviour and harassment in the surgical workplace. Brit J Surg. 2018;105(11):1390-7. https://doi.org/10.1002/bjs.10926

13. Cavalcanti AL, Belo EDR, Marcolino EC, Fernandes A, Cavalcanti YW, de Carvalho DF et al. Occupational violence against Brazilian nurses. Iran J Public Health. 2018;47(11):1636-43

14. Pourshaikhian M, Gorji HA, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A

systematic literature review: workplace violence against emergency medical services personnel. Arch Trauma Res. 2016;5(1):e28734. https://doi.org/10.5812/atr.28734

15. Pinto CM, Radon K, van Dijk F. Violence at Work and Mental Distress among Firefighters in Guatemala. Ann Glob Health. 2018;84(3):532-7. https://doi.org/10.29024/aogh.2306

16. Svedberg P, Alexanderson K. Associations between sickness absence and harassment, threats, violence, or discrimination: A cross-sectional study of the Swedish Police. Work. 2012;42(1):83-92. https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1333

17. Tiesman H, Konda S, Hendricks S, Mercer D, Amandus H. Workplace violence among Pennsylvania education workers: Differences among occupations. J Safety Res. 2013;44:65-71. https://doi.org/10.1016/j.jsr.2012.09.006

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Cópia Controlada

PCMSO

PPRA

PROGRAMA DE VACINAÇÃO E IMUNIZAÇÃO

TRABALHO COMPATIVEL

CONDUTA NAS EXPOSIÇÕES OCUPACIONAIS A MATERIAL DE RISCO BIOLOGICO

EXPOSIÇÃO A AGENTES TRANSMISSIVEIS ABORDAGEM E RESTRIÇÕES AO TRABALHO

PROGRAMA CUIDAR

RH BENEFÍCIOS

16. DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Miria Polonio (13/04/2018 02:39:54 PM)

Maio/2021 – Solange Miranda: revisão do documento.

Cópia Controlada

- .

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

Tipo Documental
ProcedimentoTecnico
Título Documento
Programa de Saúde do Colaborador

Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes (20/05/2021 03:42:12 PM) - Revisão do documento feita por Dra. Solange Miranda de Oliveira.

Cópia Controlada

Diretoria RECURSOS HUMANOS		Espécie TECNICO	Especialidade	Status Aprovado
Código Legado	Código do Documento PR.TEC.4442.2	Versão 2	Data Criação 13/04/2018	Data Revisão 20/05/2021
Elaborador Miria Polonio	Revisor Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes	Parecerista	Aprovado por Solange Miranda de Oliveira | Patricia Maria dos Santos Chaves	Data Aprovação 20/05/2021
DOCUMENTO OFICIAL				

DE PORTAS E BRAÇOS ABERTOS
para você

REGULAMENTO INTERNO

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

LEIA ATENTAMENTE TODO O REGULAMENTO

Todas as empresas, independentemente de seu setor de atuação, possuem regras e diretrizes próprias para a boa condução de seus negócios. Da mesma forma, orientam-se e cumprem as leis e regulamentos vigentes que lhes forem aplicáveis.

Com o objetivo de garantir a todos os funcionários da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein **o acesso ao** conjunto de regras e diretrizes que definem o padrão de conduta pessoal, **essencial para preservar a condução dos nossos trabalhos e preservar a imagem de integridade, correção e excelência conquistada por todos nós, desenvolvemos o presente regulamento.**

É fundamental reconhecermos a importância de nossa empresa na sociedade, mantendo o respeito, a ética e a responsabilidade que este regulamento pretende concretizar e difundir.

REGULAMENTO INTERNO

I – DOS DIREITOS DO EMPREGADO

1 Recebimento de Salário

2 Férias Anuais

3 Ausência Remunerada
- ☐ **Afastamento Médico**
- ☐ **Casamento**
- ☐ **Falecimento**
- ☐ **Licença Maternidade**
- ☐ **Licença Paternidade**

4 Benefícios Legais
- ☐ **Salário Família**

5 Benefícios Institucionais
- ☐ **Refeitório**
- ☐ **Assistência Médica**
- ☐ **Cartão Alimentação**
- ☐ **Creche/ Auxílio-creche**
- ☐ **Transporte**

II – DOS DEVERES GERAIS

1. **Ser antes de tudo, honesto com o Hospital e com os clientes.**
2. **Tratar cliente, colegas de trabalho e superiores hierárquicos com respeito.**
3. **Buscar o constante desenvolvimento pessoal e o aumento de seus conhecimentos** profissionais.
4. **Apresentar-se com uniforme adequado ao exercício da função, portando crachá de** identificação.
5. **Apresentar ao controlador de acesso da portaria de serviço, volumes que esteja portando para respectivo registro de entrada e saída.**
6. **Zelar pela conservação do patrimônio e do bom nome do Hospital.**
7. **Contribuir com todos os meios de que disponha para o constante desenvolvimento do Hospital, para a melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços, objetivando a redução de custos e o aumento de rentabilidade.**
8. **Prestar serviços extraordinários, quando necessários à conclusão de trabalhos de caráter inadiável.**

REGULAMENTO INTERNO

II – DOS DEVERES GERAIS (cont.)

9. **Realizar horas extras somente quando** solicitado e autorizado pela chefia.
10. **Cumprir, de acordo com as normas, as tarefas a seu cargo, com critério, segurança e agilidade, mantendo-as sempre em boa ordem.**
11. **Manter absoluto sigilo sobre as questões de serviço, referentes ao Hospital.**
12. **Manter-se atualizado com os informes expedidos pelo Hospital.**
13. **Usar obrigatoriamente o equipamento individual de proteção, fornecido pelo Hospital e exigido pela natureza do serviço.**
14. **Estar em ordem com os respectivos conselhos regionais, atualizando a informação junto à área de Administração de Pessoal.**
15. **Comunicar a área de Administração de Pessoal as alterações de endereço, estado civil, escolaridade, número de dependentes.**
16. **Comunicar o departamento de Medicina do Trabalho sobre a ocorrência de acidentes dentro do Hospital ou no trajeto.**
17. **Realizar as refeições e/ou o desjejum, mediante passagem do crachá na catraca do refeitório, no devido intervalo para tal. Lembrando que o consumo de alimentos restringe-se exclusivamente às dependências do refeitório.**
18. **Atender às convocações do Hospital, quanto aos exames periódicos de saúde.**
19. Portar o crachá de identificação em local **de fácil visualização, quando estiver nas dependências do HIAE, do início ao término do expediente e durante a realização de horas extras.**
20. **Observar e praticar as orientações e normas de Segurança no Trabalho, evitando acidentes.**
21. **Utilizar-se do estacionamento (quem usa veículo próprio), concedido por liberalidade, obedecendo completa e constantemente as normas de utilização pré-estabelecidas.**
22. **Responsabilizar-se totalmente por qualquer dano causado em seu veículo estacionado em via pública.**
23. **Seguir integralmente as orientações editadas no Regulamento da Creche (para mães** cujos filhos frequentam a mesma).

REGULAMENTO INTERNO

III – DO HORÁRIO DE TRABALHO E REGISTRO DE PONTO

1. **A entrada e a saída dos funcionários deverão ocorrer exclusivamente pela portaria de serviço (entrada de funcionários), mediante a passagem do crachá de** identificação nas catracas.
2. **O registro de ponto deverá ser efetuado única e exclusivamente pelo próprio funcionário, através da marcação do ponto, no relógio da unidade pré-estabelecida pela** chefia.
3. **Observar pontualmente os horários estabelecidos, solicitando sempre a prévia autorização do líder para afastar-se da unidade onde presta serviço, em horário de** trabalho, ou justificando as faltas ao trabalho **que porventura venham a ocorrer.**
4. **O ponto deverá ser assinalado, em caso de atraso, quando da entrada no local de trabalho. O mesmo deverá ser feito pelo funcionário que deixar o trabalho antes do término de sua jornada.**
5. **A tolerância de atraso permitida sem gerar descontos é de 15 minutos semanalmente, podendo ocorrer de uma só vez ou pela somatórias dos atrasos nesse período. Ultrapassando este limite o funcionário sofrerá desconto do valor referente à totalidade dos minutos, e do descanso semanal remunerado.**
6. **O uso do crachá provisório, em caso de extravio ou esquecimento, dar-se-á por no máximo três dias consecutivos. Sendo que deverá ocorrer a retirada e a devolução diária junto à segurança, na entrada de funcionários.**
7. **Providenciar na área de Administração de Pessoal a 2º via do crachá extraviado, com** máxima urgência da data de identificação **da ausência do mesmo.**
8. **A marcação do ponto na entrada não poderá ultrapassar a antecedência de 5 minutos do horário estabelecido para início da jornada diária.**

IV – DAS PRÁTICAS NÃO PERMITIDAS NO HOSPITAL/ ÔNIBUS FRETADO

1. **Apresentar-se para o trabalho alcoolizado ou drogado.**
2. **Fumar nas áreas não reservadas para esta** finalidade.
3. **Circular listas de abaixo-assinado, prover** sorteios, rifas, apostas, ou afixar e distribuir panfletos nas dependências do Hospital.
4. **A prática de jogos de azar em qualquer dependência do Hospital, ainda que nos horários de descanso.**
5. **Prestar declarações ou dar entrevistas a agentes externos de divulgação (emissoras de rádio, TV, jornais, revistas etc.) sem prévia autorização da Administração.**
6. **Portar qualquer tipo de arma ou objeto considerado ilegal nas dependências do Hospital/ Ônibus fretado.**
7. **Ter atitude desrespeitosa, trocar insultos ou provocar discussões em qualquer dependência do Hospital.**
8. **Resolver assuntos pessoais, quando estiver realizando trabalho externo para o Hospital.**
9. Usar para fins particulares os equipamentos, **ferramentas, máquinas ou outros pertences do Hospital, para a realização de serviços próprios ou de terceiros, mesmo fora do período normal de trabalho, bem como** levá-los para fora do Hospital a fim de realizar **desses serviços.**
10. **Registrar o ponto de outro colega ou realizar fraude na assinalação do mesmo.**
11. **Apropriar-se indevidamente de materiais do Hospital – delito cujo autor será passível de demissão por justa causa.**
12. **Utilizar entradas e saídas do Hospital que não sejam aquelas determinadas para uso de funcionários.**
13. **Comercializar produtos dentro do Hospital.**
14. **Reproduzir ou vender trabalhos desenvolvidos exclusivamente pela Instituição.**
15. **Envolver-se em situações ou negócios em** que seus interesses pessoais possam conflitar **com os interesses e negócios da SBBHIAE.**
16. **Participar ou liderar a emissão de abaixo-assinado.**

IV – DAS PRÁTICAS NÃO PERMITIDAS NO HOSPITAL/ ÔNIBUS FRETADO (cont.)

17. Solicitar que o motorista pare o veículo durante o itinerário, salvo nos pontos pré-estabelecidos para embarque e desembarque.
18. Falar com o motorista, para não prejudicar o trabalho do mesmo.
19. Usar trajes inadequados (por exemplo, estar sem camisa).
20. Transportar objetos ou materiais de risco à segurança dos usuários.
21. Sentar nos braços das poltronas.
22. Jogar objetos para fora das janelas.
23. Permitir que as crianças andem nos corredores com o veículo em movimento.
24. Sujar o interior do veículo.
25. Colocar os pés nos assentos e encostos das poltronas e janelas.

NORMAS GERAIS PARA UTILIZAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE DOS RECURSOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NA SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Descrição

1 Software

1.1 O uso ilegal de softwares ou a reprodução não autorizada de cópias de um mesmo software sem a correspondente aquisição de licenças de uso é crime passível de punição conforme a legislação vigente.

1.2 Todos os nossos softwares são controlados pela Diretoria Executiva de Tecnologia da Informação. É proibida a instalação, atualização ou remoção, pelo usuário, de qualquer tipo de software nos computadores da Sociedade sem prévia autorização formal desta Diretoria Executiva.

1.3 É expressamente proibida a instalação de jogos de qualquer espécie nos computadores da Instituição, sendo o responsável passível de advertência escrita.

2 Microcomputadores e Periféricos

2.1 O computador e seus periféricos são recursos disponibilizados pela Instituição para a realização das atividades ligadas ao trabalho de seus funcionários.

2.2 Dessa forma, é vedada a inserção de periféricos que não estejam homologados ou autorizados pela Informática.

2.3 Observar os cuidados básicos de conservação, evitando-se, assim, a colagem de etiquetas adesivas, fotos, alterações nas configurações padronizadas (protetor e fundo de tela), pois **estes têm interferência direta em nossa política de segurança para microcomputadores.**

Descrição (cont.)

3 Antivírus

3.1 Todos os computadores da Instituição possuem como configuração padrão um software **Antivírus, não sendo permitida a sua remoção.**

3.2 **Todas as atualizações ocorrem automaticamente ou por meio de orientações dos** profissionais desta Diretoria.

3.3 **Atentamos ao uso de dispositivos de armazenamento de fontes desconhecidas. Caso tenha** dúvidas em como proceder para a devida verificação, gentileza co**ntatar o help desk de TI.**

4 Internet

4.1 O uso da internet é liberado, atendendo à autorização e justificativa efetuadas pelos **responsáveis das áreas.**

4.2 **É proibida a utilização para acesso a sites não relacionados ao nosso negócio ou sua atividade de trabalho.**

4.3 É proibido o acesso a sites que, de forma geral, representem: pornografia (material com conteúdo sexual), racismo, pedofilia, jogos de azar, violência e assuntos bélicos.

4.4 **Todas as páginas acessadas são monitoradas pela TI e, portanto, a infringência das regras é passível de sanções, que vão desde a desativação do acesso até uma advertência escrita.**

5 Uso de senhas

5.1 **As senhas são de uso pessoal e intransferível. Portanto, não é permitida a utilização de senha de outras pessoas ou fornecer sua senha a terceiros.**

5.2 **Ao cadastrar sua senha, essa não deverá possuir menos do que 8 (oito) caracteres. Utilize maiúsculas e minúsculas, números (não sequenciais e aleatórios - não utilizar datas ou placas de carro, por exemplo) e caracteres especiais (como *$^&#!@$). Exemplo de uma senha forte: kOlj%5Sv. Sua senha deverá ser trocada a cada 60 (sessenta) dias.**

5.3 O usuário deve notificar imediatamente a TI sobre qualquer uso não autorizado de sua **conta ou qualquer quebra de segurança de seu conhecimento.**

Descrição (cont.)

6 Confidencialidade das Informações

6.1 O usuário obriga-se a manter o mais completo e absoluto sigilo sobre quaisquer dados, informações, documentos, especificações técnicas ou comerciais, que venha a ter conhecimento ou acesso, ou a ele confiado em razão do exercício do seu cargo. Não é **permitido, sob qualquer pretexto, divulgar, revelar, reproduzir, ou deles dar conhecimento a estranhos, sem anuência expressa da Sociedade.**

7 Correio Eletrônico

7.1 Os e-mails transmitidos são correspondências privativas entre o remetente e o destinatário.

7.2 O usuário não deve deixar seu e-mail aberto em seu computador ao final de cada sessão.

7.3 O usuário autoriza a monitoração e acesso a suas mensagens sempre que a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein acreditar que tal atitude é necessária, ou for **obrigada para cumprir disposição legal ou ordem judicial.**

7.4 O espaço em disco reservado para cada usuário é limitado em função do espaço em disco em nosso servidor e, eventualmente, algumas mensagens podem não ser processadas conforme a utilização do espaço e o tamanho da mensagem.

7.5 É obrigação do usuário armazenar e manter cópias de *back-up* **de todas as mensagens enviadas e recebidas, armazenadas nas pastas particulares.**

7.6 O tamanho para arquivos anexados é limitado.

7.7 A Instituição poderá diminuir ou aumentar o espaço reservado em disco para cada usuário em função das necessidades do usuário e do próprio departamento de informática.

7.8 O usuário concorda em não transmitir qualquer material ilegal, vexatório, difamatório, invasivo à privacidade, abusivo, ameaçador, prejudicial, vulgar, obsceno, injurioso, ou de qualquer forma censurável através do serviço de correio eletrônico da Sociedade.

7.9 O usuário concorda em não transmitir qualquer material que viole direitos de terceiros, incluindo, mas sem limitação, direitos de propriedade intelectual de terceiros.

7.10 O usuário concorda em não transmitir qualquer material que viole qualquer lei ou regulamento local, estadual, nacional ou internacional aplicáveis.

Descrição (cont.)

7.11 O usuário concorda em não obter ou tentar obter acesso não-autorizado a outros sistemas ou redes de computadores conectados ao serviço.

7.12 O usuário concorda em não utilizar os serviços para transmitir quaisquer materiais que contenham vírus ou outro programa prejudicial.

7.13 O usuário concorda em não transmitir mensagens não-solicitadas, correntes ou distribuição em massa de mensagens não-solicitadas.

7.14 O usuário é o único responsável pelo conteúdo das transmissões feitas através do serviço a partir de sua senha ou conta.

7.15 O usuário concorda em respeitar todas as leis e regulamentos locais, estaduais, federais e internacionais aplicáveis, sendo exclusivamente responsável por todas as ações ou omissões realizadas com sua conta ou senha, inclusive sobre o conteúdo de suas transmissões através do serviço de correio eletrônico da Instituição.

7.16 O usuário concorda em não utilizar o correio para difamar, abusar, perturbar a tranquilidade alheia, perseguir, ameaçar ou de outra forma violar direitos de terceiros (tais como direitos à privacidade e à publicidade).

7.17 O usuário concorda em não publicar, distribuir ou divulgar quaisquer materiais ou informações profanas, difamatórias, transgressoras, obscenas, imorais ou ilegais.

7.18 O usuário concorda em não anunciar ou oferecer para venda ou compra bens ou serviços, com qualquer finalidade comercial.

7.19 O usuário concorda em não obter ou de outra forma coletar informações a respeito de outrem, inclusive endereços de correio eletrônico, sem o devido consentimento do titular.

7.20 O usuário concorda em não criar falsa identidade com a finalidade de enganar outros com **relação à identidade do remetente ou sobre a origem da mensagem.**

7.21 O usuário concorda em não usar, fazer o download ou de outra forma copiar ou fornecer (de forma remunerada ou não) para uma pessoa física ou jurídica que não seja membro do serviço, qualquer diretório do serviço de correio da SBIBAE ou informações de uso ou qualquer de suas partes.

Descrição (cont.)

8 Penalidades

Falhas no cumprimento destas normas podem resultar em ação disciplinar, advertência e desligamento da empresa combinado a ações cíveis e criminais quando cabíveis.

9 Disposições gerais

Este documento entra em vigor a partir desta data e o usuário está plenamente ciente de seu conteúdo e está de acordo com os termos nele descritos.

Para dirimir quaisquer dúvidas o usuário deverá entrar em contato com o Help Desk, no ramal 72005.

Glossário

Software

Entende-se por "software", qualquer programa ou grupo de programas que instrui o computador sobre a maneira como ele deve executar uma tarefa, inclusive sistemas operacionais, processadores de texto e programas de aplicação.

Microcomputadores e Periféricos

Entende-se por periféricos todos os dispositivos acessórios ao micro como, por exemplo, impressoras, unidades de zip-drive, kits multimídia, unidades de CD-ROM, teclado, mouse e monitor.

Correio eletrônico

Entende-se por "correio eletrônico" todos os aplicativos de comunicação que possibilitem a troca de mensagens através de uma rede de dados interna e externa (Internet) entre indivíduos pessoais e corporativos.

Seguro Saúde Sompo

A SBIB Hospital Albert Einstein mantém parceria com a Sompo para prestação de serviços médico-hospitalares para todos os funcionários e seus dependentes. O plano não possui carências para utilização. Sem custo mensal e com coparticipação em todos os eventos do plano, exceto internações. O valor da coparticipação será descontado em folha de pagamento, limitado a 10% do salário nominal.

Coparticipação:

Procedimentos	% de cobrança
Consultas	30% até a 6° consulta
Consultas em Pronto Socorro	30%
Exames	15%
Tratamentos	15%
Fisioterapia	15%
Demais serviços ambulatoriais	15%

Quem são meus dependentes no plano?

- ☐ **Esposa ou companheira legalmente reconhecida**
- ☐ Companheira com filhos em comum
- ☐ **Filhos (as) até 22 anos completos**
- ☐ **Menor com guarda permanente**

As Categorias do Seguro Saúde Sompo são definidos de acordo com o nível profissional, não sendo possível realizar a alteração do plano. Acompanhe a tabela:

Nível Profissional	Categoria/ Acomodação
Auxiliar, Técnico, Líder, Profissional Júnior e Pleno	**Seleto I -Enfermaria**
Profissional Sênior, Supervisor e Médico	**Seleto II - Apartamento**
Médico IV, Especialista, Coordenador, Coordenador Médico, Gerente e Gerente Médico	**Seleto III - Apartamento**
Diretor	**Seleto IV - Apartamento**

REGULAMENTO INTERNO

Seguro de Vida em Grupo Metlife

O Seguro de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo é garantido pela Metlife Seguros, trazendo
tranquilidade e segurança aos funcionários e beneficiários. Este benefício é opcional e o desconto **corresponde à seguinte fórmula: salário nominal x 0,34%, que será efetuado mensalmente em folha de pagamento. Exemplo de desconto em folha para um salário de R$ 1.000,00 = R$ 3,40. O teto máximo de desconto é de R$ 97,86.**

Cobertura
Morte natural: **28 x valor salário base, com limite de R$ 789.834,82**
Morte acidental: **56 x valor salário base, com limite de R$ 1.579.669,04**
Invalidez Perm. total por acidente: **84 x valor salário base, com limite de R$ 2.369.504,46**
Invalidez Func. Perm. Total por doença: **84 x valor salário base, com limite de R$ 789.834,82**
Morte do cônjuge: **14 x valor salário base, com limite de R$ 394.917,41**
Morte de filho até 21 anos: **84 x valor salário base, com limite de R$ 10.000,00**
Cesta Básica: morte qualquer causa de funcionário (a) titular: **12 cestas básicas de R$ 133,33 = R$ 1.600,00**
Assistência Funeral Familiar: (funcionário, cônjuge e filhos até 21 anos): R$ 5.000,00

Regra Geral de Beneficiários (conforme o Estado Civil):
Casado: cônjuge; na falta, os filhos em partes iguais.
Solteiro, viúvo, desquitado, divorciado, c/ companheira legal, sem filhos: **companheira.**
Solteiro, viúvo, desquitado, divorciado, c/ companheira legal, c/ filhos: **50% para companheira e 50% dividido** entre os filhos.
Solteiro, viúvo, desquitado, divorciado, sem companheira legal, sem filhos: **pais; na falta, os irmãos.**
Solteiro, viúvo, desquitado, divorciado, sem companheira legal, com filhos: os filhos em partes iguais.

Para mais informações, acesse a página de Recursos Humanos na Intranet. A página possui informações importantes, onde é possível tirar dúvidas referentes ao plano médico e ao seguro de vida na Instituição. Para dúvidas adicionais, entre em contato com o SAC-RH, no ramal 72020.

Título: Procedimento de Avaliação de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO

Identificar necessidades de desenvolvimento e colaborar no planejamento de ações de capacitação e desenvolvimento profissional.

Estabelecer o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), e formalizar um plano para desenvolver e aprimorar a carreira por meio de ações e programas de desenvolvimento e capacitação, exceto para os Estagiários de Enfermagem - nível técnico e superior (regime de contratação por tempo determinado de 12 meses).

Servir de instrumento de avaliação e adequação constante e subsidiar os planos de sucessão, plano de carreira, plano de mérito e recrutamento interno, em prol das necessidades atuais e futuras da Instituição.

2. DEFINIÇÕES

Cópia Controlada

A avaliação de Competências é um método que visa continuamente estabelecer sinergia entre os objetivos estratégicos da Instituição e os resultados esperados dos funcionários. Visa acompanhar os desafios propostos corrigindo os rumos, quando necessário, e avaliar os resultados atingidos. Proporciona oportunidades de desenvolvimento para todos os profissionais por meio da análise dos resultados e entregas realizadas no último ciclo de desempenho, identifica **pontos fortes** e **oportunidades de melhoria** em relação ao comportamento e desempenho apresentados no dia a dia, proporcionando a definição de ações de **desenvolvimento.**

- **Competência:** Conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam o desempenho, leva-se em consideração **o que foi entregue** como resultados e **como foram atingidos**;
- **Desempenho:** Capacidade para entregar **resultados** ao longo do tempo;
- **Feedback:** é um processo para fornecer a outra pessoa informações sobre a **qualidade de suas entregas e seu desempenho**, além do potencial para assumir novos desafios e plano para seu desenvolvimento. Este deve ser realizado ao longo do ano e registrado no Portal Gestão de Pessoas (PGP).

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Aplica-se a todos os funcionários (CLT e para os Estagiários de Enfermagem – nível técnico e superior desde 2019) da SBIBAE, desde que estejam desenvolvendo suas atividades à no mínimo 06 (seis) meses dentro da Instituição.

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Premissas:

- A periodicidade do processo de Avaliação de Competências é anual.
- As lideranças realizam a avaliação de competências de todos os seus subordinados diretos, sendo possível a delegação por parte da liderança de outro avaliador principal.
- Funcionários e / ou lideranças, transferidas com menos de 03 meses na mesma posição, as lideranças (atual e anterior), devem fazer a avaliação em conjunto e com base no seu desempenho anterior.
- Funcionários e / ou lideranças, transferidas e / ou promovidas, com menos de 06 meses em posição diferenciada da anterior, deverão ser avaliados em conjunto levando em consideração seu desempenho anterior e desafios futuros para validação do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI).
- No caso de desligamento da última liderança, o funcionário será avaliado pela sua liderança atual.
- Lideranças em afastamento médico e / ou maternidade, deverão delegar a avaliação para o funcionário que irá substituí-lo neste período, desde que o mesmo esteja qualificado e tenha conhecimento consistente do desempenho dos profissionais que serão avaliados.
- O funcionário que entrar em Licença Médica e / ou Maternidade, durante o período de Avaliação de Competências e que não tenha realizado a mesma até o momento, deverá ser avaliado imediatamente após o seu retorno, desde que o período de afastamento não tenha ultrapassado 05 meses. O Prazo máximo para realização da avaliação é de no máximo 09 meses antes do período da próxima avaliação anual.
- Funcionários que entrarem em afastamento médico, antes do período da avaliação de competências, e permanecerem no máximo 60 dias afastados, deverão fazê-lo imediatamente após o seu retorno ao trabalho.
- O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) pode ser preenchido no momento da Autoavaliação, pelo colaborador e validado pelo avaliador principal (gestor ou referência técnica) na etapa final, pois é a formalização de um plano para desenvolver e aprimorar a carreira por meio de ações e programas de Desenvolvimento e Capacitação. Caso não seja elaborado no momento da avaliação, poderá ser realizado após o exercício no Portal Gestão de Pessoas (PGP) - Plano de Desenvolvimento Individual (PDI). Importante o acompanhamento do plano inicial para manutenção e ajustes conforme os desafios estabelecidos por meio dos diálogos contínuos, bem como a formalização no Portal Gestão de Pessoas (PGP).

Cópia Controlada

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3964

- Como ação de sustentação e preparação para o exercício, disseminar a Cultura de Diálogos Contínuos.

6. DESCRIÇÃO

Aplica-se a todos os funcionários (CLT e para os Estagiários de Enfermagem – nível técnico e superior desde 2019) da SBIBAE, desde que estejam desenvolvendo suas atividades à no mínimo 06 meses dentro da Instituição.

Gestor Avaliador ou Avaliador Principal

Acompanhar, orientar e fornecer feedback aos seus avaliados ao longo do ano, bem como realizar momentos presenciais e registrá-los no sistema Portal de Gestão de Pessoas (PGP).

O gestor da estrutura é responsável por delegar o avaliador principal e garantir que o profissional indicado esteja qualificado e tenha conhecimento consistente do desempenho dos funcionários que serão avaliados.

Cópia Controlada

Realizar a delegação do Par Magnet (específico para Enfermagem) - O Avaliador Principal escolherá um profissional de enfermagem como Avaliador Magnet para realizar a avaliação de cada colaborador de sua equipe. É preciso que o indicado ocupe o mesmo cargo do avaliado. Trata-se de uma avaliação entre pares. A delegação do Par Magnet não se aplica aos profissionais da enfermagem do IIRS, Hospital Municipal Vila Santa Catarina e Estagiários de Enfermagem – nível técnico e superior.

Realizar a delegação do Avaliador Parcial (opcional) - O Avaliador Principal poderá compartilhar a avaliação, delegando como parcial um profissional que atua ou acompanha o avaliado em suas atividades e/ou projetos específicos. Recomenda-se que o avaliador parcial esteja em um cargo/nível profissional acima do avaliado.

Definir e validar em parceria com o seu avaliado a indicação das Metas de Carreira, bem como orientá-lo em relação aos seus objetivos profissionais, exceto para os Estagiários de Enfermagem – nível técnico.

Definir e validar em parceria com o seu avaliado, um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) exceto para os Estagiários de Enfermagem – nível técnico e superior.

Acompanhar ao longo do ano o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI).

Realizar a indicação do Potencial de seus funcionários, com base na capacidade e habilidade para realizações ou desenvolvimento futuro.

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3965

Realizar previamente a análise sobre o desempenho do funcionário antes de realizar a avaliação final. O avaliador poderá para consulta ter acesso à avaliação realizada pelo seu avaliado, bem como as avaliações dos anos anteriores se houver.

Realizar a etapa de avaliação final no Portal de Gestão de Pessoas (PGP) - pelo computador da Instituição, ou via celular ou tablet (Android/IOS), podendo optar por realizar o consenso com a presença do funcionário ou não.

Deverá concluir a avaliação final mesmo que o funcionário não tenha realizado a Autoavaliação dentro do período definido. Salvo para funcionários em Licença Não Remunerada.

Monitorar as etapas e cumprir os prazos estabelecidos pela área de Recursos Humanos.

Avaliador Parcial e/ou Par Magnet.

- Realizar a avaliação no Portal Gestão de Pessoas (PGP) via computador da instituição, registrando os comentários referentes às competências mapeadas e feedback final para o avaliado.
- Enviar para etapa final com o Avaliador Principal para conclusão da avaliação cumprindo o prazo estabelecido pela área de Recursos Humanos.

Cópia Controlada

Funcionário Avaliado

- Realizar sua Autoavaliação no Portal de Gestão de Pessoas (PGP) - pelo computador da Instituição, ou via celular ou tablet (Android/IOS).
- Realizar a indicação/interesses de Metas de Carreira.
- Realizar a indicação das ações do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), validar com o Avaliador Principal (gestor ou referência técnica), acompanhar e atualizar as ações por meio dos alinhamentos e diálogos contínuos ao longo do ano, com exceção dos Estagiários de Enfermagem – nível técnico e superior.
- Fornecer feedback para sua liderança, referente à gestão da área e da equipe.
- Solicitar feedback constante sobre o seu desempenho ao longo do ano.
- Monitorar as etapas e cumprir os prazos estabelecidos pela área de Recursos Humanos.

7. RESPONSABILIDADES

Recursos Humanos

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3966

Desenvolvimento

- Estabelecer planos que estimule à liderança à prática de Diálogos Contínuos.
- Ministrar treinamentos para os novos avaliados e avaliadores, referente à metodologia, conceito e ferramenta (sistema).
- Disponibilizar materiais de apoio referentes às etapas da Avaliação de Competência e sua realização.
- Avaliar, aprovar e solicitar alterações no sistema.
- Orientar durante todo o processo os profissionais elegíveis ao exercício, por plantões pessoal, telefônico ou por e-mail. Monitorar os resultados e informar as áreas durante o processo.
- Consolidar os resultados para construção de planos de treinamento e desenvolvimento.
- Desdobrar informações referentes ao Recrutamento Interno, Políticas/Programas de Reconhecimento e Recompensa e Treinamentos, para as respectivas áreas.
- Analisar os resultados após o fechamento do exercício.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Cópia Controlada

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

EX: Desempenho EXCEPCIONAL para a função – Profissional supera consistentemente as expectativas, demonstrando um desempenho extraordinário; seu nível de contribuição individual é reconhecido e serve como modelo aos demais. Percentual de entrega (acima de 150%).AC: Desempenho

AC: ACIMA DO ESPERADO para a função – Profissional supera ocasionalmente o desempenho esperado durante o ano. Percentual de entrega (125%).AT: Desempenho

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3967

AT: ATINGE EXPECTATIVAS para a função – Profissional atinge o desempenho esperado de acordo com as expectativas para a função. Percentual de entrega (100%).

RE: Desempenho REQUER MELHORIAS para a função – Profissional atinge ocasionalmente, mas não regularmente o desempenho esperado em algumas áreas e requer melhorias. Um plano de desenvolvimento específico deve ser definido para melhorar rapidamente. Percentual de entrega (75%).

IN: Desempenho INSATISFATÓRIO para a função – Profissional não atinge o mínimo requerido e desempenho para a função. Um plano de desenvolvimento específico deve ser definido para melhorar rapidamente. Percentual de entrega (abaixo de 50%).

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

Cópia Controlada

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Beatriz Ramos Vieira - 17/10/2022 - 15:21
Atualização do novo layout de acordo as normas e padrões do Dm Docs.

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3968

Título: Procedimento de Avaliação de Competências

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
08/02/2006 00:00:00	Criado por	DM User
01/11/2022 08:19:45	Atualizado por	Beatriz Ramos Vieira
01/11/2022 14:44:23	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

Versão: 9 - Elaborado em: 01/11/2022 08:19:45 - Aprovado em: 01/11/2022 14:44:35 3969

Título: Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

1. OBJETIVO:

Capacitar os colaboradores assistenciais em seu ambiente de trabalho com acompanhamento a beira leito, potencializando as competências técnicas e não técnicas, favorecendo o desempenho das atividades, aprimorando a consciência situacional e qualidade e segurança, promovendo segurança psicológica e contribuindo como uma barreira em situações de riscos e eventos adversos.

2. DEFINIÇÕES:

É um treinamento mediado pela prática de acompanhamento à beira-leito. Este modelo de capacitação contribui para o aprendizado contínuo com foco na segurança e qualidade do cuidado ao paciente, com suporte e orientação nos procedimentos executados pelos profissionais assistenciais.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

O modelo é indicado:

Cópia Controlada

- Para capacitação de profissionais recém-formados, recém-contratados ou para aqueles que são movimentados nas organizações de saúde e não possuem experiência prévia para a nova área de atuação.
- Para as unidades que necessitam de rápida cobertura de profissionais para atender a aumento de demanda de pacientes, implementação de novas unidades, ampliação da capacidade de atendimentos e internações hospitalares a pacientes críticos, conversão de leitos de Clínica médica para leitos de atendimento a pacientes graves.
- Em situações de escassez de profissionais de enfermagem com experiência e/ou déficits de competências em determinadas áreas e especialidades.

Este modelo pode ainda ser utilizado de forma complementar a jornada de aprendizagem dos profissionais para agilizar o processo de integração na unidade de trabalho.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Recursos Necessários

Humanos:

- Instrutores com experiência na área de atuação, com habilidades socioemocionais.
- Instrutores com disponibilidade para atuação à beira leito, diurno e noturno.

Tecnológico:

- Formulário Online .
- Dispositivo móvel para registro.

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

- Planilha derivada de um banco de dados (exemplo: plataforma Microsoft® OneDrive) para extração, consolidação e análise dos dados.

Educacional:

- Políticas, Protocolos e Procedimentos Institucionais.
- Equipamentos e/ou materiais, manequins para demonstração prévia ao colaborador.
- Plataforma (LMS) para acesso à vídeos, materiais ilustrativos, documentos institucionais que possam complementar o aprendizado ao profissional e instrutores.

Gestão dos Dados:

- Definir o canal de acesso as informações para análise contínua e intervenção.
- Estabelecer agrupamentos de informações e indicadores isolados de forma a avaliar a proficiência de cada colaborador, levando em consideração os procedimentos realizados, para acompanhamento dos profissionais e/ou processos que necessite de acompanhamento e intervenções no exercício da prática segura.
- Elaborar e disponibilizar o dashboard para as lideranças e para as áreas envolvidas no processo de treinamento, qualidade e segurança.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Cópia Controlada

Apresentação dos objetivos do programa.

Alinhamento e capacitação dos instrutores.

Acompanhamento.

Feedback estruturado.

Registro de Dados.

Acompanhamento das informações.

Retroalimentação do processo.

6. DESCRIÇÃO

ETAPA 1. Definir área alvo para a aplicação do Treinamento mediado pela jornada de aprendizagem à beira leito.

ETAPA 2. Elencar os procedimentos essenciais a serem acompanhados na jornada de aprendizagem à beira leito.

ETAPA 3. Adaptar o *checklist* / instrumento de acompanhamento para a medição da proficiência dos colaboradores, baseando-se nos procedimentos e indicadores que serão acompanhados. Utilizamos o referencial teórico focado na aprendizagem experiencial na prática clínica de enfermagem, o qual examina a

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

aquisição de competências baseadas tanto nesta aprendizagem quanto no conhecimento inerente à prática da enfermagem (Patricia Benner, 2001). Este instrumento é estruturado considerando as competências técnicas e não técnicas requeridas conforme cargo e área de atuação.

ETAPA 4. Alinhar com a equipe de *Analytics Ensino,* o melhor formato de apresentação dos dados, para análise de acompanhando dos dados.

ETAPA 4. Definir os recursos tecnológicos para registro dos dados coletados durante o acompanhamento.

ETAPA 5. Definir o perfil dos instrutores e selecioná-los conforme expertise na área de atuação.

ETAPA 6. Elaborar pasta compartilhada na nuvem, conforme plataforma padronizada com documentos: cronograma, procedimentos e escala de trabalho.

ETAPA 7. Realizar a capacitação dos instrutores, apresentando o programa de treinamento, o contexto em que estarão inseridos, as ferramentas e habilidades necessárias para a execução das atividades (feedback), as características da área de atuação, os procedimentos e a equipe referência. Disponibilizar o cronograma de atividades, os materiais de apoio e a escala de trabalho na plataforma na nuvem, conforme padronizado na instituição.

Cópia Controlada

ETAPA 8. Reconhecimento pelos instrutores, da liderança local, da área de acompanhamento, dos processos, procedimentos e práticas específicos, bem como de materiais e equipamentos disponíveis. Realização de orientação e apoio aos profissionais instrutores em demandas trazidas pelos colaboradores, como: questões administrativas, individuais/pessoais e situações acerca dos pacientes.

ETAPA9. Implementação do Acompanhamento a Beira Leito

9.1. O instrutor se apresenta na unidade e explica sobre o modelo de capacitação.

9.2. Ao iniciar o processo de acompanhamento o instrutor questiona sobre a segurança do profissional na realização do procedimento.

- **Colaborador relata estar seguro** para executar o procedimento: o instrutor acompanha o profissional em sua atividade e ao finalizar, realiza um momento de feedback pontual e oportuno, preenchendo os dados observados no checklist de acompanhamento por meio de um dispositivo móvel.
- **Colaborador relata não estar seguro para executar o procedimento,** o instrutor conduz a orientação ao colaborador retomando a prática, repassando as etapas do procedimento, demonstrando sempre que necessário com recursos disponíveis, fora do ambiente do paciente e assim que o colaborador estiver seguro na realização da prática, ele o acompanha em sua atividade e ao finalizar, realiza um momento

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

de feedback pontual e oportuno, preenchendo os dados observados no checklist de acompanhamento por meio de um dispositivo móvel.

- **Colaborador não se sente seguro, mesmo após ter sido orientado/demonstrado** as etapas do procedimento fora do ambiente do paciente, , o instrutor acionará a referência da unidade, para que delegue o procedimento a outro profissional mais experiente, assim, dando a oportunidade do colaborador acompanhar a prática no paciente. O instrutor realiza feedback pontual e oportuno, preenchendo os dados observados no checklist de acompanhamento por meio de um dispositivo móvel.

7. RESPONSABILIDADES

Área Solicitante | Lideranças

Ensino Corporativo

Instrutores

Área de *Learning Analytics*

Cópia Controlada

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Escala dos colaboradores podendo impactar na programação da Capacitação.

Erro no preenchimento do checklist de acompanhamento.

Instrutor não capacitado.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

- Seguir políticas e procedimentos institucionais.
- Garantir o acompanhamento e os registros de forma padronizada.
- Oferecer suporte e orientação aos instrutores, realizando checagens dos registros e feedback quanto as dúvidas e situações gerenciadas.
- Selecionar profissionais qualificados para a condução do treinamento mediado pela prática supervisionada à beira leito.
- Reportar o desempenho e acompanhamento dos colaboradores para a liderança.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Conforme demanda.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59 3973

Título: Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

- Os registros são realizados pelo canal de acesso as informações para análise contínua e intervenção.
- Estabelecemos agrupamentos de informações e indicadores isolados de forma a avaliar a proficiência de cada colaborador, levando em consideração os procedimentos realizados, para acompanhamento dos profissionais e/ou processos que necessite de acompanhamento e intervenções no exercício da prática segura.
- Elaboramos e disponibilizamos um dashboard para as lideranças e para as áreas envolvidas no processo de treinamento, qualidade e segurança.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Procedimentos Acompanhados x Tentativas.

- Proficiência na aquisição de habilidade e competência de Benner.

13. ANEXOS

Cópia Controlada

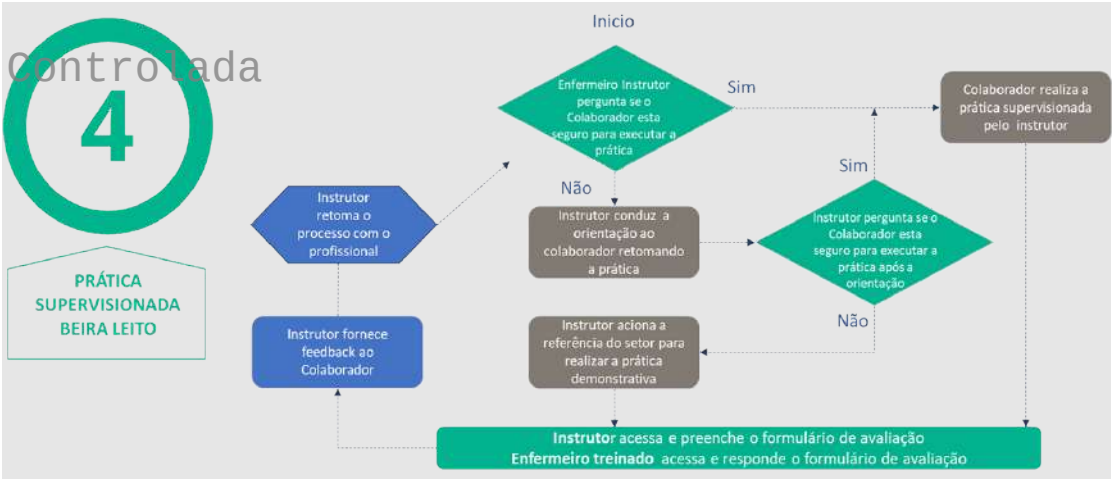


Figura 1: Esquema do processo de acompanhamento beira leito.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) BENNER, P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative Edition: New Jersey: Prentice Hall, 2001a. BENNER, P. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Tradução de: QUEIRÓS, A. A.; LOURENÇO, B. edição comemorativa. Coimbra: Quarteto, 2001b. Original em inglês.

2) BENNER, P. Using the Dreyfus Model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. Bulletin of Science, Technology & Society,Utah, v. 24, n.3, p.188-199, apr. 2004.

3) BERNADINHO E, Felli VEA, Peres AM. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. Cogitare Enferm [Internet]. 2010[cited 2014 May 12];15(2):349-53. Available from: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17875/11665.

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59

Título: Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Cópia Controlada

Versão: 1 - Elaborado em: 28/04/2023 15:50:45 - Aprovado em: 15/05/2023 12:38:59 3975

Título: Procedimento de Jornada de Aprendizagem a Beira Leito

Processo: HIAE > 4. SUPORTE OPERACIONAL > 4.6 Gestão de Pessoas > 4.6.05 Desenvolvimento/Treinamento do Colaborador

Data	Evento de assinatura	Usuário
28/04/2023 15:47:56	Criado por	Giovana Ribeiro Brambilla
15/05/2023 12:38:52	Aprovado por	Euma Ferreira de Sousa

Cópia Controlada

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Portaria Nº 01/2023

O Diretor Geral do Hospital [...], no uso de suas atribuições legais, com fundamento na Lei Federal Nº 12.305 de 2010, Resolução Conama 358 de 2005, RDC 306 de 07 de dezembro de 2004 e RDC Nº 33 de 25 de fevereiro de 2003 que "Estabelece e Regulamenta o Gerenciamento de Serviços de Saúde", e por força do Contrato de Gestão 001/2022 - SMS.

Resolve:

Nomear a sua composição, conferindo aos membros autonomia, responsabilidade e poder para executar as ações previstas na legislação e no regimento interno da comissão.

Os membros da Comissão serão:

Presidente

Nome completo – Formação - Cargo

Vice-Presidente

Nome completo – Formação - Cargo

Membros

Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo
Nome completo – Formação - Cargo

Art. 3° - Esta portaria entrará em vigor na data de sua assinatura e publicação.

Cidade, Data.

_____

[...]
Diretor Geral/Técnico

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO EMPREENDIMENTO

1.1. Identificação do empreendedor:

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

CNAE: 86.10-1-01 - Atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgência, entre outros.

Área Construída:

Funcionamento: 24 horas/dia

1.2. Localização:

Endereço:

Ponto de referência:

1.3. Caracterização das atividades, dos serviços gerais/administração, instalações prediais do empreendimento

As atividades realizadas no HIAE são diversas, desde administrativo até os operacionais, possui XX leitos construídos, destes, X para transplante de medula óssea, X leitos de terapia intensiva (destes X para isolamento) e o restante são apartamentos de internação para Clínica Médica e Cirúrgica; Centro Cirúrgico com X salas e X Salas de Hemodinâmica; Central de Esterilização de Material; Laboratório Clínico; Medicina Diagnóstica; Oncologia; Unidade de Pronto Atendimento e X Consultórios Médicos.

2. IDENTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS E SUAS DESTINAÇÕES FINAIS

Tabela **1**: Identificação dos resíduos

Grupo	**Tipologia**	**Acondicionamento**	**Empresa de Coleta**	**Frequência de coleta**	**Destinação Final**
A e E	Peças Anatômicas (partes do corpo	Saco de lixo vermelho com identificação de "Peças	Funerária	Ocasional	Paciente ou familiar (destino final para sepultamento ou

Grupo	Tipologia	Acondicionamento	Empresa de Coleta	Frequência de coleta	Destinação Final
	humano ou produto de fecundação sem sinais vitais)	Anatômicas" e encaminhado para o Refrigerador instalado no Morgue			cremação)
			Resíduo Zero	Ocasional	Incineração – Incinera (contratada pela Resíduo Zero). Posteriormente as cinzas vão para o Aterro Classe I - Resíduo Zero
	Resíduos Infectantes	Lixeira com tampa e acionamento por pedal e saco branco leitoso com simbologia universal de risco biológico	Resíduo Zero	Diário	Autoclavagem - Resíduo Zero. Posteriormente para o Aterro Sanitário Classe II – Resíduo Zero
	Resíduos Perfurocortantes	Acondicionamento em clean box amarela/laranja, ambas com simbologia universal de risco biológico	Resíduo Zero	Diário	Incineração – Incinera (contratada pela Resíduo Zero). Posteriormente as cinzas vão para o Aterro Classe I - Resíduo Zero
B e E	Resíduos Químicos Sólidos	Saco de lixo laranja com simbologia universal de risco químico (não perfurocortantes)	Resíduo Zero	Sob demanda	Aterro Classe I - Resíduo Zero

Grupo	Tipologia	Acondicionamento	Empresa de Coleta	Frequência de coleta	Destinação Final
	Resíduos Químicos Líquidos	Galão plástico com tampa de vedação e etiqueta de identificação			
	Resíduos Químicos Perfurocortantes	Clean box laranja com simbologia universal de risco químico	Resíduo Zero	Diário	Aterro Classe I - Resíduo Zero
B	Películas Radiográficas	Caixa de acrílico	Resíduo Zero	Sob demanda	Incineração – Incinera (contratada pela Resíduo Zero). Posteriormente as cinzas vão para o Aterro Classe I - Resíduo Zero
	Lâmpadas	Caixas de papelão identificadas	Resíduo Zero	Sob demanda	Aterro Classe I - Resíduo Zero
	Eletrônicos, sucata de equipamentos médicos, pilhas e baterias	Bombona azul com identificação	Resíduo Zero	Sob demanda	Aterro Classe I - Resíduo Zero
	Gordura proveniente de caixa separadora	Não se aplica	Contratada sob demanda (ainda não houve necessidad	Sob demanda	Estação de Tratamento de Esgoto específica

Grupo	Tipologia	Acondicionamento	Empresa de Coleta	Frequência de coleta	Destinação Final
			e)		
	Óleos Lubrificantes	Vasilhame original	DCCO	Sob demanda	DCCO Empresa contratada para realizar a manutenção dos geradores
D	Resíduo Não Reciclável	Lixeira com tampa de vedação e acionamento por pedal e saco na cor preta ou inox	Globo Ambiental	Diariamente	Aterro Classe II - Resíduo Zero
	Papel, plástico e Metais	Lixeira com tampa de vedação e acionamento por pedal e saco na cor azul	Globo Ambiental	Diariamente	Aterro Classe II - Resíduo Zero
	Resíduos de Construção e Demolição	Caçambas	Contratada sob demanda dos terceiros responsáveis pela obra	Sob demanda	Aterro Classe II ou usina de reciclagem e/ou reutilização contratada pelo terceiro responsável pela obra

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein, 2022.

3. CARACTERIZAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO APROXIMADA DOS RESÍDUOS GERADOS PELA ATIVIDADE

Durante as atividades são gerados os seguintes resíduos: infectante, químico, comum e perfurocortante, divididos em grupos: A, B, D e E conforme a Resolução RDC n° 222/2018, e

desses, os grupos A, B e E (Infectante, químico, e perfuro cortante) são classificados como resíduos perigosos pela ABNT NBR 10.004:2004 e por isso seu manejo difere dos demais.

Todos os resíduos caracterizados no PGRSS são monitorados de forma a se obter controle sobre a geração, e dessa forma, os resíduos são pesados antes de sua apresentação à coleta externa. Os resultados do monitoramento e controle de pesagem são utilizados para a confecção de indicadores institucionais sobre a geração dos RSS do Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE.

A higienização dos carros coletores de resíduos deve ocorrer de acordo com o procedimento interno da unidade e o Programa de Infecção Hospitalar.

Tabela 2: Dados dos Resíduos Gerados e pesados pelo Hospital no ano de 2022 (Kg)

Mês	Infectante A	Perfurocortante E	Não Reciclável	Reciclável	Químico B	Total
Janeiro	9864	148	7918	1846	403	**20179**
Fevereiro	9392	127	8256	2150	428	**20353**
Março	8911	181	8334	1882	456	**19764**
Abril	7245	85	7220	1708	745	**17003**
Maio	6944	60	6993	1695	713	**16405**
Junho	5648	424	6563	1518	937	**15090**
Julho	6206	355	6609	1850	734	**15755**
Agosto	5838	244	8418	1536	838	**16873**
Setembro	3094	150	4867	1035	401	**9547**
Outubro	3831	238	5483	1423	318	**11293**
Novembro	3743	178	5016	1733	358	**11029**

Mês	Infectante A	Perfurocortante E	Não Reciclável	Reciclável	Químico B	Total
Dezembro	3983	188	6150	2763	361	**13446**
ACUMULADO	**74700**	**2379**	**81828**	**21139**	**6692**	**186737**

Fonte: Inventário de Resíduos, 2022.

4. EMPRESAS ENVOLVIDAS

No empreendimento atuam várias empresas e são gerados diversos tipos de resíduos e suas destinações e tratamentos possuem diferentes responsáveis, além disso, o hospital está localizado dentro de um condomínio que possui sua central de resíduos.

GLOBO AMBIENTAL – Transporte dos resíduos comuns

Razão Social: Globo Ambiental e Serviços Eireli

CNPJ: 24.279.323/0001-24. Telefone: (62) 3998-1772

Atividade desenvolvida: Coleta de resíduos classe IIA

Endereço: Rua Dóris, nº 171 – Quadra 40 – Lote 10E – Vila Rosa, Goiânia - GO

Licença ambiental n° 2019005002 emitida pela Secretaria de Meio Ambiente de Aparecida de Goiânia

RESÍDUO ZERO – Transporte e destinação dos resíduos infectantes

Razão Social: Resíduo Zero Ambiental LTDA

CNPJ: 10.280.768/0001-10. Telefone: (62) 3282-6467

Atividade desenvolvida: Aterro Classe I e Classe IIA

Endereço: Rodovia GO-219, km 12 – Fazenda Serrinha, Guapó – GO

Licença ambiental n° 6410/2017 emitida pela Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável de Goiás - SEMAD/GO

INCINERA – Subcontratada pela Resíduo Zero para a incineração de resíduos

Razão Social: INCINERA TRATAMENTO DE RESIDUOS LTDA

Atividade desenvolvida: Tratamento de Resíduos Perigosos

Endereço: Avenida Contorno Oeste, 1182, Qd 04, módulos 08 e 09, Distrito Agroindustrial, Senador Canedo - GO

CNPJ: 07.393.407/0001-75. Telefone: (62) 3251-5354

Licença ambiental n° 2019056317/2019 emitida pela Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável de Goiás - SEMAD/GO

PREDIAL TOP SERVICE – Contratada para os serviços de higiene, limpeza e segurança

Razão Social: Top Service Serviços e Sistemas S/A

CNPJ: 00.973.749/0001-15. Telefone: (62) 3277-9100

Atividade desenvolvida: Limpeza e Higienização

Endereço: Av. Dona Maria Cardoso, s/n, Jardim Luz – Aparecida de Goiânia - GO

PASTA ROSA – Contratada para dedetizar as áreas internas e externas do hospital

Razão Social: Pasta Rosa Dedetizadora Eireli

CNPJ: 32.011.829/0001-86. Telefone: (62) 3091-3666

Atividade desenvolvida: Controle de Vetores e Pragas

Endereço: R4, nº 14, Quadra J, Lote 1, Setor Marechal Rondon, Goiânia - GO

Licença ambiental n° 354/2021 emitida pela Agência Municipal de Meio Ambiente AMMA de Goiânia

HEMOLABOR – Contratada pelo Hospital para Gerir a Agência Transfusional

Razão Social: HEMOLABOR – Hematologia e Laboratório de Pesquisas Clínicas LTDA

Atividade desenvolvida: Laboratórios Clínicos

Endereço: Av. Portugal, 1148, Qd. L29, Lt. 1E, Setor Marista, Goiânia, Goiás

CNPJ: 00.418.954/0004-61. Telefone: (62) 3605-6600

Licença ambiental n° 321/2020 emitida pela Agência Municipal de Meio Ambiente - AMMA de Goiânia.

5. RESPONSABILIDADES

5.1. ELABORAÇÃO DO PGRSS

Analista de Meio Ambiente e Sustentabilidade

Nome: E-mail:

_____

Responsável pela Elaboração do PGRSS

OBS. Responsabilidade técnica vinculada exclusivamente à elaboração do plano de gerenciamento de resíduos, não envolvendo, desta forma, atividades de execução e/ou função técnica no empreendimento, conforme Assinatura de Responsabilidade Técnica – ART anexo.

5.2. RESPONSABILIDADE TÉCNICA E LEGAL

Diretor Médico do Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE Unidade Goiânia

Nome: ; **E-mail: Conselho de classe:**

_____

Responsável Técnico e Legal

OBS. Responsabilidade técnica e legal vinculada ao funcionamento das atividades realizadas no HIAE Goiânia, conforme Certificado de Regularidade do CREMEGO anexo.

5.3. RESPONSABILIDADE OPERACIONAL

Coordenador de Operações - Responsável Operacional

Nome: ; **E-mail:**

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

_____

Responsável Operacional

OBS. Responsabilidade técnica vinculada à gestão e operação das ações determinadas no plano de gerenciamento de resíduos.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

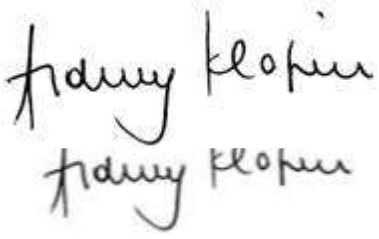
POLÍTICA DE GESTÃO INTEGRADA

INTRODUÇÃO

A Política de Gestão Integrada da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (Sociedade) representa um conjunto de ações e práticas estabelecidas com o propósito de preservar a Segurança e a Saúde de colaboradores e parceiros; minimizar seus impactos ao Meio Ambiente e gerenciar e racionalizar o uso e consumo de Energia.

Política de Gestão Integrada (Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Gestão da Energia):

- Assegurar a saúde, segurança e o bem-estar dos nossos colaboradores, pacientes, alunos, terceiros e público em geral que possam ser potencialmente impactados pelas nossas operações, atividades, instalações, infraestrutura, produtos e serviços;
- Estabelecer objetivos e metas de melhoria contínua do desempenho do SGI a partir da análise crítica de riscos ocupacionais, uso da energia e do impacto ambiental das operações e do seu alinhamento com a legislação, evolução tecnológica e as demandas de partes interessadas. O objetivo é o dano ou impacto zero;
- Disseminar a cultura de melhoria contínua junto às lideranças, colaboradores, terceiros e demais partes interessadas, visando assegurar o seu comprometimento com os objetivos e metas do SGI;
- Assegurar os recursos financeiros, humanos, de informações e de infraestrutura necessários para atender aos requisitos legais e outros, eliminar perigos e reduzir os riscos de segurança e saúde ocupacional, proteger o meio ambiente, prevenir a poluição e melhorar o desempenho energético;
- Estabelecer padrões para o desenvolvimento de projetos, produtos e serviços que atendam aos requisitos de saúde e segurança ocupacional, uso racional de energia e de impacto sobre o meio ambiente; e
- Gerenciar os aspectos de saúde e segurança ocupacional, uso de energia e impacto sobre o meio ambiente, de forma a prevenir incidentes e doenças ocupacionais, assegurar o uso racional da energia e eliminar impactos no meio ambiente.



Sidney Klajner

Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

OBJETIVO

Atender aos requisitos referentes à elaboração de uma Política de Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Gestão da Energia, com base na ISO 14001:2015 e ISO 50001:2018.

DEFINIÇÕES

N/A

CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DA POLÍTICA

N/A

RESPONSABILIDADES

É responsabilidade da Gerência de Segurança e Saúde do Trabalho, Meio Ambiente e Sustentabilidade a revisão desta Política.

CORRELAÇÃO COM LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

N/A

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

N/A

ANEXOS

N/A

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma ABNT ISO 14001:2015.

Norma ABNT ISO 50001:2018.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Manual de Gestão Integrada da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Giovani Lima de Souza (26/03/2015 04:34:06 PM) - Política de Segurança, Saúde e Meio Ambiente.
Giovani Lima de Souza (27/03/2015 02:04:54 PM) - Política de Segurança, Saúde e Meio Ambiente.
Patricia Chaves (Abril/17) – Revisão e atualização da política.
Patrícia Chaves (Fev/18) – Revisão e atualização da política para atendimento aos requisitos da versão 2015 da ISO 14001:2015, incluindo ou revisando os termos abaixo itálico e sublinhados:

- – Prover os recursos necessários à implantação desta Política, bem como para o atingimento dos objetivos ambientais da SBIBAE por meio de estruturas e Sistemas de Gestão apropriados.
- – Incentivar o uso sustentável dos recursos naturais e ações de sustentabilidade como um compromisso com a proteção do meio ambiente.
- – Fixar alvos para melhorias, medições e avaliações, demonstrando o compromisso com a melhoria contínua pela excelência de seu desempenho ambiental.

Daisy Mitiko Suzuki Okada (28/04/2017 12:11:39 PM) - correção da versão e inserção dos nomes dos aprovadores
Daisy Mitiko Suzuki Okada (19/02/2018 07:23:27 AM) - Patricia revisou
Camila 26/09/2018 – Alterações para atendimento da Norma ISO 50001:2011 – Sistema de Gestão da Energia:
Mudança do nome da Política de "Política de Segurança, Saúde e Meio Ambiente" para "Política de Gestão Integrada"

1. Inclusão do aspecto energia no contexto de gestão, prevenção e minimização de riscos ambientais
2. Inversão na ordem de apresentação dos tópicos: primeiro a Política seguida dos compromissos.

Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes (19/10/2018 10:38:40 AM) - Alterações feitas por Camila Carnevale: Alteração do título do documento "Política de Segurança, Saúde e Meio Ambiente" para Política de Gestão Integrada; alterações para atendimento da norma 50001:2011 (Sistema de Gestão de Energia); revisão geral do documento.
Neilor Cardoso Guilherme (Junho/19) – Revisão e atualização da política:

- - Adequação da terminologia "Gestão Energética" para "Gestão da Energia" – conforme especificação da Norma ISO 50.001.
- - Substituição da sigla "SBIBAE" por "Sociedade", conforme determinado em reunião de Análise Crítica do Sistema de Gestão Integrado (SGI)

Amanda Marques de Castro (26/06/2019 04:13:01 PM) - Revisão Junho/19
Neilor Cardoso Guilherme (13/08/2020) – Revisão Geral, adequação aos requisitos da norma ISO 50.001:2018.
Neilor Cardoso Guilherme (14/08/2020 01:53:46 PM) - Revisão Geral
Natalia Rios Costa (Agosto/2021) – Revisão Geral Neilor Cardoso Guilherme (14/08/2020 01:53:46 PM) - Revisão Geral Natalia Rios Costa (Agosto/2021) Revisão Geral.

PROCEDIMENTO DE CONTROLE DE EMISSÕES ATMOSFÉRICAS DE FONTES MÓVEIS

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para a realização de teste de opacidade em frota de veículos à diesel.

2. DEFINIÇÕES

Opacidade: capacidade que um certo material possui de não permitir a passagem de luz;

Opacímetro: equipamento eletrônico que permite, por meio de um feixe de luz, avaliar a densidade da fumaça, coletada por meio de uma sonda introduzida no tubo de escapamento, em um compartimento fechado;

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein;

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Se aplica à veículos diesel de frota própria ou terceirizada à serviço direto da SBIBAE.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

O teste de opacidade para motores diesel é um procedimento que visa medir o nível de opacidade de veículos à diesel. Entende-se como opacidade a capacidade que um certo material possui de não permitir a passagem de luz. O principal objetivo deste teste é controlar a emissão de poluentes no meio ambiente. Desse modo, é possível conter a poluição atmosférica e garantir uma boa qualidade do ar.

Os testes de opacidade em veículos à combustão devem ser realizados por empresas credenciadas. Cabe ao responsável pela frota realizar o agendamento e garantir a execução dos laudos anualmente e realizar o upload do laudo de opacidade e certificado de calibração do opacímetro no Módulo de Licenças.

Em caso de veículos terceirizados como, por exemplo, ônibus fretado e ambulâncias das unidades avançadas, o gestor responsável pelo serviço deve solicitar a documentação à

empresa responsável pela execução do serviço e realizar o upload do laudo de opacidade e certificado de calibração do opacímetro no Módulo de Licenças.

Observação: caso o laudo de opacidade tenha uma validade de 180 dias, após seu vencimento, deverá ser renovado em um prazo máximo de 5 dias úteis

Além do laudo de opacidade, devem ser apresentados ao gestor responsável o certificado de calibração do opacímetro utilizado nos testes do veículo.
Ao receber os documentos, o gestor responsável do contrato deverá subir o laudo e o certificado de calibração no Módulo de Licenças. Caso seja identificada alguma divergência os documentos devem ser devolvidos aos responsáveis para realização dos ajustes.
A equipe de Meio Ambiente e Sustentabilidade irá monitorar os laudos de opacidade no Modulo de Licenças do Sistema Verde Ghaia. No sistema serão inseridas as datas de vigência para envio de alertas. Os alertas serão programados para 30 dias antes do vencimento das licenças e a área de Meio Ambiente e Sustentabilidade irá comunicar os responsáveis para obtenção dos novos laudos.
Nota: O laudo de opacidade deve ter no máximo 12 meses de validade.

7. RESPONSABILIDADES

Meio Ambiente e Sustentabilidade	Acompanhar a vigência dos laudos de opacidade Realizar *follow up* com as áreas responsáveis quanto ao prazo de vigência dos laudos
Unidade Móvel Einstein	Realizar as avaliações de opacidade das Ambulâncias sob sua responsabilidade em empresa devidamente credenciada Fazer o upload do laudo de opacidade e certificado de calibração do opacímetro no Módulo de Licenças
Central de Transportes	Realizar as avaliações de opacidade veículos com motor à diesel sob sua responsabilidade em empresa devidamente credenciada Fazer o upload do laudo de opacidade e certificado de calibração do opacímetro no Módulo de Licenças

RH – Benefícios	Realizar as avaliações de opacidade dos Ônibus Fretados sob sua responsabilidade em empresa devidamente credenciada Fazer o upload do laudo de opacidade e certificado de calibração do opacímetro no Módulo de Licenças
Supervisores Unidades Avançadas	Realizar as avaliações de opacidade das Ambulâncias terceirizadas sob sua responsabilidade em empresa devidamente credenciada Fazer o upload do laudo de opacidade e certificado de calibração do opacímetro no Módulo de Licenças

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução Conama Nº 490, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2018 Resolução Conama N° 418, de 25 novembro de 2009 PORTARIA Nº 85, DE 17 DE OUTUBRO DE 1996.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

16/12/2022 - Odairo Jose da Silva

11/22 – Dante Alaimo Inserção do normativo no template DM Docs e revisão geral: alinhamento de tópicos e subtópicos, formatação de fonte (tamanho e tipo), legenda de figuras, ocultamento de informações pessoais/confidenciais em imagens etc.

07/21 – Neilor Cardoso

Elaboração do Procedimento "Controle de Emissões Atmosféricas de Fontes Móveis"

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE TERCEIROS

1. DEFINIÇÃO

Procedimento de orientação para a o gerenciamento de resíduos gerados pelos locatários da SBIBAE.

2. OBJETIVOS

Estabelecer uma sistemática para o manejo interno dos resíduos gerados por locatários (tais como, restaurantes, lanchonetes, farmácias, cafés, salão de beleza, banco, etc.) que contemplem os padrões mínimos para o descarte, acondicionamento e movimentação interna de resíduos.

3. INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

Não aplicável.

4. RESPONSÁVEIS

Locatário: seguir as orientações referentes ao manejo de resíduos estabelecidas neste procedimento bem como, prover os recursos necessários para o atendimento integral das diretrizes aqui estabelecidas.

Gestor do contrato: orientar os locatários com relação ao atendimento dos requisitos deste procedimento e garantir o cumprimento.

Equipe de Gestão de Resíduos: definir as diretrizes e comunicar ao gestor do contrato no caso do não atendimento aos requisitos.

5. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. MATERIAL

Para a execução do proposto neste procedimento o locatário deverá prover os recursos abaixo:
Lixeiras adequadas à demanda e característica dos resíduos;
Sacos de lixo para o acondicionamento dos resíduos de acordo com a padronização de cores do HIAE;

Carros de transporte sinalizados, para a movimentação de resíduos nas dependências do hospital;

Equipamentos de proteção individual a ser definidos pelo próprio fornecedor, conforme equipe própria de Segurança do trabalho.
Adesivos de identificação de resíduos.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Descarte de Resíduos

Todas as unidades da SBIBAE possuem programas de coleta seletiva implantados, sendo assim, todos os estabelecimentos alocados dentro das unidades, independentemente do segmento de atuação devem manter programas com a mesma característica, a fim de propiciar o descarte seletivo de resíduos a seus funcionários e, quando aplicável, a seus
clientes. São aceitas exceções caso não haja área útil para a disponibilização de lixeiras para coleta seletiva, que deverá ser acordado entre o gestor do contrato e o responsável pela área de Gestão de Resíduos.
As lixeiras devem seguir o padrão de cores estabelecido pela Resolução CONAMA 275/2001. É de responsabilidade do locatário disponibilizar a quantidade lixeiras necessárias para suprir a demanda de geração de resíduos do estabelecimento, evitando aspecto desagradável.
O tipo e a característica das lixeiras ficam a critério do locatário (em relação a modelos), contudo é vetado o uso de lixeiras sem tampa de vedação para o descarte de resíduo orgânico e não reciclável devido ao possível surgimento de pragas. Caso solicitado, o departamento de Ambientação poderá indicar os modelos mais adequados.

Recolhimento dos resíduos

O locatário deve definir a frequência de recolhimento dos resíduos das lixeiras para evitar aspecto desagradável, principalmente em áreas de alimentação, evitando que a lixeira tenha seu limite máximo ultrapassado. Não deixar o resíduo orgânico armazenado por mais de 24 horas no local.
Os resíduos podem ser recolhidos pela equipe de higiene da SBIBAE ou por profissional contratado pelo próprio estabelecimento conforme acordado com o gestor do contrato. O padrão de acondicionamento dos resíduos deve seguir ao estabelecido na SBIBAE, sendo o acondicionamento em sacos de lixo colorido, conforme descrito abaixo:

- Papel: saco de lixo azul;
- Plástico: saco de lixo vermelho;

- Metal: saco de lixo amarelo;
- Químico: saco de lixo laranja;
- Não reciclável: saco de lixo preto;
- Orgânico: saco de lixo marrom.

Fluxo para retirada e reposição de caixas de perfurocortantes pelas empresas terceiras

As caixas clean box amarelas (resíduos infectantes) devem ser acondicionadas em saco plástico branco. As caixas clean box laranja (químicos) devem ser acondicionadas em saco plástico laranja.

Quando a quantidade de perfurocortantes descartados atingir a linha pontilhada, o próprio gerador do resíduo deve fechar as caixas, conforme orientações de segurança definidas pelo departamento de Segurança do Trabalho. As caixas devem ser levadas pelo gerador, utilizando carros para transporte, até a sala de resíduos mais próxima, depositando no carro de resíduos de cor branca para resíduos infectantes ou laranja para resíduos químicos. O departamento de Gestão de Resíduos providenciará o recolhimento da caixa na sala de resíduos, conforme fluxo padronizado, por profissional capacitado.

No caso de descarte de resíduos químicos perigosos, conforme informações disponíveis na FISPQ, os resíduos devem permanecer no local de geração e deve ser feita solicitação de coleta para o departamento de Gestão de Resíduos pelo e-mail gestaoderesiduos@einstein.br informando o tipo de resíduo, quantidade e local de coleta.

Para reposição das caixas, o Gestor do contrato deve ser acionado e informada a necessidade de nova caixa (CleanBox I amarela ou CleanBox III laranja para perfurocortantes), que fornecerá a caixa previamente montada pelo departamento de Segurança do Trabalho.

Obs: Caso não haja geração de resíduos perfurocortantes, o descarte de infectantes pode ser realizado em lixeiras brancas contendo sacos brancos e os químicos em lixeiras laranja contendo sacos laranja. O departamento de Gestão de Resíduos poderá auxiliar o gestor do contrato nessa avaliação.

Movimentação de resíduos

Os resíduos gerados no estabelecimento devem ser encaminhados para locais de armazenamento temporário ou final, de acordo com as orientações do departamento de Gestão de Resíduos. A movimentação dos resíduos pode ser feita pela equipe de higiene da SBIBAE ou por profissional contratado pelo próprio estabelecimento, conforme acordado com o gestor do contrato.

Para a movimentação de resíduos, o locatário deverá disponibilizar carros de transporte de resíduos 240L, 400L ou 800L. Estes carros devem ser de cor preta ou cinza para transporte de resíduo reciclável, comum e orgânico, cor branca para resíduos infectantes e cor laranja para resíduos químicos. Os carros devem ser higienizados periodicamente, ter tampa (estar tampados durante a movimentação) e estar identificados conforme o tipo de resíduo transportado.
Não é permitida a movimentação de sacos de lixo sem o uso de carros de transporte por corredores, escadas e elevadores. O uso de elevadores é restrito àqueles identificados para o transporte de cargas, sendo proibido o uso de elevadores sociais. Nos elevadores é proibido o transporte de resíduos junto com alimentos.

Armazenamento de resíduos

De acordo com as características dos resíduos gerados no estabelecimento, o departamento de Gestão de Resíduos poderá orientar ao armazenamento em salas de resíduos ou diretamente no abrigo final de resíduos. A definição destes locais será acordada com o Estabelecimento e o Gestor do contrato.

Salas de resíduos

As salas de resíduos são pontos intermediários utilizados para o armazenamento temporário de resíduos. Quando determinado o armazenamento dos resíduos neste ambiente, o profissional responsável por essa tarefa deverá deslocar-se até a sala determinada usando carro para transporte e acondicionar os sacos de lixo no interior do contêiner.
Os resíduos comuns (recicláveis e não recicláveis) devem ser acondicionados em contêineres de cor preta ou cinza. As caixas de papelão devem ser desmontadas e em seguida colocadas nos contêineres de cor preta, dedicados ao papelão. O contêiner de cor branca é exclusivo para o armazenamento de resíduo infectante e o laranja é exclusivo para o descarte de resíduos químicos.
Na sala de resíduos é proibido o armazenamento de resíduos diretamente sobre o piso, sobre a tampa do contêiner ou, ainda, o armazenamento em contêiner incompatível com a característica do resíduo. Nas salas de resíduos não é permitido o armazenamento, mesmo que por curto espaço de tempo, de pallets ou mobiliários de madeira, resíduo de construção civil, equipamentos eletrônicos, entre outros. Caso seja necessário o descarte destes tipos de resíduos, o gerador deve entrar em contato com o departamento de Gestão de Resíduos, que irá realizar o direcionamento.
Na unidade Morumbi as salas de resíduos possuem controle eletrônico de acesso por cardax, e apenas pessoas autorizadas podem acessar. Essa liberação é realizada pela Central de

Segurança via solicitação por e-mail ao grupo de controle de acessos. As salas que ainda não houverem implantação de controle eletrônico de acesso devem permanecer trancadas com chave.

Abrigo final de resíduos

O abrigo final de resíduos é o local onde os resíduos são disponibilizados à coleta externa. A equipe de Gestão de Resíduos determinará o armazenamento de resíduos neste local quando houver geração de resíduo orgânico de fácil putrefação em volume representativo ou na indisponibilidade de sala de resíduos para o armazenamento.

Na unidade Morumbi o abrigo de resíduo não reciclável e reciclável está localizado no 1º Intermediário do bloco B/C, ao lado do estacionamento de carga e descarga, enquanto os resíduos orgânicos, químicos e infectantes devem ser armazenados no 5° Intermediário do bloco A. Os resíduos ao serem encaminhados para o abrigo devem obrigatoriamente ser pesados na balança disponível no local e os valores registrados no formulário de controle de pesagem de resíduos disponibilizado pelo Departamento de Gestão de Resíduos, identificado pelo nome de cada estabelecimento gerador.

Os resíduos recicláveis encaminhados ao abrigo de resíduos do 1º Intermediário do bloco B/C devem ser acondicionados nos contêineres específicos para cada tipo de resíduo: Os sacos de lixo contendo papel, plástico e metal/sucata devem ser acondicionados nas caçambas disponíveis, já as caixas de papelão desmontadas devem ser acondicionadas nas gaiolas destinadas para papelão. Os resíduos não recicláveis devem ser armazenados na caixa compactadora disponível no local, colocando-os na abertura superior do equipamento e acionando o mecanismo de compactação. Os resíduos orgânicos devem ser armazenados nos contentores disponibilizados no 5º Intermediário do bloco A para envio à compostagem, caso tenha sido acordada esta segregação com o gerador. As embalagens de madeira e mobiliários devem ser desmontadas antes de serem acondicionados nas caçambas localizadas na área externa do abrigo de resíduos recicláveis no 1º Intermediário do bloco B/C, sendo proibido o armazenamento acima da capacidade.

O ambiente deve ser mantido em condição de organização e limpeza pelo profissional responsável pelo armazenamento. No caso de rompimento de sacos ou vazamento de líquidos, o profissional deverá providenciar a limpeza antes de retornar ao estabelecimento. Para higienização dos carros de transporte o profissional pode utilizar a área de lavagem localizada no abrigo de resíduos do 5º Intermediário do bloco A.

Equipamento de proteção individual

O locatário deverá disponibilizar à equipe envolvida no processo os equipamentos de proteção individual adequados a realização das atividades. O locatário deverá também orientar os profissionais quanto a utilização e higienização dos equipamentos de proteção individual.

8. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

Este procedimento segue as diretrizes operacionais e de segurança ocupacional do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, por isso, para garantir o seu bom funcionamento as rotinas aqui estabelecidas devem ser atendidas integralmente, principalmente:

Cumprimento pelo locatário dos requisitos aqui listados;

Treinamento dos profissionais envolvidos no processo;

Disponibilização de equipamentos adequados e em boas condições de uso para o descarte e movimentação de resíduos;

Disponibilização e orientação quanto à utilização de Equipamentos de Proteção Individual.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Planilha de pesagem de resíduos, fornecido pelo departamento de Gestão de Resíduos.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Os profissionais devem ser treinados no momento da admissão e anualmente, pela área gerenciadora do contrato. Caso necessário, o agendamento pode ser realizado juntamente ao departamento de Gestão de Resíduos.

11. REGISTRO

Planilha de pesagem de resíduos, fornecido pelo departamento de Gestão de Resíduos.

12. INDICADORES DE QUALIDADE

NA

13. ANEXOS

NA

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução CONAMA 358/2005

Resolução CONAMA 275/2001

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá providências.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Plano de Gerenciamento de Resíduos – Unidade Morumbi

Descarte de Resíduos de Serviço de Saúde

16.DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Nov/2013: Criação do procedimento

23/03/2016: atualização quanto aos locais de armazenamento de resíduos e inclusão do processo de compostagem.

Darlene da Silva Alencar (04/07/2019 07:00:00 PM) - Revisão do Procedimento

Rita de Cássia F. Miranda (22/07/2020 07:00:00 PM) - Revisão do Procedimento

Rita de Cássia F. Miranda (20/05/2021 04:32:35 PM) – Documento Revisado

Rita de Cássia F. Miranda (19/08/2021 11:35:00 PM): Alguns elementos de redação do texto foram modificados para maior clareza e encadeamento lógico do conteúdo.

• Realizados ajustes de digitação e formatação.

• Os códigos dos documentos PO.ADM.6 e PR.ADM.214 foram retirados do item 15 - documentos relacionados.

Diana Deodato dos Santos (23/08/2021 10:37:07 AM) - Doc. revisado

PROCEDIMENTO DE GESTÃO DE EFLUENTES

1. OBJETIVO

Estabelecer os procedimentos esperados na Gestão de Efluentes da SBIBAE, garantindo a destinação final ambientalmente adequada, atendimento aos padrões definidos nos requisitos

Legais, gestão de riscos e redução de intercorrências internas que possam interferir na operacionalidade do sistema. Para a unidade Alphaville, que possui estação de tratamento própria, busca-se atender a legislação ambiental, conforme padrões estabelecidos pelo Decreto nº 8468 de 08 de setembro de 1976, artigos 13 e 18.

2. DEFINIÇÕES

Efluentes: resíduos produzidos tanto pelas indústrias quanto pelo ser humano em seu ambiente doméstico, e que são descartados no meio ambiente sobre a forma de líquidos ou gases;
EPI: Equipamento de Proteção Individual;
MAS: Meio Ambiente e Sustentabilidade;
Não Conformidade: representa o não atendimento a um requisito de norma, lei ou ainda, o não atendimento à uma exigência de um processo do SGA (Sistema de Gestão Ambiental), SGE (Sistema de Gestão Energética), Qualidade, Segurança do Colaborador, Segurança do Paciente e outros;
SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein;

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este documento é indicado para funcionários e áreas correlatas com a Gestão de efluentes líquidos lançados na rede de esgoto das unidades da SBIBAE, Obras e Reformas, Gestão de Resíduos e Gestão Operacional Relacionada à Efluentes. Esse procedimento não se aplica para unidades onde a gestão do efluente não é de responsabilidade do HIAE.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Equipe de coleta: EPIs, Equipamentos/materiais de coleta manual das amostras de efluente, carro de carga. Colaborador da Manutenção: Instrumentos para abertura da tampa da caixa de efluente (quando necessário), Guia de Coleta de Efluentes SBIBAE.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Equipe de Coleta de Efluentes

- Utilização de Equipamentos de proteção individual (EPIs) e materiais de coleta manual definidos pela empresa contratada;
- Utilização de carros de carga para o transporte das amostras de efluentes;
- Atendimento aos procedimentos técnicos de coleta de efluentes definidos pela empresa contratada e validada pela SBIBAE, bem como aos procedimentos internos do Einstein;
- Estar acompanhado por colaborador da equipe da SBIBAE durante a coleta das amostras;
- Seguir o Guia de Coleta de Efluentes SBIBAE;

Colaboradores Einstein

- Utilização de Equipamentos de proteção individual (EPIs) e instrumentos necessário para abertura da tampa das caixas;
- Garantir a realização das coletas semestrais, conforme cronograma acordado;
- Acompanhar as coletas, garantir o ponto de amostragem correto, garantir a realização dos procedimentos conforme estabelecido no Guia de Coleta de Efluentes SBIBAE;

Colaboradores Einstein – unidade Alphaville

Para essa unidade, que possui estação de tratamento própria, ainda se tem o seguinte fluxo:

- Abrir Ordem de Manutenção;
- Comunicar aos responsáveis da Manutenção, Facilities e Gestão de resíduos o volume de efluente que será descartado;
- Realizar comunicação da atividade;
- Armazenar o relatório de descarte na Ordem de Manutenção;

A coleta de efluentes para realização de análise físico-química não deve ser realizada, em caso de procedimentos ou eventos que possam afetar as condições normais dos efluentes.

6. DESCRIÇÃO

Mapeamento de Unidades

As unidades SBIBAE foram mapeadas, e estão segregadas conforme modelo de atividade (assistencial, administrativo, laboratório) e localização (prédio próprio e condomínio).

Atualmente, as análises de efluentes são realizadas apenas as unidades localizadas em prédios próprios em que haja atividades assistenciais e laboratório. Para as unidades localizadas em condomínios, não há um planejamento para instalação de pontos de coleta exclusivos.

A definição sobre pontos de coleta exclusivos em condomínios e mapa hidráulico para as novas unidades SBIBAE estão estabelecidas na Guia de Coleta de Efluentes do SBIBAE.

Parâmetro Legal

Os parâmetros Legais para definição das análises de efluentes são estabelecidos nas Licenças de Operação emitidas pela CETESB ou órgão ambiental equivalente, Certidão de Esgotamento Sanitário emitidas pela Sabesp ou Companhia de Saneamento Básico equivalente.

Caso não haja definição nestes documentos, o parâmetro Legal é definido conforme disponibilidade da rede de coleta pública no endereço e confirmação na Companhia de Saneamento Básico.

Unidade	Parâmetro Legal
Alphaville	CONAMA 430, art. 21 Decreto Estadual 8.468/76, art. 13 e 18
Goiânia	Resolução CONAMA 430, art 16
Hosp Municipal Vila Santa Catarina	CONAMA 430, art. 21 Decreto Estadual 8.468/76, art. 18
Morumbi, Alto de Pinheiros, NTO, Jardins, Klabin, Morato, Paraisópolis, Laboratório Mogi das Cruzes, Perdizes, Santana, Ibirapuera, Clínica Ibirapuera, Vila Mariana, Centro de Ensino e Pesquisa, Unidade de Reabilitação Esportiva Albert Einstein,	Decreto Estadual 8.468/76, art. 19A

Figura 1: relação entre unidades e parâmetros monitorados

Coletas de Efluentes

A coleta de efluentes deverá ser realizada conforme Cronograma de coletas e o Guia de Coleta de Efluentes SBIBAE.

O Guia de Coleta de Efluentes SBIBAE é um documento orientador, para garantir que a amostra será coletada no ponto correto, conforme solicitação de coleta. As coletas semestrais são realizadas obrigatoriamente nos pontos de lançamento na rede pública de esgoto (caixas de saída), que são identificadas pela letra correspondente, conforme Guia de Coleta de Efluentes SBIBAE.

Em casos de desvios das análises ou outros tipos de investigação, podem ser solicitadas coletas nas caixas intermediárias, conforme definido na investigação dos desvios.

Análise dos Resultados e Ações Aplicáveis

Os Relatórios de análise são emitidos pela empresa contratada após 15 dias úteis. Todos os relatórios são avaliados pelo departamento de MAS, registrados no Painel de Controle de

efluentes e comparados com os valores máximos e mínimos determinados pela legislação aplicável a cada unidade SBIBAE.

Caso haja algum desvio dos parâmetros, deverá ser realizada uma reunião de análise crítica entre o time de meio ambiente e setores relacionados, para que se possa compreender a causa de tal alteração do(s) parâmetro(s). Após reunião, será realizada uma nova coleta (recoleta) para nova análise do parâmetro, conforme prazo estabelecido entre a área de MAS e o prestador. A ação tem como intuito a confirmação do resultado.

Com base no laudo da recoleta, persistindo o desvio, deverá ser realizada a abertura imediata de relatório de Não Conformidade conforme PR.ADM 466 (na versão mais atualizada), além da investigação e determinação de ações aplicáveis para correção.

Coleta de Efluente – unidade Alphaville

Das ordens de serviço:

As ordens de serviço são geradas pelo sistema de Gerenciamento da Manutenção (Manusis), conforme periodicidade definida pelo Cronograma da Manutenção.

Das coletas:

Deverá ser realizado o agendamento da coleta do efluente junto ao mantenedora da ETE, Facilities, Manutenção e Gestão de resíduos;

O transporte será realizado por um caminhão compatível com o volume necessário do esgotamento da ETE;

As coletas serão realizadas pela mantenedora contratada com acompanhamento de um responsável da manutenção, técnico ou supervisor.

Dos laudos:

Os laudos serão disponibilizados no site do SIGOR e enviado pela Mantenedora, após o prazo estimado para a realização das análises. Os laudos deverão ser anexados a ordem de serviço.

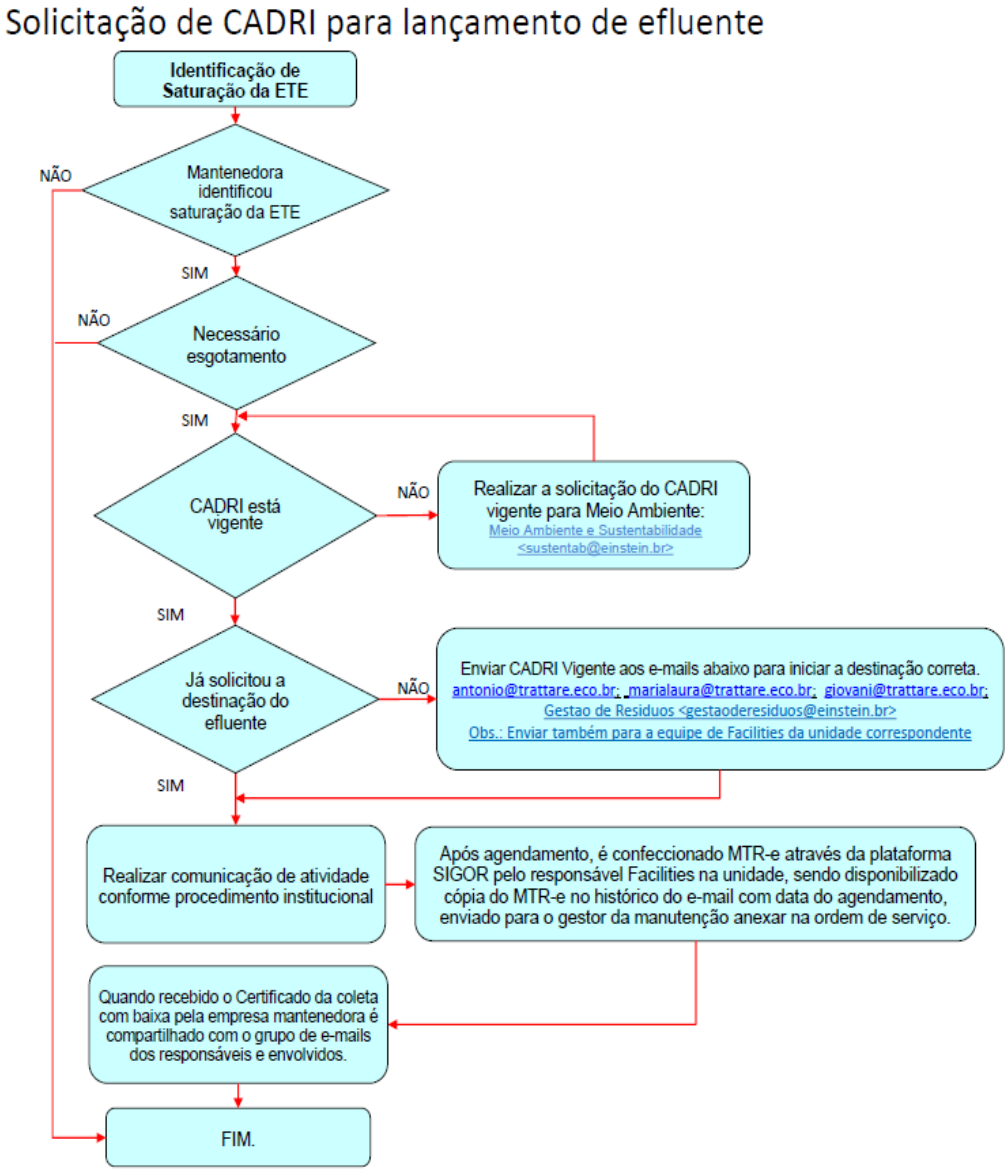


Figura 2: fluxo para solicitação de CADRI para coleta de efluentes da unidade Alphaville

7. RESPONSABILIDADES

A Gestão de efluentes na SBIBAE é de responsabilidade da Gerência de Manutenção, com o apoio de Meio Ambiente e Sustentabilidade (MAS) e Gerência de Projetos e Obras (GPO).

A definição da matriz de responsabilidade foi realizada utilizando a metodologia RACI, e apresenta a responsabilidade dos envolvidos.

		R	A	C	I
1	Procedimento (manter procedimentos aplicáveis atualizados)	MAS	SSMA	GMN	GG e SSMA
2	Cronograma anual de execução	GMN	SSMA	GMN	GG e SSMA
3	Orçamentação anual (OPEX) CC	GMN	SSMA	GMN	GG e SSMA
4	Contratação e SLA mensal (Gestor do contrato)	GMN	SSMA	GMN	GG e SSMA
5	Plano de execução e gerenciamento das evidências/documentos	MAS	SSMA	GMN	GG e SSMA
6	Execução da coleta (Acompanhamento do contratado)	GMN	GG	MAS	GG e SSMA
7	Análise de laudos e definição de ações aplicáveis	MAS	SSMA	GMN	GG e SSMA
8	Elaboração e manutenção do mapa hidráulico	GPO	GG	GMN	GG e SSMA
9	Operacionalização e manutenção da rede de esgoto da SBIBAE	GMN	GG	MAS	GG e SSMA
10	Definir, mensurar, reportar e manter registro de indicadores de desempenho do sistema para as partes interessadas.	MAS	SSMA	GMN	GG e SSMA

R	**Responsável** Quem faz ou deverá fazer a atividade Pessoa designada para trabalhar na atividade
A	**Autoridade** Quem responde pela atividade, dono/sponsor Pessoa que tem autoridade para tomada de decisão
C	**Consultado** Quem deve ser consultado e participar da decisão, ou quando a atividade estiver sendo executada
I	**Informado** Quem deve receber a informação de que a atividade foi ou será executada

Legenda

MAS	Meio Ambiente e Sustentabilidade
GMN	Gestão da Manutenção
GG	Gerente Geral de Infraestrutura
SSMAS	Saúde, Segurança, Meio Ambiente e Sustentabilidade
GPO	Gerência de Projetos e Obras

Figura 3: matriz de responsabilidades

Unidade de Alphaville

Para a coleta de efluentes da unidade de Alphaville, se tem o seguinte fluxo de responsabilidades:

Coordenador e supervisor de manutenção HIAE:

Garantir o cumprimento do procedimento de análise do efluente lançado no sistema público de coleta de esgoto.

Supervisor de Manutenção da mantenedora:

Acompanhar a emissão das ordens de serviço no sistema de Gerenciamento da Manutenção;
Agendar as coletas junto a mantenedora;

Buscar os laudos das análises no site do Laboratório;
Comparar os resultados obtidos na amostra com os valores máximos e mínimos permitidos pelo Decreto nº 8468 de 08 de setembro de 1976;
Anexar os laudos na ordem de serviço gerada pelo sistema de gerenciamento de manutenção;

Elaborar e acompanhar plano de ação corretiva caso haja algum parâmetro que não atenda os limites estabelecidos;

Técnico de Manutenção da mantenedora

Acompanhar a realização da coleta.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Realização de procedimentos incorretos na coleta dos efluentes, que impactem na qualidade da amostra;

Amostragem no ponto incorreto;

Não atendimento do cronograma de coletas.

O não cumprimento deste procedimento (sobretudo para a unidade de Alphaville), implica em descumprimento de legislação, o qual pode gerar multas e restrições em relação às licenças de operação das Unidades.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Procedimento da empresa contratada, baseada nas Normas ABNT NBR 9897:1987, ABNT NBR 9898:1987 e ANA/CETESB: 2011;

Legislações aplicáveis: Lei Nº 997, de 31 de maio de 1976; Decreto nº 8.468, de 08 de setembro de 1976;

Decreto 54.487, de 26 de junho de 2009; Resolução CONAMA nº 357, de 17 de março de 2005; Resolução CONAMA nº 430, de 13 de maio de 2011

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Na implantação deste procedimento, anualmente ou sempre que houver alterações.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Identificação	Descrição	Formato	Local de armazenamento	Tempo de armazenamento
Relatórios de análise de efluente	Contém os resultados das análises físico químicas de cada ponto de coleta	Eletrônico	Diretório de rede: \\arqsv0\dpaqs\SSMA\MeioAmbiente\06. Gestão de Efluentes	5 anos
Painel de controle de efluentes	Contém os registros de todos os Relatórios de análise de	Eletrônico	Diretório de rede: \\arqsv0\dpaqs\SSMA\MeioAmbiente\06.	5 anos

	efluente, de cada unidade SBIBAE		Gestão de Efluentes	
Cronograma de coletas	Cronograma de coleta de efluentes em todas as unidades do escopo	Eletrônico	Diretório de rede: \\arqsv0\dpaqs\SSMA\MeioAmbiente\06. Gestão de Efluentes	5 anos

Figura 4: relação de documentos e suas características

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Guia de Coleta de Efluentes SBIBAE;

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei Nº 997, de 31 de maio de 1976. Dispõe sobre o controle da poluição do meio ambiente.

Decreto nº 8.468, de 08 de setembro de 1976. Aprova o Regulamento da Lei nº 997, de 31 de maio de 1976, que dispõe sobre a prevenção e o controle da poluição do meio ambiente.

Decreto 54.487, de 26 de junho de 2009. Altera a redação e inclui dispositivos e anexos no Regulamento da Lei nº 997, de 31 de maio de 1976, aprovado pelo Decreto nº 8.468, de 8 de setembro de 1976, que dispõe sobre o controle da poluição do meio ambiente e dá outras providências.

Resolução CONAMA nº 357, de 17 de março de 2005. Dispõe sobre a classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes, e dá outras providências. Alterada pela Resolução 430/2011.

Resolução CONAMA nº 430, de 13 de maio de 2011. Dispõe sobre as condições e padrões de lançamento de efluentes, complementa e altera a Resolução no 357, de 17 de março de 2005, do Conselho Nacional do Meio Ambiente-CONAMA. Complementa e altera a Resolução nº 357/2005.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Planos de Gerenciamento de Resíduos;

Análises físico-químicas de efluentes;

Guia de Coleta de Efluentes SBIBAE;

RACI Gestão de Efluentes;

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Odairo Jose da Silva - 20/12/2022 - 16:19

12/22 – Dante Alaimo

Inserção de itens relacionados a coleta de efluentes na unidade de Alphaville nos tópicos "Orientação Pré e

Pós Procedimento", "Descrição", "Responsabilidades", e "Pontos Críticos e/ou Riscos"; inserção da figura "Fluxo de solicitação de CADRI para lançamento de efluentes";

10/22 – Dante Alaimo

Formatação do Procedimento para inserção na plataforma DM Docs: revisão de fonte, espaçamento e template em geral;

09/22- Felipe da Rocha Teixeira

Revisão do procedimento: alteração das Responsabilidades, matriz RACI e revisão do item "Análise dos Resultados e Ações Aplicáveis"

PROCEDIMENTO DE GESTÃO DE RUÍDOS AMBIENTAIS

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para a gestão de controle e acompanhamento dos processos envolvendo ruído ambiental.

2. DEFINIÇÕES

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

Ruído: som ou conjunto de sons, freq. desagradáveis ao ouvido, causado por queda, choque, pancada etc.;

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein;

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: gestão de ruído ambiental em unidades da SBIBAE, gestão operacional relacionada à ruídos ambientais.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Equipe de medição de ruído ambiental:

- Utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), quando necessário e equipamentos de medição definidos pela empresa contratada;
- Atendimento aos procedimentos técnicos de medição de ruídos ambientais definidos pela empresa contratada e validada pela SBIBAE, bem como aos procedimentos internos do Einstein;
- Estar acompanhado por colaborador da equipe da SBIBAE durante a medição.
- Deverá estar aprovada dentro dos procedimentos de Segurança do Serviços de Terceiros da SBIBAE Colaboradores Einstein:
- Utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), quando necessário;
- Garantir a realização das medições, conforme cronograma acordado;
- Acompanhar as medições, e garantir os pontos de análises corretos.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

6.1 Procedimento para gestão de ruído ambiental

O procedimento para gestão de ruído ambiental estabelece diretrizes que garantam o controle dos níveis de ruídos gerados pelos equipamentos da empresa e seu impacto à vizinhança, em consonância com a NBR 10.151 - Acústica - Medição e Avaliação de Níveis de Pressão Sonora em Áreas Habitadas - Aplicação Uso Geral, segunda edição, de 31/05/19, Resolução CONAMA n° 001/90 - Controle da Poluição Sonora. O monitoramento e controle das avaliações de ruído e laudos deverá ser realizado através do sistema Manusis.

6.2 Periodicidade das análises

As medições de ruído e atualizações dos respectivos laudos devem ser realizadas assim que alguma das condições abaixo for atendida:

- Mudanças pertinentes na legislação;
- Mudança de escopo da unidade;
- Ampliação da unidade;
- Instalação de novos equipamentos.

Recomendamos a análise em período integral inclusive noturno, tendo em vista que equipamentos como geradores e ar-condicionado possuem regime de trabalho ininterrupto.

As áreas responsáveis pelas medições deverão garantir que os laudos de ruídos estejam atualizados.

6.3 Mapeamento das unidades

Atualmente, as medições de ruído são realizadas, nas seguintes unidades:

- ALAMEDA SANTOS
- ALPHAVILLE
- ALTO DE PINHEIROS
- ANÁLIA FRANCO
- ATLÉTICA
- BELO HORIZONTE
- BRASILIA
- CAMPINAS
- CASA LARANJA
- CASA SUPRIMENTOS
- CRECHE I
- CRECHE II
- CEP
- CLÍNICA IBIRAPUERA
- FARIA LIMA
- GALEÃO I (COVID)
- GALEÃO II (NTO)

- GOIÂNIA
- GPO
- HIGEINÓPOLIS
- HOSP MUNIC AP GOIÂNIA
- HOSP MUNIC VL SANTA CATARINA
- IBIRAPUERA
- JARDINS
- JOCKEY
- KLABIN
- LABORATÓRIO MOGI DAS CRUZES
- MBA PAULISTA
- MORATO
- MORUMBI
- NTO
- PARAISÓPOLIS
- PARQUE DA CIDADE
- PAULISTA
- PERDIZES
- PORTO ALEGRE
- PRÉDIO CINZA
- RECIFE
- RIO DE JANEIRO
- SBT
- SANTANA
- SANTOS
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
- VL. MARIANA
- VIVO

Demais unidades (incluindo unidades futuras) deverão ser avaliadas e incluídas nesse procedimento, quando cabível.

Nas unidades em que a gestão dos equipamentos que gerem ruído ambiental não esteja sob responsabilidade direta da SBIBAE, por exemplo, nas unidades localizadas dentro de um condomínio, shopping, aeroporto ou instalações similares, a área de Manutenção deverá garantir a realização das avaliações de ruído junto com os responsáveis.

6.4 Aprovação do laudo de ruído ambiental

Ao receber os documentos, a área de Manutenção irá avaliar as questões relativas à caracterização do empreendimento, escopo do serviço contratado e localização da obra. Os documentos serão enviados à área de Meio Ambiente e Sustentabilidade caso as informações acima estejam corretas.

A área de Meio Ambiente e Sustentabilidade verificará o documento apresentado, executando a análise dos parâmetros das medições e realizando a aprovação ou não do laudo em conjunto com a Manutenção e a empresa contratada. Após aprovação do documento, a área de Meio Ambiente e Sustentabilidade enviará para a unidade interessada uma cópia do laudo, que também estará disponível na manutenção.

Caso a análise apresente algum resultado fora dos parâmetros, a área de Meio Ambiente e Sustentabilidade abrirá procedimento de não conformidade para realização das tratativas necessárias, juntamente à área de Manutenção e demais partes interessadas e responsáveis pela correção.

Recomendamos que Unidades Novas deverão apresentar laudo com as devidas medições assim que iniciarem suas atividades.

6.5 Matriz de responsabilidades

		R	A	C	I
1	Procedimento (manter procedimentos aplicáveis atualizados)	MAS	GMN	SSMA	GG e SSMA
2	Cronograma anual de execução	MAS	GMN	SSMA	GG e SSMA
3	Orçamentação anual (OPEX)	MAS	GMN	SSMA	GG e SSMA
4	Contratação e SLA mensal (Gestor do contrato)	MAS	GMN	SSMA	GG e SSMA
5	Plano de execução e gerenciamento das evidências/documentos	MAS	GMN	SSMA	GG e SSMA
6	Acompanhamento das avaliações de ruído	GMN	GG	MAS	GG e SSMA
7	Análise de laudos e definição de ações aplicáveis	MAS	GMN	SSMA	GG e SSMA
8	Definir, mensurar, reportar e manter registro de indicadores de desempenho do sistema para as partes interessadas.	MAS	GMN	SSMA	GG e SSMA

R	**Responsável** Quem faz ou deverá fazer a atividade. Pessoa(s) designada(s) para trabalhar na atividade.
A	**Autoridade** Quem responde pela atividade; dono/sponsor. Pessoa(s) com autoridade para tomada de decisão.
C	**Consultado** Quem deve ser consultado e participar da decisão ou da execução da atividade.
I	**Informado** Quem deve receber a informação de que a atividade foi ou será executada.

Áreas:

MAS	Meio Ambiente e Sustentabilidade
SSMA	Saúde, Segurança, Meio Ambiente e Sustentabilidade
GMN	Gestão da Manutenção
GG	Gerente Geral de Infraestrutura

Controlada

Figura 1: Matriz de responsabilidades

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

8. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

9. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

10. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

12. ANEXOS

Não se aplica.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução CONAMA n° 001/90 - Controle da Poluição Sonora.

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento do Sistema de Gestão Integrada – SBIBAE

15. HISTÓRICO DE REVISÕES

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 04/12/2022 - 23:46

Documento novo, criado por Mayara Ferreira Moura

Data	Evento de assinatura	Usuário
04/12/2022 23:44:18	Criado por	Daisy Mitiko Suzuki Okada
19/12/2022 17:34:11	Aprovado por	Claudia Alves Defendi

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO DO SISTEMA DE GESTÃO INTEGRADA

1. OBJETIVO

Este documento foi desenvolvido de forma a demonstrar como os requisitos das Normas ISO 14001:2015 e ISO 50001:2018 são atendidos.

2. DEFINIÇÕES

Aspectos e Impactos Ambientais: aspecto ambiental é um elemento das atividades, produtos e ou serviços de uma organização que pode interagir com o meio ambiente, como o consumo de água e energia elétrica ou a geração de resíduos. O impacto é sua consequência para Meio Ambiente, como o esgotamento de recursos naturais;

Auditoria: exame sistemático, documentado e independente para avaliar se as atividades da SBIBAE (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein) e seus resultados estão de acordo com o sistema de gestão avaliado, seja da qualidade, ambiental, energético e/ou outros;

Auditoria Externa: são realizadas por partes interessadas externas à instituição, como fornecedores (chamada também de auditoria de segunda parte) e órgãos certificadores (chamada também de auditoria de terceira parte);

Auditoria Interna: é conduzida pela própria organização, ou em seu nome, para análise crítica e/ou outros objetivos;

***Checklist*:** documento para realização da auditoria que possui um roteiro de perguntas e auxilia o auditor para que todos os padrões sejam considerados na avaliação;

Conformidade: atendimento a um requisito;

Desempenho: resultado mensurável com base em constatações quantitativas e/ou qualitativas, relacionadas à gestão e eficiência do Sistema de Gestão Integrado;

DPEI: Diretoria de Patrimônio, Engenharia e Infraestrutura;

Energia: capacidade de um sistema de produzir atividade externa ou realizar trabalho. Exemplos: eletricidade, combustíveis, vapor, calor, ar comprimido e outras formas análogas;

Escopo: abrangência de atividades, instalações e decisões que uma organização estabelece;

Evidência Objetiva: informação cuja veracidade pode ser comprovada com base em fatos obtidos através de observação, medição, ensaio ou outros meios;

Fronteira: limites físicos ou locais e/ou organizacionais definidos pela organização. A fronteira do SGE (Sistema de Gestão Energética) está representada pelos limites físicos das instalações do Complexo Morumbi;

IDE: Indicador de Desempenho Energético; Meio Ambiente: circunvizinhança em que uma organização opera, incluindo ar, água, solo, recursos naturais, flora, fauna, seres humanos e suas inter-relações;

Não Conformidade (NC): representa o não atendimento a um requisito de norma, lei ou ainda, o não atendimento à uma exigência de um processo do SGA (Sistema de Gestão Ambiental), SGE, Qualidade, Segurança do Colaborador, Segurança do Paciente e outros;

Oportunidade de Melhoria (OM) e Observação: achado de auditoria, rondas e/ou inspeções, que não se caracteriza como não conformidade, mas que pode ser tratado para melhorar o sistema de gestão;

Parte Interessada: pessoa ou organização que pode afetar, ser afetada ou se perceber afetada por uma decisão ou atividade ligada ao SGI (Sistema de Gestão Integrada). Pode-se considerar como parte interessada, colaboradores, comunidade, pacientes e familiares, investidores, fornecedores e outros;

RD: Representante da Direção;
Reunião de análise Crítica pela Direção: reunião, realizada em intervalos planejados, com a alta direção, representantes do SGI (SGA e SGE) e outros convidados, onde o SGI é analisado criticamente para assegurar sua continuada pertinência, adequação e efetividade. A frequência estabelecida é de, no mínimo, anualmente;

Revisão Energética: determinação do desempenho energético da organização com base em dados e em outras informações, conduzindo à identificação de oportunidades de melhoria;

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein;

SGA: Sistema de Gestão Ambiental. Estrutura organizacional direcionada pela ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), NBR (Norma Brasileira) e ISO *(International Organization for Standardization*) 14001:2015, que visa à proteção do Meio Ambiente;

SGE: Sistema de Gestão Energética. Estrutura organizacional direcionada pela ABNT, NBR e ISO 50001:2018, que visa à melhoria do Desempenho Energético;

SGI: Sistema de Gestão Integrado. É referente ao conjunto de sistemas de gestão aplicáveis a SBIBAE (uma ou mais unidades). Atualmente o SGI conta com o Sistema de Gestão Ambiental e Energética;

Sinapse: sistema que a SBIBAE utiliza para registro de eventos diversos do dia-a-dia como *near miss* (quase incidente), condições inseguras, entre outros;

Sistema Einstein da Qualidade: estrutura organizacional, procedimentos, processos e recursos necessários para implementar a gestão da qualidade;

***Stakeholders*:** público estratégico que tem interesse em uma empresa, negócio ou indústria e pode influenciar ou ser influenciado pela empresa, negócio ou indústria em questão;

Uso Significativo de Energia (USE): uso de energia responsável por substancial consumo de energia e/ou que ofereça considerável potencial para melhoria de desempenho energético.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Aplicável para todas as unidades do escopo da ISO 14001:2015 e ISO 50001:2018.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

Contexto da Organização

Apresentação

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein é uma sociedade civil sem fins lucrativos, que presta serviços de atendimento médico de alta complexidade. Foi fundada oficialmente em setembro de 1955 pela comunidade judaica como forma de agradecimento à população do Brasil pelo acolhimento e com o compromisso de oferecer uma referência em qualidade da prática médica no país.

Em julho de 1971 foi inaugurado o Hospital Israelita Albert Einstein, localizado na zona sul do município de São Paulo.

A instituição cresceu e se desenvolveu, consolidando-se como um importante centro médico-hospitalar de alta complexidade, reunindo um conceituado corpo de profissionais da saúde e dispondo da mais avançada tecnologia hospitalar. Tornou-se referência na prevenção, diagnóstico e tratamentos com tecnologia de ponta e atendimento humanizado e expandiu suas fronteiras com ações de responsabilidade social e atividades de ensino e pesquisa.

Atualmente, atua nas áreas de assistência à saúde, educação e ensino, pesquisa e inovação e responsabilidade social. Conta com uma equipe de aproximadamente 15 mil colaboradores e está sediada em São Paulo.

Desde 2001, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein estabeleceu várias parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (SMS/PMSP), implantando serviços de saúde focados, principalmente, na atenção básica, com o objetivo de apoiar iniciativas governamentais na área da saúde para fortalecer Sistema Único de Saúde (SUS). Como complemento ao contexto da instituição consideramos:

SBIBAE

Missão: Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira.

Visão: Ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social.

Valores: *Mitzvá*, *Refuá*, *Chinuch* e *Tsedaká*, ou seja, Boas Ações, Saúde, Educação e Justiça Social são os preceitos judaicos que motivaram médicos da comunidade judaica a fundar a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein há 60 anos. Somados aos valores organizacionais (Honestidade, Verdade, Integridade, Diligência, Justiça, Altruísmo, Autonomia, Profissionalismo e Trabalho em Equipe.), norteiam as atividades e os colaboradores da Sociedade.

IIRS (Instituto Israelita de Responsabilidade Social)

Missão: Oferecer excelência no cuidado em saúde, que gere valor para pessoas, famílias e comunidade, contribuindo para integração da Rede de Atenção à Saúde, a geração de conhecimento e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Visão: Ser referência no cuidado em saúde, gestão, geração de conhecimento, inovação e na melhor experiência para indivíduos, família e comunidade na Atenção Primária à Saúde.

Valores: Compromisso Ético-Político-Social, Cogestão, Equidade, Integralidade, Prática Colaborativa, Prática baseada em evidência, Cuidado centrado na pessoa. Honestidade, Verdade, Integridade, Diligência, Justiça, Altruísmo, Autonomia, Profissionalismo, Trabalho em Equipe.

HMVSC (Hospital Municipal Vila Santa Catarina)

Missão: Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira.

Visão: Ser um hospital público de alta complexidade, com excelência em qualidade, segurança, humanização, ensino e pesquisa, reconhecido internacionalmente por resultados sólidos e sustentáveis na assistência à população.

Valores: *Mitzvá* (Boa Ações), Refuá (Saúde), Chinuch (Educação) e Tsedaká (Justiça Social).

Partes Interessadas

O relacionamento com as partes interessadas e o próprio contexto expõe a SBIBAE a riscos e oportunidades, que estão descritos em documento específico. Diante dos riscos e oportunidades advindos do contexto interno e externo foram adotadas ações conforme o documento Análise de Riscos e Oportunidades (na sua versão mais atual).

Sustentabilidade e Sistema de Gestão Integrado

A SBIBAE possui um Plano Diretor de Sustentabilidade (PDS) alinhado com a matriz de materialidade e as principais diretrizes de sustentabilidade no setor saúde. A estratégia de implementação do PDS é composta por compromissos internos, compromissos externos voluntários e *stakeholders*, levando em conta o planejamento estratégico e o contexto local de cada unidade. A figura seguinte representa a estrutura do PDS da SBIBAE.

Figura 1: estrutura do PDS da SBIBAE

O objetivo estratégico do PDS é composto por três pilares com interface direta com o SGI: Governança, Ambiental e Social.

GOVERNANÇA	AMBIENTAL	SOCIAL
• Desempenho Financeiro • Modelo de remuneração • Segurança do Paciente • Experiência do Paciente • Gestão de Fornecedores • Mudanças Climáticas • Comunicação • Compliance	• Energia • Água • Resíduos • Efluentes • Transporte • Emissões • Químicos • Biodiversidade • Materiais	• Relações trabalhistas • Saúde e Segurança do colaborador • Treinamento e Educação • Direitos Humanos • Acesso à saúde • Prevenção de doenças e Promoção da Saúde • Privacidade do paciente

Figura 2: objetivos do PDS de acordo com seus pilares

Os requisitos deste Manual de Gestão Integrada abrangem as atividades de gerenciamento de aspectos e impactos ambientais (ISO 14001:2015) e de desempenho energético (ISO

50001:2018) associado a Serviços Médico-Hospitalares, Medicina Diagnóstica e Ambulatorial e Tratamento de Saúde, nas unidades representadas posteriormente:

Unidades	Complexo Hospitalar Morumbi
	Unidade Avançada Perdizes
	Unidade Avançada Ibirapuera
	Unidade Avançada Jardins
	Unidade Avançada Alphaville
	Unidade Avançada Chácara Klabin
	Residencial Vila Mariana
	Faria Lima
	Creche I
	Creche II
	Centros Administrativos
	Unidade Goiânia

Clínicas	Clínica Einstein Alto de Pinheiros
	Clínica Einstein Anália Franco
	Clínica Einstein Parque da Cidade
	Clínica Einstein Parque Ibirapuera
	Clínica Einstein Santana

Ensino	Paulista
	MBA Paulista
	Morato
	Rio de Janeiro
	Belo Horizonte
	Atlética

Laboratórios	Núcleo Técnico Operacional (NTO)
	Mogi
	Santos
	Sorocaba
	Recife

	Brasília
	Porto Alegre
	Rio de Janeiro
	Higienópolis
	São José dos Campos

IIRS (Instituto Israelita de Responsabilidade Social)	PEC-P
	Hospital Municipal Vila Santa Catarina
	AMA-E
	UPA Campo Limpo
	AMA Pirajussara
	AMA Paraisópolis
	AMA Vila Prel
	AMA Campo Limpo
	CAPS Adulto Álcool e Drogas
	CAPS Infantil
	CAPS Infanto Juvenil
	Residência Terapêutica II Campo Limpo
	Residência Terapêutica III Campo Limpo
	UBS Jardim das Palmas
	UBS Campo Limpo
	UBS Arrastão
	UBS Parque Regina
	UBS Parque Araribá
	UBS Alto Umuarama
	UBS Jardim Mitsutani
	UBS Vila Prel
	UBS Jardim Olinda
	UBS Jardim Helga
	UBS Paraisópolis I
	UBS Paraisópolis II
	UBS Paraisópolis III

	Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia

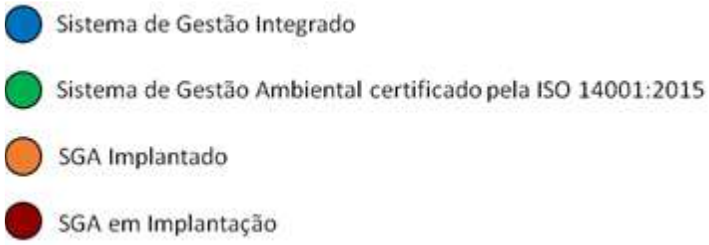


Figura 3: relação de unidades e Sistemas de Gestão

Escopo do Sistema de Gestão Integrado

Sistema de Gestão Ambiental (ISO 14001:2015) – Certificação

Gerenciamento de aspectos e impactos ambientais associados a Serviços Médico-Hospitalares, Medicina Diagnóstica e Ambulatorial e Tratamento de Saúde e compreende as unidades: Complexo Hospitalar Morumbi, Unidade Avançada Jardins, Unidade Avançada Alphaville, Unidade Avançada Ibirapuera, Residencial Vila Mariana, Unidade Avançada Chácara Klabin, Unidade Avançada Perdizes, Núcleo Técnico Operacional (NTO) e Clínicas Einstein Parque Ibirapuera, Parque da Cidade, Alto de Pinheiros, Anália Franco e Santana.

O Sistema de Gestão Ambiental do Programa Einstein na Comunidade Paraisópolis, compreendendo as atividades administrativas, pedagógicas e sociais, certificado NBR ISO 14001:2015 em 2021 Sistema de Gestão Ambiental do complexo Hospitalar Vila Santa Catarina e UPA (Unidade de Pronto Atendimento) Santa Catarina, compreendendo as atividades hospitalares, ambulatoriais e atendimento à emergência.

Sistema de Gestão Ambiental associado a Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades (AMAE), compreendendo as atividades ambulatoriais especializadas em serviços pediátricos, e atendimento multiprofissional.

Sistema de Gestão de Energia (ISO 50001:2018)

Gestão da energia associada a todas as atividades desenvolvidas nos limites das instalações do complexo Morumbi, Unidade Avançada Perdizes, Unidade Avançada Ibirapuera, Unidade Avançada Alphaville e Unidade Avançada Jardins, considerando o consumo energético (eletricidade, gás natural e óleo diesel) direto demandado na fronteira definida.

A fronteira definida compreende os limites físicos das instalações do Complexo Morumbi, Unidade Avançada Perdizes, Unidade Avançada Ibirapuera, Unidade Avançada Alphaville e Unidade Avançada Jardins.

Partes Interessadas

Para entender as necessidades e expectativas das partes interessadas, foram utilizados como base:

Resultados da matriz de materialidade proveniente do Relatório de Sustentabilidade.

O processo de materialidade considerou políticas e compromissos da Organização, documentos de referência do setor de saúde e o levantamento da percepção de stakeholders internos e externos do Einstein, para identificar as principais partes interessadas, seus requisitos e percepções, e o cruzamento dos interesses dos stakeholders relacionados aos interesses da empresa.

As informações foram coletadas ao longo do ano pelas diversas ferramentas de comunicação do Einstein. Os temas mais destacados pelos diversos públicos (ilustrados na figura seguinte) foram submetidos à etapa de priorização com cerca de 150 gestores da Instituição, que analisaram aspectos como probabilidade e gravidade de eventuais impactos, nível de criticidade e riscos ou oportunidades decorrentes.

Figura 4: temas em destaque

Para cada tema considerado material foram definidos os aspectos relacionados à diretriz GRI*, e foi feita a seleção dos indicadores correspondentes, considerando não somente a metodologia GRI, mas também as diretrizes SASB (Conselho de Padrões Contábeis de Sustentabilidade) e as ferramentas de monitoramento de desempenho do próprio Einstein. Todo o processo de elaboração do relatório foi supervisionado e aprovado diretamente pelo diretor geral do Einstein.

*A *Global Reporting Initiative* (GRI) é uma organização internacional que ajuda empresas, governos e outras instituições a compreender e comunicar o impacto dos negócios em questões críticas de sustentabilidade.

Análise e Levantamento das Potenciais Partes Interessadas pela Alta Direção, Sustentabilidade e Responsáveis do SGI

Com base na matriz de materialidade e outras fontes de dados os responsáveis pelo SGI realizam o mapeamento para abordagem e inclusão na sistemática de gestão de riscos e oportunidades, caso o assunto não esteja contemplado em outras metodologias (*SWOT*, requisitos legais, aspectos ambientais, entre outros).

Devido ao seu efeito ou potencial efeito sobre a capacidade da instituição para prover serviços que atendam os requisitos dos clientes e aos requisitos estatutários e regulamentares aplicáveis, a instituição determinou:

a) As partes interessadas;
b) As necessidades e expectativas dessas partes interessadas e
c) Os monitoramentos dos requisitos das partes Interessadas.

Partes Interessadas Mais Relevantes do SGI

Partes Interessadas	Expectativas	Abordagem do SGI
Sociedade Israelita Brasileira Albert Einstein	Gestão competente e resultados de referência para o país Imagem de uma empresa sustentável e perene	Projetos e metas anuais, realização de comitês e divulgação de indicadores
Comitê Executivo e Demais Lideranças da Instituição	Atingimento das metas Imagem de uma empresa sustentável e perene	Projetos e metas anuais, realização de comitês e divulgação de indicadores
Colaboradores	Informação, manuais, treinamentos e oportunidade de contribuir Reconhecimento pelos resultados	Programa de treinamentos e canais de comunicação continuada

Partes Interessadas	Expectativas	Abordagem do SGI
	Imagem de uma empresa sustentável e perene	
Governo, Órgãos Reguladores	Cumprimento da legislação, contratos de parceria e prestação de serviços públicos	Monitoramento (SOGI), processos e procedimentos para análise e atendimento aos requisitos aplicáveis
Fornecedores	Manter o fornecimento Ampliação/Geração de novos contratos Lucratividade Referência para o mercado	Processo de Gestão de fornecedores Demanda por produtos e soluções
Seguradoras	Risco de Impacto Ambiental Reduzido	Gestão de aspectos e impactos ambientais Matriz de Riscos e Oportunidades Monitoramento (SOGI), processos e procedimentos para análise e atendimento aos requisitos aplicáveis
Voluntários	Prestação de Serviço com menor impacto ambiental Imagem de uma empresa sustentável e perene Referência ambiental para a comunidade Ampliar a possibilidade da captação de recursos	Abordagem do tema em comitês Relatórios de metas e atendimentos Certificação
Parceiros	Prestação de serviço com menor impacto ambiental Imagem de uma empresa sustentável e perene Ampliação/Geração de novos contratos Lucratividade	Certificações Relatórios de Sustentabilidade Indicadores de metas e resultados Campanhas comunitárias Matriz de riscos e oportunidades Mobilização de temas ambientais na comunidade

Partes Interessadas	Expectativas	Abordagem do SGI
	Referência para o mercado	
Prefeitura de São Paulo e SUS	Gerenciar os aspectos ambientais de forma a não comprometer a reputação/imagem do empreendimento Apoiador para projetos socioambientais	Gestão de aspectos e impactos ambientais Matriz de riscos e oportunidades Monitoramento (SOGI), processos e procedimentos para análise e atendimento aos requisitos aplicáveis Desenvolvimento de projetos para a comunidade
Condomínios	Gerenciar os aspectos ambientais de forma a não comprometer a reputação/imagem do empreendimento	Gestão de aspectos e impactos ambientais Matriz de riscos e oportunidades Monitoramento (SOGI), processos e procedimentos para análise e atendimento aos requisitos aplicáveis
Pacientes	Prestação de serviço com menor impacto ambiental	Certificações Relatórios de Sustentabilidade
Comunidade	Liderança em ações de sustentabilidade no setor da saúde Prestação de serviço com menor impacto ambiental Prestação de serviço ambiental referência na comunidade	Gestão de aspectos e impactos ambientais Matriz de riscos e oportunidades Ações de eficiência energética e hídrica Relatórios de Sustentabilidade Mobilização de temas ambientais na comunidade
Organizações de saúde (associações, competidores, centros de pesquisa)	Liderança em soluções que agregam valor	Projetos inovadores, eventos científicos e outras formas de compartilhamento do conhecimento Relatórios de Sustentabilidade

Partes Interessadas	Expectativas	Abordagem do SGI
Beneficiários	Prestação de serviço com menor impacto ambiental	Campanhas comunitárias Formação e abordagem do tema em comitês
Patrocinadores	Prestação de serviço com menor impacto ambiental Imagem de uma empresa sustentável e perene Lucratividade Ampliar a possibilidade de captação de recursos Visibilidade ambiental na comunidade	Certificações Relatórios de Sustentabilidade Indicadores de metas e resultados Campanhas comunitárias Comunicação continuada Mobilização de temas ambientais na comunidade

Planejamento

O planejamento com relação às variáveis que podem afetar o SGI é baseado no Planejamento Estratégico da Alta Direção, que considera diversos fatores como: propósito da instituição, cultura organizacional, gestão de riscos corporativos, programas e projetos ambientais e energéticos, questões de mercado, recursos e outros fatores.

Com base no Planejamento Estratégico da Alta Direção os responsáveis pelo SGI utilizam a metodologia de Análise SWOT para mapear as questões relevantes para o SGI. Para esta análise são recolhidos dados do ambiente interno (forças e fraquezas) e do ambiente externo (oportunidades e ameaças).

As fraquezas e oportunidades mapeadas na Análise SWOT é uma das fontes de entrada de dados para a Gestão de Riscos e Oportunidades.

Figura 6: fluxograma do planejamento do SGI

Análise SWOT – SBIBAE

Forças	Fraquezas
• Planejamento Estratégico da SBIBAE, e Plano Diretor de Sustentabilidade, com estabelecimento de diretrizes e ações sólidas para questões ambientais influenciando na tomada de decisões. • Envolvimento da Alta Administração. • Disponibilidade de recursos para projetos para melhorias do desempenho ambiental e energético e investimento em iniciativas institucionais para capacitação de colaboradores e prestadores de serviços. • Investimentos na modernização do legado e adoção de tecnologias mais eficientes nas expansões. • Processos de Governança, Gestão de Riscos & Compliance contribuindo para eliminação ou mitigação de riscos reputacionais, financeiros e operacionais; e gestão contínua de ações relacionadas a riscos ambientais e energéticos. • Existência de Comitê Executivo de Responsabilidade Social e Sustentabilidade composto por vice-presidentes, representantes do conselho e diretores, sobre questões relacionadas ao desempenho ambiental e energético da SBIBAE e Filantropia. • Comitê Estratégico de SGI e Comitê do SGI para líderes, com poder para direcionamentos de questões ambientais e de energia. • Análise da base de fornecedores do ponto de vista ambiental para verificar quais representam algum tipo de risco e implementar mecanismos para controle. • Apoio do departamento de voluntariado em diversas questões relacionadas a gestão. • Apoio de equipe estratégica voltada a questões socioambientais. • Interesse dos colaboradores no tema meio ambiente e sustentabilidade. • Procedimentos e Políticas da área de Meio Ambiente e Energia bem definidos e estruturados para sustentação e ampliação do SGI. • Time focado em Gestão Energética e desempenho energético, e Missão Crítica.	• Sistemas operacionais e bases de dados descentralizados. • Baixa velocidade na resposta a variações, desvios ou falhas no desempenho ambiental e energético. • Baixo nível de automação nos processos de gestão e uso da energia. • Comunicação de papéis e responsabilidade descentralizada. • Complexidade na implementação de mudanças nas instalações com viés sustentável. • Limitação no desenvolvimento de projetos relacionados a sustentabilidade junto com a comunidade. • Composição de materiais dificultam sua reciclabilidade. • Tempo necessário para parceiros se adaptarem as diretrizes institucionais. • Capacidade de armazenamento de resíduos em abrigos inferior ao total de resíduos gerados. • Complexidade para prestadores de serviços se conectarem a comunicação interna do SGI. • Falta de aderência aos padrões estabelecidos para armazenamento de resíduos de óleo diesel e óleo lubrificante de geradores nas unidades. • Dificuldade na garantia de aporte financeiro para melhorias continuas do SGI nas unidades públicas. • Não governabilidade sobre operações públicas, correlacionados a contratos e informações documentadas. • Risco de queda de galhos e árvores, por falta de monitoramento e catalogação. • Falta de AS BUILT dos projetos de elétrica das unidades.
Oportunidades	**Ameaças**
• Possibilidade de desenvolvimento de parceria com fornecedores para atingimento de objetivos e metas. • Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) mostram uma tendência global pela redução do impacto das atividades no meio ambiente. • Novas tecnologias e inovações oferecem possibilidades para evitar consumo e melhorar continuamente o desempenho energético. • Comunicar melhor o compromisso da Instituição com a sustentabilidade, contribuindo para o posicionamento da marca. • Lei n° 9991/2000 permite acesso a financiamento pelo PROPEE. • Marca Einstein e certificações, permitem realização de Benchmarking de alto nível.	• Precificação de Carbono em diversos países – pagamento de imposto pelo carbono emitido. • Susceptibilidade a eventos externos que geram estagnação ou redução nas demandas dos serviços oferecidos pela instituição, gerando pressão pela redução dos investimentos. • Custos associados a produtos de alto desempenho energético, afetando a atratividade dos projetos. • Mudanças regulatórias e políticas de governo. • Limitação de oferta de soluções integrando produtos e serviços de engenharia ambiental e energética. • Aumento da intensidade das variações climáticas. • Posto de gasolina ao lado do bloco A (HMVSC). • Pouso e decolagem de aeronaves (Morumbi, HMVSC). • Falta de disseminação de conteúdos voltados a conscientização ambiental em âmbito nacional para as partes interessadas. • Dificuldade e recusa de acesso de prestadores de serviços em unidades públicas. • Limitação da gestão e conformidade estrutural de abrigos de resíduos, de efluentes e informações documentadas do SGI em unidades localizadas em condomínio.

Figura 7: análise SWOT

Planejamento Ambiental

Para o planejamento ambiental são consideradas diversas entradas conforme apresentadas no quadro abaixo.

Para o gerenciamento dos riscos e oportunidades são priorizados de acordo com o risco e ações são planejadas e acompanhadas.

A planilha Gestão de Riscos e Oportunidades encontra-se no diretório \\arqsv0\DPAQS\SSMA\MeioAmbiente\01.SGI\RiscoseOportunidades cujo acesso é restrito a equipe responsável pelo SGA.

Figura 6: fluxograma de Riscos e Oportunidades do SGI

Ações para Abordar Riscos e Oportunidades

No planejamento e gestão dos processos da instituição são considerados os riscos e oportunidades, para assegurar que o sistema de gestão ambiental possa alcançar seus resultados pretendidos, prevenir ou reduzir os efeitos indesejáveis e alcançar a melhoria contínua.

Como ferramenta de gestão para abordar esses riscos e oportunidades, a instituição utiliza o documento Análise De Riscos e Oportunidades (na sua versão mais atual), e com esta

ferramenta implementa ações nos processos do seu sistema de gestão e avalia a eficácia dessas ações.

Aspectos Ambientais

Os aspectos ambientais de cada processo são identificados pela equipe do SGA. Aqueles que possam ter impacto significativo sobre o meio ambiente e que estão sobre o controle ou influência da SBIBAE, podendo ser considerados na definição dos objetivos da instituição.

A análise dos aspectos ambientais e seus respectivos impactos é feita através de planilha específica, disponível para os setores por meio eletrônico acesse: Sou Einstein > Serviços > Site das Áreas > Sistema de Gestão Integrado > Aspectos e Impactos Ambientais na qual estão definidas as características principais.

As planilhas de aspectos e impactos seguem metodologia descrita no procedimento PR.10039 (na sua versão mais atual).

Durante o processo de completa integração e migração dos documentos ao novo sistema DMDocs, com exceção da planilha GAIA, os documentos de SGI, sua política, procedimentos e seus respectivos anexos, poderão estar dentro do Drive das unidades AMA-E e PECP, para acesso aos colaboradores, responsáveis e auditores.

Requisitos Legais e Outros Requisitos

A SBIBAE identifica e atua no atendimento às legislações pertinentes ao seu negócio, seguindo também requisitos internos estabelecidos, provenientes de acordos com órgãos públicos, códigos de prática do segmento e outras diretrizes não regulamentares.

Os Requisitos legais e outros requisitos aplicáveis são controlados conforme – Procedimento de Requisitos Legais do Sistema de Gestão Integrada – PR.1974 (na sua versão mais atual).

Planejamento Energético

O Planejamento Energético detalhado está descrito na Diretriz Técnica Planejamento Energético, com o código DI.TEC.5 (na sua versão mais atual).

Liderança e Comprometimento

Comitês

A liderança da SBIBAE demonstra seu comprometimento com as ações do SGI através das metas setoriais e é a responsável por disseminar a cultura de prevenção de impactos ambientais e uso consciente de energia. Para atualização de todos existem dois canais principais:

- Comitê Estratégico de Gestão Integrada – grupo que se reúne periodicamente para tratar de assuntos específicos referentes à manutenção e melhorias do SGI;
- Comitê do SGI para Líderes – grupo de líderes (todos são convidados para participação presencial ou por transmissão) que se reúnem periodicamente para discussão de assuntos voltados à Segurança do Trabalho e Sistema de Gestão Integrado.

Política de Gestão Integrada e Procedimento do SGI SBIBAE

A Política de Gestão Integrada da SBIBAE contempla requisitos de Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Energia. Ela é aplicável a todas as unidades da SBIBAE, independente de certificação dos sistemas.

Nossa política é pública e está disponível nos seguintes canais:

Internet: Acesse > https://docinst.einstein.br/Search

Objetivos Ambientais e Energéticos

Objetivos Ambientais

São estabelecidos e mantidos objetivos ambientais documentados, em cada nível e funções pertinentes, bem como as ações para alcançá-los.

Os objetivos são pautados na política ambiental, incluindo o comprometimento com a prevenção de poluição. Também são considerados os requisitos legais e outros requisitos, aspectos ambientais significativos, opções tecnológicas, recursos financeiros, operacionais, bem como a visão das partes interessadas.

Nossos principais objetivos são:

- Racionalização do consumo de Água
- Racionalização do consumo de Energia Elétrica
- Redução da Geração de Resíduos

As áreas responsáveis pela operacionalização dessas temáticas mantêm programas específicos (Gestão Ambiental) incluindo a atribuição de responsabilidades em cada função e nível pertinente da organização, bem como os prazos dentro do qual eles devem ser atingidos.

Projetos relativos a empreendimentos e atividades, novos ou já existentes, devem ser revisados, quando aplicável, para assegurar que a Gestão Ambiental se aplica a esses projetos.

Objetivos Energéticos

A descrição completa dos objetivos e metas energéticas estão documentadas no Planejamento Energético, com o código DI.TEC.5 (na sua versão mais atual).

Da mesma forma que nos Objetivos Ambientais, as áreas responsáveis pela operacionalização dessas temáticas mantêm programas específicos (Gestão Energética) incluindo a atribuição de responsabilidades em cada função e nível pertinente da organização, bem como os prazos dentro do qual eles devem ser atingidos.

Projetos relativos a empreendimentos e atividades, novos ou já existentes, devem ser revisados, quando aplicável, para assegurar que a Gestão Energética se aplica a esses projetos.

Apoio

A SBIBAE fornece recursos apropriados para a manutenção e melhorias do SGI.

Os recursos financeiros destinados para os atingimentos dos objetivos podem ser consultados juntamente aos responsáveis pelos sistemas de gestão vigentes, bem como com os responsáveis de cada área que tenha objetivos ligados ao SGI.

Os recursos humanos são representados pelas equipes dedicadas às atividades de prevenção à poluição, gestão da energia, comitês diversos, entre outros.

Operação (Planejamento e Controle Operacionais)

Controle Operacional

Para garantir o alcance dos objetivos ambientais e energéticos, bem como a identificação de riscos e oportunidades no SGI, a SBIBAE estabelece critérios operacionais e controles para seus processos baseado no contexto organizacional.

Cada área operacional é responsável pelo acompanhamento de indicadores do seu processo. Seu desempenho é avaliado pela equipe do SGI periodicamente através das auditorias e/ou outros processos. Informações mais detalhadas podem ser consultadas no Procedimento de Avaliação de desempenho do SGI - PR.2357 (na sua versão mais atual).

Gestão de Mudanças

As mudanças planejadas são avaliadas pela equipe responsável pela mudança, que solicita apoio quando necessário para avaliações mais criteriosas dos requisitos ambientais e energéticos. Informações mais detalhadas podem ser consultadas no procedimento: Segurança e Saúde do Colaborador e Meio Ambiente na Gestão de Mudanças – PR.2821 (na sua versão mais atual).

A SBIBAE, condizente com seus valores e comprometida com o desenvolvimento sustentável, emprega soluções energeticamente eficientes e apoia a aquisição de produtos, equipamentos, máquinas e sistemas energeticamente eficientes, avaliando os aspectos da eficiência energética e emissões de gases poluentes.

Perspectiva do Ciclo de Vida

A SBIBAE acredita que o trabalho em conjunto cria oportunidades, maximiza recursos e mitiga externalidades. Por isso, o engajamento de todas as partes interessadas (stakeholders) é fundamental. Fornecedores críticos ao SGI, aqueles que podem impactar o desempenho ambiental e/ou energético, são criteriosamente selecionados no mercado, com base em sua competência para o serviço proposto, e após sistemática de avaliação e concorrência da área de suprimentos, os vencedores das concorrências, são monitorados periodicamente pelos gestores de seus respectivos contratos dentro da SBIBAE.

Para o SGA são considerados críticos os serviços de lavanderia e destinação de resíduos. Para o SGE é considerado fornecedor crítico a concessionária que gera a energia que consumimos hoje, a mesma tem o compromisso de gerar por meio de fontes renováveis.

Nossos processos são analisados no Levantamento de Aspectos e Impactos Ambientais, descrito no Procedimento Aspectos e Impactos Ambientais – procedimento PR.10039 (na sua versão mais atual). O Levantamento de Aspectos e Impactos Ambientais considera os controles operacionais implementados e perspectiva do ciclo de vida.

Comunicação

Comunicamos internamente e externamente, onde aplicável e apropriado, nossa Política de Gestão Integrada e o desempenho do SGI, os potenciais impactos ambientais significativos. Mantemos canais de comunicação com nossos colaboradores, prestadores de serviços e as demais partes interessadas através da internet e na plataforma Sou Einstein. São eles: SAC-RH, grupo de e-mail Meio Ambiente e Sustentabilidade (sustentab@einstein.br), SINAPSE e TASY (Goiânia).

Informações mais detalhadas podem ser consultadas no procedimento: Comunicação do SGI, (na sua versão mais atual).

A SBIBAE decidiu comunicar sua Política Energética externamente através de seu site institucional. A SBIBAE também comunica informações sobre seu desempenho energético através do Relatório de Sustentabilidade, disponível em seu site institucional.

Preparação e Resposta a Emergências

A SBIBAE estabelece, implementa e mantém procedimentos para identificar potenciais situações de emergência e incidentes. Esses procedimentos são analisados e revisados periodicamente e, em particular, após ocorrência de incidentes ou situações de emergência, onde aplicável.

Os procedimentos são testados periodicamente, onde exequível, em especial os de Preparação e Atendimento a Emergências com os simulados executados.

O Procedimento para Comunicação, Registro e Investigação de Incidente Com e Sem Lesão – PR.2244 (na sua versão mais atual) apresenta uma referência com relação ao fluxo de comunicação e tratativa quando eventos ambientais envolvem colaboradores.

A equipe de PCI Bombeiros mantém padrões e rotinas para a gestão das emergências e prevenção delas na SBIBAE, também são definidos os fluxos atendimento de emergências no Procedimento de Atendimento para Emergências e Ocorrências Ambientais PCI – Espaço Einstein e Externas – PR.0498 (na sua versão mais atual).

Avaliação de Desempenho

O desempenho ambiental e energético é monitorado através da Cesta de Sustentabilidade, disponível na Plataforma Sou Einstein, acessando: Serviços > Sites das Áreas > Sistema de Gestão Integrada > Cesta de Sustentabilidade. Informações mais detalhadas podem ser consultadas no procedimento: Avaliação de Desempenho do SGI – PR.2357 (na sua versão mais atual).

Melhoria Contínua

O SGI é monitorado constantemente através de auditorias regulares, comitês e outras ações. Informações mais detalhadas podem ser consultadas no Procedimento de Avaliação de desempenho do SGI – PR.2357 (na sua versão mais atual).

Análise Crítica do SGI

Anualmente é realizada a Reunião de Análise Crítica do SGI, com a presença da Alta Direção, representantes do SGI (SGA e SGE) e outros convidados, com o objetivo de

assegurar a continuada pertinência do SGI, adequação e efetividade. Onde aplicável, ações são definidas e devidamente tratadas.

7. RESPONSABILIDADES

Todos os colaboradores das unidades do escopo de cada sistema de gestão são responsáveis pelo seguimento das diretrizes descritas neste documento. Para os demais colaboradores é sugerido como boa prática.

A alta direção assegura e atribui as responsabilidades e autoridades para papeis pertinentes do SGI que são entendidas na instituição.

A SBIBAE define (e documenta através das descrições de cargo e procedimentos internos) a responsabilidade, a autoridade e a inter-relação do pessoal que administra, desempenha e verifica atividades que influenciam no Sistema de Gestão Integrada (SGI).

A manutenção do SGA é realizada pela equipe de Meio Ambiente e Sustentabilidade, conforme organograma a seguir:

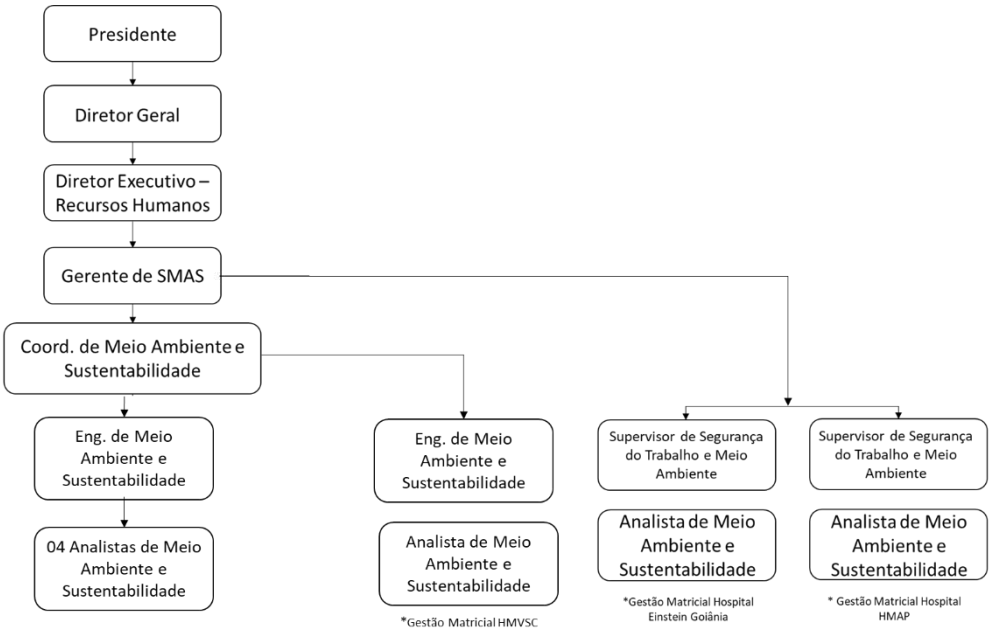


Figura 9: organograma da equipe de Meio Ambiente e Sustentabilidade

A manutenção do SGE é realizada pela DPEI, na figura do Consultor de Projetos, Patrimônio, Engenharia e Infraestrutura, conforme organograma abaixo:

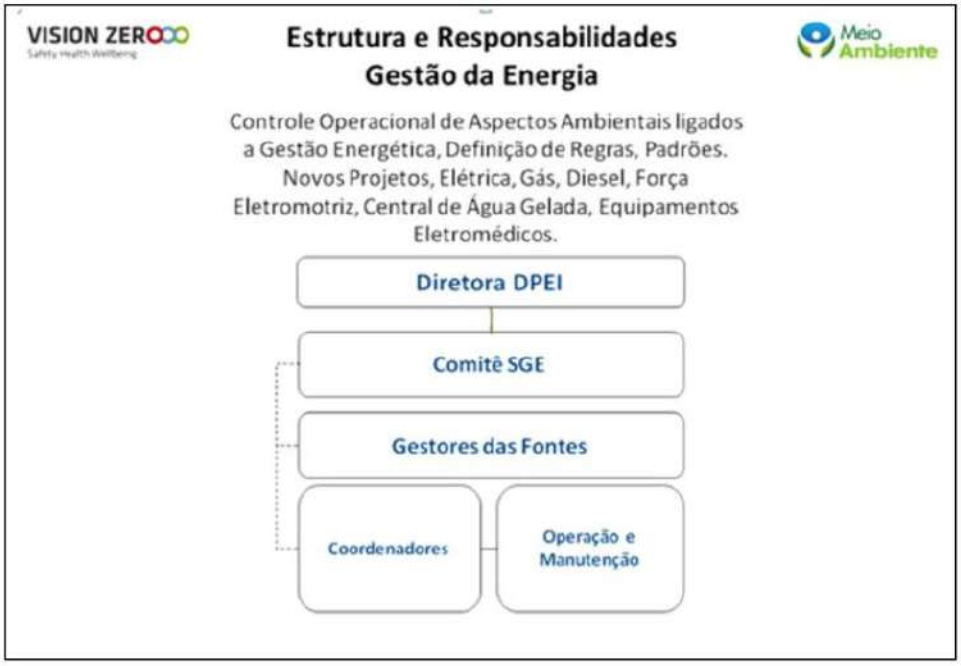


Figura 10: organograma da DPEI

O levantamento de responsabilidades do SGA e SGE pode ser verificado na Matriz de Responsabilidades do SGI, conforme figura seguinte:

MATRIZ DE RESPONSABILIDADES SGI (SGA & SGE) - Junho/22

Legenda

R	Responsável Quem faz ou deverá fazer a atividade Pessoa designada para trabalhar na atividade	SGI	Time do Sistema de Gestão Integrado RH Recursos Humanos
A	Autoridade Quem responde pela atividade, dono/sponsor Pessoa que tem autoridade para tomada de decisão	SGA	Time do Sistema de Gestão AmbientalENS Ensino Corporativo
C	Consultado Quem deve ser consultado e participar da decisão	SGE	Time do Sistema de Gestão Energético UNA Unidades Avançadas
I	Informado Quem deve receber a informação de que a atividade foi ou será executada	SSMA	Gerência do SSMA SUP Suprimentos
		MAN	Manutenção ST Segurança do Trabalho
		JUR	Jurídico BOM Bombeiros
		FAC	Facilities ENG Engenharia Clínica
		GPO	Projetos e Obras

#	Responsabilidades Gerais no SGI	Item da Norma ISO 14.001	Item da Norma ISO 50.001	Frequência	Responsabilidades																	
					SGI	SGA	SGE	MAN	JUR	FAC	GPO	SSMA	Diretor DPEI	Diretor Geral	Presidente	Áreas	UNA	SUP	RH	EMS	ST	BOM	ENG
1	Realizar o Comitê Mensal de SGI para Líderes	5.1 Liderança e comprometimento	5.1 Liderança e comprometimento	Mensalmente		R	C	C				A	I	I		I	I					
2	Realizar o Comitê Periódico Estratégico de SGI	5.1 Liderança e comprometimento 10.3 Melhoria contínua	5.1 Liderança e comprometimento 10.2 Melhoria contínua	A cada trimestre		R	C	C				A	I	I		I	I					
3	Manter atualizada a Política do Sistema de Gestão Integrado	5.2 Política ambiental	5.2 Política energética	Anualmente ou quando aplicável	R							A	A	A	A							
4	Manter atualizada a Planilha de Riscos e Oportunidades	6.1.1 Ações para abordar riscos e oportunidades - Generalidades	6.1 Ações para abordar riscos e oportunidades	Quando aplicável	R							C				I	C					
5	Manter atualizadas as Planilhas de Aspectos e Impactos Ambientais	6.1.2 Aspectos ambientais		Anualmente ou quando aplicável		R										C	I					
6	Manter o Sistema On Line de Gestão Integrada atualizado	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos	9.1.2 Avaliação da compliance com requisitos legais e outros requisitos	Mensalmente	R			C								C	C					
7	Responder ou direcionar os requisitos legais no SOGI	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos	9.1.2 Avaliação da compliance com requisitos legais e outros requisitos	Mensalmente ou quando aplicável	R											I	I					
8	Manter as licenças de operação atualizadas	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos	9.1.2 Avaliação da compliance com requisitos legais e outros requisitos	Quando aplicável		C		C			R											C
9	Manter as licenças de operação atualizadas - HMVSC	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos	9.1.2 Avaliação da compliance com requisitos legais e outros requisitos	Quando aplicável		R		C														C
10	Manter as licenças de produtos controlados atualizadas	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos	9.1.2 Avaliação da compliance com requisitos legais e outros requisitos	Quando aplicável					R							C	C					
11	Manter as licenças de operação dos equipamentos atualizadas	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos	9.1.2 Avaliação da compliance com requisitos legais e outros requisitos	Quando aplicável					R							I	I					C
12	Garantir as análises e tratativas dos efluentes das unidades	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos	9.1.2 Avaliação da compliance com requisitos legais e outros requisitos	Trimestral ou Semestral		R		C									I					
13	Emitir e manter atualizados e adequados os laudos legais de SPDA e PMOC, fumaça preta de fontes fixas e ações decorrentes implantadas	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos	9.1.2 Avaliação da compliance com requisitos legais e outros requisitos	Quando aplicável				R														
14	Garantir atendimento aos requisitos legais dos fornecedores críticos de meio ambiente (movimentação de resíduos, lavanderia e controle de pragas)	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos		Quando aplicável						R												
15	Realizar avaliações dos fornecedores críticos do SGA (movimentação de resíduos, lavanderia e controle de pragas)	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos		A cada 24 meses		R				R								R				
16	Garantir a disponibilidade dos documentos legais atualizados (licenças, laudos de fumaça preta, outro aplicável de fornecedores internos com interação ambiental - transporte de resíduos, transporte de pessoas, controle de pragas	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos		Anualmente		R				R												
17	Manter equipamentos de medição do SGI devidamente calibrados	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos	9.1.2 Requisitos legais e outros requisitos	Quando aplicável				R														
18	Manter os registros legais associados a movimentação de resíduos	6.1.3 Requisitos legais e outros requisitos		Diariamente						R						C	C					
19	Manter atualizados os Programas do SGI	6.2.2 Planejamento de ações para alcançar os objetivos ambientais	6.2 Objetivos, metas energéticas e planejamento para alcançá-los	Mensalmente	R							A	A	A								
20	Manter profissionais na estrutura do SGI para manutenção dos sistemas	7.1 Recursos	7.1 Recursos	-	R							R	A	A								
21	Manter atualizadas as Descrições de Cargo quanto às obrigações básicas do SGI	7.2 Competência	7.2 Competência	-														R				
22	Manter o registros das capacitações diversas	7.2 Competência	7.2 Competência	-															R			
23	Aplicar os conteúdos de integrações de novos colaboradores	7.3 Conscientização	7.3 Conscientização	Quando Aplicável														R				
24	Aplicar os conteúdos de integrações de prestadores de serviços - temporários ou fixos	7.3 Conscientização	7.3 Conscientização	Quando aplicável																R		
25	Manter os conteúdos das trilhas institucionais atualizados quanto ao SGI	7.3 Conscientização	7.3 Conscientização	Anualmente	R							C							R			
26	Construir e aplicar os Treinamentos Corporativos 100%	7.3 Conscientização	7.3 Conscientização	Quando aplicável		R	I	I				A										
27	Promover ações na Semana Mundial do Meio Ambiente	7.3 Conscientização	7.3 Conscientização	Anualmente	R			I				A										
28	Responder aos questionamentos das partes interessadas	7.4.2 Comunicação interna 7.4.3 Comunicação externa	7.4 Comunicação	Quando solicitado	R																	
29	Enviar os conteúdos para Comunicação Interna	7.4.2 Comunicação interna	7.4 Comunicação	Mensalmente	R	C						A										
30	Enviar os conteúdos para Comunicação Externa	7.4.3 Comunicação externa	7.4 Comunicação	Quando aplicável	R	C						A										
31	Enviar os conteúdos para o Relatório de Sustentabilidade	7.4.3 Comunicação externa	7.4 Comunicação	Anualmente	R							A		A								
32	Enviar os conteúdos para Relatórios Financeiros e Estratégicos diversos	7.4.2 Comunicação interna 7.4.3 Comunicação externa	7.4 Comunicação	Quando solicitado	R							A		A								
33	Atualizar a Cesta de Sustentabilidade na Intranet	6.2.1 Objetivos ambientais 7.4.2 Comunicação interna	6.4 Indicadores de desempenho energético	Mensalmente		R	C	I		C		I	I	I		I	I					
34	Manter os procedimentos, instruções, registros e informações atualizados e devidamente controlados	7.5 Informação documentada	7.5 Informação documentada	-	R							A				C						
35	Manter os respectivos controles operacionais	8.1 Planejamento e controle operacionais	8.1 Planejamento e controle operacionais	-												R	R					
36	Manter ativa a consideração do desempenho energético em projetos		8.2 Projeto	-			R	C					I									
37	Manter ativo o processo de compra de equipamentos e serviços com a consideração do desempenho energético		8.3 Aquisições	-			R	C					I									
38	Manter os incidentes ambientais registrados, investigados e devidamente tratados	6.2 Preparação e resposta a emergências 10.2 Não conformidade e ação corretiva		-		R																R
39	Garantir monitoramento, medição, análise e avaliação do desempenho	9 Avaliação de desempenho	9 Avaliação de desempenho	Mensalmente	R			R														
40	Realizar a Auditoria de Conformidade Legal	9.1.2 Avaliação do atendimento aos requisitos legais e outros requisitos	9.1.2 Avaliação do atendimento aos requisitos legais e outros requisitos	A cada 18 meses		R	C					A				I						
41	Manter atualizado o planejamento energético		6.6 Planejamento energético	Anualmente			R	C					I									
42	Realizar e manter atualização a revisão energética		6.3 Revisão energética	Anualmente			R	C					I									
43	Manter atualização a linha de base energética		6.5 Linha de base energética	Anualmente			R	C					I									
44	Realizar a Auditoria Interna do SGI	9.2 Auditoria interna	9.2 Auditoria interna	Anualmente		R	C					A				I	I					
45	Realizar as Análises Críticas do Sistema de Gestão Integrado	9.3 Análise crítica	9.3 Análise crítica pela direção	Anualmente	R		C	I		I		A	I	I		I						
46	Manter atualizados os relatórios de não conformidades e outros apontamentos de melhoria	10.2 Não conformidade e ação corretiva	10.1 Não conformidade e ação corretiva	Mensalmente ou quando aplicável	R			C								C						
47	Realizar a Auditoria Externa do SGI	-	-	Anualmente		R	C					A				I	I					

Figura 11: Matriz de Responsabilidades do SGI

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma ABNT ISO 14001:2015. Sistema de Gestão Ambiental.

Norma ABNT ISO 50001:2018. Sistema de Gestão da Energia.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Relatório de Sustentabilidade

Procedimento de Planejamento Estratégico

Procedimento de Planejamento Ambiental

Procedimento de Planejamento Energético

Análise de Riscos e Oportunidades

Procedimento de Aspectos e Impactos Ambientais

Procedimento de Auditorias do SGI e outras

Procedimento de Avaliação de desempenho do SGI

Procedimento de Competência e conscientização do SGI

Procedimento de Comunicação do SGI

Procedimento de Informação Documentada do SGI

Procedimento de Melhoria do SGI

Política de Gestão Integrada

Procedimento de Planejamento Energético

Procedimento de Requisitos legais do SGI e outros requisitos

Procedimento de Segurança e Saúde do Colaborador e Meio Ambiente na Gestão de Mudanças

Procedimento de Gestão de Produtos Químicos

Matriz de Responsabilidades (RACI)

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

#Histórico de Revisões#

10/22 – Dante Alaimo

Inserção do normativo no template DM Docs

10/22 – Ellen Marcom Cardoso

Modificação da Matriz SWOT

09/22 - Dante Alaimo

Inserção do normativo no template DM Docs

08/2022 – Rharika

Inclusão da Unidade Goiânia e HMAP no item Descrição das unidades;

Atualização da Análise SWOT;

Diretório da pasta do SGI no item Planejamento Ambiental;

Inclusão do TASY no item Comunicação do SGI;

Atualização do Organograma no item de Responsabilidades;

06/23 – Nicoly de Luca

Acrescentado a certificação da unidade AMA-E;

Atualização da Matriz SOWT;

Atualização do caminho da Planilha de Riscos e Oportunidades;

Mudança da Intranet para o Sou Einstein e disponibilização dos Aspectos e Impactos, Cesta de Sustentabilidade e DMDOC's (sistema para consulta de procedimentos internos);

Inserimento do número dos procedimentos, conforme disponibilizado no DMDOC's.

Revisão do Organograma.

Procedimento Operacional Padrão de Coleta de Resíduos Químicos Perigosos - Unidades Externas

1. OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo normatizar o processo de coleta de resíduos químicos perigosos resultantes das diversas atividades desenvolvidas nas Unidades Externas do Hospital Israelita Albert Einstein a fim de proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro,

de forma eficiente, visando à proteção aos trabalhadores, a preservação da saúde pública e meio ambiente.

2. DEFINIÇÕES

São definidos como resíduos químicos perigosos aqueles que possuem características de explosividade, inflamabilidade, reatividade, corrosividade e toxicidade; com alta periculosidade em função de sua grande concentração em misturas e soluções. Os resíduos químicos perigosos são os resíduos sólidos, semissólidos e os líquidos que apresentam periculosidade efetiva e potencial à saúde humana, ao meio ambiente e ao patrimônio público e privado, requerendo cuidados especiais quanto ao condicionamento, coleta, transporte, armazenamento, tratamento e disposição.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: Norteador das rotinas relacionadas ao descarte de resíduos perigosos nas unidades externas.

Contraindicação: Descarte de resíduos perigosos na unidade Morumbi.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Carros de coleta: carro de transporte de resíduos;

Computador: Solicitar coleta externa.

Salas de resíduos: abrigo temporário de resíduos.

Abrigo de resíduos perigosos: abrigo final de resíduos químicos perigosos.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Pré - Procedimento: Identificação dos resíduos nos setores.

Pós - Procedimento: guarda dos resíduos no abrigo final de resíduos perigosos e solicitação de coleta externa.

6. DESCRIÇÃO

Requisitos mínimos para o procedimento: Capacitação do responsável pela atividade, uso de EPIs e disponibilidade de carros coletores.

Mapeamento e Identificação

A unidade geradora deverá colar no recipiente de descarte a etiqueta de resíduo químico perigoso e preenchê-la.

Esta etiqueta deve ser solicitada à área de Gestão de Resíduos pelo e-mail gestaoderesiduos@einstein.br.

Também deverá adquirir pelo Mercado Eletrônico (ME) os rótulos de resíduos químicos conforme FDSR (Ficha com Dados de Segurança de Resíduos Químicos), de acordo com a característica do resíduo. Esse rótulo deverá ser colado no recipiente de descarte.

A área que gerar Resíduos de Produtos Químicos deverá solicitar a retirada destes resíduos à empresa homologada para o tratamento e destinação final deste resíduo.

IMPORTANTE: Caso seja utilizado o recipiente do produto químico original para o descarte, deve ser retirado o rótulo deste produto.

Coleta

É necessário que as bombonas e frascos a serem retirados estejam bem vedados e com tampa rosqueada de forma a garantir as condições de segurança em todas as etapas do manejo do resíduo.

Para que ocorra a coleta, a pessoa responsável pela coleta deve estar paramentada com os EPIs indicados para a atividade, conforme as diretrizes estabelecidas no procedimento "EPI – Equipamento de Proteção Individual e EPC – Equipamento de Proteção Coletiva".

Resíduos químicos perigosos não laboratoriais/medicamentosos

Resíduos químicos perigos não derivados das áreas assistenciais e laboratorial, como óleos lubrificantes, óleo diesel, tintas à base de solvente, ou outro material químico classificado como produto perigoso e materiais por eles contaminados deverão ser armazenados em recipientes estanques e identificados de acordo com a orientação da FISPQ e solicitada coleta via e-mail para o setor de Gestão de Resíduos, contendo quantidade a ser descartada, tipo de embalagem e FISPQ para que o setor faça a análise do produto e providencie o descarte correto.

Nota: É importante que o setor de Gestão de Resíduos seja acionado antes que antes que o resíduo seja gerado para que as o resíduo possa ser armazenado de forma correta e destinado o mais rápido possível, pois a maneira de destinação e armazenamento pode ser diferente dependendo do tipo de produto químico.

Armazenamento final dos resíduos químicos perigosos

Todo o material coletado deve ser levado para o abrigo final de resíduos, onde deverão ser pesados e acondicionados nos devidos pallets, identificados conforme o grupo. A pesagem dos resíduos deve ser registrada na "planilha de monitoramento de resíduos", e a mesma deverá ser entregue ao setor de Gestão de Resíduos para Monitoramento mensalmente.
Durante o armazenamento devem ser observadas as mesmas condições de compatibilidade utilizadas para o armazenamento do produto original.

OBS.: o resíduo coletado ficará acondicionado em pallets na sala de produtos perigosos até a coleta externa, que ocorre em até 10 dias úteis após solicitação na plataforma através da Prefeitura (aplicável aos Municípios de São Paulo). Se o caminhão designado para a coleta não apresentar condições de circulação, a entrada e/ou saída as coletas não serão permitidas.

7. RESPONSABILIDADES

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADES
Serviço de Higiene e Limpeza	Definir diretrizes para o descarte e movimentação interna dos resíduos com base em requisitos legais aplicáveis. Realizar a movimentação interna dos resíduos químicos perigosos, seguindo as orientações relativas à segurança e meio ambiente; Transportar os resíduos ao abrigo de resíduos químicos perigosos e armazená-lo de acordo com a organização de compatibilidade química definida; Pesar os resíduos e preencher a planilha de monitoramento de resíduos. Utilizar os EPIs no desenvolvimento de suas atividades.
GESTÃO DE RESÍDUOS	Definir diretrizes para o descarte, identificação e movimentação interna dos resíduos químicos perigosos com base em requisitos Legais aplicáveis; Supervisionar o cumprimento deste procedimento; Garantir a realização de treinamentos de atualização; Realizar orientação quanto à segregação e movimentação segura dos resíduos; Garantir a destinação correta dos resíduos de produtos perigosos atendendo a legislação vigente.
SUPERVISOR DE FACILITIES	Garantir o cumprimento deste procedimento; Supervisionar o cumprimento deste procedimento; Garantir a realização de treinamentos de atualização; Fornecer EPIs, materiais e equipamentos a serem utilizados, bem como garantir o preenchimento da ficha de EPI; Realizar orientação quanto à segregação e movimentação segura dos resíduos. Garantir a destinação correta dos resíduos de produtos perigosos atendendo a legislação vigente; Solicitar a coleta externa destes resíduos nas empresas homologadas para este serviço; Interface com o setor de Gestão de Resíduos para comunicações e informações.

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADES
	Controle e guarda da documentação relacionada a coleta dos resíduos da unidade.
SETOR GERADOR	Segregar corretamente os resíduos no momento de sua geração de acordo com os riscos envolvidos; Acondicionar em recipientes compatíveis com o resíduo gerado; Identificar o resíduo com a etiqueta de identificação de resíduo químico perigoso e preenchê-la, exceto os campos "nº de controle da embalagem; Adquirir pelo Mercado Eletrônico (ME), os rótulos de resíduos químicos conforme FDSR (Ficha com Dados de Segurança de Resíduos Químicos), de acordo com a característica do resíduo; Colar o rótulo de resíduo químico do recipiente de descarte.
SEGURANÇA DO TRABALHO	Priorizar a eliminação do risco e/ou minimização da exposição antes da utilização do EPI; Avaliar a atividade do setor indicando o EPI mais adequado para a atividade observando todos os itens de proteção, conforto e legislação aplicável; Orientar a área quanto ao uso do EPI, sua conservação e higiene.
CORPO DE BOMBEIRO	Disponibilizar kits de derramamento e realizar a orientação sobre contenção no caso de derramamentos; Estabelecer diretrizes quanto ao armazenamento dos resíduos químicos perigosos; Oferecer treinamentos quanto às classes de risco, movimentação segura e atendimento às emergências.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

São pontos críticos e os riscos que fazem parte da operação:

- Descarte incorreto de resíduos;
- Manipulação inadequada dos resíduos químicos perigosos;
- Lesão por esforço ergonômico;
- Acidentes por má conduta, utilização incorreta ou falta de uso de EPI e não cumprimento do procedimento;

- Derramamento durante o transporte dos resíduos até o abrigo de produtos químicos perigosos externo.
- Armazenamento Incorreto;
- Disposição inadequada de compatibilidade.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

O treinamento sobre manuseio, transporte, acondicionamento e ações emergenciais, em caso de derramamento de produtos químicos perigosos, ocorrerá sempre que houver integrantes novos na equipe (integração) ou quando este procedimento sofrer alteração, sendo desenvolvido com as equipes relacionadas aos processos de identificação e transporte desses produtos na unidade.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Comprovantes de coletas emitidos pela empresa externa.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▪ Resolução da Diretoria Colegiada – RDC ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá providências.
- ▪ Resolução CONAMA nº 275, de 25 de Abril de 2001. Estabelece código de cores para os diferentes tipos de resíduos, a ser adotado na identificação de coletores e transportadores, bem como nas campanhas informativas para a coleta seletiva – Laranja para resíduos perigosos (químicos).
- ▪ Resolução CONAMA nº 358, de 29 de Abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências.
- ▪ NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, item 32.5 – Resíduos.
    - Portaria GM nº 485, de 11 de Novembro de 2005.
    - Portaria GM nº 939, de 18 de Novembro de 2008.
    - Portaria GM nº 1.748, de 30 de Agosto de 2011.
- ▪ NBR 12808/93 – Resíduos de serviços de saúde.
- ▪ NBR 12809/93 – Manuseio de resíduos de serviços de saúde.

- ▪ NBR 12810/93 – Coleta de resíduos de serviços de saúde.

15.DOCUMENTOS RELACIONADOS

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Procedimento - Descarte de Resíduos de Serviços de Saúde -

Procedimentos: EPI – Equipamento de Proteção Individual e EPC – Equipamento de Proteção Coletiva –

Procedimento: Gestão de Produtos Químicos

FDSR – Ficha com dados de segurança de resíduos.

16.HISTÓRICO DE REVISÕES

#Histórico de Revisões#

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO PARA GESTÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS

1. OBJETIVO

Estabelecer procedimentos para teste, aprovação, cadastro, aquisição, armazenagem, utilização, sinalização, transporte, segregação, descarte e manuseio de produtos químicos, visando evitar/controlar perdas às pessoas, equipamentos, materiais e impactos ao meio ambiente.

2. DEFINIÇÕES

ANTT: Agência Nacional de Transportes Terrestres.

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

CADRI: Certificado de Movimentação de Resíduos de Interesse Ambiental.

Carcinogênico: é uma substância ou agente capaz de causar câncer.

Concentração Letal 50 (CL50): é a concentração de uma substância química num meio que causa mortalidade em 50% da população exposta, durante um determinado período. Para a classificação adotada utiliza-se a CL50, via respiratória para rato ou camundongo. Expressa-se em miligramas por metro cúbico (mg/m3).

Diamante de Hommel: é uma representação gráfica dos níveis de risco de elementos e substâncias químicas, devendo apresentar informações referentes aos riscos à saúde, inflamabilidade, reatividade e algum outro específico.

Dose Letal 50 (DL50): é a dose de uma substância química num meio necessária para causar a morte em 50% da população exposta em experimentação. Expressa-se em miligramas por quilograma (mg/kg) de peso do corpo do animal intoxicado.

EB: Exército Brasileiro.

Efeito Tóxico Agudo: é o que se desenvolve rapidamente após uma única exposição (ou múltipla em 24h) a um agente tóxico.

Efeito Tóxico Crônico: é o que se caracteriza não somente pela sua duração, mas também, por características patológicas e pode ser por acumulação ou somatória dos efeitos produzidos.

Elementos e/ou Substância Corrosivas: são aquelas que por meio de reação química podem causar danos às pessoas, equipamentos, materiais, pacientes, visitantes e meio ambiente.

Elementos e/ou Substâncias Químicas Combustíveis: é todo o elemento ou substância química que em contato com agentes oxidantes (ar ou oxigênio) reagem quimicamente, produzindo calor e luminosidade.

Elementos e/ou Substâncias Tóxicas: são aquelas capazes de provocar morte, lesões graves e/ou danos à saúde se ingeridas, inaladas ou entrarem em contato com a pele.

FDSR: ficha de dados de segurança do resíduo.

Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico: é um resumo da FISPQ e facilita o entendimento das informações básicas para um manuseio seguro e ambientalmente correto. É composta pelas seguintes informações: Nome Comercial, Nome Oficial, Principais Riscos, Estabilidade e Reatividade, Armazenamento, Ações em Caso de Emergência e Proteção Individual.

Flash Point: temperatura na qual um líquido emana vapores inflamáveis que podem se inflamar em contato com uma fonte de ignição.

GHS: Sistema Globalmente Harmonizado (GHS - Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals) de informação de segurança de produtos químicos perigosos.

IDLH / IPVS (Immediately Dangerous to Life or Health Air Concentration / Imediatamente Perigoso à Vida ou à Saúde): representa a máxima concentração no ar de substância na qual um trabalhador saudável, do sexo masculino, pode ficar exposto por 30 minutos e ainda ser capaz de escapar sem perda da vida ou dano irreversível à saúde.

Inflamabilidade: é a capacidade e um elemento ou substância química de produzir vapores que em contato com uma fonte de calor provoca combustão.

Insumos Farmacêuticos: qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento.

LT: Limites de Tolerância: denominam-se àquelas concentrações dos agentes químicos ou intensidade dos agentes físicos presentes no meio ambiente de Colaborador sob as quais a grande maioria dos trabalhadores podem ficar expostos dia após dia sem sofrer efeitos adversos à sua saúde.

Líquido Inflamável: líquido que possui um flash point abaixo de 37,8ºC.

Medicamento: toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas. Ou seja, é um

produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

MTR: manifesto de transporte de resíduos.

PC: Polícia Civil.

PF: Polícia Federal.

PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde.

Ponto de Ignição: é a temperatura mínima na qual os vapores desprendidos por um elemento químico ou substância combustível provocam combustão espontânea ao entrar em contato com o ar.

Ponto de Fulgor: é a temperatura mínima na qual um produto químico emite vapores suficientes para provocar combustão na presença de uma fonte de calor.

Produto Químico: é uma substância química, seja só, em mistura ou preparação, fabricada ou obtida da natureza.

Produtos Químicos Controlados: podem ser quaisquer produtos perigosos com a possibilidade de serem empregados na fabricação clandestina de produtos de risco para a sociedade (drogas, explosivos, etc). São controlados pelos seguintes órgãos: Polícia Federal, Polícia Civil, Exército, a fim de evitar transações ilegais para o uso final de tais produtos.

Produtos Químicos Perigosos: são os de origem química, biológica ou radiológica que apresentam um risco potencial à vida, à saúde e ao meio ambiente, em caso de vazamento. São exemplos de produtos químicos perigosos: agrotóxicos, combustíveis (gasolina, álcool, óleo diesel, gás liquefeito de petróleo – GLP), ácidos, explosivos, infectantes, alcalinos (soda cáustica). Os produtos químicos perigosos podem ser classificados de acordo com a sua classe de perigo (perigo físico, perigo à saúde e/ou perigo ao meio ambiente).

Reatividade: capacidade de produto químico reagir com outros produtos ou substâncias provocando explosões, reações químicas e/ou instabilidade.

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

STEL: Exposição de Curta Duração (Short-Term Exposure Limit): é a concentração a que os trabalhadores podem estar expostos continuamente por um período curto sem sofrer irritação, lesão tissular crônica ouirreversível ou narcose em grau suficiente para aumentar a predisposição a acidentes, impedir o auto salvamento ou reduzir a eficiência no Colaborador.

Substância Explosiva: é a substância sólida ou líquida (ou mistura de substâncias) que, por si mesma, por meio de reação química, seja capaz de produzir gás a

temperatura, pressão e velocidade tais que possa causar danos a sua volta. Incluem-se nesta definição as substâncias pirotécnicas mesmo que não desprendam gases.

Toxidade: refere-se à capacidade de um produto químico ou substância tem de causar danos em um órgão determinado, alterar os processos bioquímicos ou alterar um sistema enzimático de um ser vivo.

TWA: Média Ponderada pelo Tempo (Threshold Limit Value – Time Weighted Average): é a concentração média ponderada pelo tempo para uma jornada normal de 8 horas diárias e 40 horas semanais, à qual a maioria dos trabalhadores pode estar repetidamente exposta, dia após dia, sem sofrer efeitos adversos à saúde.

Valor Teto: representa uma concentração máxima que não pode ser excedida em momento algum da jornada de Colaborador.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Aplicável para todas as unidades da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), bem como para Prestadores de Serviços (nas suas especificidades detalhadas no item Responsabilidades).

Este procedimento não é aplicável aos medicamentos ou cosméticos, mesmo que em testes. Como também não se aplica aos reagentes (exclusivamente) da Química Seca, por exemplo, os cassetes secos para análises diversas.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

De acordo com os materiais especificados na descrição deste procedimento.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

Diretrizes Gerais

Toda aquisição ou teste de produtos químicos deverá passar por uma análise e aprovação das áreas de Segurança do Colaborador, Meio Ambiente e Medicina do Trabalho.

Na aquisição ou teste de produtos químicos deve-se sempre ser dada prioridade àqueles que apresentarem: maior ou ausência de ponto de fulgor; ausência ou menor toxicidade; ausência ou mínima reatividade química; estabilidade química a temperatura ambiente; ausência de resíduos; facilidade de descarte de embalagens;

ausência ou mínima irritação da pele, olhos e mucosas; mínima ou ausência necessidade de EPI's ou EPC's especiais; facilidade de ação em caso de primeiros socorros; FISPQ e fornecedores de primeira linha.

A utilização de produto químico fora da data de validade (vencido) é proibido dentro de todas as unidades SBIBAE.

Nenhum colaborador poderá armazenar transportar, manusear qualquer produto químico sem ter sido instruído pelo seu líder.

Todos os esforços devem ser realizados no sentido de eliminar, substituir e reduzir o uso de produtos químicos perigosos.

O transporte e manuseio de produtos químicos inflamáveis somente deverão ser feitos utilizando-se recipiente adequado, como por exemplo, container móvel para produtos inflamáveis, pallets de contenção e caixas contentoras para transporte de produtos químicos.

Para o descarte de qualquer produto químico, a área de gestão de resíduos deverá ser consultada para fornecer os procedimentos adequados à execução desta atividade. Neste procedimento orientações gerais estão descritas.

Aquisição ou uso de materiais radioativos deverá possuir aprovação junto ao CNEN – Comissão Nacional de Energia Nuclear.

São terminantemente proibidas as compras diretas de produtos químicos.

Os setores usuários de produtos químicos deverão contar com todas as FISPQs dos produtos utilizados, mantendo-as impressas em lugar de fácil acesso e ao alcance de todos os colaboradores para sua consulta.

Transferência de produtos químicos INFLAMÁVEIS somente deverá ser realizada através da utilização de recipientes adequados e devidamente aterrados contra eletricidade estática, onde necessário.

O descarte dos recipientes dos produtos químicos nas áreas deverá ser feito em locais e acondicionamentos apropriados conforme padrão da área da Gestão de Resíduos. Estes locais deverão possuir, quando necessário, dique de contenção, iluminação e ventilação adequadas e em conformidade com o sistema de coleta seletiva da instituição.

Este procedimento não se aplica aos medicamentos (mesmo os sob investigação – em teste) e cosméticos. Ou seja, quando da entrada de um novo medicamento, deve-se seguir o padrão específico para este tipo de material.

A definição de medicamento consta do item 2. DEFINIÇÕES deste procedimento.

Inventário de Produtos Químicos

Deverá estar disponível um inventário dos produtos químicos utilizados na SBIBAE.

As áreas usuárias dos produtos químicos são as responsáveis por atualizar o inventário anualmente, com suporte da equipe de Segurança do Colaborador.

As informações básicas que devem constar no inventário são:

- Unidade/Local/Setor
- Identificação Comercial do Produto Químico
- Composição
- N° CAS
- Limites de Exposição na NR 15 e na ACGIH
- Fabricante
- Embalagem Original e de Descarte
- Quantidade Máxima em Estoque
- Classe de Risco.

O inventário deverá ser mantido, atualizado e disponibilizado em meio eletrônico.

Cadastramento de Produtos Químicos

Todos os produtos químicos devem ter seu cadastro iniciado pela área usuária.

Em caso de alteração ou de novos fornecedores para produtos químicos, se faz necessário cumprir todo o fluxo de aprovação e cadastro de produtos químicos, exceto se o produto químico for idêntico.

Neste caso, deve apenas atualizar a pasta com a nova FISPQ impressa.

Para o cadastro de novos produtos químicos, seguir o fluxo conforme a figura 1.

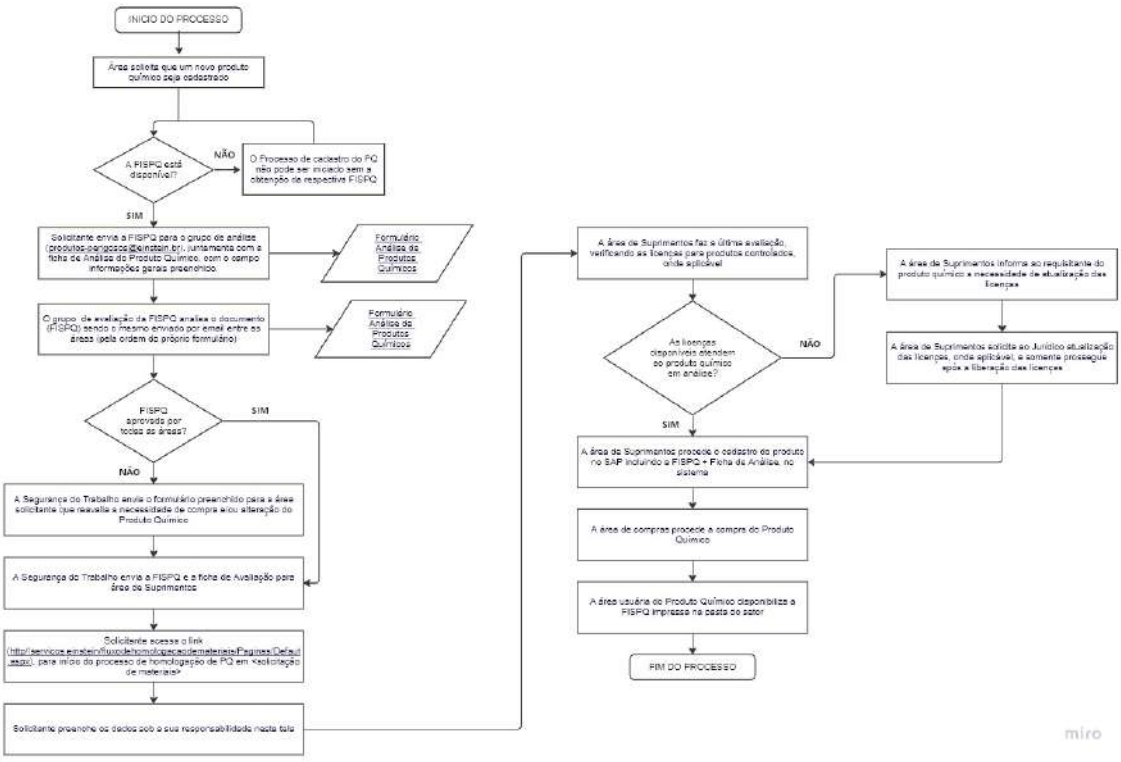


FIGURA 1 – Fluxo de cadastro

FISPQ

A FISPQ é o documento que fornece informações relativas ao produto, bem como diretrizes para ações em casos de derramamentos, incêndio, acidentes ocupacionais, etc. É de responsabilidade do fabricante fornecer a FISPQ do produto químico. É aplicável apenas a produtos químicos. Não aplicável aos medicamentos, cosméticos.

É de responsabilidade da área usuária do produto químico obter a FISPQ junto ao fornecedor, bem como mantê-la disponível e atualizada no local de utilização do produto na língua portuguesa. A área de suprimentos pode dar um suporte nesta solicitação.

A FISPQ deve, obrigatoriamente, ser fornecida pelo fabricante do produto a ser utilizado. Caso o mesmo produto possua fornecedores diferentes, a área deverá manter disponível todas as FISPQs, mesmo que as informações contidas nos documentos sejam idênticas.

A avaliação da FISPQ/Produto Químico deverá ser realizada por meio do formulário Ficha de Avaliação do Produto Químico no Anexo I onde todas as áreas envolvidas analisam itens específicos. O produto químico somente será aprovado se TODAS as áreas envolvidas aprovarem o mesmo.

A FISPQ não é aplicável aos medicamentos e cosméticos conforme descritos na RDC Nº 222/2018. Para medicamentos que ainda estão em teste, recomenda-se que estes

devam acompanhar uma instrução voltada para Segurança do Colaborador (emitida pelos fabricantes) e não entram no fluxo deste procedimento.

As áreas de Pesquisa que utilizam estes medicamentos em teste, além das recomendações de segurança, deverão armazenar e segregar estes produtos seguindo as boas práticas farmacêuticas, sem que exponham os colaboradores e o meio ambiente. Sempre que preciso deverá consultar o PGRSS para orientações de descarte e as informações deste procedimento, onde aplicável, para o devido armazenamento.

A FISPQ deve estar, obrigatoriamente, em português.

Quando do recebimento de uma FISPQ mais atualizada para um determinado produto químico, o recebedor deverá anexar na pasta do setor, para manter a versão impressa disponível para consulta.

Produtos Perigosos – Classificação e Simbologias

São os de origem química, biológica ou radiológica que apresentam um risco potencial à vida, à saúde e ao meio ambiente.

<u>Perigos Físicos:</u>

- ▪ Explosivos
- ▪ Gases inflamáveis
- ▪ Aerossóis inflamáveis
- ▪ Gases comburentes (oxidantes)
- ▪ Gases sob pressão
- ▪ Líquidos inflamáveis
- ▪ Sólidos inflamáveis
- ▪ Substâncias e misturas auto reativas
- ▪ Líquidos pirofóricos
- ▪ Sólidos pirofóricos
- ▪ Substância e misturas suscetíveis de auto aquecimento
- ▪ Substâncias e misturas que, em contato com água, liberam gases inflamáveis
- ▪ Líquidos comburentes
- ▪ Sólidos comburentes
- ▪ Peróxidos orgânicos
- ▪ Corrosivos para metais

FIGURA 2 – Classificação Perigos Físicos

Perigos à Saúde:

- ▪ Toxicidade aguda
- ▪ Corrosão/Irritação da pele
- ▪ Danos/irritação séria nos olhos
- ▪ Sensibilização respiratória ou dérmica
- ▪ Mutagenicidade em células germinativas
- ▪ Carcinogenicidade
- ▪ Toxicidade à reprodução

- ▪ Toxicidade sistêmica em órgão alvo – exposição única
- ▪ Toxicidade sistêmica em órgão alvo – exposição múltipla
- ▪ Perigoso por aspiração

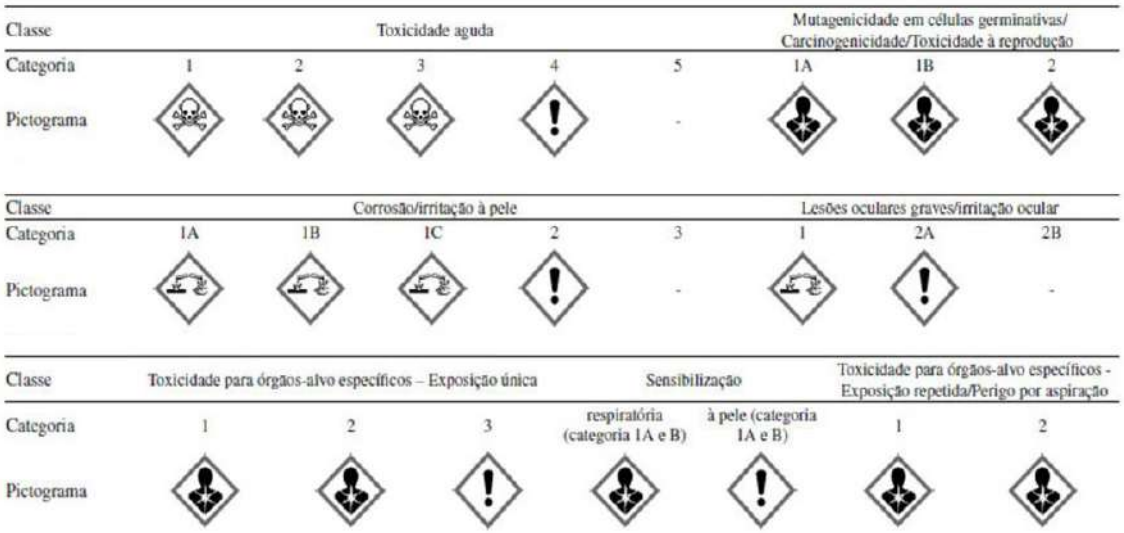


FIGURA 3 – Classificação Perigos à Saúde

Perigos ao Meio Ambiente:

Perigoso para o ambiente aquático

- ▪ Toxicidade aquática aguda
- ▪ Toxicidade aquática crônica

Perigoso à camada de ozônio

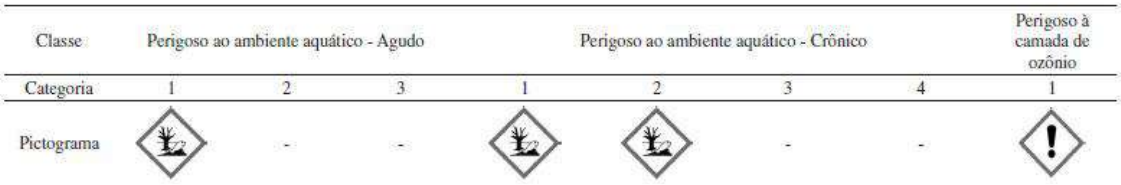


FIGURA 4 – Classificação Perigos ao Meio Ambiente

Fracionamento e/ou Diluição de Produtos Químicos

Para diluição, conhecer a FISPQ do produto para certificar a compatibilidade com água ou outro agente diluente.

Verificar se a solução diluída é compatível com os equipamentos utilizados.

Ao fazer diluição ou fracionamento, sempre utilizar os equipamentos de proteção coletiva (Ex: Capela) e respectivos EPIs indicados nas FISPQs e/ou instruções específicas.
Os produtos fracionados devem ser identificados conforme descrito neste procedimento.

Recebimento e Armazenamento de Produtos Químicos

O recebimento de produto químico deve seguir as boas práticas de segurança na movimentação de materiais, veículos calçados, pessoal devidamente treinado, respeitando-se a incompatibilidade de cada produto e regras de posicionamento nos depósitos.
O armazenamento de líquidos inflamáveis e combustíveis deve seguir os requisitos apresentados no item Instrução Técnica N°25 do Corpo de Bombeiros. Os hospitais e clínicas médicas são consideradas ocupações especiais e o armazenamento desses produtos não podem exceder as quantidades especificadas na Tabela 2.3 da IT 25, conforme indicado na Figura 5:

Tabela 4.3: Quantidades máximas permitidas – Limites para áreas controláveis em ocupações especiais (conforme item 4.13.4.2)

Classes de líquidos	Quantidade (L)
I e II	40
IIIA	250
IIIB	450

FIGURA 5 – Tabela IT25 – quantidades máximas permitidas

A classificação de líquidos inflamáveis e combustíveis deve ser realizada através da tabela 1.1 da IT 25 do Corpo de Bombeiros, conforme indicado na Figura 6:

Tabela 1.1: Classificação de líquidos inflamáveis e combustíveis

Líquidos	Ponto de fulgor (PF)	Ponto de ebulição (PE)
Inflamáveis		
Classe I	PF < 37,8 °C e PV < 2068,6 mmHg	-
Classe I-A	PF < 22,8 °C	PE < 37,8 °C
Classe I-B	PF < 22,8 °C	PE ≥ 37,8 °C
Classe I-C	22,8 °C≤ PF < 37,8 °C	-
Combustíveis		
Classe II	37,8 °C≤ PF < 60 °C	-
Classe III-A	60 °C ≤ PF < 93 °C	-
Classe III-B	PF ≥ 93 °C	-
Nota: *PV é a pressão de vapor.*		

FIGURA 6 – Tabela IT25 – classificação de líquidos inflamáveis e combutíveis

O armazenamento de quantidades superiores a 40 litros de líquidos de classe I e de classe II combinados ou superiores a 250 litros de líquidos de classe IIIA só deve ser permitido se armazenados em armários de armazenamento de líquidos conforme os requisitos indicados no item 4.12 da IT 25 do Corpo de Bombeiros.

O volume de líquidos de classe I, classe II e classe IIIA armazenado em um armário de armazenamento individual não pode exceder 450 litros.

É necessário que os reagentes estejam separados em grupos quimicamente compatíveis, mantendo grupos incompatíveis que podem reagir entre si distantes.

As áreas de estocagem de produtos químicos devem estar organizadas e sinalizadas com a informação de risco, onde aplicável (ver item 6.12 deste procedimento). Os recipientes devem ser mantidos secos, com boa ventilação e distantes de fontes de calor e luminosidade direta (solar).

Sempre estocar os recipientes de produtos químicos em pallets para contenção e outros dispositivos que evitem (ou reduzam) o risco de derramamentos. Para locais onde não é possível a instalação de armários especiais e onde as quantidades são pequenas de

produtos químicos, com pequenas variedades (uma a dois tipos) e condicionados aos andares, em alguns casos devidamente estudados, pode-se usar bandejas conforme a figura 7, para servirem de contenção. Este processo não exime a unidade de buscar formas melhores para o devido armazenamento.

FIGURA 7 – bandeja de contenção

A FISPQ sempre deverá ser consultada para correto armazenamento, inclusive, com relação às incompatibilidades específicas.
Reagentes incompatíveis com água devem ficar estocados longe das tubulações de água.

Embalagens de Produtos Perigosos, Armazenamento e Coleta dos Resíduos
A gestão completa de resíduos, químicos e outros, está descrita do PGRSS da respectiva unidade que pode ser acessado pela documentação institucional da SBIBAE e no Procedimento Operacional Padrão de Coleta de Resíduos Químicos Perigosos.

Transporte de Produtos Químicos
Veículos que transportam produtos ou resíduos químicos perigosos são obrigados a adotar uma série de medidas de segurança. São elas:
a) O motorista deve ser treinado para conduzir produtos perigosos.
b) Durante o transporte, o motorista deve portar a documentação com dados sobre a classificação da carga, o fabricante ou importador do produto, as autorizações para circulação e informações de segurança para o caso de acontecer um acidente, além de um kit de emergência pronto para ser usado em caso de acidente.
c) O veículo deve estar em boas condições de manutenção e externamente precisa estar sinalizado com placas indicativas para mostrar o produto (ou produtos) que transporta e seus riscos. A indicação dos perigos é feita por painéis de segurança e rótulos de risco, que trazem números e símbolos indicando a classificação dos produtos transportados e seu enquadramento em uma das classes ou subclasses especificadas na Resolução 420 da ANTT.

d) Produtos perigosos devem ser transportados segregados de outros produtos.

e) O painel de segurança é retangular (30x40 cm) com uma borda de 1 cm, tem fundo na cor laranja e duas linhas com números em preto. A linha superior indica o número de risco, com exceção dos explosivos, que não têm número de risco. Os algarismos devem ser lidos separadamente.

O expedidor da carga é responsável por verificar os requisitos descritos acima e deverá comunicar à Central de Serviços qualquer discrepância. O transporte só deverá ser realizado no pleno atendimento das diretrizes acima.

É proibido transportar produtos perigosos incompatíveis entre si ou com produtos não classificados como perigosos, quando houver possibilidade de risco direto ou indireto, de danos a pessoas, bens ou ao meio ambiente, exceto quando os produtos forem colocados em cofres de cargas ou contentores distintos.

É proibido o transporte de produtos perigosos juntamente com insumos para fins alimentícios, cosméticos, farmacêuticos ou veterinários, exceto quando transportado em cofres de carga ou contentores distintos.

É proibido o transporte de produtos perigosos para uso/consumo humano ou animal, com outros produtos perigosos que não tem a mesma destinação, exceto quando transportado em cofres de carga ou contentores distintos.

Durante o transporte de produtos químicos manter disponível o kit de emergência, de acordo com a NBR 9734/9735.

Documentos para Transporte de Produtos Químicos

Transportadora

- Licença ou Autorização Ambiental emitida pelo órgão Estadual de Meio Ambiente para o transporte de cargas perigosas dentro do Estado, onde aplicável.
- Autorização Ambiental para Transporte Interestadual de Cargas Perigosas (produtos ou resíduos) emitida pelo IBAMA, através do site: http://www.ibama.gov.br/areas-tematicas-qa/cadastro-tecnicofederal,
- onde aplicável.
- Cadastro Técnico Federal de Atividades Potencialmente Poluidoras - CTF-APP, emitido pelo IBAMA, através do site: http://www.ibama.gov.br/areas-tematicas-qa/cadastro-tecnico-federal, onde aplicável.
- Cadastro Nacional de Operadores de Resíduos Perigosos - CNORP, emitido pelo IBAMA, através do site: http://www.ibama.gov.br/areas-tematicas-qa/cadastro-tecnico-federal, onde aplicável.

- Comprovante de Registro Nacional de Transportadores Rodoviários de Cargas – RNTRC, conforme Resolução ANTT 3056/2009 (antigo Certificado de RTB (Registro de Transporte de Bens) , onde aplicável e
- Pagamento da Taxa de Controle e Fiscalização Ambiental - TFCA, onde aplicável.

Nota: outras Licenças/Autorizações podem ser exigidas conforme o tipo da carga a ser transportada.

Veículo

- Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo (CRLV) ou Certificado de propriedade do Veículo.
- Rótulos de risco e painéis de segurança específicos, de acordo com a NBR-7500 da ABNT (cargas perigosas).
- Kit para atendimento à emergência conforme NBR 9735 da ABNT (cargas perigosas).
- Emissões do escapamento (fumaça preta) dentro dos limites legais.

Motorista

- Carteira de Identidade e Carteira Nacional de Habilitação na categoria adequada.
- Comprovante do curso MOPP (cargas perigosas).
- Verificação da Carga para garantir que as embalagens suportarão os riscos do transporte e que o veículo está em boas condições de funcionamento.

Carga

Conhecimento de Transporte da Carga Transportada, contendo informações como:

- o nome apropriado para embarque;
- a classe ou a subclasse do produto;
- o número ONU, precedido das letras "UN" ou "ONU" e o grupo de embalagem da substância ou
- artigo;
- a quantidade total por produto perigoso (em volume ou massa, conforme apropriado).

Declaração assinada pelo expedidor de que o produto está adequadamente acondicionado para suportar os riscos normais de carregamento, descarregamento, conforme a regulamentação em vigor – (se essa declaração for impressa, dispensa-se a assinatura).

Embalagem adequada ao transporte em caso de cargas perigosas.

Incidentes e Emergências com Produtos Químicos nas Instalações da SBIBAE

Diversas podem ser as emergências envolvendo produtos químicos, entre elas explosões, incêndios, derramamentos, entre outros.

A orientação de como proceder em casos de incidentes com material radioativo encontra-se no documento:

Acidente com material radioativo na Medicina Nuclear e PET-CT.

Todo e qualquer derramamento de produto químico independentemente da quantidade / volume e do produto, deve ser informado no ramal de emergência de cada unidade e registrado no Sinapse (sistema Einstein de notificação de eventos). Os bombeiros serão acionados imediatamente para as devidas orientações. Os colaboradores devem, onde aplicável, se afastar do local.

Os bombeiros, ao receberem o chamado de derramamento de produtos químicos deverão, onde aplicável, se paramentar com macacão tipo Tyvec, proteção respiratória e bota de borracha (pela quantidade derramada), agrupar os equipamentos necessários para a contenção e dirigir-se até o local do evento. Caso seja necessário, os Bombeiros podem solicitar auxílio interno ou externo.

As ocorrências em unidades avançadas serão avaliadas com base nas informações fornecidas pelos bombeiros farão as orientações necessárias.

O procedimento de COMUNICAÇÃO, REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTES COM E SEM LESÃO deve ser seguido onde aplicável, para incidentes envolvendo derramamentos e exposições aos produtos químicos, entre outras situações.

A Ficha que acompanha o Kit Derramamento deve ser devidamente preenchida e entregue ao PCI Bombeiros.

A reposição de um novo kit fica condicionada à entrega do documento preenchido.

Após a liberação da área, a equipe da higiene realiza o processo de limpeza com os devidos cuidados para que outros incidentes possam ser evitados.

Estão disponíveis na SBIBAE dois tipos de kits para contingência com derramamentos de Produtos Perigosos:

Kit para derramamento de produtos químicos líquidos nas áreas possui o seguinte conteúdo:

- 01 caixa Clean Box cor laranja para resíduos químicos;
- 01 par de luvas nitrílicas de cor azul;
- 01 manta de absorção.

O kit é utilizado da seguinte forma:

- Montar a caixa clean box laranja seguindo as orientações na própria caixa;
- Calçar o par de luvas contido no kit;
- Colocar a manta sobre o material para ser absorvido;
- Recolher a manta e desprezar na caixa clean box laranja;
- Retirar as luvas e desprezar na caixa clean box laranja;
- Preencher a ficha que acompanha o kit para derramamento e enviar ao PCI – Bombeiros;
- Solicitar ao PCI - Bombeiros a reposição do kit.

Kit de emergência para derramamento de quimioterápicos com o seguinte conteúdo:

- 01 caixa Clean Box cor laranja para resíduos químicos;
- 01 par de luvas nitrílicas de cor verde;
- 01 manta de absorção com capacidade de conter até 01 litro;
- 01 conjunto de pá e escova;
- 01 propé;
- 01 máscara semifacial PFF II;
- 01 avental tipo barbeiro;
- 01 óculos de segurança;

O kit é utilizado da seguinte forma:

- Montar a caixa clean box laranja seguindo as orientações na própria caixa;
- Calçar o par de luvas contido no kit;
- Vestir o avental;
- Calçar o propé;
- Colocar a máscara semifacial PFF II;
- Colocar os óculos de segurança;
- Colocar a manta sobre o material para ser absorvido (caso seja líquido);
- Recolher o material usando o conjunto de pá e escova (caso seja material sólido);
- Recolher a manta e desprezar na caixa clean box laranja: (caso de líquidos);
- Desprezar o conjunto de pá e escova na caixa clean box laranja (caso de sólidos);
- Desprezar todos os EPI´s utilizado na contenção na caixa clean box laranja;
- Preencher a ficha que acompanha o kit para derramamento e enviar ao PCI – Bombeiros;
- Solicitar ao PCI - Bombeiros a reposição do kit.

Os kits de emergência para derramamentos de produtos químicos devem estar sempre disponíveis e acessíveis nos locais de manuseio.

Emergência com Produtos Químicos durante o transporte

Em casos de acidentes durante o transporte o condutor do veículo deverá fazer uma avaliação inicial de proporções e isolar a área com os equipamentos disponíveis no kit de emergência do veículo.

Com o local isolado o condutor deverá entrar em contato com a Central de Segurança pelo telefone 11 2151-3000 e em seguida ao responsável pela expedição do material.

A Central de segurança acionará a equipe de Bombeiros e Segurança do Colaborador/SGA que se dirigirão até o local para avaliação de riscos e contenção. No local, após avaliação, o bombeiro poderá solicitar apoio externo (Bombeiro, CET, CETESB, etc). O bombeiro entrará em contato com o Gerente de Segurança Patrimonial, que, com base nas informações transmitidas pelo bombeiro, poderá deflagrar o Plano de Catástrofe.

O bombeiro, já paramentado, iniciará o processo de contenção e, se necessário, poderá utilizar os equipamentos do kit de emergência do veículo. Ao final do processo o veículo deverá ser conduzido ao local de expedição onde o bombeiro iniciará o processo de higienização. Todos os materiais contaminados deverão ser descartados juntamente com os materiais utilizados para a contenção e recolhimento do vazamento.

O incidente então passa para o processo de comunicação no Sinapse e investigação de acordo com o procedimento de Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes.

Se houver necessidade, pelos meios institucionais, alguma parte interessada poderá ser informada da ocorrência e demais providências.

Higienização Pós-derramamento dentro das instalações da SBIBAE

Após a contenção do derramamento ou vazamento a Segurança do Colaborador/SGA e o Bombeiro deverão avaliar o ambiente para verificar se área está apta ao retorno de suas atividades.

Não existindo riscos, o Bombeiro deverá entrar em contato com o departamento de Higiene da Unidade para solicitar a higienização do local.

A equipe de higiene deverá se deslocar até o local, munidos com os EPIs adequados à atividade.

Todos os resíduos contaminados pelo Produto Perigoso devem ser descartados como resíduos químicos em saco de lixo ou caixa Clean Box na cor laranja.

Após a retirada dos resíduos, a equipe de higiene deverá iniciar a limpeza terminal, de acordo com o procedimento específico da área afetada. Todo o processo de higienização

deve ser acompanhado pelo Líder de Governança ou Supervisor de Higiene, que ao final deverá comunicar ao comando de área fria que o local está liberado para funcionamento.

Rotulagem de Produtos Químicos

A rotulagem de produtos químicos tem a finalidade de comunicar os principais riscos oferecidos pelos produtos químicos independente dele ser perigoso ou não.

Deve ser mantida a rotulagem do fabricante na embalagem original dos produtos químicos utilizados na língua portuguesa.

Os produtos químicos que forem importados devem possuir rotulagem de acordo com o GHS (Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals) e possuir as informações na língua portuguesa.

É vedado o procedimento de reutilização das embalagens de produtos químicos de acordo com a NR 32.

Todo recipiente contendo produto químico manipulado ou fracionado deve ser identificado, de forma legível, por etiqueta com o nome do produto, composição química, sua concentração, data de envase e de validade, e nome do responsável pela manipulação ou fracionamento. Junto a esta etiqueta, o rótulo (pictórico ou pictograma) dos riscos indicados na etiqueta (corrosivos, tóxicos, infectantes e inflamáveis, por exemplo).

Para medicamentos em teste na área da Pesquisa, o controle de validade, revalidação e outros processos de gestão destes "medicamentos em teste" é de responsabilidade e direcionamentos do próprio setor, seguindo-se os protocolos cabíveis para este fim.

O modelo da etiqueta a seguir pode ser impressa pelas áreas e fixadas nos respectivos recipientes.

Nome:		
Composição Química:		Concentração/Título:
Lote:	Data Preparação: / /	Data Validade: / /
Armazenamento:		
Classificação:	☐ Inflamável ☐ Corrosivo ☐ Tóxico ☐ Infectante ☐ Irritante ☐ Danoso ao Meio Ambiente	
Preparado por:		

FIGURA 8 – Etiqueta de identificação do produto químico

O arquivo encontra-se no anexo neste procedimento.
Onde a informação não for aplicável, escrever um hífen ou outro símbolo, desde que não se deixe espaço em branco.
O armazenamento é a indicação se o material deve ser armazenado em temperatura ambiente ou sob refrigeração, por exemplo.
Próximo da etiqueta, deve-se fixar as etiquetas de risco (onde aplicável) que estão relacionadas aos produtos.
Estão disponíveis em 4 tamanhos: PP (4 cm x 4 cm), P (6 cm x 6 cm), M (10 cm x 10 cm) ou G (15 cm x 15 cm).
Estas etiquetas são fornecidas pelos Bombeiros, bastando para isso enviar um e-mail indicando o tipo da etiqueta (qual pictograma), tamanho, quantidade e centro de custos.
Ao segregar o material, os Bombeiros informarão ao solicitante quanto a retirada do material no 2º andar do bloco D (Sala dos Bombeiros) do Morumbi.

Exemplo dos pictogramas de risco:

FIGURA 9 – Etiqueta com pictograma de identificação do risco

Produtos Químicos Controlados pelo Exército Brasileiro

Uma série de produtos químicos está sujeita às exigências específicas junto ao Exército Brasileiro, Polícia Civil e Polícia Federal. Estes produtos são denominados de Produtos Químicos Controlados.

Os produtos controlados pelo Exército são adquiridos mediante apresentação do CR (certificado de registro) emitido em nome da Instituição, definindo as cotas autorizadas para cada produto.

O Certificado de Registro (CR) é renovado periodicamente e a renovação é precedida de uma vistoria realizada pelo Delegado do Exército na Região.

Dependendo da gravidade das irregularidades, as sanções legais variam desde a suspensão do CR, impedindo a compra e utilização de produtos, até a responsabilização civil e criminal dos responsáveis pelas irregularidades.

A relação dos produtos químicos controlados pelo Exército está disponível em:
http://www.dfpc.eb.mil.br/institucional/legislacao/r105_anexos/anexoI.doc

Os estoques dos produtos, segundo orientação dos órgãos fiscalizadores, devem permanecer sempre que possível em um único local (laboratório, por exemplo). Os laboratórios devem cumprir rigorosamente as normas de segurança, cabendo ao seu responsável mantê-lo dentro das melhores condições exigidas, tais como:

- ▪ Avisos escritos de proibição da entrada de estranhos e pessoas não autorizadas no laboratório e demais procedimentos de segurança do Colaborador em laboratórios;
- ▪ Dispositivos que garantam a segurança do local de estocagem (como alarmes sonoros, câmeras, catracas, grades de proteção);
- ▪ Armários com portas, chaves, ventilação / exaustão, prateleiras seguras e bandejas para vazamentos;
- ▪ Identificação dos produtos estocados;
- ▪ Equipamentos adequados ao manuseio seguro dos produtos (luvas, óculos de segurança, máscaras);
- ▪ Descartes de produtos químicos seguindo procedimentos corretos;
- ▪ Controle dos acessos das pessoas no local de estocagem e nome de pelo menos dois responsáveis pelo controle do local de estocagem.

Trimestralmente os mapas de movimentação de produtos químicos controlados (em planilha excel) pelo exército deve ser preenchido até o 5º dia útil de cada mês e enviado para o Exército.

Para produtos controlados pelo Exército Brasileiro, não é permitido fornecer nem receber doações.

Produtos Químicos Controlados pela Polícia Federal e Polícia Civil

Os produtos controlados são adquiridos mediante apresentação da Licença de Funcionamento (Polícia Federal) e Alvará de Funcionamento (Polícia Civil), ambos emitidos para a SBIBAE definindo as cotas autorizadas para cada produto. Estes documentos certificam que a SBIBAE está autorizada a comprar, armazenar e utilizar em atividades laboratoriais os produtos químicos sujeitos a controle e fiscalização.

A renovação do alvará da Polícia Civil é anual. O certificado de vistoria de produtos controlados é válido por três anos. As empresas devem ainda apresentar trimestralmente mapa de produtos controlados.

Tanto as entradas (compra ou doação), quanto às saídas (consumo, doação) destes produtos deverão ser anotadas nas planilhas de controle (mapas de movimentação), para que no final do mês os cálculos possam ser feitos corretamente.

No contexto do Controle de Produtos Químicos pela Polícia Federal e Civil, o termo "doação" deve ser entendido como a entrada de produtos cujas notas fiscais de origem não foram emitidas em nome da SBIBAE, é o caso, por exemplo, de produtos comprados com recursos do pesquisador.

A lista dos produtos químicos controlados pela Polícia Federal pode ser obtida no link http://www.pf.gov.br/servicos/produtos-quimicos/legislacao/anexos-da-portaria-1274-03.

A lista dos produtos controlados pela Polícia Civil não está disponível em um site específico da Polícia Civil. A SBIBAE tem um contrato com empresa especializada que atualizará, após comunicado no diário oficial, a instituição acerca de novos produtos e/ou alterações na lista de controlados.

Antídotos para Produtos Químicos da SBIBAE (Saúde do trabalho)

O Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo é referência oficial quando da absorção, inalação ou ingestão de produtos químicos. Ele se destina a fornecer informações toxicológicas a médicos e à população em geral.

O atendimento é gratuito e é feito pelo telefone 0800 0148110 (11) 3069 8571 e pelo fax (11) 3069 8800. Funciona 24 horas, todos os dias.

As medidas de primeiros socorros variam de acordo com o tipo de produto químico e concentração.

As unidades devem possuir os antídotos para as classes de produtos químicos utilizadas na SBIBAE para uso em caso de ingestão destes produtos.

Abaixo um modelo de lista para os antídotos de alguns produtos químicos. Cabe às Unidades de Pronto Atendimento a disponibilidade dos diversos antídotos que possuam potencial de utilização mediante intoxicação e/ou ingestão de produtos químicos utilizados na SBIBAE.

PRODUTOS	ANTÍDOTO
Hidróxido de Bário Octahidratado	Sulfato de sódio
Acetato de amônia	Solução de vinagre
Acetonitrile 50%	Ácido folínico
Ácido acético 5%	Ácidos são neutralizados com solução de leite de magnésia
Ácido acético monohidratado	Leite de magnésia
Ácido cítrico anidro	Leite de magnésia
Ácido cloridrico	Leite de magnésia
Ácido fênico	Leite de magnésia
Ácido fosfotungistico	Leite de magnésia
Ácido nítrico	Leite de magnésia
Ácido periódico	Leite de magnésia
Ácido Pícrico	Leite de magnésia
Ácido Sulfúrico	Leite de magnésia
Ácido Tartárico	Leite de magnésia
Ácido trifluoroacético	Leite de magnésia
Acril - Selador a base d'agua	Leite de magnésia
Azida de sódio	Carvão ativado
Azul de Metileno-Eosina Segundo May-Grünwald	Etanol
Cal soldada - Drägersorb 800 Plus	Administrar suco de limão
Care Strip Low Odor (removedor para pisos,	Não há antídoto específico / Administrar 1 a 2 copos grandes de água

alcalino cáustico corrosivo)	
Cianeto de Potássio	Tiossulfato de sódio
Cloreto de Amônio	Leite de magnésia
Cloreto de Sódio	Leite de magnésia
Clorexidina Degermante	Leite de magnésia
Fenol	Carvão ativado
Hipoclorito de Sódio 10%, 5%	Solução de vinagre
N-Acetil-L-Cisteína	Etanol
Sulfato de Amônio	Solução de vinagre
Suma Star	Leite de magnésia

Fonte: Saúde do Trabalho SBIBAE

Controle de Materiais Perigosos e Resíduos Sólidos Perigosos

Segurança para Produtos Químicos Perigosos:

Os reagentes químicos devem ser utilizados e armazenados conforme indicação do fabricante. Seus frascos estão identificados com os símbolos internacionais dos riscos, desta forma, a atualização das fichas técnicas destes produtos se faz necessária, seguindo as diretrizes institucionais.

O seu manuseio dever ser realizado com as seguintes precauções:

- Nunca pipetar com a boca;
- Utilizar luva de procedimento; avental e óculos;
- Manter os frascos sempre vedados;
- Nunca cheirar as soluções para identificá-las;
- Após o manuseio lavar rigorosamente as mãos;
- Em caso de contato com a pele lavar imediatamente por pelo menos 5 minutos;
- Em caso de contato com a roupa, esta deve ser trocada imediatamente e a pele rigorosamente lavada;
- Comunicar todos os casos de contato com a pele para providências médicas e prevenções futuras.

Em caso de derramamento de produtos químicos, os bombeiros deverão ser imediatamente comunicados através do ramal de emergência da unidade. Neste momento eles avaliarão a situação e darão orientações se a contenção será feita através

dos kits de derramamento disponíveis nas áreas ou se a área deverá ser isolada para aguardar a chegada dos bombeiros.

Segurança para Produtos Químicos Perigosos no Departamento de Patologia Clínica e Anatomia Patológica: Os Produtos Perigosos (PP) devem ser utilizados e armazenados conforme indicação do fabricante. O armazenamento dos PP é realizado em armários específicos para este fim e são classificados em: armários para Produtos inflamáveis, corrosivos, corrosivo/nocivo, tóxico /nocivo e armário para produtos oxidantes. Seus frascos estão identificados com os símbolos internacionais dos riscos, desta forma, a utilização das fichastécnicas destes produtos se faz necessária, seguindo as diretrizes institucionais.

Necessária a avaliação de incompatibilidade de reagentes químicos, baseado na seguinte tabela de "Produtos Químicos Incompatíveis", legislação vigente e literatura, antes de serem armazenados:

As FISPQs estão disponíveis impressas no setor próximas aos armários para fácil visualização dos usuários quanto à periculosidade, incompatibilidade e a lista dos produtos que se encontram no mesmo.

Internamente, todas as prateleiras estão identificadas também verificando a compatibilidade química e, portanto após o uso do PP, deverá ser devolvido no mesmo local físico.

Implementado um Check list – Inspeção de PP com a finalidade de semanalmente ser realizada checagem dos itens como: validade, armazenamento correto (armário e prateleira), compatibilidade do produto, estado da embalagem, averiguar se os produtos abertos estão devidamente identificados com etiqueta (em uso) e a existência ou não das fichas FISPQs.

Quando houver em estoque mais do que um produto, deverá ser sinalizado com a etiqueta amarela "Em Uso" o PP que está sendo utilizado no momento evitando que ocorra abertura de vários frascos do mesmo PP ao mesmo tempo.

Especificações para Lava-olhos e Chuveiros de Emergência

Lava olhos e chuveiros de emergência são equipamentos de proteção coletiva (EPCs) destinados a eliminar ou minimizar danos causados por incidentes com produtos químicos nos olhos, face ou qualquer outra parte do corpo. As especificações e requisitos desses EPCs estão indicados no procedimento Lava Olhos e Chuveiros de Emergência.

Nitrogênio Líquido e Gelo Seco

A manipulação de nitrogênio líquido deve ser realizada com o uso obrigatório de luvas de proteção adequadas para temperaturas ultrabaixas de até -196 °C e uso de óculos de proteção.

A manipulação de gelo seco deve ser realizada com o uso obrigatório de luvas de proteção adequadas para temperaturas de até -30°C e uso de óculos de proteção, além do uso de pinças ou pás/conchas para facilitar a manipulação do produto.

O armazenamento de nitrogênio líquido e gelo seco deve ser realizado apenas em áreas bem ventiladas. Nãoutilizar e não armazenar em áreas confinadas, refrigeradores, câmaras frias ou salas sem ventilação.

Vazamentos desses produtos podem causar uma atmosfera deficiente em oxigênio.

Os locais onde há o armazenamento de nitrogênio líquido devem possuir sensores de oxigênio quando forem áreas mal ventiladas ou em áreas onde há uma quantidade significativa de nitrogênio líquido.

As FISPQs do nitrogênio líquido e do gelo seco devem estar impressas e em português nos locais de manipulação e armazenamento, além da sinalização adequada nessas áreas.

Todos os colaboradores que realizam essas atividades devem ser treinados sobre a manipulação segura donitrogênio líquido e do gelo seco.

7. RESPONSABILIDADES

Suprimentos

- Não cadastrar ou comprar qualquer produto químico que não tenha sido aprovado pelo fluxo de aprovação de produtos químicos conforme descrito neste procedimento.
- Restringir as compras de produtos químicos a fornecedores cujos produtos possuam FISPQS (em conformidade com a NBR 14725) e estejam adequados quanto à sinalização, identificação e embalagens dos produtos conforme as normas da ABNT.
- Suportar as áreas na obtenção das FISPQs dos produtos químicos.
- Receber da área de segurança do Colaborador as FISPQ'S e fichas de avaliação do produto químico, registrando as mesmas no item do respectivo produto no SAP.
- Informar ao grupo de e-mail produtos-perigosos@einstein.br o novo fornecedor de um determinado produto químico, bem como anexar a respectiva FISPQ.
- Dar suporte nos relatórios periódicos a serem enviados para a PC, PF e Exército quando aos Produtos Químicos Controlados, consolidando os dados dos produtos controlados das áreas e enviar os dados necessários dos Produtos Controlados (PF, PC e EX) para Despachante.

- Na necessidade de desenvolver ou trocar produtos químicos, seguir o descrito neste procedimento.

Gestores das Áreas

- Manter as FISPQs impressas (versão mais atual) próximo das áreas onde os produtos químicos são manipulados.
- Obter as FISPQs dos produtos químicos utilizados na sua área, em língua portuguesa. Caso contrário, providenciar a tradução do documento, utilizando as empresas cadastradas na SBIBAE para serviços de tradução.
- É de responsabilidade da área usuária do produto químico obter a FISPQ junto ao fornecedor, caso necessário, solicitar o apoio da área de Suprimentos/Compras.
- A FISPQ deve, obrigatoriamente, ser fornecida pelo fabricante do produto a ser utilizado. Caso um mesmo produto possua fornecedores diferentes, a área deverá manter disponível todas as FISPQs, mesmo que as informações contidas nos documentos sejam idênticas.
- Garantir que as pastas de FISPQ´s das áreas estejam completas e atualizadas, caso contrário, solicitar as fichas faltantes aos respectivos fornecedores, com apoio da área de Suprimentos.
- Disponibilizar a todos os colaboradores que manipulem produtos químicos a facilidade de acesso às FISPQS, mantendo as mesmas impressas próximo ao local de utilização do produto.
- Somente permitir a utilização de produtos químicos avaliados e aprovados previamente e com os respectivos EPIs necessários.
- Garantir, por meio de instruções, que todo colaborador ao manipular qualquer produto químico tenha conhecimento das informações das FISPQs.
- Garantir que o inventário de produtos químicos seja atualizado anualmente, com suporte da equipe de Segurança do Colaborador.
- Não reutilizar embalagens de produtos químicos para qualquer finalidade.
- Acionar a Segurança do Colaborador para algum esclarecimento e/ou necessidades com relação ao uso, EPIs, EPCs, entre outros.
- Registrar e/ou promover o registro das ocorrências com produtos químicos no SINAPSE.
- Acionar o PCI Bombeiros quando da ocorrência de derramamentos de produtos químicos.
- Garantir o descarte adequado dos produtos impróprios para uso, cujo uso tenha sido descontinuado ou aqueles cujo prazo de validade tenha expirado. Para isso, seguir as instruções existentes neste procedimento.

- Na necessidade de desenvolver ou trocar produtos químicos, seguir o descrito neste procedimento.
- Alimentar as planilhas de produtos controlados da sua área de responsabilidade.

Depósito Externo (Contratado)

- Armazenar os produtos químicos de forma a facilitar a localização de vazamentos, obedecendo os critérios estabelecidos nas FISPQS.
- Somente liberar produtos químicos do estoque para as pessoas previamente autorizadas por meio de requisições conforme procedimentos internos.
- Manter em fácil acesso as fichas de emergência e FISPQs dos produtos estocados.
- Manter sempre visíveis os rótulos existentes nas embalagens de produtos químicos.
- Manter sempre livre a área de circulação conforme Norma Regulamentadora 11 – Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais.
- Manter disponíveis materiais para contenção e absorção de produtos químicos em caso de vazamento.
- Estocar produtos químicos inflamáveis em local externo ao armazém destinado a esse fim ou ainda, interna desde que atendendo aos requisitos legais e prescritos nas respectivas FISPQs.
- Manter estocados produtos químicos observando a Lista de Substâncias Incompatíveis indicada no item RECEBIMENTO E ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS QUÍMICOS seguir as instruções desse procedimento.

Saúde do Colaborador

- Avaliar os produtos químicos em conjunto com a Segurança do Colaborador, Meio Ambiente e Gestão de Resíduos antes da aquisição, ou teste, e sempre que houver queixas, relatos de incidentes, mudanças na legislação ou processos.
- Realizar exames periódicos específicos para usuários de produtos químicos, onde aplicável.

Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

- Manter em estoque os antídotos necessários e sugeridos nas FISPQ's dos produtos químicos usados com o objetivo de realizar atendimento de primeiros-socorros.
- Seguir o fluxo, quando necessário, de atendimento aos incidentes envolvendo produtos químicos.

- Garantir a disponibilidade dos diversos antídotos que possuam potencial de utilização mediante intoxicação e/ou ingestão de produtos químicos utilizados na SBIBAE.

PCI Bombeiros

- Prestar os primeiros atendimentos no caso de incidentes envolvendo produtos químicos.
- Realizar simulados nas áreas com manuseio de produtos químicos.
- Isolar e/ou interditar áreas com potencial para incidentes envolvendo produtos químicos.
- Registrar no SINAPSE ocorrências com produtos químicos atendidas.
- Participar das diversas investigações de incidentes envolvendo produtos químicos.

Segurança do Colaborador

- Analisar e aprovar a aquisição, ou teste, dos produtos químicos de acordo com os critérios estabelecidos neste procedimento.
- Dar suporte as áreas para a atualização dos inventários de produtos químicos da SBIBAE.
- Avaliar com as áreas as condições de estocagem dos produtos químicos.
- Investigar incidentes envolvendo produtos químicos com riscos às pessoas.

Gestão de Resíduos

- Orientar os usuários quanto ao descarte correto de produtos químicos.
- Manter os documentos para transporte dos resíduos dos produtos químicos disponíveis e atualizados.
- Disponibilizar as FDSRs dos resíduos nos locais de armazenamento dos resíduos, e informando o departamento de Meio Ambiente e Sustentabilidade no caso de atualizações, e o Padrão de Coleta de Resíduos Químicos Perigosos.
- Controlar o consumo do volume permitido do certificado de movimentação de resíduos de interesse ambiental (CADRI) para todos os resíduos químicos gerados, e solicitar atualização para o departamento de Meio Ambiente e Sustentabilidade, quando necessário.

Usuários dos Produtos Químicos

- Utilizar adequadamente todos os EPIs necessários para o manuseio seguro do produto químico.
- Respeitar todas as sinalizações e instruções de segurança.
- Somente utilizar produtos químicos se for devidamente instruído.
- Conhecer a localização das FISPQs que utiliza.

- Entender o conteúdo básico das FISPQs dos produtos químicos que utiliza.
- Comunicar imediatamente para a sua liderança qualquer incidente envolvendo produtos químicos.
- Respeitar a forma correta de armazenamento e forma adequada de transporte de produtos químicos.
- Conhecer a localização e utilização do kit de derramamento de produtos químicos.
- Manter os equipamentos de combate às emergências (chuveiro de emergência, lava-olhos, hidrantes, etc) sempre desobstruídos.
- Descartar adequadamente os resíduos de produtos químicos.

Prestadores de Serviços

- Obter da segurança do Colaborador a autorização para utilizar produtos químicos nas execuções de suas atividades, onde aplicável.
- Garantir, por meio de treinamentos e/ou instruções, que todo colaborador terceirizado que manipule determinado produto químico tenha conhecimento das informações da FISPQs aplicáveis.
- Disponibilizar a todos os colaboradores que manipulem produtos químicos o acesso as FISPQs, mantendo as mesmas impressas no local de utilização do produto.
- Fazer inspeções periódicas nos locais de utilização dos produtos químicos, avaliando as condições de estocagem e utilização.
- Fornecer EPIs adequados aos riscos no manuseio dos produtos químicos conforme recomendações das FISPQs.
- Os prestadores de serviço de controle de pragas urbanas deverão, sempre que possível, optar por sanitizantes químicos de baixa toxicidade e baixa persistência. Sempre que o procedimento for realizado em postos de Colaborador o gestor da área ou seu preposto deve ser orientado quanto às características do produto antes da execução do procedimento.

Jurídico

- Obter e atualizar as licenças para o uso de Produtos Químicos Controlados na SBIBAE.
- Dar todo o suporte para as áreas usuárias de produtos químicos quanto às inspeções do Exército, Política Civil e Polícia Federal relacionadas ao uso de produtos controlados.

Alta Administração

- Garantir que este procedimento seja devidamente cumprido.

Meio Ambiente e Sustentabilidade

- Solicitar ao Órgão Ambiental o Certificado de Movimentação de Resíduos de Interesse Ambiental (CADRI) para todos os resíduos químicos gerados, controlar a validade e disponibilizar para o departamento de Gestão de Resíduos.
- Manter atualizados e disponibilizados os PGRSS das unidades.
- Providenciar as FDSRs dos resíduos e disponibilizar para o departamento de Gestão de Resíduos.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

FIGURA 1 – Fluxo de cadastro
FIGURA 2 – Classificação Perigos Físicos
FIGURA 3 – Classificação Perigos à Saúde
FIGURA 4 – Classificação Perigos ao Meio Ambiente
FIGURA 5 – Tabela IT25 – quantidades máximas permitidas
FIGURA 6 – Tabela IT25 – classificação de líquidos inflamáveis e combutíveis
FIGURA 7 – bandeja de contenção
FIGURA 8 – Etiqueta de identificação do produto químico
FIGURA 9 – Etiqueta com pictograma de identificação do risco

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTT RESOLUÇÃO Nº 420, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2004.

Decreto Nº 3.665, de 23 de DEZEMBRO de 2000. Dá nova redação ao Regulamento para a Fiscalização de Produtos Controlados (R-105).

Decreto Nº 4.262, de 10 de JUNHO de 2002. Estabelece normas de controle e fiscalização sobre produtos químicos que direta ou indiretamente possam ser destinados à elaboração ilícita de substâncias entorpecentes, psicotrópicas ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.

LEI Nº. 10.357, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2001. Estabelece normas de controle e fiscalização sobre produtos químicos que direta ou indiretamente possam ser destinados à elaboração ilícita de substâncias entorpecentes, psicotrópicas ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.

LEI nº 6.514, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1977. Altera o Capítulo V do Titulo II da Consolidação das Leis do Colaborador, relativo a segurança e medicina do Colaborador e dá outras providências.

NR 6 - EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL. Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho.

NR 15 - ATIVIDADES E OPERAÇÕES INSALUBRES NR 20 LÍQUIDOS COMBUSTÍVEIS E INFLAMÁVEIS. Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho.

NR 26 - SINALIZAÇÃO DE SEGURANÇA. Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho.

NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO COLABORADOR EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho.

NBR 14725 – Ficha de Segurança do Produto FICHA DE SEGURANÇA DO PRODUTO QUÍMICO.

NBR 16725 - Informações sobre segurança, saúde e meio ambiente - Ficha com dados de segurança de resíduos químicos (FDSR) e rotulagem.

NBR 14619:2014 - Transporte terrestre de produtos perigosos - Incompatibilidade química.

NBR 7500 - Identificação para o Transporte Terrestre, Manuseio, Movimentação e Armazenamento de Produtos (2005).

NBR 7501 - Transporte Terrestre de Produtos Perigosos - Terminologia (2005).

NBR 7503 - Ficha de Emergência e Envelope para o Transporte Terrestre de Produtos Perigosos – Características, Dimensões e Preenchimento (2005).

NBR 9735 - Conjunto de Equipamentos para Emergências no Transporte Terrestre de Produtos Perigosos (2005).
NBR 10271 - Conjunto de Equipamentos para Emergências no Transporte Rodoviário de Ácido Fluorídrico (2005).
NBR 13221 - Transporte Terrestre de Resíduos (2005).
NBR 14064 - Atendimento a Emergência no Transporte Terrestre de Produtos Perigosos (2003).
NBR 14095 - Área de Estacionamento para Veículos Rodoviários de Transporte de Produtos Perigosos.
NBR 16725 - Resíduo químico - Informações sobre segurança, saúde e meio ambiente - Ficha com dados de segurança de resíduos químicos (FDSR).
PORTARIA MJ-1274, DE 25 DE AGOSTO DE 2003. Exerce o controle e a fiscalização de precursores e outros produtos químicos essenciais empregados na fabricação clandestina de drogas, como estratégia fundamental para prevenir e reprimir o tráfico ilícito e o uso indevido de entorpecentes e substâncias psicotrópicas. Relaciona os Produtos Químicos controlados e fiscalizados pela Polícia Federal (Produtos que possam ser utilizados na produção ilícita de substâncias entorpecentes).
RESOLUÇÃO RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências
RESOLUÇÃO Nº 420, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2004. Aprova as Instruções Complementares ao Regulamento do Transporte Terrestre de Produtos Perigosos
RESOLUÇÃO Nº. 36/98 (CONTRAN), DE 21 DE MAIO DE 1998. Estabelece a forma de sinalização de advertência para veículos imobilizados, em situações de emergência
RESOLUÇÃO Nº. 91/99 (CONTRAN), DE 06 DE MAIO DE 1999. Dispõe sobre os cursos de treinamento específico e complementar para condutores de veículos rodoviários transportadores de produtos perigosos
RESOLUÇÃO Nº. 168/04 (CONTRAN), DE 14 DE DEZEMBRO DE 2004. Estabelece Normas e Procedimentos para formação de condutores de veículos (inclusive Curso MOPP)
RTQ-05 - Inspeção de Veículos Rodoviários para o Transporte de Produtos Perigosos.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento Operacional Padrão de Coleta de Resíduos Químicos Perigosos.
Procedimento Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes com e Sem Lesão.

Procedimento EPI - Equipamento de Proteção Individual e EPC – Equipamento de Proteção Coletiva.
Procedimento Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e dispositivos complementares na assistência.
Procedimento de Inspeção de Segurança, Saúde e Meio Ambiente.
Procedimento Lava-olhos e Chuveiros de Emergência.
Política de Biossegurança.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 29/06/2023 - 11:43
Junho/23: retirada a informação de que "as FISPQS estão na Intranet" e ajuste na configuração da tabela de antídotos e fonte nas referências bibliográficas que estavam diferentes. - Edison Daniel Jr.
Daisy Mitiko Suzuki Okada - 09/01/2023 - 13:20
Março/17 - Documento novo, elaborado por Patricia Maria dos Santos Chaves e demais equipes envolvidas.
Dezembro/17 (Daisy Okada) - Inserido o anexo "Lava olhos" - Ficha de controle de limpeza do lava olhos, no item 10, elaborado por Mariane Moran e validado por Adriana Cashera; corrigido o link (não permitia acesso)
"Cópia_de_Ficha_de_Avaliação_do_Produto_Químico.02.04.17.xls", também no item Anexos.
Daisy Mitiko Suzuki Okada (14/02/2018 01:13:10 PM) - Revisão feita por PATRICIA CHAVES
Bruna Fernandes Leonardi (07/07/2021) – Inclusão do item 6.1.3 sobre a proibição do uso de produto químico vencido. Atualização do item 6.2.3 com os itens do novo modelo de Inventário de Produto Químico. Inclusão do item 6.9.2 sobre o armazenamento de produtos inflamáveis e combustíveis. Atualização do item 6.18 sobre os chuveiros de emergência e lava olhos.
Amanda Marques de Castro (07/10/2019 08:10:18 AM) - Fevereiro/18 (Patrícia Chaves) – incluída a referência da RESOLUÇÃO RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004; incluída o item 11.1.1 da RDC 305 "A FISPQ não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos."; incluída a definição de medicamentos; deixar claro que este procedimento não se aplica aos medicamentos e cosméticos; detalhar a ação em derramamentos e acionamento dos bombeiros SBIBAE para qualquer volume; incluir detalhe da tradução das FISPQs em outra língua; incluir parágrafo que indica o

cumprimento do fluxo para cadastro de produtos de novos fornecedores. Incluído os Bombeiros da SBIBAE como parte da avaliação do produto químico no que diz respeito aos equipamentos de combate a emergências.

Março/2018 (Patrícia Chaves) – detalhes com relação aos produtos da pesquisa experimental; revisão do item referente ao armazenamento de resíduos, alterando o e-mail e rótulo de identificação; inclusão de documento de referência da coleta de resíduos químicos perigosos; melhor informar acerca dos locais de armazenamento dos produtos químicos; indicação de etiqueta de produtos químicos e melhorar a informação da obtenção dos símbolos de risco. Inclusão do anexo Modelo de Ficha de Rotulagem de Produtos Químicos.

Outubro/2018 (Edison Daniel) – corrigido o link do item 6.2.4 "\\arqsv0\DPAQS\SSMA\Produtos_Quimicos"; com a revogação da RDC 306, foi alterada a referência para a RDC 222/2018; alterado o item 6.5.5, RDC 306 para RDC 222/2018, inclusão da informação "a FISPQ não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos."

Julho/2019 (Patrícia Chaves) – incluída a identificação e tratativa/disponibilidade da Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico, onde estará disponibilizada, seu conteúdo e objetivo. Onde havia o ramal de emergência 73000, substituído por "ramal de emergência da unidade". Alterado de Saúde Corporativa para Saúde do Trabalho e de Segurança do Trabalho para Segurança do Colaborador. Atualizado o item 6.10 sobre a gestão dos resíduos, direcionando para o procedimento operacional que faz a descrição completa (PR.ADM.934 - Procedimento Operacional Padrão de Coleta de Resíduos Químicos Perigosos na versão mais atualizada). Incluída a responsabilidade do departamento de Meio Ambiente e Sustentabilidade em relação à CADRIs, PGRSS e FDSR. Atualizada a responsabilidade do departamento de Gestão de Resíduos em relação à CADRIs, PGRSS e FDSR.

Bruna Fernandes Leonardi (07/07/2021 03:16:56 PM) - Atualização do procedimento.

Bruna Fernandes Leonardi (23/08/2021 10:43:26 AM) - Alguns elementos de redação do texto foram modificados para maior clareza e encadeamento lógico do conteúdo. Retirados os códigos de identificação dos documentos citados no texto, os nomes foram mantidos nos Itens 6.10.1, 6.12.2 e 6.12.6. Foram retirados os códigos dos documentos relacionados no item 12.

Bruna Fernandes Leonardi (14/10/2021 11:45:51 AM) - Inclusão do item 6.19 sobre Nitrogênio Líquido e Gelo Seco.

Edison Daniel Junior (26/12/2022) – Revisão e atualização do procedimento. Retirada informações sobre a disponibilidade das FISPQs na Intranet. Procedimento incluído no novo template.

Data	Evento de assinatura	Usuário
16/03/2017 00:00:00	Criado por	DM User
29/06/2023 11:43:34	Atualizado por	Daisy Mitiko Suzuki Okada
04/07/2023 15:10:48	Aprovado por	Tatiana Taumaturgo Macedo

PROCEDIMENTO PARA GESTÃO DE RESÍDUOS DA CONSTRUÇÃO CIVIL

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para o manejo ambientalmente correto dos resíduos gerados durante obras e reformas.

2. DEFINIÇÕES

GPO: Gerência de Projetos e Obras;

MTR: Manifesto de Transporte de Resíduos;

PGRCC: Plano de Gerenciamento de Resíduos da Construção Civil;

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein;

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: obras sob responsabilidade do Departamento de Projetos e Obras.

Contraindicação: obras realizadas dentro das dependências do Hospital Municipal Vila Santa Catarina e M'Boi Mirim.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Construção Civil

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Construção Civil deverá ser elaborado pela empreiteira responsável pela execução da obra, seguindo as diretrizes da Resolução Conama 307/2002 e Lei 12.305/2010 (Política Nacional de Resíduos Sólidos).

Para a elaboração, implementação, operacionalização e monitoramento de todas as etapas do plano de gerenciamento de resíduos sólidos, nelas incluído o controle da disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos, a empreiteira deverá designar um responsável técnico devidamente habilitado, conforme definido no Artigo 22 da Política Nacional de Resíduos Sólidos.

A SBIBAE poderá disponibilizar à empresa responsável pela execução da obra um modelo padrão de PGRCC, não eximindo a empresa da apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica.

O Responsável Técnico poderá indicar um preposto para gestão operacional dos resíduos de construção civil.

A Gerência de Projetos e Obras (GPO) deverá incluir cláusula especificando os pontos acima em contrato de prestação de serviço, firmado com a empresa contratada. A empresa contratada será responsável pelo manejo dos resíduos de construção civil em todas as suas etapas.

<u>Aprovação do PGRCC</u>

A empresa responsável pela execução da obra deverá apresentar ao departamento de Gestão de Projetos e Obras (GPO), em formato eletrônico, os documentos abaixo para avaliação e análise:

Etapa	Documento
Da empresa	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Construção Civil Anotação de Responsabilidade Técnica pela elaboração Cadastro de Grande Gerador de Resíduos da Construção Civil – SP Regula

Do transportador	Licença de transportador de entulho – AMLURB Comprovação de cadastro no SIGOR – Obras fora do município de SP LO ou Dispensa – CETESB ou Licenciamento Municipal Integrado
Do destino final	Cadastro de Destinador de Resíduos da Construção Civil – AMLURB Comprovação de cadastro no SIGOR – Obras fora do município de SP LO ou Dispensa – CETESB ou Licenciamento Municipal Integrado Cadastro Técnico Federal - IBAMA

A aprovação do PGRCC se dará mediante análise do documento pelos departamentos de Gestão de Projetos e Obras (GPO) e Meio Ambiente e Sustentabilidade.

Ao receber os documentos a GPO irá avaliar as questões relativas à caracterização do empreendimento, escopo do serviço contratado e localização da obra. Os documentos serão enviados à área de Meio Ambiente e Sustentabilidade caso as informações acima estejam corretas.

A área de Meio Ambiente e Sustentabilidade irá analisar os documentos apresentados bem como o manejo propostos para os resíduos gerados durante a execução da obra. A apresentação de todos os documentos de é compulsória. As divergências serão comunicadas à GPO que deverá contatar a empresa e solicitar os devidos ajustes.

Requisitos mínimos para a elaboração do PGRCC

O PGRCC elaborado pela empreiteira deverá conter minimamente o escopo abaixo:

a) Dados do contratante.
b) Dados da contratada.
c) Identificação do Empreendimento
d) Escopo do serviço
e) Previsão de volume do resíduo gerado por tipo de resíduo
f) Dados cadastrais dos transportadores e destinadores dos resíduos por tipo de resíduo
g) Cronograma de Implantação;
h) Dados do responsável técnico da obra.
i) Dados do responsável técnico do PGRCC.
j) Triagem e acondicionamento
k) Determinação dos procedimentos operacionais;
l) Plano de contingência preventivo e corretivo em caso de situações de emergência;

m) Anotação de responsabilidade técnica recolhida.

Controles Operacionais

É de responsabilidade da empreiteira garantir o atendimento das diretrizes especificadas em seu PGRCC aprovado. Toda e qualquer alteração necessária no manejo dos resíduos, no transporte ou na disposição final deve ser aprovada previamente, conforme fluxo descrito no item 7.2 deste documento.

O responsável técnico ou seu preposto deverá controlar todas as saídas e remessas de resíduos por meio de Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR). Os MTRs deverão ser enviados mensalmente à GPO que irá mantê-los por 5 anos.

7. RESPONSABILIDADES

Empreiteira	• Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Construção Civil (PGRCC) • Garantir o cumprimento integral das diretrizes estabelecidas no PGRCC após sua aprovação • Monitorar os envios e remessas de resíduos garantindo que o transporte e a disposição final sejam realizados por prestadores relacionados no PGRCC • Apresentar mensalmente à GPO os Manifestos de Transporte de Resíduos e Certificados de Destinação de Resíduos (quando aplicável) • Manter o PGRCC atualizado em consonância com manejo dos resíduos
Gestão de Projetos e Obras	• Validar o PGRCC • Avaliar criticamente o PGRCC de forma a garantir que o documento reflete as especificidades da obra ou reforma • Receber e direcionar os documentos aos demais setores envolvidos • Armazenar as evidências de destinação final de resíduos (Manifesto de Transporte de Resíduos e Certificado de Destinação)
Meio Ambiente e Sustentabilidade	• Aprovar o PGRCC • Avaliar os documentos fornecidos pelas empresas

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Transportadores, armazenadores temporários e destinadores finais não atenderem as legislações aplicáveis

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Manifesto de Transporte de Resíduos

Certificado de Destinação Final

Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução CONAMA 307/2002

Lei 12.305/2010

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - SBIBAE

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

#Histórico de Revisões#

06/2022 – Dante Alaimo e Maria Gorette

Revisão do procedimento: inclusão de requisitos mínimos para elaboração do PGRCC; inclusão de novos documentos para serem aprovados; inclusão de Gestão de Resíduos no item "Responsabilidades"

11/2022 – Dante Alaimo

Revisão do procedimento: remoção de parágrafo duplicado no subitem "Aprovação do PGRCC" (item 6 – Descrição); inserida no item 6. Descrição, na tabela "etapa da empresa", a informação: Cadastro de Grande Gerador de Resíduos da Construção Civil – SP Regula.

08/2022 - Daisy Mitiko Suzuki Okada

Revisão do Procedimento

06/2022 – Daisy Mitiko Suzuki Okada

Elaboração do "Procedimento para Gestão de Resíduos de Construção Civil"

17. OBJETIVO

Aprimorar o gerenciamento dos resíduos, garantir o cumprimento das legislações vigentes e o manejo seguro dos resíduos, com base em requisitos legais. Seu descumprimento, em qualquer de suas etapas, poderá ser enquadrado como crime ambiental. Para o bom funcionamento do sistema de gerenciamento de resíduos devem- se seguir as diretrizes descritas neste procedimento.

18. DEFINIÇÕES

PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SIGOR: Sistema Integrado de Gerenciamento Online de Resíduos
SINIR: Sistema Nacional de Informações sobre a Gestão dos Resíduos
MTR: Manifesto de Transporte de Resíduos

19. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento se aplica a unidades internas e externas que geram resíduos de serviços de saúde da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).

20. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

21. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica

22. DESCRIÇÃO

Este Plano de Gerenciamento de Resíduos possui definições gerais aplicáveis aos resíduos de serviços de saúde da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Cada unida de da SBIBAE possui fluxos, rotinas e características específicas, que estão expressas nos Planos de Gerenciamento de Resíduos de cada unida de e encontram-se nos itens anexos. As unidades alocadas em hospitais, laboratórios e clínicas não possuem Plano de Gerenciamento de Resíduos individual, pois está incorporado ao do empreendimento.

O gerador do resíduo é responsável por apresentá-lo em condições que garantam seu manejo seguro em todas as etapas, sendo responsabilizado por qualquer dano que possa ocorrer em virtude do não atendimento do disposto no presente documento.

De acordo com as premissas da SBIBAE o gerenciamento do resíduo deve estar alinhado a prática dos 3 R's:
1º - Reduzir a geração de resíduos;
2º - Reutilizar antes do descarte sempre que possível; e
3º - Reciclar, ou seja, descartar os materiais corretamente, de acordo com os padrões da coleta seletiva.

A SBIBAE necessita evidenciar a órgãos ambientais a destinação final adequada dos resíduos gerados em detrimento de suas atividades. dessa forma é vedada a venda, a doação ou empréstimo de materiais, caracterizados como resíduos sem que sejam emitidas as documentações pertinentes.
A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein tem um compromisso com a Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Gestão da Energia descrito na Política de Gestão Integrada.

Caracterização, Segregação, Manuseio e Acondicionamento
Durante as atividades são gerados na SBIBAE os seguintes resíduos: infectante, químico, radioativo, comum e perfuro cortante, divididos em grupos: A, B, C, D e E conforme a RDC 222/18, e desses, os grupos A, B, C e E (Infectante, químico, radioativo e perfuro cortante) são classificados como resíduos perigosos pela NBR 10.004 e por isso seu manejo difere dos demais.
Os processos que definem a caracterização, segregação, manuseio e acondicionamento, são definidos pela gestão de facilities e estes estão de acordo com a legislação vigente.
A segregação do resíduo de acordo com a classificação deve ser realizada no momento da geração, para evitar a contaminação e possibilitar a destinação final ambientalmente adequada.

<u>Grupo A - Resíduo infectante</u>
São resíduos que apresentam riscos devido à possível presença de agentes biológicos. Este grupo é composto pelos subgrupos A1, A2, A3, A4 e A5 e têm como características: secreções, excreções e líquidos orgânicos na forma livre e por resíduos que apresentam essas substâncias em quantidade representativa, como resíduos advindos de áreas de isolamento; filtros de gases aspirados de áreas contaminadas; inóculo e misturas de microrganismos em laboratórios clínicos; peças anatômicas; etc.
Os resíduos identificados como pertencentes ao grupo A devem ser descartados em lixeiras com tampa de vedação, com acionamento por pedal, revestidas por sacos de lixo branco leitoso, com simbologia universal de risco biológico, conforme RDC 222/2018. As lixeiras devem estar

disponíveis em todas as áreas onde haja geração de resíduo infectante, cabendo ao gestor da área providenciar a reposição sempre que necessário, bem como identificar a lixeira com a etiqueta correspondente ao resíduo descartado.

O descarte de resíduos provenientes do atendimento de pacientes com suspeita ou comprovação de contaminação pelo vírus ebola, bem como aqueles contaminados por microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, devem seguir o fluxo indicado pela empresa responsável pela coleta dos resíduos, conforme orientações da Autoridade Sanitária de Vigilância em Saúde do Município São Paulo.

Grupo B - Resíduo químico

Resíduos que contenham substâncias químicas e que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, reatividade, corrosividade e toxicidade.

As características dos riscos destas substâncias são as contidas nas Fichas com Dados de Segurança de Resíduos – FDSR, exceto para produtos, medicamentos e cosméticos. Fazem parte deste grupo:

- Resíduos químico sólidos, de acordo com sua classificação: Tóxicos, corrosivos, inflamáveis ou reativos e suas embalagens primárias;
- Resíduos químico líquidos, de acordo com sua classificação: Tóxicos, corrosivos, inflamáveis ou reativos e suas embalagens primárias;
- Resíduos quimioterápicos e materiais contaminados por estes;
- Medicamentos;
- Películas radiográficas;
- Óleo lubrificantes;
- Pilhas e baterias;
- Lâmpadas;
- Óleos diesel.

A tabela abaixo apresenta, de forma sucinta, o padrão de acondicionamento dos principais resíduos gerados:

Material	Acondicionamento
Resíduos Químicos Sólidos	Não Perfurocortantes: Saco de lixo e Lixeira laranja com simbologia universal de físico químico.
	Perfurocortantes: Caixa clean box cor laranja com identificação. deve

Material	Acondicionamento
	ser lacrada pela equipe assistencial quando o recipiente atingir 2/3 de sua capacidade. É necessário o uso de saco de lixo da cor laranja para embalar essas caixas.
Resíduos químicos líquidos	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada, podendo armazenar dois tipos ou mais de reagentes no mesmo recipiente desde que haja compatibilidade química. As embalagens desses materiais são identificadas com etiquetas.
Resíduos quimioterápicos	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada. As embalagens desses materiais são identificadas com etiquetas.
Medicamento controlados pela Portaria MS 344/98	Caixa clean box cor laranja, separadamente dos demais medicamentos. deve-se fazer uma relação de todos os medicamentos que estão sendo descartados no recipiente, bem como quantidades. O descarte se dá conforme Portaria MS 344/98, para solicitação de descarte é necessário entrar em contato com o departamento de Gestão de (gestao deresiduos@einstein.br)
Películas radiográficas	Estas são acondicionadas em caixas até que sejam coletadas e transportadas até o destino final. Para Unidades fora do Estado de São Paulo, deve-se seguir conforme gestão do condomínio ou coletas diretas na Unidade.
Óleo Lubrificante	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada. As embalagens desses materiais são identificadas e as coletas devem ser realizadas diretamente nas próprias unidades.
Pilhas e baterias	Coletores de pilha distribuídos em pontos estratégicos pelas unidades
Lâmpadas fluorescentes	Caixas de papelão (embalagens primárias).
Óleo Diesel e derivados como tintas, solventes e materiais contaminados.	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada. As embalagens desses materiais são identificadas e as coletas devem ser realizadas diretamente nas próprias unidades.
Equipamentos eletrônicos e sucatas de equipamentos médicos	Em caixas de papelão ou bombonas.

As embalagens secundárias não contaminadas pelos produtos devem ser destinadas à reciclagem.

Grupo C - Resíduos radioativos

Fazem parte desse grupo todos os resíduos dos grupos A, B, D e E contaminados direta ou indiretamente por radionuclídeos. Todos os rejeitos radioativos são monitorados até a que o nível de radiação decaia a limites estabelecidos pela Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, que estão descritos no Plano de Radioproteção. Após decaimento esses resíduos são caracterizados como resíduo infectante e seguem o fluxo destes.

Grupo D – Resíduos comuns, recicláveis orgânicos e Construção civil

Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Os resíduos do grupo D são sub classificados como recicláveis, comum e orgânico.

Comuns

Este grupo é formado pela sobra de determinados produtos ou materiais, como papel de uso sanitário, embalagens plásticas laminadas, embalagens metalizadas, entre outros. devem ser descartados em lixeira com tampa de vedação e acionamento por pedal, revestidas com saco de lixo preto. Essa medida inibe a presença de insetos como moscas e baratas.

Recicláveis

Este grupo é formado pela sobra de determinados produtos ou processos e que podem ser reintroduzidos na cadeia produtiva como matéria-prima para a confecção de novos produtos – logística reversa. Composto principalmente por materiais como papel, papelão, plásticos, metais, madeiras, mantas de TNT, bolsas de álcool gel, óleo de cozinha usado, eletrônicos, pilhas e baterias, entre outros. Para os resíduos considerados inorgânicos ou secos é admissível o uso de cestos sem tampa de vedação, observados os padrões de higienização das lixeiras.

Os vidros quebrados devem ser acondicionados em caixa de papelão íntegra e montada adequadamente e posteriormente lacrada com fita adesiva. Após o fechamento da embalagem é necessário identificar a caixa com a inscrição VIDRO, de forma legível.

Resíduos Orgânicos

Os resíduos orgânicos são sobras alimentos destinados para o processo de compostagem. Também, consideram-se como orgânicos, as podas que são geradas durante manutenção e reforma de jardins.

Resíduos da construção civil

Resíduos gerados nas construções, reformas, reparos e demolições de obras de construção civil, incluídos os resultantes da preparação e escavação de terrenos para obras civis (concreto, madeira, sucata metálica, etc.). Parte destes resíduos são considerados recicláveis – madeira, plásticos, sucata metálica, e outros são considerados não recicláveis – concreto, telhas quebradas.

Para as atividades gerenciadas pela equipe interna da Unida de, os resíduos são destinados pela equipe da Gestão de Facilities, contudo, caso o gerenciamento seja realizado pela equipe de Engenharia e Obras é de responsabilidade da contratada as devidas destinações, conforme o procedimento.

Formas de acondicionamento

A tabela abaixo apresenta de forma sucinta como deve ser realizada a segregação e acondicionamento dos

Resíduos comuns:

Resíduos	Acondicionamento
Comuns	Lixeira com saco na cor preta. Para resíduos considerados pela classificação do IBAMA como diversos e mistura os mesmos po dem ser acondicionados em caçambas.
Reciclável Misto (Plástico, Papel, Papelão, Metal)	Lixeira com saco na cor transparente
Documentos confidenciais	Pequenas quantidades devem ser descaracterizadas no próprio setor gerador, manualmente ou utilizando fragmentadora portátil (Código SAP 302240) e descartado posteriormente como papel.
Sucatas metálicas	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Madeiras, troncos e galhos	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Bolsas de álcool gel	Contentores apropriados para este descarte, identificados com o logotipo do projeto, revestidos por sacos na cor verde, quando aplicável.
Equipamentos eletrônicos e sucatas de equipamentos médicos	Em caixas de papelão ou bombonas.
Resíduos orgânicos	Lixeira com saco na cor marrom ou diretamente nos contentores

Resíduos	Acondicionamento
	destinados à compostagem.
Podas e paisagismo (apenas folhagens e gramas)	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Entulho	Caçambas dedicadas para destinação e descarte do material
Óleo Vegetal	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada.
Lodo de ETE	Recipiente estanque compatível com o tipo da substância descartada.
Gordura proveniente da caixa de retenção.	Bombona e/ou coleta in loco com caminhão. A coleta deve ser realizada conforme gestão do condomínio ou diretamente na Unida de com documentação legal - MANUTENÇÃO VERIFICAR
Efluentes oriundos de Unidade com ausência de ligação na rede pública	Bombona e/ou coleta in loco com caminhão. A coleta deve ser realizada conforme gestão do condomínio ou diretamente na Unida de com documentação legal - MANUTENÇÃO

Grupo E– Perfurocortantes e infectantes

Considera-se resíduo perfurocortante aquele que possua pontas e arestas e que possa ocasionar perfuração ou corte com risco de contaminação, seja ela química ou biológica. Os resíduos mais comuns do grupo E são constituídos por: agulhas, ampolas de vidro, lâminas de bisturi, lancetas, lâminas e lamínulas, espátulas etc.

Estes materiais devem ser descartados separadamente no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificados. As agulhas devem ser desprezadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

As caixas de perfurocortante devem ser descartadas quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. A equipe assistencial é responsável por fechar o recipiente como garantia de sua não abertura. É necessário o uso de saco de lixo branco leitoso para embalar as caixas infectantes e laranja para os químicos.

Resíduos gerados em atendimento domiciliar

Para as atividades de atendimento domiciliar (Home Care), deve-se seguir os mesmos procedimentos de segregação e descarte descritos acima. Ao término do atendimento a

equipe do Home Care é responsável pela retirada e transporte desses resíduos do local de atendimento até a unida de do Einstein. Conforme RDC 222/2018, o transporte destes resíduos pode ser feito no próprio veículo utilizado para o atendimento e deve ser realizado em coletores de material resistente, rígido, identificados e com sistema de fechamento dotado de dispositivo de vedação, garantindo a estanqueidade e o não tombamento.

Coleta Interna, Pesagem e Higienização de Carros Coletores

Todos os resíduos caracterizados no PGRSS são monitorados de forma a se obter controle sobre a geração, e dessa forma, os abrigos finais possuem balanças para a pesagem dos resíduos. Os resultados do monitoramento e controle de pesagem são utilizados para a confecção de indicadores institucionais sobre a geração dos RSS do Hospital Albert Einstein.

A higienização dos carros coletores de resíduos deve ocorrer de acordo com o procedimento interno da unida de e o Programa de Infecção Hospitalar.

Armazenamento Interno, Temporário e Externo

O armazenamento temporário visa otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o abrigo final, e pode ser dispensado devido à proximidade do armazenamento externo. Neste local, os resíduos não podem ser dispostos diretamente sobre o piso e os carros coletores devem ser mantidos com a tampa fechada. Quando o armazenamento temporário for feito em local exclusivo, deve ser identificado como: "abrigo temporário de resíduos"

A sala de utilidades ou expurgo pode ser compartilhada, para o armazenamento temporário dos RSS dos Grupos A, E e D. Neste caso, a sala de utilidades ou expurgo deve conter também a identificação com a inscrição **"abrigo temporário de resíduos"** e ter área mínima de seis metros quadrados conforme RDC 50.

O armazenamento externo consiste em local para acondicionamento final dos resíduos em abrigo, até a coleta externa e ser construído em ambiente exclusivo, possuindo no mínimo, um ambiente separado para armazenar resíduos do grupo A e E, outro para o grupo B e outro para o grupo D.

Documentação Exigida para Transporte de RSS

O manifesto de transporte de resíduos (MTR) é um formulário obrigatório para transporte de resíduos perigosos regulamentado pela NBR 13221, que especifica os requisitos para o

transporte terrestre de resíduos, de modo a evitar danos tanto ao meio ambiente quanto á saúde pública. O MTR deve conter, no mínimo:

- N° de referência para controle interno;
- Descrição do resíduo transportado conforme orientação do sistema de manifesto eletrônico estadual ou nacional;
- Informações do Gerador (Razão social, endereço, CNPJ, código gerador AMLURB, telefone, e-mail, campo para assinatura e data);
- Informações do transportador (Razão social, endereço, CNPJ, telefone, e-mail, veículo/placa, campo para assinatura e data);
- Informações do destino (Razão social, endereço, CNPJ, telefone, e-mail, campo para assinatura e data).

Para os resíduos perigosos, juntamente com o MTR devem ser anexados: Ficha de emergência e certificado de movimentação de resíduos de interesse ambiental (CADRI).
Para os resíduos não perigosos, é necessário emitir apenas o MTR.
Os MTRs devem ser controlados pelo gerador do resíduo, via sistema eletrônico estadual para manter o histórico e garantir que não haja duplicidade. Para os Estados que não possuem sistema eletrônico de manifestos, deve ser utilizado o sistema nacional SINIR.
Em relação ao município de São Paulo, como os resíduos infectantes e químicos são gerenciados pela Prefeitura e estão isentos de cadastro junto ao sistema eletrônico SIGOR, os manifestos são realizados manualmente e controlados por planilha eletrônica e arquivados pelo período de 5 anos conforme legislação vigente.

Saúde e Segurança do Trabalhador

Ações desenvolvidas para os funcionários da equipe interna da higiene e coleta de resíduos:

- PCMSO (Programa de controle médico de saúde ocupacional)
- Exames admissional, periódico, demissional e complementares;
- Assistência médica de grupo e do trabalho;
- Treinamento das atividades de higiene (limpeza de áreas e coleta de resíduos) e saúde ocupacional;
- Imunização para tétano e hepatite B.

Programas de Capacitação

O programa de capacitação em Gerenciamento de Resíduos tem por objetivo conscientizar os colaboradores quanto ao manejo dos resíduos de serviços de saúde, orientar e padronizar o descarte de forma a garantir a destinação ambientalmente correta dos

resíduos, bem como a segurança do colaborador. Estas ações ocorrem conforme o item 10. Periodicidade de Treinamento

23. RESPONSABILIDA DES

A área de Meio Ambiente e Sustentabilidade de é responsável pela atualização deste procedimento, que deve ser cumprido por todos os colaboradores e prestadores de serviço na SBIBAE.

A área de gestão de Facillities é responsável pela gestão operacional deste procedimento nas unidades internas e externas. nas unidades

A responsabilidade legal será o Diretor Superintendente

A responsabilidade de operacional é o supervisor de Facilities

24. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Descartes incorretos;
- Resíduos perigosos.

25. PADRÃO DE PRÁTICA

Cumprimento dessa política por todas as diretorias, departamentos, gerências, unidades, colaboradores e prestadores de serviço.

26. PERIODICIDA DE TREINAMENTO

- Durante a Integração dos funcionários recém-contratados, realizada em conjunto pelos departamentos de Recursos humanos e Ensino;
- Anualmente de forma obrigatória a todos os colaboradores da Instituição, por meio das Trilhas Institucionais;
- Em comitês e reuniões específicas ou quando houver solicitações pontuais.

27. REGISTROS DA QUALIDA DE

- Manifestos de transporte – MTR
- Declaração de movimentação de Resíduos – DMR
- Certificados de destinação

28. INDICADORES DE DESEMPENHO

Geração de Resíduos

29. ANEXOS

Anexo Alphaville

Anexo Alto de Pinheiros

Anexo Atlética

Anexo Anália Franco

Anexo Aeroporto de Guarulhos

Anexo Aeroporto Rio Galeão (Área COVID / Telemedicina)

Anexo Aeroporto Rio Galeão II (NTO)

Anexo Belo Horizonte

Anexo Brasília

Anexo Centro de Ensino e Pesquisa

Anexo Centros Administrativos

Anexo Creches

Anexo Chácara Klabin

Anexo Espaço Einstein: Esporte e Reabilitação (Jockey)

Anexo Faria Lima

Anexo Higienópolis

Anexo Morato

Anexo Ibirapuera

Anexo Jardins

Anexo MBA Paulista

Anexo Mogi

Anexo Morumbi

Anexo NTO

Anexo Osasco

Anexo Paraisópolis

Anexo Perdizes

Anexo Parque da Cida de

Anexo Parque Ibirapuera

Anexo Paulista

Anexo Porto Alegre Anexo Recife

Anexo Rio de Janeiro

Anexo Santana

Anexo Santos
Anexo São José dos Campos
Anexo Vila Mariana

30. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução Da Diretoria Colegiada - RDC Anvisa Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe Sobre O Regulamento Técnico Para Planejamento, Programação, Elaboração E Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;
Resolução Conama Nº 358/2005. Dispõe Sobre O Tratamento E A Disposição Final Dos Resíduos de Serviços de Saúde E Dá Outras Providências;
Lei Estadual Nº 12.300 de 16 de março de 2006 – Estado de São Paulo. Institui A Política Estadual de Resíduos Sólidos E define Princípios E Diretrizes;
Portaria CVS N º 21/2008. Estabelece Critérios Técnicos de Segurança Para O Gerenciamento de Resíduos Perigosos de Medicamentos Em Serviços de Saúde, Tendo Em Vista A Saúde Dos Trabalhadores, Dos Usuários Dos Serviços de Saúde E Da População Em Geral.
Lei Federal Nº 12.305, de 02 de agosto de 2010. Dispõe Sobre A Política Nacional de Resíduos Sólidos;
Resolução Da Diretoria Colegiada – RDC Anvisa Nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta As Boas Práticas de Gerenciamento Dos Resíduos de Serviços de Saúde E Dá Outras Providências;
Resolução Da Diretoria Colegiada – RDC Anvisa Nº 56, de 06 de agosto de 2008. Dispõe Sobre O Regulamento Técnico de Boas Práticas Sanitárias No Gerenciamento de Resíduos Sólidos Nas Áreas de Portos, Aeroportos, Passagens de Fronteiras E Recintos Alfandegados.

31. DOCUMENTOS RELACIONADOS

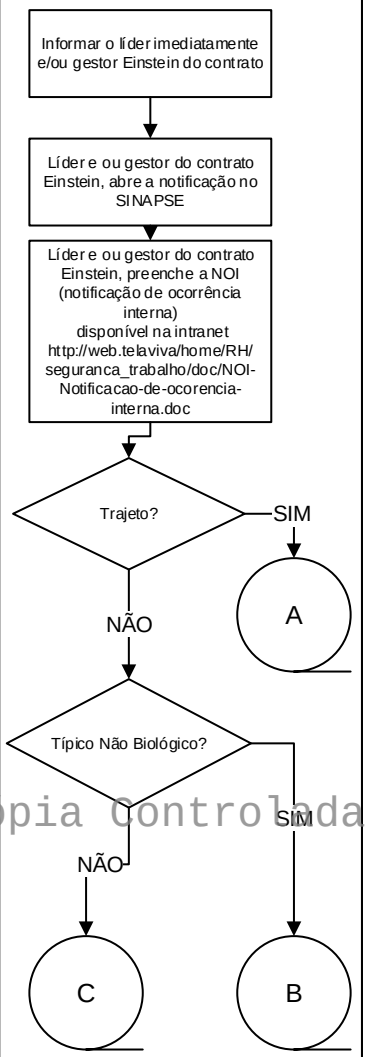
- Gerenciamento de resíduos de terceiros
- Controle de Pragas Urbanas
- Descarte de Resíduos de Serviços de Saúde

32. HISTÓRICO DE REVISÕES

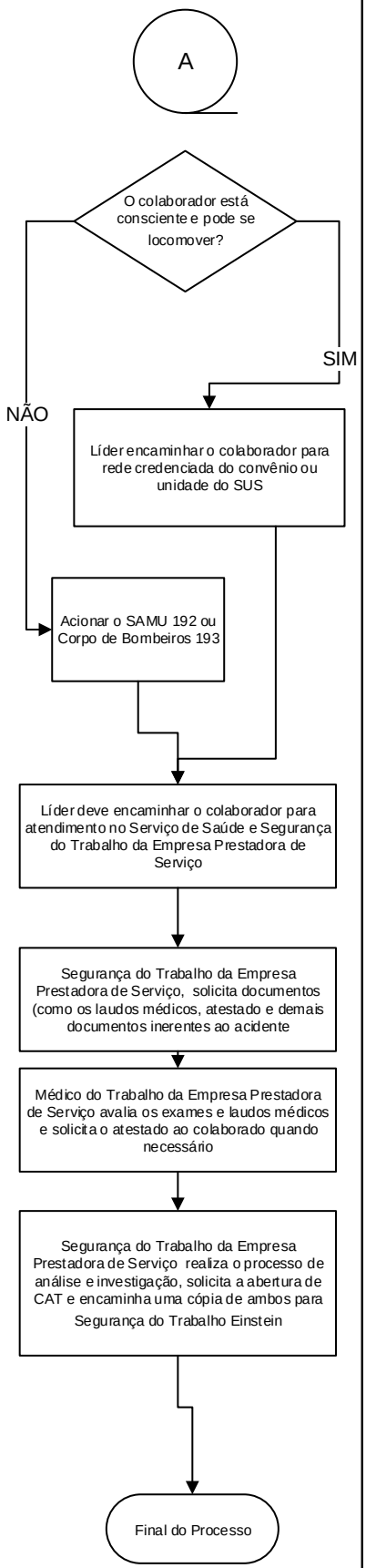
#Histórico de Revisões#
Junho/23 – Maria Gorette Freua – Atualização de Resíduos, inserir rodapé, descrever etapas
Agosto/22 – Daisy Okada – ajustes no template do documento, sem alteração do conteúdo nem dos anexos.

FLUXO ATENDIMENTO INCIDENTES EQUIPE EINSTEIN – TERCEIROS E PRESTADORES DE SERVIÇOS

COLABORADOR ENVOLVIDO NO INCIDENTE

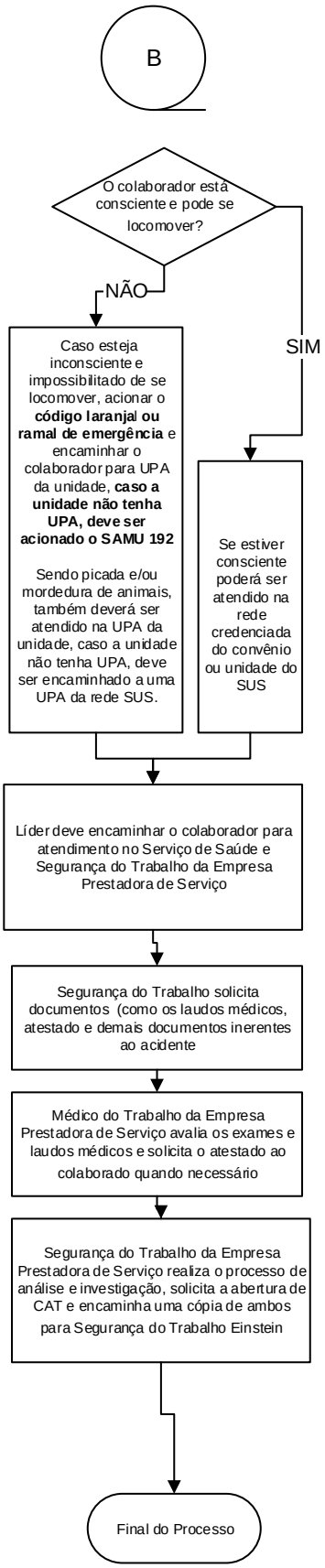


TRAJETO



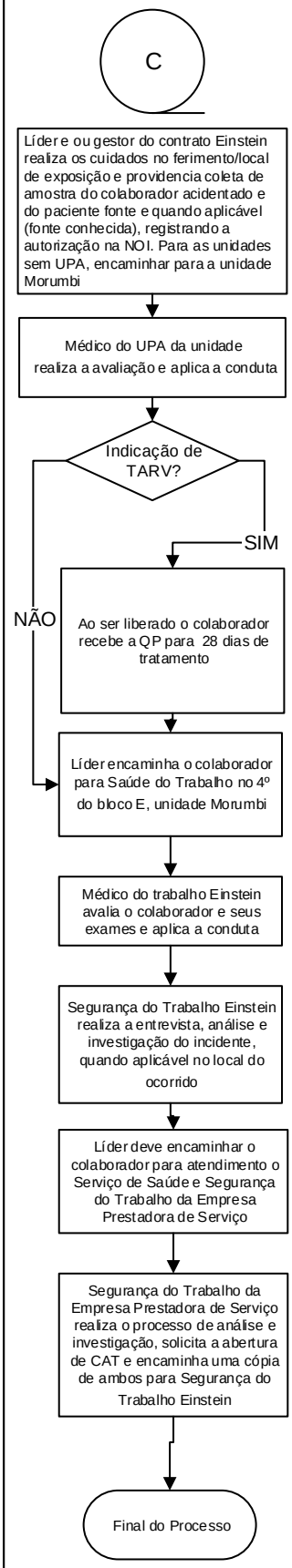
TÍPICO NÃO BIOLÓGICO

(cortes, queimaduras, torções, prensamentos, picada de animais e insetos, etc., dentro das unidades Einstein



RISCO BIOLÓGICO

(perfuração, mordedura humana ou projeção de material biológico)

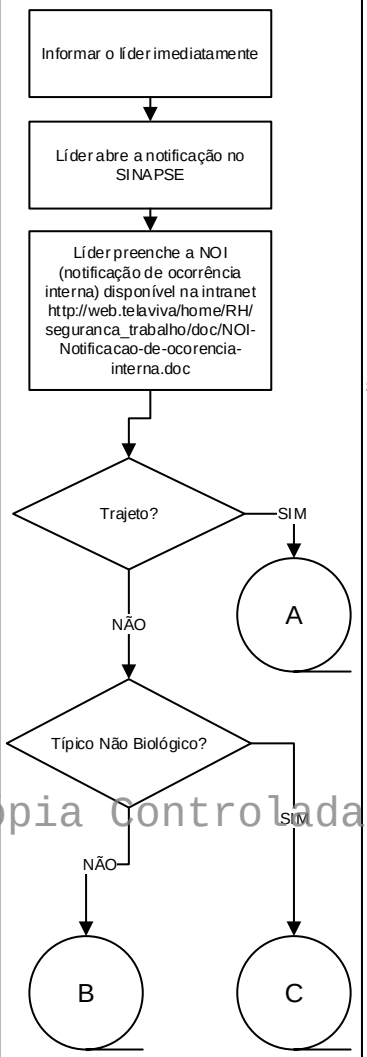


Cópia Controlada

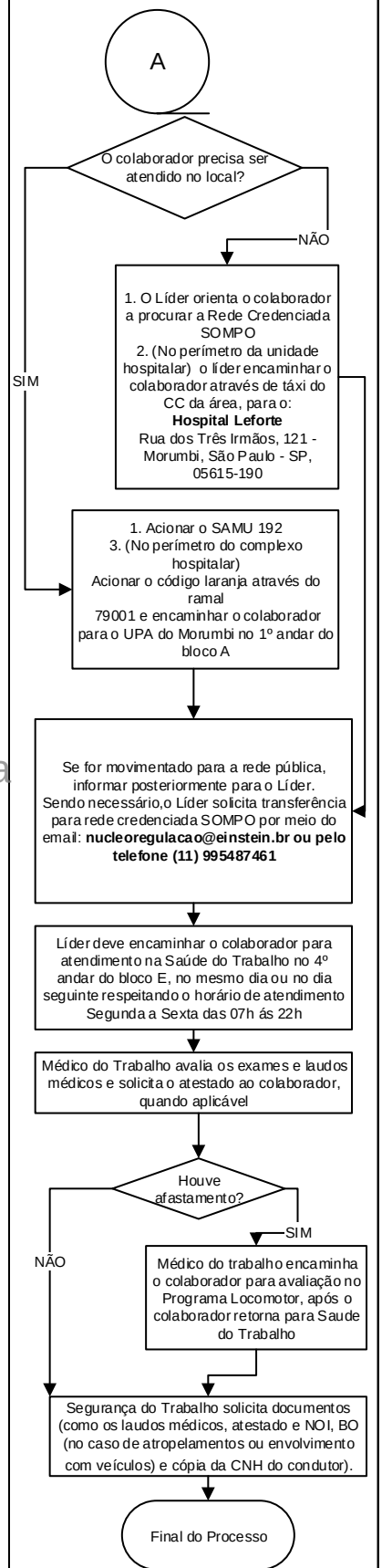
- **SAMU 192**
- **CORPO DE BOMBEIROS 193**
- **SEGURANÇA DO TRABALHO EINSTEIN 2151-6020/6021/6022/6018/6019 Corporativos: 9 4381-3374/ 9 4469-5886**
- **SEGURANÇA DO TRABALHO HMVSC 2151- 8018 Corporativo: 9.9770-7511**
- **SAÚDE DO TRABALHO EINSTEIN 2151-2378/2379/3986/3982/8598/0543/1374**

FLUXO ATENDIMENTO INCIDENTES EQUIPE EINSTEIN – UNIDADE MORUMBI

COLABORADOR ENVOLVIDO NO INCIDENTE

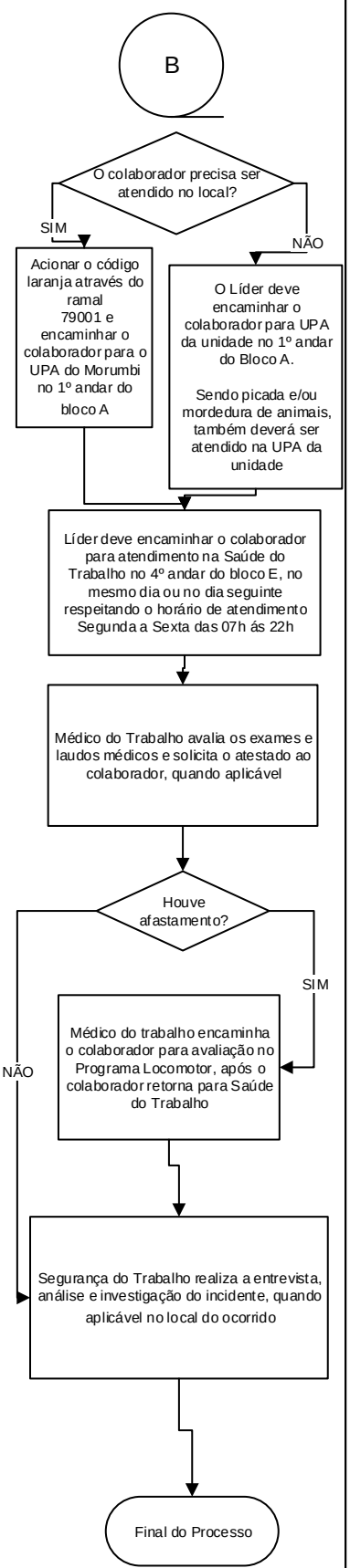


TRAJETO



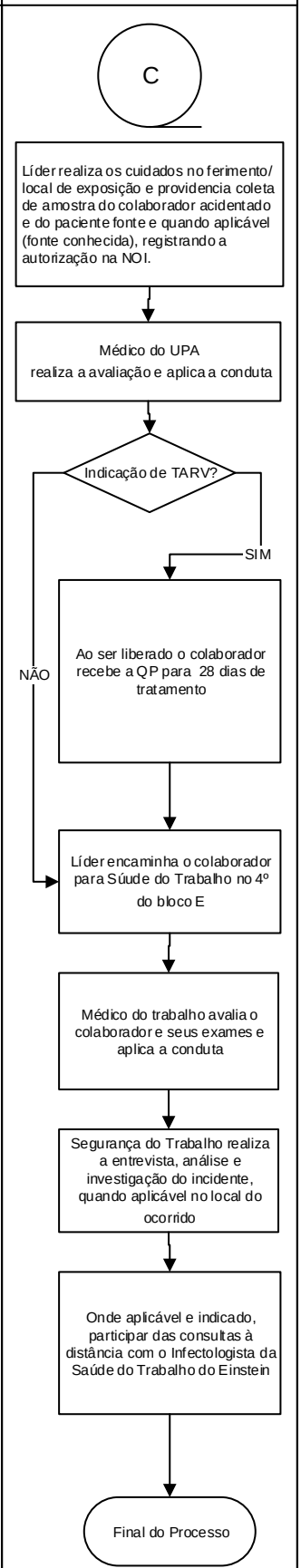
TÍPICO NÃO BIOLÓGICO

(cortes, queimaduras, torções, prensamentos, picada de animais e insetos, etc)



RISCO BIOLÓGICO

(perfuração, mordedura humana ou projeção de material biológico)



Cópia Controlada

- **Hospital Leforte**

Rua dos Três Irmãos, 121 - Morumbi, São Paulo - SP, 05615-190
(11) 3723-4700 Aberto 24 horas

- **Central de atendimento SOMPO HIAE: (11)31562992 e Grande São Paulo: 3156-2990**
- **Código Laranja: 79001**
- **SAMU 192**

Hospital Israelita Albert Einstein Laboratório Clínico – Recepção de Amostras

Autorização para Exames Acidente de Trabalho - IIRS FONTE

Eu, _____ Data de Nascimento___/__/___, RG_____CPF_____

Endereço: _____Bairro_____Cidade____

CEP: Paciente menor de idade, o responsável favor preencher os campos abaixo:

Nome: _____ Data de Nascimento___/__/___, RG_____CPF_____

Endereço: _____Bairro_____Cidade_____

CEP:

Autorizo o Laboratório Clínico do Hospital Israelita Albert Einstein a realizar os exames: hepatite B Anti HBs, hepatite B Anti HBc total, hepatite B Anti HBc IgM, HCV, pesquisa de anticorpos por Elisa, HIV 1 e 2
========== Centro de Custo: APMS

Unidade:_____ Resp.:_____

Telefone:_____
==========

Assinatura do paciente ou responsável_____ Data: _____/_____/_____ Recepção e Triagem de Amostras – Versão jan/2011

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

1. OBJETIVO

Esta comissão tem por objetivo estabelecer e definir regras, papéis e responsabilidades dos colaboradores da Sociedade para o cumprimento adequado das normas e padrões de segurança, com objetivo de alcançar um nível satisfatório de segurança diante dos riscos biológicos, químicos e físicos, inerentes às atividades profissionais, dentro dos serviços de saúde. Tem por finalidade proteger a saúde dos profissionais, dos pacientes e dos visitantes, além de evitar danos ao meio ambiente e promover a sustentabilidade do sistema, em toda Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).

Dentre os objetivos, destacam-se:

- Estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos profissionais da área da saúde assim como dos pacientes, de acordo com requisitos legais vigentes, normas de boas práticas e atendimento a padrões nacionais e internacionais de qualidade e segurança;

Estabelecer condutas permitidas e não permitidas para todos os profissionais visando antecipar, reconhecer, avaliar e controlar quaisquer riscos biológicos, considerando a segurança do colaborador, paciente e meio ambiente

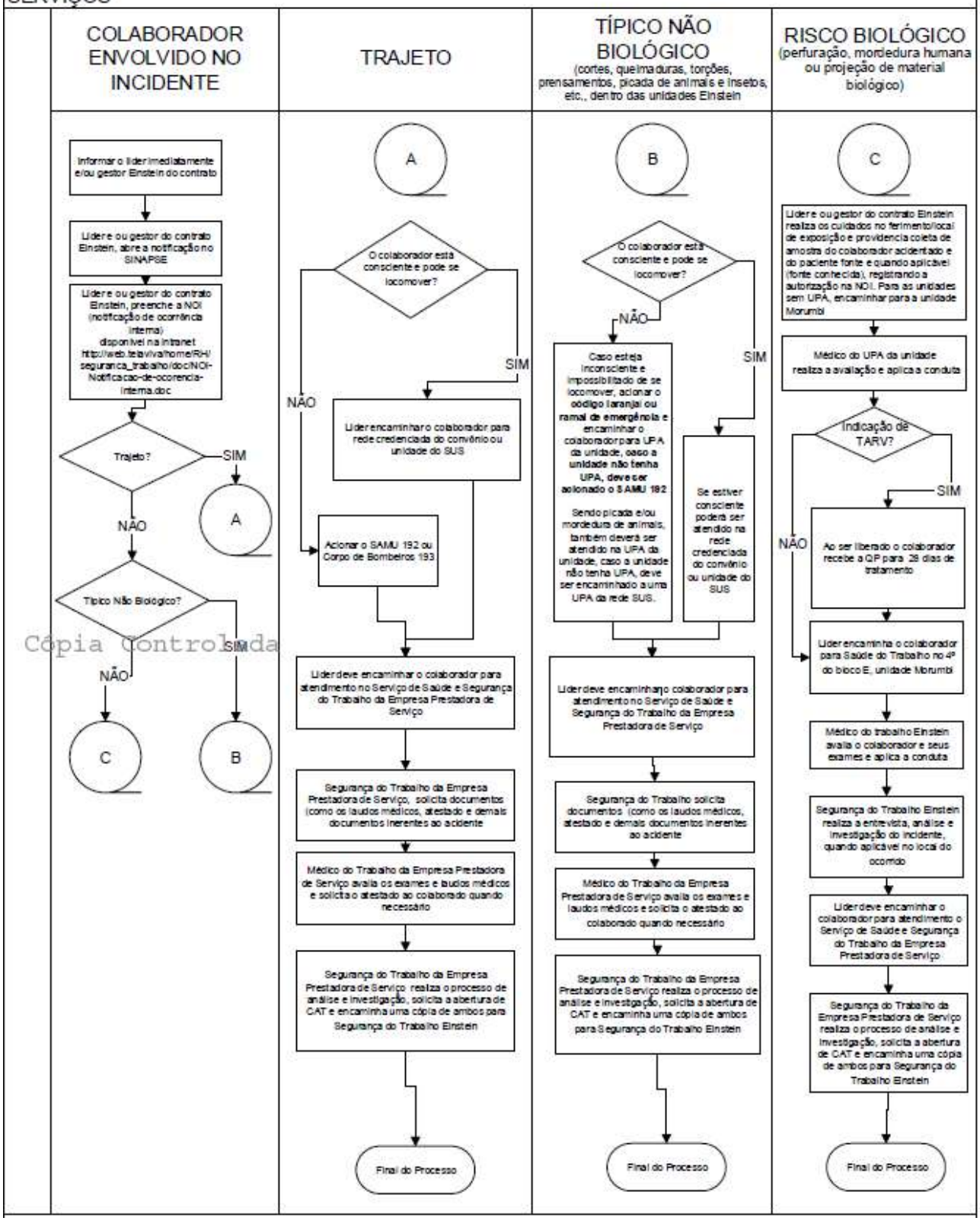
2. MENBROS DA COMISSÃO

O Diretor-Geral do Hospital Israelita Albert Einstein Goiânia, no uso de suas atribuições legais e com fundamento na Portaria Nº 2.600, define os membros da comissão de biossegurança:

Presidente da Comissão – Gerente Assistencial
Vice-presidente da Comissão – Vice-presidente da CIPAA
Secretário – Representante do SSMA
Membros: 01 Representante da CMC, 01 Representante da UTI, 01 Representante da Recepção, 01 Representante da Oncologia e 01 Representante da CME

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

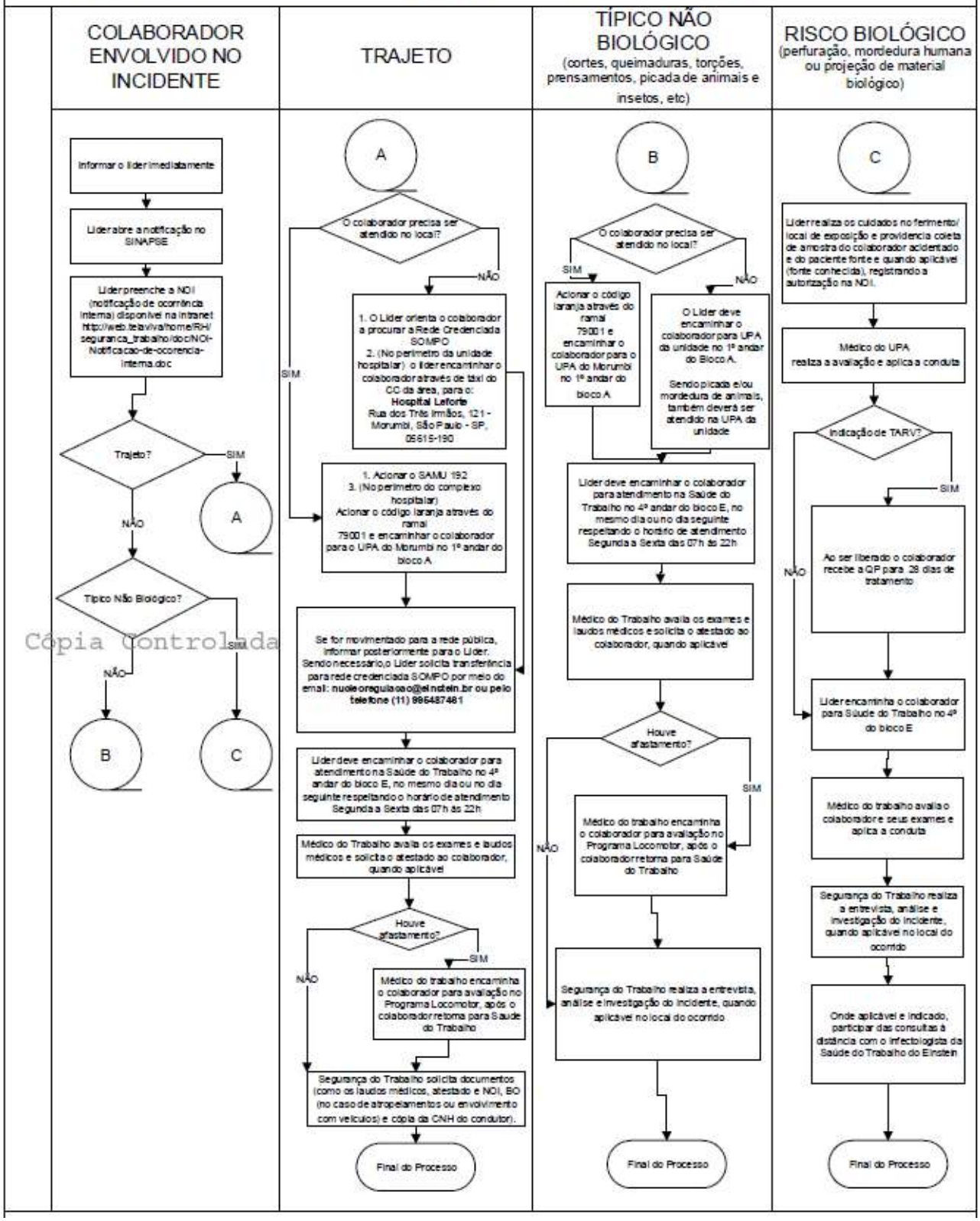
FLUXO ATENDIMENTO INCIDENTES EQUIPE EINSTEIN – TERCEIROS E PRESTADORES DE SERVIÇOS



Cópia Controlada

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

FLUXO ATENDIMENTO INCIDENTES EQUIPE EINSTEIN – UNIDADE MORUMBI



Cópia Controlada

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO CIPAA

1. OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes para implantação do processo da CIPAA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) e definir atribuições.

2. DEFINIÇÕES

CIPAA - Comissão Interna de Prevenção Acidentes e Assédios

DRT - Delegacia Regional do Trabalho

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NR - Norma Regulamentadora

SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho

SESMT - Serviço em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

TRSA – Treinamento Interno

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: Todas as unidades que possuem CIPAA.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Banner, computador, Intranet, Workplace.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

Processo Eleitoral CIPAA.

O mandato dos integrantes da CIPAA terá a duração de um ano e as etapas que compõem o processo eleitoral estão descritas a seguir:

- A segurança do trabalho, revisa o informativo do início do processo eleitoral, envia para o setor de comunicação para ser publicado na semana Einstein Liderança "divulgado e divulgado via e-mail ";
- A segurança do trabalho elabora o edital de inscrição dos candidatos e solicita ao setor de comunicação do RH a publicação desse edital nos quadros de avisos, intranet e e-mail institucional. A publicação deverá ocorrer 45 dias antes do término do mandato;

- A segurança do trabalho monitora o número de inscritos para que estejam de acordo com o descrito na NR5;
- A segurança do trabalho elabora o edital de convocação das eleições, mencionando a data e horário da eleição dos novos integrantes da CIPAA e solicita ao setor de comunicação do RH a publicação desse edital nos quadros de avisos, intranet e e-mail institucional. A publicação deverá ocorrer 60 dias antes da posse da nova gestão;
- O presidente e o vice-presidente deverão instituir na reunião da CIPAA os membros da Comissão Eleitoral que será responsável por acompanhar o processo eleitoral. Essa Comissão deve ser instituída 55 dias antes do término do mandato da gestão atual;
- A segurança do trabalho enviará cópia do edital de convocação para o Sindicato da Região. O envio desse documento deve ocorrer 5 dias após a convocação da eleição;
- O início das inscrições dos candidatos da nova gestão da CIPAA deve ocorrer 20 dias antes do dia da eleição do novo mandato. As inscrições serão realizadas de forma eletrônica, através de qualquer computador ou celular, acesso é feito através de login e senha de rede, poderão se inscrever todos os colaboradores que possuam DRT. Para finalizar a inscrição é necessário aceitar o termo de acordo, o candidato recebe por e-mail a confirmação de sua candidatura. No ato da inscrição o gestor do candidato recebe um e-mail informando que a partir daquele momento o colaborador tem estabilidade de emprego até a data da eleição e se eleito até um ano após o mandato.
- O término do prazo para inscrições de candidatos deve ser de no mínimo 6 dias antes do dia da eleição;
- A segurança do trabalho deve solicitar ao setor de Comunicação do RH a retirada do edital de inscrição dos candidatos. Essa retirada deverá ocorrer no dia seguinte do término das inscrições;
- Além da votação em qualquer computador da instituição, através de login e senha de rede, A segurança do trabalho deve estabelecer um local da eleição, organizar as escalas das datas e horários da eleição,
- mencionando os nomes dos técnicos de segurança do trabalho e cipeiros que irão acompanhar as eleições, no posto físico a coleta de votos será efetuada através de Ipads.
- A data da eleição deve ser no mínimo de 30 dias antes do término do mandato anterior;
- A segurança do trabalho fará a contagem de voto através de relatório extraído do programa de eleição (Sharepoint). Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento;
- A segurança do trabalho deverá divulgar o resultado da votação no workplace e solicitar a publicação do resultado das eleições ao setor de Comunicação do RH e confeccionar a

Ata de Eleição, 1 dia após a apuração. Os resultados serão afixados nos jornais murais das unidades;

- A segurança do trabalho em conjunto com o TRSA, deverá promover um treinamento com lista de presença para os novos membros da CIPAA, contemplando os itens exigidos pela NR 05 - item 5.33 e emitir convocação aos novos cipeiros com conhecimento de seus respectivos gestores. Esse treinamento deverá ocorrer antes da posse dos novos membros;
- NOTA: O treinamento de CIPAA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.
- A posse do novo mandato da CIPAA deverá ocorrer 1 dia depois do término do mandato anterior. Na 1ª reunião da CIPAA haverá a divisão dos novos grupos de inspeções e será definido o plano de trabalho.
- A segurança do trabalho deverá protocolar o processo Eleitoral no Sindicato da Região contendo os seguintes documentos: ata da eleição, ata de posse e o calendário anual de reuniões, o qual será arquivado na pasta da CIPAA no setor de segurança do trabalho. O prazo estipulado para protocolar essas informações no Sindicato é de 15 dias após o dia da eleição;
- A documentação da CIPAA deverá ser arquivada por 5 anos. •
- A CIPAA terá reuniões mensais com a participação e assessoria da equipe de Segurança do Trabalho;
- As atribuições dos membros da CIPAA estão descritas no item responsabilidades.

7. RESPONSABILIDADES

Informar quais são as áreas ou agentes da Sociedade responsáveis por gerir, executar ou cumprir a atividade descrita no Procedimento.

Responsabilidade da Segurança do Trabalho

- Elaborar edital de convocação das eleições e solicitar sua publicação;
- Enviar cópia do edital de convocação ao Sindicato da Região;
- Elaborar edital de inscrição e solicitar sua publicação;
- Providenciar local, e organizar as datas e horários da eleição;
- Acompanhar a eleição e realizar a contagem dos votos;
- Solicitar publicação do resultado da eleição;
- Confeccionar a ata de eleição;
- Participar da reunião de posse e confeccionar a ata dessa reunião;

- Protocolar o registro da CIPAA no Sindicato da Região;
- Participar das reuniões mensais da CIPAA, acompanhando a presença dos cipeiros;
- Assessorar a CIPAA, orientando seus membros quanto ao cumprimento integral da NR 05;
- Promover em conjunto com a CIPAA a SIPAT.

Responsabilidades do RH Comunicação

- Publicar e divulgar via e-mail informativo sobre início do processo eleitoral;
- Publicar o edital de convocação das eleições; (via e-mail, intranet e TV Einstein);
- Publicar o resultado das eleições;
- Publicar o edital de inscrições;
- Divulgar na TV Einstein os Editais da CIPAA.

Responsabilidades da CIPAA

- Acompanhar as eleições da CIPAA
- Participar das reuniões mensais;
- Realizar, periodicamente, inspeções de segurança, nas áreas verificando os ambientes e condições de trabalho;
- Realizar Blitz de segurança;
- A cada reunião, discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos colaboradores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar das investigações dos incidentes, sempre que solicitado;
- Participar como instrutor e/ou apoio nos treinamentos de segurança e 100%;
- Participar do processo eleitoral da próxima gestão da CIPAA;
- Promover anualmente em conjunto com o SESMT, campanhas de combate ao assédio e outros tipos de violências no trabalho.
- Divulgar aos colaboradores os canais de denúncia de assédio moral e sexual;
- Definir com o SESMT estratégias para o próximo treinamento de formação de Cipeiros;
- Promover em conjunto com o SESMT a SIPAT.

Responsabilidades do TRSA e Segurança do Trabalho

- Promover o treinamento dos novos membros da CIPAA;
- Definir Conteúdo dos treinamentos;
- Monitorar as presenças nos dias do treinamento.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não ter o mínimo de candidato necessário para realizar a eleição, e não ter o número mínimo de votos para concluir a votação.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Profissional com habilidade para técnica e conhecimentos das NR-s aplicadas neste procedimento. Capacitado para lançamentos no SAP e SOC.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Anual

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Processo Eleitoral;

Atas das Reuniões;

Cronograma das Reuniões.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Presença nas reuniões, controle de desempenho.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma Regulamentadora NR 05 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (Título vigente até 19 de março de 2023)

Norma Regulamentadora NR 05 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE ASSÉDIO - CIPA (Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022 - Título que entra em vigor no dia 20 de março de 2023).

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Dario Rodrigues de Lima - 07/06/2023 - 12:37

06/2023 – Dario Rodrigues de Lima Revisão do procedimento no Template DM Docs: formatação de espaçamento entre linhas, alinhamento de tópicos, padronização de fonte, revisão ortográfica; Inclusão prevenção e combate ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho. CIPAA - Comissão Interna de Prevenção Acidentes e Assédios.

04/2018 – Monica Aparecida Polissici Revisora do documento: Inscrições e votações informatizadas. Relatório via sistema para contabilização dos votos.

Processo Eleitoral protocolado no Sindicato da região. Inclusão de responsabilidades aos membros da CIPA e registro de documentação.

03/2015 – Monica Aparecida Polissici – Elaboração de documento

PROCEDIMENTO DA SEGURANÇA E SAÚDE DO COLABORADOR E MEIO AMBIENTE NA GESTÃO DE MUDANÇAS

1. OBJETIVO

Estabelecer um processo para identificar e fazer o controle dos possíveis impactos em segurança e saúde do colaborador, meio ambiente e energia associados à gestão de mudanças temporárias e permanentes.

2. DEFINIÇÕES

Avaliação preliminar de segurança e saúde do colaborador, meio ambiente e energia para gestão de mudanças: é um formulário onde serão apontados danos potenciais identificados pela mudança.

Código da mudança: código gerado sistema Interact da SINAPSE aberta.

Equipe multidisciplinar: time formado por colaboradores de áreas específicas, como por exemplo: Bombeiros, SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Engenharia de Obras, Segurança Patrimonial, T.I, Segurança e Saúde do Colaborador, Meio Ambiente, Manutenção, Engenharia Clínica, entre outros.

GMA: Grupos de Médicos Assistenciais.

GPO: Gestão de Projetos e Obras.

Líder ou responsável pela avaliação da mudança: pessoa que dará o início ao processo de mudança.

Mudança: qualquer modificação, temporária ou não, que possa alterar os riscos ou a confiabilidade inerente às instalações, tecnologias ou processos de trabalho, excluindo a substituição de equipamentos e produtos por outros similares, que não altere as especificações e requisitos definidos, da mesma, procedimentos similares.

Mudança emergencial: Mudança necessária onde o tempo requerido para seguir o fluxo normal do processo de "Segurança e Saúde do Colaborador, Meio Ambiente e Energia na Gestão de Mudanças", detalhado neste documento, pode resultar em riscos inaceitáveis, incidentes ambientais ou pessoais significativos ou perdas econômicas. Toda mudança emergencial deve ter pelo menos uma análise de risco associada e comunicação da mudança a todas as pessoas diretamente afetadas. A mudança emergencial não deve ser considerada como alternativa para acelerar o processo normal da gestão de mudança, apenas deve ser utilizada quando se tratar de riscos graves e iminentes ou perdas inaceitáveis. E ainda assim, com todos os riscos de

incidentes decorrentes devidamente controlados e minimizados, evitando-se lesões e outras perdas.

Ponto focal de SSMA e Energia: Pessoa da área de Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Energia designada para avaliar as mudanças registradas e condução das etapas do processo sob responsabilidade destas áreas, esta pessoa pode ser designada conforme o contexto da mudança registrada

Produto Químico: é uma substância química, seja só, em mistura ou preparação, fabricada ou obtida da natureza.

Representante da área: Pessoa designada pelo gestor da área, que tenha poderes para aprovação ou não da continuidade de uma mudança, após a avaliação e recomendações da equipe multidisciplinar.

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

SINAPSE: Sistema de Notificação de Aprendizagem em Segurança.

SSMA: Segurança, Saúde e Meio Ambiente Substituição por mesmo tipo: instalação, equipamento ou sistema que atenda às mesmas especificações e requisitos exigidos, sem trazer nenhum comprometimento à segurança e saúde do colaborador ou ainda ao meio ambiente ou gestão da energia. A substituição de qualquer elemento do processo por outro de mesma espécie, que atenda a especificação pré-estabelecida e aprovada, não caracteriza uma mudança e não requer tratamento pelo gerenciamento de mudanças detalhado neste procedimento.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Aplicável para todas as unidades da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein (SBIBAE).

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

Foram definidos os seguintes momentos de aplicação, onde indicado, deste processo:

- Dispêndios de capital (CAPEX) para aquisição de equipamentos, obras, retrofitting, por exemplo.
- Novos produtos, serviços e processos, ou mudanças em produtos, serviços e processos existentes, incluindo:

  - Local de trabalho e arredores;
  - Organização do trabalho;
  - Equipamentos;
  - Força de trabalho;
- Mudanças nos requisitos legais ou outros requisitos de segurança, saúde, meio ambiente;
- Mudanças no conhecimento ou informações sobre perigos e riscos de Segurança e Saúde do Colaborador e aspectos e impactos ao Meio Ambiente;
- Desenvolvimento de conhecimento e tecnologia;

Observação: Para as mudanças relacionas aos temas abaixo existem fluxos e processos específicos, sendo assim quando registradas deverão seguir os processos conforme as diretrizes específicas e a notificação deverá ser encerrada com a devida justificativa:

- **Aquisição ou troca de Produtos Químicos** – a sequência está detalhada no procedimento de Gestão de Produtos Químicos para Compras ou Trocas de Produtos Químicos. As áreas de Segurança e Saúde do Colaborador, Meio Ambiente e Bombeiros fazem parte das avaliações definidas no fluxo específico antes da compra do material.
- **Aquisição ou troca de Materiais diversos** – há um Comitê de Homologação de Produtos para Produtos Diversos na SBIBAE.
- **Alterações de procedimentos e práticas assistenciais e médicas** – as áreas de Gestão de Práticas Assistenciais, Práticas Médicas e GMAs, que conduzem as revisões para Protocolos e Procedimentos e o controle de possíveis impactos.

Fluxo do Processo:

1. Ao identificar a necessidade de uma mudança que possa gerar riscos às pessoas, meio ambiente e instalações, o líder da mudança ou responsável pela avaliação da mudança deverá gerar uma notificação por meio do link disponível na página de notificação de eventos na Intranet: https://sinapse.einstein.br/sa/custom/webtickets/anonymous/register.jspot=GESTAO_MUDANCAS
2. O líder da mudança ou responsável pela avaliação da mudança, deverá preencher todos os campos da "Avaliação preliminar de segurança e saúde do colaborador, meio ambiente e energia para gestão de mudanças" conforme instruções abaixo:
   - Todos os campos sinalizados com um (*) são campos obrigatórios;
   - O sistema não permite o registro sem que todos os pontos sejam respondidos;
   - No campo escrever o título da mudança seguido de <-> e a área solicitante;

- No campo registrar uma breve descrição da mudança;
- Sempre que necessário, o líder ou responsável pela avaliação da mudança deverá solicitar previamente todos os documentos com informações adicionais à sua execução e anexar no formulário no campo "Anexos". Essas informações darão suporte para uma análise mais robusta quanto aos riscos associados à modificação.
- O líder ou responsável da mudança, quando houver necessidade, deve acionar o time de SSMA e Gestão da Energia para auxílio no preenchimento da avaliação.
- O líder da mudança, como responsável por administrar todo o processo, deverá alertar a equipe multidisciplinar para as possíveis interações com outras mudanças previstas ou que estejam acontecendo, certificando-se de que a mudança não prejudicará a implantação e operação de outras modificações em andamento e vice e versa.
- No final do preenchimento, clicar em para que a notificação será gerada e encaminha, em workflow, para o time de SSMA e Gestão da Energia, que darão suporte na próxima fase.

3. Ao receber a notificação, o grupo de SSMA e Gestão da Energia (ponto focal) deve abrir a notificação, verificar as informações e, se adequado, proceder o aceite, conforme instruções abaixo:
   - Caso todas as perguntas da "Avaliação preliminar de segurança e saúde do colaborador, meio ambiente e energia para gestão de mudanças" estejam como nas respostas, o ponto focal de SSMA e Gestão da Energia deve proceder o encerramento da notificação, concluindo a mesma no sistema SINAPSE. E, desta forma, encerrando a mudança.
   - Caso pelo menos uma das perguntas tenha uma resposta, o grupo de SSMA e Gestão da Energia (ponto focal) deverá direcionar a notificação para o ponto focal de SSMA e energia que será responsável por avaliar os riscos e oportunidades provenientes da mudança.
4. O ponto focal de SSMA e energia que designado para avaliação da mudança, deverá realizar avaliação conjunta com o líder ou responsável da mudança e equipe multidisciplinar envolvida seguindo as instruções abaixo:
   - Identificar, se aplicável, os riscos e oportunidades em SSMA e energia derivados da mudança e preencher a etapa de análise da notificação do Sinapse;
   - Caso após a avaliação não sejam identificados riscos e oportunidades de SSMA e energia na mudança o ponto focal de SSMA e energia deverá encerrar a notificação incluindo a informação na justificativa a análise realizada;

- Caso sejam identificados riscos e oportunidades de SSMA e energia o ponto focal deverá realizar o registro na etapa de "análise" da notificação e avaliar junto com os responsáveis quais ações serão necessárias para eliminar ou mitigar os riscos identificados;
- As ações para eliminar ou minimizar riscos estas devem ser definidas em conjunto com os responsáveis com determinação de prazos e devem ser cadastradas na notificação pelo ponto focal de SSMA e energia ainda na etapa de "análise" da notificação.

5. O responsável das ações deverá registrar o andamento e conclusão das ações definidas no sistema para a conclusão da mudança registrada;
6. Para o encerramento da notificação da mudança o ponto focal de SSMA deverá seguir os passos abaixo:
   - Acompanhar os prazos definidos e atualização das ações em sistema pelos responsáveis das ações;
   - Aguardar a finalização da mudança que será sinalizada pelo Líder da Mudança. Conferir se, de fato, todos as ações foram implantadas;
   - Realizar a avaliação da eficácia das ações após a realização da mudança e registrar no sistema a efetividade das ações.
   - Caso sejam necessárias novas ações ou se as ações definidas anteriormente não forem efetivas o ponto focal deve retornar a notificação para a etapa de análise e realizar nova avaliação com os responsáveis e time multidisciplinar.
   - Enquanto as ações não forem implantadas, onde necessário, a notificação (Mudança) não poderá ser encerrada sob o ponto de vista de Segurança e Saúde do Trabalho, Meio Ambiente e Sustentabilidade e Gestão da Energia.

7. RESPONSABILIDADES

<u>Líder ou responsável pela avaliação da mudança:</u>

- Iniciar o processo de mudança;
- Preencher o formulário no SINAPSE, respondendo as perguntas preliminares em relação a mudança que será realizada;
- Fazer a convocação da equipe multidisciplinar para analisar os aspectos da mudança, quando necessário e aplicável;
- Ser o mediador das reuniões de planejamento e avaliação dos riscos e oportunidades, quando necessário e aplicável;

- Não permitir que uma mudança tenha continuidade sem que os riscos de segurança, saúde, meio ambiente e energia sejam devidamente controlados;
- Este profissional poderá ser representado por diversas áreas, dependendo da mudança, e seguirá o fluxo estabelecido neste procedimento;

Representante da área

- Aprovar ou não a continuidade de uma mudança na área, conduzida pelo líder da mudança;
- Contribuir com ações corretivas e de melhorias quando aplicável;
- Participar das reuniões que tratam da gestão de mudanças onde aplicável;
- Dar suporte, quando necessário, no preenchimento da notificação com a "Avaliação preliminar de segurança e saúde do colaborador, meio ambiente e energia para gestão de mudança".

Ponto focal de SSMA e Energia

- Receber a notificação aberta no sistema para a mudança;
- Aceitar, rejeitar e/ou concluir as notificações de mudanças no SINAPSE conforme os passos descritos no procedimento;
- Envolver os representantes necessários para a avaliação dos riscos e oportunidades derivados da mudança quando necessário;
- Realizar o monitoramento e andamento das avaliações e ações no SINAPSE;

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Todos os registros de mudanças notificadas, assim como o andamento de todo o fluxo e ações definidas ficam registrados e disponíveis no sistema SINAPSE e podem ser consultados através do número gerado da notificação ou através de relatório do sistema pelos responsáveis da área

de SSMA e energia. Para consultar o registro de uma mudança através do número da notificação seguir a sequência abaixo:

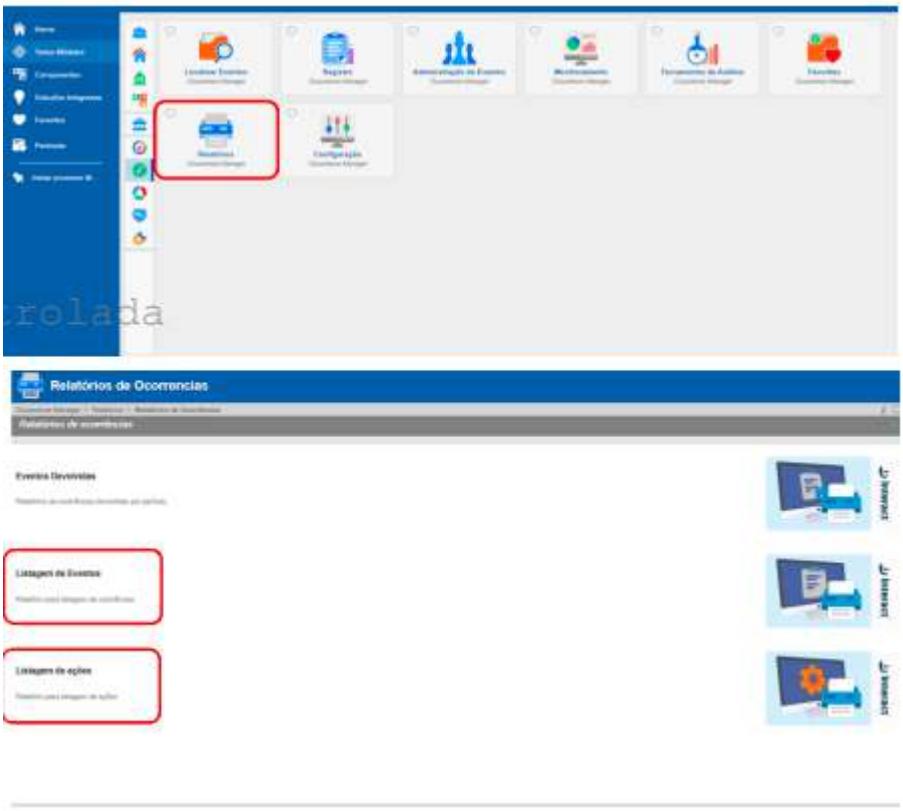
1. Acessar o sistema através do link abaixo ou do Sou Einstein com o login e senha de rede (este acesso é restrito para colaboradores conforme perfil de atividade): https://sinapse.einstein.br/sa/apps/cmn/LauncherApplication.jsp
2. Clicar em "Localizar Evento" no ícone abaixo:

3. 3. Digitar o número da notificação da mudança na barra superior e em segunda clicar em filtrar

4. 4. Clicar duas vezes na notificação para acessar o conteúdo, andamento e todo o histórico do processo através das abas exibidas:

Para consultar o relatório com todos os registros de uma mudança cadastrados ou ações registradas seguir a sequência abaixo:

1. Acessar o sistema através do link abaixo ou do Sou Einstein com o login e senha de rede (este acesso é restrito para colaboradores conforme perfil de atividade):
2. https://sinapse.einstein.br/sa/apps/cmn/LauncherApplication.jsp
3. Clicar em "Relatórios" no ícone abaixo e em seguida clicar em "Listagem de Eventos" ou "Listagem de Ações" conforme a necessidade de consulta:



4. Clicar em "Editar" na parte de Filtros da barra lateral direita, em seguida clique no ícone de pasta na tela que foi aberta:

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS.

NBR ISO14001:2015 Sistemas de Gestão Ambiental – Requisitos com orientação para uso. ABNT, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 50001: Sistemas de Gestão da Energia – Requisitos com orientação para uso. ABNT, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 45001: Sistemas de Gestão de Saúde e Segurança Ocupacional – Requisitos com orientação para uso. ABNT, 2018.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento de Gestão Integrada da SBIBAE; Procedimento SESSCO - Segurança do Colaborador; Procedimento para Gestão de Produtos Químicos

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Novembro/17 – Documento novo, criado por Patricia Maria dos Santos Chaves. Março/18 (Patrícia Chaves) – inclusão dos documentos de referência; detalhamento da associação das diretrizes estratégicas com olhar ambiental e os dispêndios de capital.

Agosto/2020 (Patrícia Chaves) – atualizações nos formulários de avaliação e inclusão do item de Gestão da Energia

Neilor Cardoso Guilherme (14/08/2020 12:56:06 PM) - Revisão Geral

Bruna Fernandes Leonardi (15/10/2021 07:56:11 AM) - Atualização da data

Tatiana Regina Mosca (24/04/2022 07:50:01 AM) – Revisão do Processo e atualização do formulário de avaliação no SINAPSE

Roseli da Silva Coelho - 25/04/2023 - 08:16

Data	Evento de assinatura	Usuário
21/11/2017 00:00:00	Criado por	DM User
25/04/2023 08:16:19	Atualizado por	Roseli da Silva Coelho
25/04/2023 15:30:38	Aprovado por	Tatiana Taumaturgo Macedo

PROCEDIMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ADICIONAIS DE INSALUBRIDADE E PERICULOSIDADE

1. OBJETIVO

Esse procedimento tem por objetivo descrever o processo de análise dos cargos, áreas e atividades exercidas, para caracterização ou não da elegibilidade dos adicionais de Insalubridade e Periculosidade na SBIBAE, de acordo com a exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, conforme Normas Regulamentadoras 15 e 16 da Portaria 3214/78 do Ministério do Trabalho; Convenções coletivas e outros requisitos legais.

2. DEFINIÇÕES

DRT – Número de Registro Profissional.

NR – Norma Regulamentadora emitida pelo Ministério do Trabalho.

PPRad. – Plano de Proteção Radiológica. RH – Departamento de Recursos Humanos.

SAP – SAP é uma empresa de origem alemã, criadora de softwares de gestão de empresas.

SBIBAE – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

SOC – SOC é um software de Saúde e Segurança do Trabalho.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: Todos os colaboradores CLT que atuam na Instituição. Contraindicação: não se aplica.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Sistemas SAP e SOC. Laudos Técnicos de Insalubridade e/ou Periculosidade. Programa de Gerenciamento de Riscos- PGR.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

A área de Recursos Humanos deve informar o setor de Segurança do Trabalho via e-mail todas as admissões, constando as informações necessárias.

A área de Recursos Humanos deve informar o setor de Segurança do Trabalho via e-mail todas as movimentações, exceto casos em que não haja alteração de cargo e centro de custo/Unidade Organizacional.

A Segurança do Trabalho deve receber as informações de admissão e movimentação e realizar análise da atividade para definir elegibilidade do cargo/área e:

Manter a planilha matriz para consulta de elegibilidade de adicional atualizada e disponível para consulta;

Realizar os lançamentos e/ou cancelamentos de adicionais no sistema SAP e SOC.

Realizar a dupla-checagem e preenche a planilha de controle e conferência. Á área/setor deve informar o setor de Segurança do Trabalho via e-mail todas as alterações de atividades, rodízios, restrições e retorno à exposição.

INSALUBRIDADE:

São consideradas atividades ou operações Insalubres as que se desenvolvem acima dos limites de tolerância, conforme NR-15 para os casos de ruído, calor e agentes químicos, conforme anexos 1,2,3,11, 12 e 13, atividades com exposição ao risco biológico, conforme previsto no anexo 14 ou demais atividades constantes nos anexos 7,8,9 e 10 comprovadas através de laudo de inspeção do local de trabalho.

Entende-se por limite de tolerância a concentração ou intensidade máxima ou mínima, relacionada com a natureza e o tempo de exposição ao agente, que não causará danos à saúde do trabalhador durante a sua vida laboral. O exercício de trabalho nestas condições assegura ao trabalhador a percepção de adicional incidente sobre o salário-mínimo da região nos percentuais de:

- 10% grau mínimo
- 20% grau médio
- 40% grau máximo

Fará jus ao adicional de insalubridade de grau médio pessoas que realizem trabalhos e operações em contato habitual e permanente com pacientes, animais ou com material infecto-contagiante em hospitais, serviços de emergência, enfermarias e postos de vacinação destinados aos cuidados da saúde humana (aplica-se unicamente ao pessoal que tenha contato com os pacientes, bem como aos que manuseiam objetos de uso desses pacientes, não previamente esterilizados) e laboratórios de analise clínica e histopatologia (aplica-se tãosó ao pessoal técnico).

No caso de incidência de mais de um fator de insalubridade será apenas considerado o de grau mais elevado. A eliminação ou neutralização da insalubridade determinará a cessação do pagamento do adicional respectivo.

PERICULOSIDADE:

São consideradas atividades ou operações perigosas as constantes dos anexos 1 e 2 da NR-16, dentre elas: atividades e operações com explosivos, atividades e operações com inflamáveis, atividades e operações com radiação ionizante e substâncias radioativas; e para atividades e operações com eletricidade que constam no Quadro de Atividades / Áreas de risco do Decreto nº 93.412/86. Jurisprudências e leis adicionais podem também orientar ao pagamento do adicional de periculosidade, com base em laudos técnicos e validados pelo setor jurídico do Einstein e Segurança do Trabalho. O exercício de trabalho em condições de periculosidade assegura ao trabalhador a percepção de adicional de 30% incidente sobre o salário, sem os acréscimos resultantes de gratificações, prêmios ou participação nos lucros da empresa.

DA CONCESSÃO DO ADICIONAL- ELEGIBILIDADE:

Para análise da elegibilidade por insalubridade, é necessária:

A caracterização da presença do agente insalubre no ambiente de trabalho ou atividade desenvolvida;

1) Identificação de intensidade do agente, por critérios qualitativos e/ou quantitativos;

a) critérios quantitativos: Configura-se insalubridade quando a concentração do agente de risco se encontrar acima dos limites de tolerância estabelecidos pelos Anexos da NR 15 (Anexos 1, 2 ,3, 5, 8, 11, 12, 13).

b) critérios qualitativos: A insalubridade é caracterizada pela exposição ao risco, via inspeção da situação de trabalho para os agentes listados nos anexos (6, 7, 9, 10, 14).

2) Que a atividade seja exercida com exposição habitual e permanente ao risco insalubre na sua atividade;

Para a análise de elegibilidade do adicional de periculosidade por:

a) Radiação ionizantes se dará quando o colaborador atender simultaneamente as três diretrizes abaixo, conforme a legislação específica:

- Ingressar, permanecer e exercer atividades em área controlada, onde ocorra a emissão de radiações ionizantes, conforme estabelecido no plano de proteção radiológica - PPRad;
- Exercer atividade com exposição habitual e permanente à radiação ionizante;

- Ser considerado indivíduo ocupacional mente exposto e utilizar dosímetro pessoal e intransferível.

b) b) Desenvolver atividade com exposição a eletricidade, os trabalhadores serão elegíveis quando:

- Executar atividades ou operações em instalações ou equipamentos elétricos energizados em alta tensão;
- Se laudos técnicos indicarem, com base na legislação e outras decisões da SBIBAE Para fins desta norma entende-se como habitual e permanente a exposição continuada ao agente.

A exposição eventual, fortuita ou por tempo extremamente reduzido (frações de segundo) ao agente é aquela que apresenta tempo máximo total de exposição da jornada de trabalho.; A exposição intermitente é aquela caracterizada por apresentar tempo total de exposição superior ao da exposição eventual e inferior ao da exposição permanente e ocorrida de forma aleatória.;

As exposições em caráter intermitente ou eventual não caracterizam o direito à percepção de adicional;

Não terá direito ao adicional, o colaborador, que transitar ingressar e/ou permanecer em área de risco por interesse próprio ou em caráter eventual.

Não terá direito ao adicional, o colaborador que tenha exposição intermitente, eventual, fortuita ou por tempo extremamente reduzido (frações de segundo).

DO ACÚMULO DE ADICIONAIS:

O esclarecimento sobre o acúmulo dos adicionais de insalubridade e periculosidade é previsto no parágrafo 2º do artigo 193 e, também, constante no item 15.3 da Norma Regulamentadora nº 15:

"Art. 193. (...) § 2º - O empregado poderá optar pelo adicional de insalubridade que porventura lhe seja devido.

" E ainda conforme o Item 15.3 da NR 15: "No caso de incidência de mais de um fator de insalubridade, será apenas considerado o de grau mais elevado, para efeito de acréscimo salarial, sendo vedada a percepção cumulativa."

ADMISSÕES:

A cada semana em que há admissões, o RH envia por e-mail a relação de novos funcionários contendo DRT, nome, centro de custo, setor, cargo e gestor responsável.

Todos os cargos constantes na relação são verificados através de planilha matriz para consulta de elegibilidade de adicional de insalubridade e periculosidade. Caso, o cargo/área não conste na planilha matriz, o gestor responsável deve ser contactado para análise e verificação de exposição, bem como deverá ser consultada a descrição de cargo do mesmo.

TRANSFERENCIAS / MOVIMENTAÇÕES:

Após o fechamento de movimentações, o RH envia por e-mail a relação de funcionários transferidos/movimentados contendo DRT, nome, Unidade organizacional, cargo e centro de custo anterior e cargo e centro de custo proposto. Esta relação deve conter apenas as pessoas que sofreram alteração de cargo e/ou área não sendo analisadas movimentações referentes a alterações de posição, jornada de trabalho e aumento salarial.

Após a verificação de elegibilidade dos cargos, os adicionais devem ser lançados ou retirados no sistema SAP através da transação ZHR292, entre o prazo estipulado pelo RH para fechamento de folha, e a planilha para conferência devem ser preenchidas com a data e responsável pelo lançamento.

OBS.: Caso o cargo/área informado não conste na planilha matriz para consulta de elegibilidade de adicional, o mesmo deve ser analisado e incluído na planilha, que deverá ser atualizada apenas pelos responsáveis por esse processo, em que ficará disponível apenas para consulta dos demais usuários no diretório SESMT.

INFORMAÇÕES / SOLICITAÇÕES DOS GESTORES:

Periodicamente, podem ser recebidos e-mails e solicitações de pagamento e/ou cancelamento de adicionais de funcionários, de acordo com alterações de atividades internas, restrições à exposição (por exemplo, gravidez / radiações ionizantes), onde o cancelamento / lançamento deve ser verificado e posteriormente a solicitação deverá ser atendida e lançada no sistema SAP através da transação PA30.

7. RESPONSABILIDADES

Serviços de R.H. / Planejamento e Remuneração
Segurança do Trabalho
Gestor/Liderança do Setor ou Departamento
Saúde Corporativa
Engenharia Clínica (Física)

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Lançamento manual com risco de caracterizar ou descaracterizar algum colaborador elegível ou não ao adicional de insalubridade e/ou periculosidade

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Profissional com experiência e capacitação técnica em Segurança do Trabalho. Capacitação e bons conhecimentos para operar os sistemas SAP e SOC.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Sempre que houver uma mudança na lei ou novos integrantes na equipe que atuaram nesta frente de trabalho.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Planilha matriz para consulta de elegibilidade de adicionais; - Relatórios extraídos do SAP - Relatórios extraídos do SOC

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Número de SAC referente aos adicionais.

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Normas Regulamentadoras 15 e 16 da Portaria 3214/78 do Ministério do Trabalho

Decreto nº 93.412, de 14/10/1986.

Artigo 193 CLT do Decreto Lei nº 5.452 de 01 de maio de 1943

Convenções Coletivas

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Laudos Técnicos de Insalubridade e Periculosidade.

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Dario Rodrigues de Lima - 18/05/2023 - 14:02 05/2023

Dario Rodrigues de Lima Elaboração de documento

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA DO TRABALHO SAÚDE E MEIO AMBIENTE PARA PRESTADORES DE SERVIÇOS

1. OBJETIVO

Este procedimento foi elaborado para nortear empresas prestadoras de serviços na SBIBIAE, que recebem o texto abaixo, entre aspas:

"Desejamos que nossa relação seja a melhor possível, centrada no mais alto profissionalismo. Somos uma grande empresa e como tal temos muitas situações a serem administradas.

Para trabalhar em nossas unidades é preciso que conheça e siga nossas normas e procedimentos, o que evitará uma série de problemas, garantindo a continuidade da nossa aliança comercial.

Por meio deste procedimento, será possível:

- Elaborar orçamentos dentro da realidade exigida pela SBIBAE, em especial no tocante aos aspectos de Segurança do Trabalho;
- Conhecer o procedimento correto para o acesso de seus empregados às nossas dependências;
- Realizar trabalhos de forma segura, prevenindo os incidentes.

Enfim, trata-se de um documento cujo objetivo é uniformizar a conduta de todas as empresas contratadas que prestam serviços à SBIBAE.

O compromisso da SBIBAE é proporcionar um ambiente de trabalho seguro e saudável para todos os seus colaboradores e prestadores de serviços que estejam desempenhando suas atividades em quaisquer de suas unidades.

Este informativo tem o objetivo de:

- Estabelecer as exigências mínimas no que se diz respeito à Segurança do Trabalho para as contratadas que exerçam atividades ou prestem serviços nas instalações da SBIBAE;
- Reduzir e/ou eliminar os riscos de incidentes do trabalho e exposição aos riscos ocupacionais destes;
- Preservar, acima de tudo, a integridade física e a saúde de colaboradores e prestadores de serviços, garantindo assim que estes possam exercer com segurança as suas atividades.

As Normas Gerais aqui mencionadas não representam tudo o que se pode dizer sobre Prevenção de Incidentes. São apenas algumas recomendações e referências relacionadas às situações encontradas no dia a dia em nosso ambiente de trabalho que irão ajudar a evitar acidentes de qualquer natureza.

A área requisitante do serviço e a segurança do trabalho fiscalizarão o cumprimento desse procedimento, e, em caso de irregularidade, tomarão as medidas de acordo com as necessidades, podendo, inclusive, paralisar as atividades da contratada. As paralisações terão os seus custos absorvidos pela empresa contratada, eximindo, desde já, a SBIBAE de quaisquer ônus.

As exigências se fundamentam na Portaria no 3.214, de 08 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho e suas Normas Regulamentares, obrigatórias em todo território nacional, além de políticas corporativas e locais da SBIBAE, bem como orientações da equipe da segurança do trabalho.

A não observância das normas aqui apresentadas, bem como a caracterização de comportamentos inseguros, poderá fazer com que o infrator seja impedido de continuar a trabalhar em nossas dependências. Nos casos que forem considerados graves, a SBIBAE poderá vir a suspender o contrato temporariamente ou mesmo rescindilo, podendo pedir o ressarcimento à contratada, dos prejuízos causados ou, ainda, aplicar as penalidades administrativas previstas nos contratos, acrescidas de valores apurados a título de perdas e danos.

Os prestadores de serviços deverão orientar toda a sua equipe, previamente, quanto às exigências de segurança da SBIBAE.

A empresa terceirizada tem a responsabilidade de adotar ações disciplinares para seus empregados e subcontratados que não seguirem as determinações deste procedimento.

Para o desenvolvimento do serviço, objeto do contrato, as empresas contratadas deverão observar e cumprir rigorosamente as Normas Regulamentadoras da Portaria no 3.214/78 (Ministério do Trabalho).

A contratada poderá ser avaliada durante a execução e após o encerramento da prestação de serviços, com relação a seu desempenho em questões da saúde e segurança do trabalho. Esta avaliação poderá ser feita conjuntamente pelo departamento de segurança do trabalho e pela área que requisitou e/ou utilizou os serviços. Em eventuais futuras contratações serão levadas em conta o desempenho da contratada em trabalhos anteriores.

A SBIBAE reserva-se o direito de solicitar a substituição de qualquer empregado do prestador de serviços que porventura não venha a cumprir os procedimentos de segurança da empresa.

A interdição ou suspensão dos trabalhos pela fiscalização da SBIBAE, ocorridos por descumprimento às Normas, Procedimento, Manuais de Segurança, não serão consideradas, em hipótese nenhuma, como justificativa de atrasos para a entrega dos serviços ou outras reivindicações contratuais. Todos os incidentes são evitáveis. Este propósito deve ser atendido por todas as empresas contratadas.

Suportar o processo de garantia de que os incidentes, com e sem lesão, envolvendo prestadores/ terceiros sejam devidamente comunicados, registrados e investigados, incluindo os incidentes ambientais;

Determinar o fluxo a ser seguido pelos prestadores/terceiros em toda SBIBAE, para a comunicação e tratativa dos incidentes;

Auxiliar na determinação das causas imediatas e causas raízes dos incidentes, bem como as ações necessárias; Controlar os riscos."

2. DEFINIÇÕES

Trata-se de um procedimento com objetivo de facilitar os trabalhos e uniformizar a conduta de todas as empresas contratadas que prestam serviços à SBIBAE (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein), de modo que a relação comercial seja a melhor possível, centrada no mais alto profissionalismo associado a padrões de excelência em saúde e segurança do colaborador, sustentabilidade e meio ambiente. Por meio deste documento será possível:

- Elaborar orçamentos dentro da realidade exigida pela SBIBAE, em especial no tocante aos aspectos de Segurança do Trabalho;
- Conhecer o procedimento correto para o acesso de seus empregados às nossas dependências;
- Realizar trabalhos de forma segura, prevenindo os incidentes.

Outras definições:

APR: Análise Preliminar de Risco.

ART: Anotação de Responsabilidade Técnica.

ASO: Atestado de Saúde Ocupacional. BO: Boletim de Ocorrência.

CA: Certificado de Aprovação.

CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho.

CETESB: Companhia Ambiental do Estado de São Paulo.

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CONTRAN: Conselho Nacional de Trânsito.

CTPS: Carteira de Trabalho e Previdência Social.

CID: Classificação/Código Internacional de Doenças.

DANOS AO MEIO AMBIENTE: Incidente que resulta, por exemplo, em derramamentos ou vazamentos para o ar, solo ou água.

DSS: Diálogo Semanal de Segurança.

DDS: Diálogo Diário de Segurança.

DOENÇA PROFISSIONAL: aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho, ou seja, é aquela causada por agentes físicos, químicos, biológicos ou ergonômicos inerentes à certas funções ou atividades.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

EPC: Equipamento de Proteção Coletiva.

FISPQ: Ficha de Informações de Segurança do Produto Químico.

HIAE: Hospital Israelita Albert Einstein.

IIRS: Programas Governamentais: É composto pelas unidades de parceria público-privada: Atendimento Médico Ambulatorial (AMA), Atendimento Médico Ambulatorial Especializado (AMAE), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Residência Terapêutica (SRT) e UPA Campo Limpo.

INCIDENTE: Acontecimento não desejado que resulte (ou tenha potencial de resultar) em danos às pessoas (lesões ou doenças), à propriedade, ao meio ambiente e / ou perdas no processo.

I**NCIDENTE AMBIENTAL:** Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em danos ao meio ambiente.

INCIDENTE TÍPICO: Ver definição incidente de trabalho com lesão.

INCIDENTE DE TRABALHO COM LESÃO: É o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando uma lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução permanente ou temporária da capacidade do trabalho. Equiparam-se a este as doenças ocupacionais e os acidentes de trajeto.

INCIDENTE DE TRABALHO SEM LESÃO: É o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando uma lesão corporal ou perturbação funcional com danos leves e que não necessitem de cuidados médicos.

INCIDENTE DE TRAJETO: É o que ocorre no percurso da residência para o local de trabalho ou vice versa, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do prestador/terceiro, desde que não haja interrupção ou alteração de percurso por motivo alheio ao trabalho.

INCIDENTE BIOLÓGICO: É um incidente de trabalho onde há exposição aos agentes biológicos por meio de materiais perfurocortantes, mordeduras humanas e contato com fluídos corpóreos (como sangue, saliva, urina e outros).

INCIDENTE COM PERDA MATERIAL: Evento que resulta em danos ao meio ambiente, equipamentos ou propriedade e / ou perdas no processo.

NBR: Norma Brasileira. NR: Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho.

MTB: Ministério do Trabalho e Emprego.

NOI: Notificação de Ocorrência Interna, instrumento para notificação de Incidentes.

PACIENTE EXPOSTO: Corresponde à pessoa que se envolveu no acidente, o acidentado.

PAE: Plano de Atendimento Emergencial.

PCMSO: Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional. PJ: Pessoa Jurídica.

PRESTADORES/TERCEIROS: Colaboradores de empresas contratadas pelo Einstein que atuam nas dependências da SBIBAE. Incluem-se os estagiários de escolas e faculdades sem vínculo com a marca Einstein e médicos PJ.

PRESTADOR DE SERVIÇO AUTONOMO: é o trabalhador que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com a assunção de seus próprios riscos, sendo certo que esta prestação de serviços há de ser eventual e não habitual.

PCMAT: Programa de Controle do Meio Ambiente de Trabalho na Construção Civil.

PPRA: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. PT: Permissão de Trabalho.

PEMT: Plataforma Elevatória Móvel de Trabalho

QP: Quimioprofilaxia

QUASE INCIDENTE (NEAR MISS): É uma situação em que um incidente quase ocorreu, ou seja, não houve lesão, perda material, perda ambiental ou qualquer outra perda.

RISCO: Probabilidade de um incidente ocorrer.

SAP: Sistema ERP da SBIBAE.

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

SGI: Sistema de Gestão Integrada.

SESMT: Serviço Especializado em Segurança e Medicina Do Trabalho.

SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

SINAPSE: Sistema de Notificação de Aprendizagem em Segurança.

UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Estas diretrizes são aplicáveis para todos os seus prestadores de serviços fixos ou esporádicos em todas as instalações da SBIBAE, por exemplo, Morumbi, Faculdade CEP, Vila Mariana, Perdizes, Alto de Pinheiros, Alphaville, Ibirapuera, Programas Governamentais, Jardins, Hospital Municipal da Vila Santa Catarina, Chácara Klabin, Francisco Morato, Pinheiros, NTO, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Mogi das Cruzes, Goiânia e entre outras unidades que venham a ser adquiridas

Indicado para todos os prestadores/terceiros (fixos ou não fixos) nas instalações da SBIBAE.

Importante: Incidentes envolvendo prestadores de serviço e terceiros não serão contabilizados no dashboard de indicadores institucionais. São controlados no dashboard de prestadores de

serviços. Da mesma forma não serão emitidas CAT pela SBIBAE; a mesma deverá ser providenciada, quando indicada, pela própria empresa contratada. O fluxo de atendimento para incidentes com prestadores/terceiros, será descrito nesse documento.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Material eletrônico disponível em cópia controlada formato PDF no portal do Einstein para prestadores de serviço.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

As Regras de Ouro da Segurança devem ser devidamente obedecidas por todos os prestadores de serviços fixos ou esporádicos em qualquer instalação da SBIBAE. São elas:

Regra 1: SEGURANÇA - só execute se estiver seguro – Nenhuma tarefa é tão importante que não possa ser executada com segurança

Regra 2: CONSCIÊNCIA - nunca ignore uma situação ou ato inseguro – Todos tem autoridade e dever para interromper atividades e atitudes inseguras.

Regra 3: ADESÃO – mantenha-se atualizado e sempre siga os protocolos e procedimentos de instituição.

Regra 4: MOBILIDADE – preste atenção ao caminhar dentro e fora da sua unidade de trabalho.

Regra 5: COMUNICAÇÃO - todos os incidentes devem ser imediatamente comunicados e tratados.

6. DESCRIÇÃO

Descrito abaixo o passo a passo para o atendimento ao Procedimento.

Diálogos de Segurança

Antes do início das atividades (em todos os turnos), a execução dos diálogos de segurança nas periodicidades diária (DDS) e/ou semanal (DSS) é obrigatório por parte de todas as empresas terceirizadas fixas e/ ou esporádicas.

A ferramenta pode ser feita tanto por integrantes da empresa terceirizada, quanto por representantes da SBIBAE, principalmente no caso de terceirizadas menores com serviços pontuais e de pequena duração.

A SBIBAE poderá solicitar evidências da execução dos DDS e/ou DSS, bem como realizar o devido acompanhamento. Deverá ser voltado principalmente aos riscos das atividades a serem executadas e as medidas de controle.

Performance em Segurança e Reuniões de Acompanhamento

Periodicamente, representantes da empresa contratada (representante legal, líder do serviço prestado na SBIBAE e técnico de segurança do trabalho) serão convocados a participar de reuniões estratégicas e eventos com a equipe de Segurança do Trabalho da SBIBAE. Apresentações e explicações poderão ser solicitadas pela SBIBAE às empresas terceirizadas com respeito aos incidentes ocorridos, boas práticas, entre outros assuntos.

Para as empresas que faltarem na reunião mensal de terceiros iremos seguir o seguinte fluxo:

- Primero mês não entregue: a empresa será notificada pelo sistema Interact;
- Segundo mês não entregue: convocação dos responsáveis da empresa para alinhamento presencial;
- Terceiro mês não entregue: cumprimento das diretrizes definidas pela Alta Direção da SBIBAE, com retenção do pagamento do mês de referência até regularização.

Nota: Importante reforçar que as empresas terceiras são responsáveis por atualizar os e-mails novos a fim de receberem o convite da reunião mensal.

Auditorias Internas

Mensalmente o SESMT Einstein realizará auditorias internas nas frentes de trabalho fixas, canteiros de obras e setores onde empresas terceiradas realizam suas atividades, a fim de avaliar quesitos de segurança e o cumprimento das Leis Vigentes.

As empresas serão auditadas com base em seu ramo de atuação e as documentações pertinentes deverão estar à disposição no local de trabalho, com os objetivos de:

- Promover uma avaliação independente do sistema de gerenciamento de segurança do trabalho da empresa contratada
- Avaliar e identificar as práticas atuais e situações críticas relacionadas às atividades operacionais
- Verificar se as documentações estão em conformidade com as principais normas/padrões legais relacionadas à segurança do trabalho
- Auxiliar na identificação de situações potenciais (riscos) que possam expor os prestadores de serviço a incidentes e possíveis contingências

Etapa 1 – Comunicação (Gestor do Contrato/ Responsável da empresa) da realização da auditoria. Etapa

2 - Análise das informações disponíveis no local. Etapa

3 - Inspeção da área.

Etapa 4 - Análise e discussão das observações da inspeção da área e das informações disponibilizadas.

Etapa 5 - Verificação das condições físicas e do cumprimento de normas e procedimentos.

Etapa 6 – Compilação das informações e emissão do relatório.

Etapa 7 – Validação do plano de ação

Documentos básicos que devem ficar à disposição no local de trabalho:

- PPRA para trabalhos com duração superior a 30 dias com validade anual;
- PCMAT para trabalhos envolvendo obras com mais de 20 empregados ou com duração superior a 30 dias com validade anual;
- PCMSO para trabalhos com duração superior a 30 dias com validade anual;
- Ficha de fornecimento de equipamentos de proteção individual - EPI (quando aplicável), constando descrição do equipamento fornecido, número do certificado de aprovação (C.A) de cada equipamento e assinatura de recebimento por parte do colaborador que recebeu o EPI;
- Cópia legível do ASO (atestado de saúde ocupacional) específico para a atividade a ser desenvolvida com validade de um ano;
- Certificados de qualificação especial (tabela supracitada no procedimento) de acordo com as atividades a ser realizadas

Nota: Será utilizado checklist de auditoria emitido em duas vias, uma das vias deve ficar no local de trabalho, nas próximas auditorias este checklist servirá de base para a realização da verificação dos apontamentos. No caso de perda ou extravio deste documento a empresa será notificada.

Relatório de Estatística:

Prestadores de Serviços fixos e/ou esporádicos com atividades dentro da instituição acima de 30 dias devem preencher as estatísticas diretamente no sistema, enviando-as do 1° ao 10° dia do mês subsequente.

Caso as informações não sejam enviadas, serão tomadas as seguintes ações:

- Primero mês não entregue: a empresa será notificada pelo sistema Interact;
- Segundo mês não entregue: convocação dos responsáveis da empresa para alinhamento presencial;

- Terceiro mês não entregue: cumprimento das diretrizes definidas pela Alta Direção da SBIBAE, com retenção do pagamento do mês de referência até regularização.

As informações preenchidas referentes aos dados da empresa deverão ser dos colaboradores que estão prestando suas atividades nas dependências da SBIBAE.

Caso ocorrer algum acidente de trabalho (típico ou trajeto) com afastamento, seguir as tratativas abaixo:

- Mencionar o n° da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) junto ao INSS;
- Anexar o documento;
- Anexar o relatório de investigação com o plano de ação.

Link de acesso à estatística:
http://sinapse.einstein.br:80/sa/custom/webtickets/anonymous/access.jsp?ot=%23375.

Este controle será apresentado em reuniões estratégicas com diretores da SBIBAE, portanto, a falta dos dados evidenciará o não preenchimento.

Advertências Gerais:

Proibições nas instalações da SBIBAE:

- portar ou consumir drogas ilícitas ou bebidas alcoólicas;
- portar armas brancas ou de fogo;
- insultos, brigas ou desordens;
- fumar;
- armazenar materiais sem a devida permissão;
- utilizar máquina fotográfica ou filmadora sem a devida permissão;
- trajar camiseta sem mangas, bermudas, chinelos e shorts;
- alimentar-se fora dos locais destinados e liberados para esta atividade;
- receber e efetuar pagamentos em espécie;
- adentrar nas unidades Einstein sem ser pela entrada de funcionários. Caso seja necessário transportar materiais e /ou fazer acesso por outras portarias e recepções deve-se obter prévia autorização da contratante.

O desrespeito à estas advertências são consideradas infrações contratuais, podendo gerar o rompimento do contrato com o prestador de serviço sem qualquer ônus para a SBIBAE que, contudo, poderá, por mera liberalidade, optar por prosseguir com o contrato, advertindo o prestador de serviço, mas, em qualquer um dos casos, sem prejuízo de seu direito de ressarcimento de eventuais perdas e danos. • Não usar máscara de proteção individual ao ingressar e permanecer nas dependências das Unidades Einstein, conforme Lei nº 17.340, de 30 de abril de 2020.

Alimentação:

É proibida a saída dos refeitórios das unidades com alimentos ou bebidas. O fornecimento das refeições aos empregados e subcontratados do prestador de serviço deverá ser acordado com a regras da SBIBAE, sendo vedada ao prestador de serviço que no local do canteiro de obras ou proximidades sejam utilizados fogão, fogareiro ou qualquer outro tipo de propagador de chamas para preparo ou fornecimento de refeição a seus empregados ou subcontratados.

É proibido o uso de aquecedores de alimentação (no caso de eventos) a base de gases ou produtos químicos. Aquecedores elétricos devem ser utilizados para esta ocasião com a devida validação da manutenção elétrica da SBIBAE. Os colaboradores da empresa terceira deverá seguir todas as regras de bom funcionamento do refeitório, tais regras estão à disposição no próprio refeitório da instituição.

Fica vedado também realizar refeições em ambiente não apropriado, por exemplo, calçadas, jardins, praças, muretas, chão e etc., sendo de reponsabilidade da empresa buscar locais adequados. Se necessário buscar auxílio do setor contratante Einstein.

Trânsito Interno de Veículos:

Em caso de necessidade, a SBIBAE autorizará ou não a entrada do veículo conforme a análise da necessidade e condições do local, bem como, regulamentos da Segurança Patrimonial.

A velocidade máxima permitida é de 10 Km/h. Os veículos deverão, quando em trânsito, prosseguir e estacionar em local apropriado, obedecer às normas internas de segurança, estar em perfeitas condições de funcionamento e estado de conservação (conforme CONTRAN) e isentos de vazamentos de óleo, combustível e outros.

Ao estacionar o veículo é obrigatório 'calçar' o veículo. Sempre que necessário realizar carga ou descarga de materiais no interior da Instituição, solicitar informação ao responsável pela contratação do serviço ou pela compra do material o local adequado e regulamentado para tal atividade. Sempre enviar e-mail para cseguranca@einstein.br solicitando liberação de entrada, além de todos envolvidos pela compra dos materiais, equipamentos ou serviços.

Circulação Interna:

Os empregados ou subcontratados do prestador de serviços não poderão circular ou permanecer em áreas que ultrapassem os locais do serviço em questão. Sempre respeitar a preferência para circulação interna de paciente e colaboradores Einstein.

Desta forma é recomendável que prestadores de serviço circulem pelo segundo andar, este andar é considerado de acesso de funcionários onde fica mais fácil a circulação de pessoas, materiais ou cargas.

Deverá ser evitado ao máximo áreas sociais onde há circulação de pacientes, sendo levado em consideração o bom senso de convivência. A SBIBAE reserva-se o direito de exigir do prestador de serviço a retirada imediata do empregado que estiver em descumprimento desta cláusula.

Cadastro de Prestadores de Serviço:

O cadastro dos prestadores de serviços deverá ser realizado no portal do Einstein para Prestadores de Serviço, via internet no link: http://apps.einstein.br/cadastroterceiros/index.html.

As dúvidas, críticas e sugestões devem ser encaminhadas para e-mail terceiros@einstein.br.

A empresa ficará responsável em inserir os documentos obrigatórios atualizados no sistema.

Para maiores informações sobre o fluxo, acessar o item "Preenchimento do Cadastro" disponível na própria página no portal.

Acesso às Instalações da SBIBAE e Controle:

O acesso em todas as unidades Einstein deve ser feito somente pela entrada de funcionários. Caso seja necessário transportar materiais e /ou fazer acesso por outras portarias e recepções deve-se obter prévia autorização da contratante.

Em todas as unidades da SBIBAE, o acesso só poderá ser realizado com o devido uniforme e com a respectiva identificação pessoal (crachá da empresa prestadora de serviço/terceiro).

Todos devem estar providos de documento pessoal com foto para os devidos cadastros. Cada unidade fará seu devido cadastro conforme normas locais.

Além dos itens descritos acima e no decorrer deste procedimento, devem-se levar em consideração os requerimentos do documento Política de Obras e Reformas com Foco em Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar do HIAE. O documento tem o intuito de prevenir infecções hospitalares relacionadas à realização de obras, reformas, construções e atividade de reparo dentro ou próxima ao hospital. Devem ser alinhados junto ao responsável Einstein pela contratação dos serviços, SCIH e o próprio prestador de serviços à forma correta para realização das atividades a serem desenvolvidas a fim de evitar possíveis meios de propagação de fontes de contaminação.

Sem aviso prévio, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar se reserva ao direito de realizar inspeções "in loco" a fim de verificar se estão sendo seguidas as diretrizes contidas no documento Política de Obras e Reformas.

Documentação para Acesso às Instalações da SBIBAE:

O prestador de serviço, após fechar o contrato com a SBIBAE, deve cadastrar no sistema todas as documentações necessárias indicadas abaixo (relacionadas à segurança do trabalho) para o time da segurança do trabalho do Einstein, com antecedências de 01 a 05 dias úteis, para a devida análise como fluxo indicado no item anterior.

O prestador de serviço deverá fornecer todos os acessórios e dispositivos de segurança (EPIs e EPCs), adequados às atividades (botas e vestimentas especiais para eletricistas, máscaras, luvas, óculos, protetores faciais, cintos de segurança tipo paraquedistas com duplo talabarte, trava-quedas, perneiras, mangotes, aventais de couro, equipamentos de resgate em altura e espaços confinados, exaustores, capacetes, instrumentos de monitoramento de ar, lanternas, entre outros) e em bom estado de conservação, para todos os seus empregados e subcontratados, de modo a garantir a execução dos serviços.

O prestador de serviço também deve contratar em seu próprio nome todos os operários e empresas necessárias para a realização dos trabalhos, responsabilizando-se por todos os riscos e incidentes de trabalho ocorridos com seus empregados e subcontratados, sejam materiais ou pessoais que porventura existam.

Toda a mão-de-obra terceirizada deverá apresentar a seguinte documentação:

- cópia do RG (registro geral) ou documento de identificação de estrangeiro e CPF (cadastro pessoa física);
- ficha de fornecimento de equipamentos de proteção individual - EPI (quando aplicável), constando descrição do equipamento fornecido, número do certificado de aprovação (C.A)

de cada equipamento e assinatura de recebimento por parte do colaborador que recebeu o EPI;

- cópia legível do ASO (atestado de saúde ocupacional) específico para a atividade a ser desenvolvida com validade de um ano; • cópia legível da Ficha de registro de empregado; • cópia legível da CTPS (carteira de trabalho e previdência social) - folha foto, dados pessoais e registro na empresa; • contrato de prestação de serviço com reconhecimento de firma em cartório; • certificado de treinamentos específicos (exemplo: altura, eletricista, etc.) correspondente a atividade que o funcionário irá realizar e com conteúdo programático correspondente;
- PGR para trabalhos com duração superior a 30 dias com validade anual;
- PCMAT para trabalhos envolvendo obras com mais de 20 empregados ou com duração superior a 30 dias com validade anual;
- PCMSO para trabalhos com duração superior a 30 dias com validade anual;
- constituição da CIPA conforme NR 05, quando aplicável. Não havendo obrigação de atendimento a NR 5 (CIPA) para a constituição da CIPA, designar um representante da empresa. Ambos os casos para terceiros fixos ou quando a legislação assim o exigir;

A constituição do SESMT (NR 04) será aplicável da seguinte forma:

- De acordo com estabelecido da NR-04 quando aplicável;
- Exigência da SBIBAE;
- Exigência via contrato de prestação de serviço;
- Trabalhos com duração maior que 30 dias, e com mais de 20 prestadores de serviços (carga horária a ser definida pela SBIBAE);
- Atividades de risco definidas pela SBIBAE;
- Para obras, independente da duração da atividade e do número de empregados, no mínimo, um técnico de segurança deverá fazer parte da equipe da prestadora de serviços (carga horária todo período).

<u>Qualificação Profissional:</u>

- Trabalho especiais

Algumas atividades, devido à previsão em legislação ou mesmo pelo risco que representam, só podem ser desenvolvidas por profissionais devidamente qualificados e tal qualificação deve ser comprovada.

Portanto, antes de iniciar o processo que garantirá o acesso dos empregados dos Prestadores de Serviços na SBIBAE, a tabela "Qualificação Profissional" abaixo deverá ser respeitada, além dos documentos listados acima:

Função/ Atividade	**Equipamento**	**Legislação**	**Documentos Necessários e EPIs especiais**
Operador de veículos industriais	• Empilhadeira • Guindaste • Retroescavadeira • Ponte rolante • Guindauto/Munck • Caminhão • Outros veículos industriais	NR 11	1) Certificado de conclusão do curso de capacitação inicial, realizado por centros de treinamentos reconhecidos pelo sistema oficial (como SENAI) com reciclagem anual (cartão – NR 11.1.6.1 / 12.16.10 2) Plano de Rigging onde *aplicável. 3) Carteira Nacional de habilitação (CNH). Categoria C (mínima) para operador de veículos destinados a movimentação e elevação de cargas.
Trabalho em Altura	• Trabalho em altura a partir de 2 metros acima da superfície ou 1,20 tratando-se de escavação	NR 35 (*)	1) Certificado de conclusão do curso realizado com carga horária mínima de 8 horas e reciclagem anual. 2) Certificado de acesso por corda (02 anos validade)
Funções que desenvolvam trabalhos a quente, ex.: Soldador/ Mec.	• Máquina de solda e conjunto de oxicorte	NR 06 NR 12 (*) NR 15	1) Certificado de conclusão do curso realizado por centros de treinamentos reconhecidos pelo sistema oficial (como SENAI);

Função/ Atividade	Equipamento	Legislação	Documentos Necessários e EPIs especiais
Refrigeração/ Serralheiro/Encanador			2) Comprovação da função de 02 anos no mínimo em carteira de trabalho, mais Ordem de serviço NR 01 com descrição de atividades trabalho a quente.
Eletricista	• Equipamentos e instalações elétricas	NR 10 (*)	1) Certificado de conclusão do curso de qualificação profissional, realizado por centros de treinamentos reconhecidos pelo sistema oficial (exemplo SENAI); 2) Certificado de treinamento na NR 10 com carga horária de 40 horas e reciclagem bienal; 3) Certificado de treinamento na NR 10 – SEP com carga horária de 40 horas e reciclagem bienal (caso aplicável). – Trabalho de alta tensão.
Trabalho em espaço confinado	• Tanques • Forros • Caixas d'água • Galerias • Cisternas • Outros	NR 33 (*)	1) Certificado de conclusão do curso específico realizado por centros de treinamentos reconhecidos pelo sistema oficial (exemplo SENAI) com carga horária de 16 horas para vigias e 40 horas para supervisores.

Função/ Atividade	Equipamento	Legislação	Documentos Necessários e EPIs especiais
Trabalho com Produtos Químicos	• Tintas e diluentes • Outros produtos químicos	NR 06 NR 15	1) Envio de todas as FISPQs com uma semana de antecedência para análise e aprovação (ou não) pela segurança do trabalho, saúde e meio ambiente da SBIBAE.
Uso de Ferramentais Gerais	• Pistola finca pinos à pólvora • Ferramentas rotativas e pneumático, ex.: Lixadeira, Grampeador	NR 12 NR 18	1) Certificado de capacitação NR 12 na operação do equipamento, com carga horário no mínimo de 08 horas.

Para aquisição de equipamentos, processos, sistemas operacionais, sistema de prevenção de quedas, entre outros, também é exigida uma ART (onde aplicável) e comprovante de pagamento, de acordo com requisitos vigentes do CONFEA. A ART também será exigida para sistemas temporários, onde aplicável, como apoio, por exemplo, à implantação e execução de obras e instalações.

- Documentação para Estrangeiros

Quando da necessidade da contratação de prestadores de serviços provenientes de outro país, ou quando da entrega e montagem de equipamentos importados com equipes estrangeiras, fazem-se necessárias algumas documentações pessoais quando as exigidas no Brasil (ASO, por exemplo) não são aplicáveis:

- Laudo médico atestando que o profissional está apto para exercer as suas atividades, indicando a especialidade, onde aplicável;
- Declaração de responsabilidade da empresa pelo profissional;
- Cópia legível do passaporte;
- Declaração ou certificados de aptidão para o exercício da função (certificado de curso de formação, especialização técnica, por exemplo).

A documentação referente ao processo da atividade em si, como, por exemplo, Plano de Rigging, APR e PT, onde necessário, continuam sendo obrigatórias conforme descrito acima.

- Documentação para início das atividades de riscos na SBIBAE

Antes do início das atividades, as seguintes documentações são necessárias (dependendo da atividade, outros documentos podem ser requisitados) após a aprovação de toda a documentação pessoal.

APR de toda a atividade devidamente aprovada pela Segurança do Trabalho da SBIBAE e PT específica e quando necessária. Dependendo da atividade, mais de uma PT poderá ser requerida. Outros documentos devem ser verificados quando necessário.

Nota: A empresa prestadora de serviços é responsável pelo controle de vencimento dos documentos de seus colaboradores, devendo sempre encaminhar através do e-mail terceiros@einstein.br os documentos atualizados para serem inseridos nos respectivos cadastros de seus funcionários. Os certificados de comprovação de capacitação devem ser inseridos no sistema de cadastro obrigatoriamente no formato PDF e digitalizados colorido, certificado inseridos contrários a esta obrigatoriedade terão o cadastro ignorado.

Em caso de indícios de inconsistências nas informações contidas nos documentos cadastrados ou enviados, o referido documento e informações serão encaminhados imediatamente para os setores Jurídico, Compliance e Contratante, e solicitaremos apresentação do documento original. Confirmando a suspeita, uma comissão discutirá caso a caso com as multiáreas envolvidas, onde tomarão as devidas tratativas, podendo a empresa ser até bloqueada na SBIBAE.

- Integração de SSMA

Uma vez contratado, de posse do pedido de compras, contrato de confidencialidade devidamente assinado entre as partes (onde aplicável) e contrato de prestação de serviço devidamente assinado entre as partes, os Prestadores de Serviços deverão participar da Integração de SSMA. Todos os colaboradores dos Prestadores de Serviços externos e subcontratados deverão participar da integração. A integração tem validade de um ano, devendo ser refeita para a continuidade da permanência do profissional na SBIBAE.

Importante: A empresa prestadora de serviços é responsável pelo controle de vencimento das integrações de seus colaboradores, devendo solicitar anualmente, ou quando pertinente agendamento da renovação da integração.

A integração de SSMA (segurança, saúde e meio ambiente) de Prestadores de Serviços pode ser realizada no formato presencial ou à distância (online), através de vídeo enviado por e-mail e instruções via link.
Apenas estarão aptos a participar da integração, os colaboradores cujos exames médicos e documentos de acesso e início de trabalho tenham sido entregues para a SBIBAE antes da integração.

- Análise Preliminar de Riscos – APR

APR é um documento que descreve os riscos envolvidos e controles para a realização de uma tarefa (passo-apasso) considerada de alta complexidade.
Para as atividades complexas, independente da sua duração, uma APR deverá ser aberta. Para prestadores de serviços fixos, a APR deverá ser substituída por um procedimento operacional. Em algumas ocasiões (por exemplo, serviços esporádicos) poderá ser exigido a APR, ficando a critério da Segurança do Trabalho a definição.
A APR estará disponível em duas versões (eletrônica e impresso), na versão eletrônica a mesma deverá ser entregue 02 dias (uteis) com antecedência para apreciação. As APRs são emitidas em duas vias, (onde as duas vias devem ser assinadas), devendo uma via ser entregue para segurança do trabalho e outra via permanecer no local da atividade.
A APR deve ser elaborada pelo:

- executor do serviço (terceiro); e
- representante da segurança do trabalho da empresa terceirizada.

A APR deverá ser exposta no local do serviço e todos os envolvidos devem ser treinados na mesma antes do início do serviço.
O responsável pelo serviço deverá providenciar todos os recursos preventivos indicados na APR, além de aplicar o treinamento aos executantes, coletando todas as assinaturas necessárias. Nenhum profissional poderá executar a tarefa em questão sem que tenha sido devidamente treinado e que sua assinatura conste no documento. Fica terminantemente proibido acréscimo de colaborador na relação da APR com caneta, somente de forma eletrônico.
OBS.: Caso ocorra qualquer irregularidade durante o serviço com um incidente com ou sem lesão, ou mudança das características das atividades a APR deverá será revalidada.

- PT (Permissão de Trabalho) para execução de trabalhos especiais

Trabalhos Especiais são aqueles que necessitam de uma permissão especial da Segurança do Trabalho antes da realização. Para algumas atividades a liberação do Bombeiro da unidade

também será necessária (esta informação consta no campo de assinatura da liberação de serviço). Á esta liberação especial chamamos de PT

– Permissão de Trabalho. Alguns destes trabalhos estão listados abaixo. Outras atividades podem ser consideradas como especiais e exigir uma permissão especial antes da sua execução. Permissão de Trabalho é um guia de precauções que devem ser observadas para a realização de tarefas específicas.

São utilizadas PTs para as seguintes atividades complexas:

- Trabalho em Altura;
- Trabalho em Espaço Confinado;
- Trabalho a Quente;
- Trabalho em Serviço com Eletricidade;
- Trabalho com Movimentação de Cargas;
- Trabalho com Escavação;
- Trabalho com Ferramentas Manuais.

A permissão de trabalho deve ser preenchida e assinada pelo:

- Representante da segurança do trabalho da empresa terceirizada;
- Profissional da seg. do trabalho da empresa terceirizada.

Importante: As empresas terceirizadas devem utilizar os formulários disponibilizados pela SBIBAE, sendo que qualquer serviço de terceiros (indicados supracitados) somente poderá ser realizado após a elaboração e aprovação da APR acompanhada por uma PT.

Sempre uma via da PT deverá permanecer com o executante no local da atividade ao lado da APR correspondente e nenhuma PT poderá ser emitida sem a respectiva APR.

As PTs não podem ser rasuradas e prorrogadas, se necessário outra PT deverá ser aberta. Somente poderá ser preenchidos momentos antes do início da atividade e no local da atividade. As PTs só podem ser preenchidas momentos antes do início da atividade e no local da atividade. As PTs devem permanecer arquivadas por 5 anos e devem ser aprovadas pelos profissionais listados nos próprios formulários, caso ocorra qualquer incidente, a PT deverá ser interrompida e outra deverá ser aberta.

No caso de emergência que obriga o abandono do local, no seu retorno, a PT deverá ser refeita. Todos os comunicados, programações de atividades devem ser enviados por e-mail pelo responsável (Einstein) seguindo o formato padrão institucional e as solicitações de liberação de serviço devem ser avisadas antecipadamente (24 horas uteis) para o e-mail

terceiros@einstein.br. Aos finais de semana, emenda e feriado a comunicação da atividade de risco deve anteceder no dia útil.

As PTs não podem ser rasuradas e prorrogadas, se necessário outra PT deverá ser aberta. Somente poderá ser preenchidos momentos antes do início da atividade e no local da atividade. As PTs só podem ser preenchidas momentos antes do início da atividade e no local da atividade.

Trabalho em Altura

É toda a atividade que se realiza sobre o telhado, pavimento, piso, plataforma, escadas ou armações, cujo posto de trabalho proporciona risco de queda de empregados, de uma altura igual ou superior a dois metros (2 metros), por inexistência de uma proteção.

Abaixo as recomendações gerais com relação ao trabalho em altura. Outras podem ser verificadas na NR 18 e durante a elaboração da APR.

Apresentar habilitação específica para esta atividade.

É obrigatório o uso de dispositivos de segurança contra quedas exigidos na Norma Regulamentadora, amarrado junto à uma estrutura do prédio ou a um cabo de segurança, aprovada pela SBIBAE, em altura superior a 2,00 metros e onde haja risco de queda, assim como o capacete com jugular.

Possuir atestado de saúde ocupacional específico para atividade em altura, conforme diretrizes da Norma Regulamentadora 35

Quando o trabalho for executado onde haja pessoas por perto ou por baixo, deve ser estudado com o líder da área juntamente com a segurança do trabalho da SBIBAE, um horário para execução do mesmo, ou seja, sem pessoas no raio de ação do trabalho em altura. O mesmo vale para trabalhos acima de equipamentos em funcionamento.

Trabalhos com ferramentas, peças, ferragens ou outro material qualquer, devido haver risco de queda, as pessoas que estiverem trabalhando embaixo, deverão utilizar o capacete e ainda estas ferramentas, quando possível, devem estar amarradas, impedindo a sua queda.

Fazer sinalização/ isolamento da área ao redor do local, com cones, correntes, cerquites e outros, de modo a impedir o acesso de pessoas que não estejam envolvidas na operação (no perímetro próximo da atividade). É permitido o uso de fita zebrada como meio de delimitação e isolamento de área em atividades corriqueiras, não excedendo o período de 24 horas da área isolada. Em áreas de grande de grande perímetro, consultar o SESMT para isolar a área. Não realizar

atividades sobre telhados ou qualquer outra área externa em dias de chuva, ventanias ou com o telhado molhado.

Fica vedado o uso de cavaletes para acesso em altura, possibilitando instabilidade na base de apoio ao transitar nas pranchas.

Sempre que utilizar andaimes, certifique-se que este esteja apoiado em uma superfície firme e plana e que esteja devidamente travado.

Não é permitido movimentar andaimes com pessoas e materiais sobre o mesmo.

Plataforma Elevatória Móvel de Trabalho - PEMT

De acordo com NR18 a plataforma elevatória é o equipamento móvel, autopropelido ou não, dotado de uma estação de trabalho (cesto ou plataforma) e sustentado em sua base por haste metálica (lança) ou tesoura, capaz de erguer-se para atingir ponto ou local de trabalho elevado.
A PEMT deve atender às especificações técnicas do fabricante quanto à aplicação, operação, manutenção e inspeções periódicas, e deve ser dotada de:

- dispositivos de segurança que garantam seu perfeito nivelamento no ponto de trabalho, conforme especificação do fabricante;
- alça de apoio interno;
- sistema de proteção contra quedas que atenda às especificações do fabricante ou, na falta destas, ao disposto na NR-12;
- botão de parada de emergência;
- dispositivo de emergência que possibilite baixar o trabalhador e a plataforma até o solo em caso de pane elétrica, hidráulica ou mecânica;
- sistema sonoro automático de sinalização acionado durante a subida e a descida;
- proteção contra choque elétrico;
- horímetro.

<u>Operação:</u>

Os manuais de operação e manutenção da PEMT devem ser redigidos em língua portuguesa e estar à disposição no canteiro de obras ou frentes de trabalho.
É responsabilidade do usuário conduzir sua equipe de operação e supervisionar o trabalho, a fim de garantir a operação segura do equipamento.
Cabe ao operador, previamente capacitado pelo empregador, realizar a inspeção diária do local de trabalho no qual será utilizada os equipamentos.
Todos os trabalhadores na PEMT devem utilizar SPIQ conectado em ponto de ancoragem definido pelo fabricante.

Capacitação:

A capacitação, quando envolver a operação de máquina ou equipamento, deve ser compatível com a máquina ou equipamento a ser utilizado.

Os treinamentos devem possuir avaliação de modo a aferir o conhecimento adquirido pelo trabalhador, exceto para o treinamento inicial.

A capacitação deve contemplar o conteúdo programático estabelecido pelo fabricante, abordando, no mínimo, os princípios básicos de segurança, inspeção e operação, de forma compatível com o equipamento a ser utilizado e com o ambiente esperado.

A comprovação da capacitação deve ser feita por meio de certificado e de forma presencial, com carga horaria de 04 horas e validade bianual (02 anos) – vide Quadro 1 da NR 18.

É vedado:

- utilização de pranchas, escadas e outros dispositivos que visem atingir maior altura ou distância sobre a PEMT;
- utilização da PEMT como guindaste;
- realização de qualquer trabalho sob condições climáticas que exponham trabalhadores a riscos;
- operação de equipamento em situações que contrariem as especificações do fabricante quanto a velocidade do ar, inclinação da plataforma em relação ao solo e proximidade a redes de energia elétrica;
- utilização da PEMT para o transporte de trabalhadores e materiais não relacionados aos serviços em execução.

Considerações gerais para uso e acesso com escadas

Abaixo as recomendações gerais com relação ao uso de escadas. Outras podem ser verificadas na NR 18 e durante a elaboração da APR.

Utilize sempre o corrimão, quando existir;

Não subir ou descer escadas com as mãos no bolso. Não colocar ou deixar qualquer coisa sobre os degraus;

Não obstruir as escadas e em torno delas na distância de um metro e evitar utilizar escadas levando objetos pesados e/ou grades nas mãos;

Não usar móveis, cadeiras ou material empilhado como escada;

Só usar escadas de mão em bom estado, sem rachaduras, sem degraus quebrados ou podres, sem laterais frouxas e entre outros;

Escadas de madeira não podem ser pintadas, somente de fibra;

Antes de usar a escada verifique se ela está apoiada em uma superfície nivelada e resistente. Para escada de uma perna, colocá-la formando um ângulo de aproximadamente 75 graus com o chão. Escadas duplas deverão ter trava de corrente. A escada de extensão deverá ter a corda, roldana e trava em perfeitas condições;

As escadas de encosto não devem ter mais de 7 metros (escadas de extensão não devem ter mais de 12 metros);

As escadas de extensão não devem ter suas partes separadas, para evitar a quebra de polias e a danificação dos engates;

As escadas de abrir não devem ter mais de 6 metros de extensão, devendo ser abertas até o fim do seu curso, com o tirante limitador bem encaixado, antes de ser usada;

As escadas deverão ter bases antiderrapantes;

A escada deve ser provida de dobradiças com afastadores e limitadores de abertura com sistema antibeliscão, que evite lesão na mão do trabalhador;

Os limitadores de abertura deverão estar totalmente estendidos (abertos) quando a escada estiver em uso;

Não colocar a escada próxima a uma porta, a menos que esta esteja trancada ou haja alguém tomando conta. Sinalize os dois lados da porta com cones de segurança;

Subir na escada de frente, sem carregar cargas e pesos. Se for necessário manusear objetos ao usar a escada, subi-los ou baixá-los por meio de uma corda. Não pegar objetos afastados além do comprimento de um braço, quando estiver na escada. Somente uma pessoa de cada vez deve subir na escada;

É proibido fixar ou apoiar a escada sobre mesas, ou qualquer outro tipo de apoio que permita que a mesma se movimente ou balance;

O último degrau deve estar aproximadamente um metro acima da área onde for necessário realizar a atividade ou então nessa altura acima do nível do telhado;

É proibido utilizar escadas improvisadas como uso de arames, cordas, fios, correntes e outros materiais para substituir os limitadores de abertura, fabricadas na obra.

Considerações com Andaimes

Abaixo as recomendações gerais com relação ao uso de andaimes. Outras podem ser verificadas na NR 18 e durante a elaboração da APR, principalmente para outros tipos de andaimes.

Deverão ser seguidas as regras dispostas na NR-18 da portaria 3.214/78 e:

as torres de andaimes não podem exceder, em altura, quatro vezes a menor dimensão da base de apoio, quando não estaiadas.

é proibido trabalho em andaimes apoiados sobre cavaletes que possuam altura superior a 2,00m (dois metros) e largura inferior a 0,90m (noventa centímetros).

devem ser tomadas precauções de segurança, durante a montagem, desmontagem e movimentação dos andaimes;

devem ser tomadas precauções de segurança, durante a montagem, desmontagem e movimentação dos andaimes;

devem ser gravados nos painéis, tubos, pisos e contraventamentos dos andaimes, de forma aparente e indelével, a identificação do fabricante, referência do tipo, lote e ano de fabricação, será vedada a utilização de andaimes sem as gravações previstas;

toda preocupação deve ser tomada para evitar queda de objetos ou materiais dos andaimes;

não deve haver empilhamento de material sobre os andaimes;

toda movimentação vertical de componentes e acessórios para montagem e/ou desmontagem de andaimes deve ser feita através de cordas ou sistemas próprios de içamento. Não é permitido lançar peças em queda livre;

não é permitido trabalhar em andaimes sob chuva ou vento forte;

os serviços em andaimes nunca devem ser realizados por uma única pessoa;

usar cinto de segurança tipo paraquedista com talabarte duplo para trabalhar em andaimes em altura superior a 2,00 m (o cinto de segurança deverá ser preso em uma estrutura adequada indicada na APR);

é proibido o uso de andaimes improvisados; os mesmos devem ser metálicos e desmontáveis;

andaimes com mais de 1,50 m de altura devem ser providos de escadas ou rampas;

as plataformas dos andaimes deverão ser equipadas com assoalho completo, firmemente seguro, travado, com tábuas de primeira;

todos os andaimes devem ser aprumados e montados em suporte de rodizio ou sapata ajustável;

prover andaimes com parapeito de 0,70m e 1,2m de altura (de distância da base) e rodapé de 20 cm;

não deixar caixas de ferramentas ou outros materiais soltos em cima dos andaimes e retirá-los sempre que não houver alguma pessoa sobre o andaime;

não é permitido "viajar" num andaime móvel quando este estiver sendo movimentado. As ferramentas e materiais devem ser retirados da plataforma antes da movimentação do andaime;

os andaimes móveis devem ser usados em superfícies lisas e niveladas e as rodas devem ser acondicionadas em ferro e ser providas com sistema de travamento.

fazer uso sempre peças boas, tanto da estrutura do andaime, quanto do piso (fechamento de todo vão) e rodapés.

o andaime deverá ter sempre o nível imediatamente inferior à superfície de trabalho o seu piso já colocado.

na desmontagem de andaimes, os operários devem ser orientados para não jogarem as peças no chão. O prejuízo com reposição ou reforma destas peças é de responsabilidade da Contratada.

o local da instalação de algum equipamento de içar deve ser escolhido de modo a não comprometer a estabilidade do conjunto.

os andaimes móveis com mais de 6 m de altura deverão ser obrigatoriamente estaiados.

Andaimes Fachadeiros

Referências básicas:

deverão estar amarrados às construções em linhas de 4 a 6 m e nestas linhas todos os montantes e as escadas de acesso aos vários níveis em posições diferentes, nunca contínuas.

os projetos de andaimes do tipo fachadeiro, suspensos e em balanço devem ser acompanhados pela respectiva ART - Anotação de Responsabilidade Técnica.

as montagens de andaimes dos tipos fachadeiros, suspensos e em balanço devem ser precedidas de projeto elaborado por profissional legalmente habilitado.

Andaimes Suspensos Mecânicos

Referências básicas:

os operários que trabalham em andaimes suspensos a mais de 2m do solo deverão usar cinto de segurança do tipo paraquedista com dispositivo de trava quedas, acoplado a um cabo de segurança que tenha sua extremidade superior fixada na construção e totalmente independente ao andaime.

os cabos de sustentação dos andaimes serão de aço em bom estado de conservação, sendo proibido qualquer outro tipo de material.

diariamente, antes de iniciar os trabalhos, os cabos de sustentação serão inspecionados pelos usuários.

os vãos existentes entre o rodapé e guarda-corpo terão que estar fechados com tela de arame ou outro material com resistência equivalente.

na posição de trabalho, os andaimes suspensos serão fixados a construção evitando movimentos oscilatórios.

necessário ressaltar que todos os serviços em andaimes comuns (simplesmente apoiados) suspensos mecânicos leves ou pesados, devem obedecer às especificações do fabricante e as normas de segurança específicas.

Todos os andaimes deverão ser liberados diariamente pela Segurança do Trabalho da SBIBAE.

Cadeira Suspensa

Todas as atividades em que não seja possível as instalações de andaimes serão permitidas a utilização de cadeira suspensa (balancim individual) após avaliação de riscos.

Acessórios obrigatórios para utilização da cadeira suspensa:

Na utilização do sistema contrapeso como forma de fixação da estrutura de sustentação para atividades com balancim e cadeira suspensa, este deve atender as seguintes especificações mínimas:

- ser invariável quanto à forma e peso especificados no projeto;
- ser fixado à estrutura de sustentação;
- ser de concreto, aço ou outro sólido não granulado, com seu peso conhecido e marcado de forma indelével em cada peça e,
- ter contraventamentos que impeçam seu deslocamento horizontal.

Cabo de aço para sua sustentação, fixado por meio de dispositivos que impeçam o deslizamento e desgaste;

Sistema independente de fixação para o cinto de segurança tipo paraquedista, ligado ao trava-quedas em um cabo-guia;

Nas edificações com, no mínimo, quatro pavimentos ou altura de 12m (doze metros) a partir do nível do térreo devem ser instalados dispositivos destinados à ancoragem de equipamentos de sustentação de andaimes e de cabos de segurança para o uso de proteção individual a serem utilizados nos serviços de limpeza, manutenção e restauração de fachadas;

Antes de sua utilização, o usuário e o responsável deverão desenrolar o cabo de aço e verificar o seu comprimento, de modo que:

- Não apresente emenda;
- Não apresente fios rompidos ou frouxos;
- Apresente diâmetro uniforme;
- Não esteja lubrificado.

A correta ancoragem e instalação da cadeira suspensa são fundamentais para a segurança do equipamento e do usuário devendo ser elaborada por profissional legalmente habilitado;

Uma vez instalado, o equipamento só poderá ser utilizado e liberado com autorização da área da Segurança do Trabalho, seguindo fluxo de liberação de serviço;

No Einstein será aceito somente cadeirinha suspensa do tipo com catraca, além de apresentar na sua estrutura, em caracteres indeléveis e bem visíveis, a razão social do fabricante e o número de registro respectivo no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

É proibida a improvisação de cadeira suspensa.

Trabalho em Telhado

Entende-se por trabalhos em telhado todo tipo de trabalho que inclui construção, manutenção e limpeza de telhados.

É proibida a realização de trabalho ou atividades em telhados ou coberturas sobre fornos ou qualquer equipamento do qual possa haver emanação de gases, provenientes ou não de processos industriais.

Havendo equipamento com emanação de gases, o mesmo deve ser desligado previamente à realização de serviços ou atividades em telhados ou coberturas.

Para trabalho em telhados e coberturas devem ser utilizados dispositivos dimensionados por profissional legalmente habilitado e que permitam a movimentação segura dos trabalhadores.

O acesso ao telhado deve ser feito através de andaimes ou escadas extensoras travadas e providas de cabo-guia e trava-quedas, ou ainda, por plataforma elevatória.

Não é permitida a realização de serviço em telhado com concentração de carga num mesmo ponto. É proibido pisar diretamente sobre as telhas.

A movimentação sobre o telhado deve ser executada somente depois da instalação de pranchões sobre elas que permitam a movimentação com segurança. O trabalhador deverá se certificar dos pontos de apoio e sustentação do telhado. Em

nenhuma hipótese o trabalhador deverá se deslocar sobre telhas de fibrocimento amianto pisando diretamente sobre as telhas.

O uso de passarela e tábuas não dispensa o uso do cinto de segurança tipo paraquedista fixado em cabo guia equipado com trava-quedas.

Para a execução do trabalho, deve-se isolar a área abaixo, proibindo-se a passagem ou permanência de qualquer pessoa no local de risco, devendo uma pessoa permanecer no piso, a fim de coordenar a isolação e auxiliar na execução da atividade.

Sempre que existam materiais sendo içados é proibida a permanência de pessoas abaixo da carga.

Nos locais sob as áreas onde se desenvolvam trabalhos em telhados e ou coberturas, é obrigatória a existência de sinalização de advertência e de isolamento da área capazes de evitar a ocorrência de acidentes por eventual queda de materiais, ferramentas e ou equipamentos.

Os pranchões quando de madeira devem ter espessura mínima de 2,5cm e serem livres de nós e trincas e não devem ser pintados.

Os pranchões devem se fabricados em material antiderrapante;

Devem possuir dispositivo de interligação/ travamento entre os elementos pranchões.

Trabalho em espaço confinado

É toda a atividade, independentemente do tempo de duração, e que seja realizada em local não concebido à presença humana e/ou possuidores de entrada e saída insuficiente, restrita ou complexa ou ainda que possa gerar riscos aos trabalhadores com atmosferas perigosas e/ou movimentações inesperadas, como, por exemplo: tanques fixos e transportáveis, reservatórios, caixas elevatórias e coletoras, galerias, túneis, diques, porões, equipamentos e máquinas (aquecedores, elevadoras, silos e outros), pits de máquinas e outros.

Todas as unidades Einstein possuem os ambientes devidamente inventariados, com sinalização e QR code para facilitar a visualização das informações contidas nos ambientes.

Abaixo as recomendações gerais com relação a trabalho em espaços confinados. Outras podem ser verificadas na NR 33 e durante a elaboração da APR.

Apresentar habilitação específica para esta atividade como descrito no item Qualificação Profissional deste documento.

Obter a Permissão de Trabalho antes de iniciar as atividades em áreas confinadas como tanques de estocagem, poços, caixa d'água, canaletas de água, linhas de

esgoto, túneis e outras áreas fechadas onde possa haver deficiência de oxigênio ou produção de gases tóxicos.

Deverá sempre haver mais de uma pessoa no local da atividade, sendo que pelo menos uma deve ter curso de primeiros socorros, que servirá de elo entre a emergência e o salvamento.

A permissão para trabalhos em ambientes confinados é para uma jornada de no máximo 10 horas de trabalho devendo ser renovada após esse prazo.

A empresa que for contratada para executar o serviço deve possuir ou alugar os equipamentos necessários para resgate e medições de gases.

Só pode ser realizado quando for eliminado e neutralizado o risco do local.

A empresa que for contratada para executar o serviço deve possuir ou alugar os equipamentos

necessários para resgate e medições de gases.

Trabalho a Quente

É todo serviço de manutenção, instalação, modificação, adequação e outros, envolvendo qualquer tipo de fonte de calor (ex.: chama aberta, lixamento, esmerilhamento, corte, solda e outros) executados dentro ou fora das edificações, em pátios e em outras dependências da SBIBAE. Deve-se obter a Permissão de Trabalho antes de efetuar operações com soldas de diversos tipos, cortes com maçarico ou serviços com esmerilhadeira (qualquer serviço a quente – que possa gerar alguma faísca).

Todos os envolvidos deverão ser treinados para a execução de trabalho a quente e esta habilidade deverá ser comprovada conforme o item Qualificação Profissional deste documento. Nas funções de mecânico de refrigeração e similares, deve constar no cadastro do colaborador a opção de "Trabalho a Quente", com envio do certificado pertinente ao serviço a quente.

Qualquer tipo de trabalho a quente, necessário estar descrito na etapa da APR com todos os detalhes de execução. Não é permitido a permanência do botijão de gás dentro da obra, necessário verificar local arejado com o contratante para evitar o confinamento do gás, e detalhar o armazenamento na APR.

Toda atividade a quente, deverá ter a liberação do Bombeiro, solicitar a Presença do PCI Bombeiros com 24 hora úteis de antecedência, através do e-mail pcibombeiros@einstein.br e/ou telefone 2151-1111

Abaixo as recomendações gerais com relação a trabalho a quente. Outras podem ser verificadas durante a elaboração da APR e NR 18.

Os equipamentos como máquinas de solda e maçarico deverão estar em perfeito estado de conservação e:

só será permitida a realização deste tipo de atividade em áreas fechadas quando não houver possibilidade de transferência do material a um local seguro.

é proibido realizar serviço a quente com GLP, exceto quando o serviço for uso exclusivo na atividade de colagem de manta asfáltica, poderá se utilizado botijão de GLP com capacidade até 13kg, tendo a liberação diária de Trabalho à Quente. Lembrando: Em locais fechados somente utilização de manta asfáltica liquida ou com sistema de exaustão.

todos os equipamentos destinados a esta finalidade serão inspecionados previamente. Para ser aprovado, o equipamento deverá:

cilindros sobre carrinhos, sendo que estes deverão possuir divisória de chapa ou berço individual (não serão aceitos cilindros soltos).

válvulas de retrocesso de chamas na saída nas válvulas de oxigênio e acetileno e também antes da entrada na caneta

mangueiras sem trinca na borracha (ressecadas), no máximo com 10 metros de comprimento e sem emendas.

meios de medição (manômetros) em funcionamento

obrigatório FISPQ do GLP que será utilizado.

uso de acendedor de maçarico do tipo colcha carbografite (saci) e/ou gás butano.

que trabalhos desta natureza só sejam iniciados após a emissão da Permissão para o trabalho. O cumprimento de todos os itens previstos na permissão é condição essencial para o início dos trabalhos, sendo que o trabalho será interditado quando forem verificados desvios.

uso de protetor facial para trabalhos a quente diferentes da solda.

Solda Elétrica

Para os serviços são necessários alguns cuidados descritos a seguir:

todo trabalho deverá ser executado por pessoa comprovadamente capacitada;

a ligação do equipamento de solda à rede de alimentação elétrica só poderá ser feita em pontos permitidos por pessoal especializado da SBIBAE.

em local onde se faz a soldagem com constância é necessário a colocação de biombos para não afetar a visão de terceiros e em locais onde a solda for esporádica, fazer proteção provisória;

o soldador para execução dos serviços deverá utilizar obrigatoriamente máscara de solda com lente de graduação adequada, avental de raspa, luvas de raspa cano longo, perneira de raspa e mangotes de raspa (no caso de uso do blusão de raspa de couro os mangotes são dispensáveis) e calçado de segurança. O ajudante deve também utilizar proteção contra queimadura da pele e dos olhos;

isolar e/ou proteger quando for iniciar qualquer tipo de solda, redes elétricas, mangueiras de ar hidráulicas, também se recomenda que óleos e graxas tenham uma atenção especial;

é importante que o cabo terra da solda seja ligado diretamente no componente que está sendo soldado, isto evitará que o arco e a corrente passem por rolamentos, buchas, espaçadores, circuitos elétricos, etc., fazendo com que estes componentes não apresentem problemas posteriormente.

fazer instalações de válvulas corta-fogo nos equipamentos de solda oxiacetileno.

isolar suficientemente a área evitando que respingos incandescentes atinjam locais e materiais de fácil combustão.

em locais internos nos quais as atividades de solda elétrica ou de oxiacetileno tenham sido executadas no final do expediente devem ser sistematicamente inspecionadas para se evitar que incêndios ocorram durante a noite, sem a presença de funcionários para combatê-los.

Conjuntos Oxiacetileno

A seguir, indicaremos alguns cuidados necessários para que incidentes sejam evitados:

inspeções e testes hidrostáticos nos cilindros devem ser feitos e a data desta inspeção gravada nos cilindros, verificada (a validade é de 05 anos).

transporte de cilindros deve ser feito com auxílio de dispositivo (carrinho com rodas de borracha) que os mantenham em posição vertical, presos firmemente, evite atritos e pancadas e que possua alça para transporte vertical.

quando em uso os cilindros obrigatoriamente deverão estar em posição vertical e amarrado.

no transporte e no armazenamento o capacete de segurança do cilindro deve estar rosqueado (para cilindros cheios e vazios).

jamais rolar os cilindros pelo chão, ou empregá-los como suportes ou roletes, mesmos que vazios.

nunca manusear cilindros de oxigênio com as mãos sujas de óleo ou graxa, pois, o contrato destes produtos com oxigênio pode causar explosão. Esta preocupação se estende na utilização do oxigênio na limpeza de roupas sujas de graxas e/ou óleo.
os cilindros vazios deverão ter suas válvulas fechadas firmemente e identificados com a palavra, "vazio" (pintura ou etiqueta) e recolhidos para armazenamento adotando-se no transporte todos os cuidados necessários.
quando armazenados, os cilindros devem estar ao abrigo de raios solares, em local ventilado, longe de fontes de calor irradiante ou chama aberta, longe de pontos de uso de óleo ou lubrificantes e em local com sinalização de segurança. Os cilindros cheios devem estar em local separado dos vazios.
nunca deixe que os cilindros entrem em contato com equipamentos de solda elétrica em funcionamento ou fios/cabos energizados.
o oxigênio não deve ser usado como ar comprimido para limpeza de recipientes, pistola de pintura, acionar motores de combustão interna, ferramentas pneumáticas e muito menos para refrescar o corpo.
os cilindros devem ficar a uma distância segura dos locais onde estejam realizando, solda elétrica ou solda e/ou corte, evitando-se a possibilidade de serem atingidos por fagulhas, borras e outros materiais incandescentes.
jamais deve ser removido ou alterado os números ou dizeres estampados ou gravados nos cilindros.
uma unidade extintora de incêndio deve ser instalada (pó químico ou CO2) no local de armazenamento ou frente de trabalho.
os cilindros danificados devem ser recusados quando da entrega pelo fornecedor.
quando da entrega pelo fornecedor, os cilindros deverão ter o seu conteúdo identificado por nome ou símbolo.
válvulas, conexões, registros, mangueiras, maçaricos, bicos e lentes são componentes que devem ser sistematicamente vistoriados e as suas condições originais mantidas. É proibido fazer improvisações.
as ligações das mangueiras devem ser feitas através de braçadeiras, uso de arame não é permitido.
as mangueiras devem possuir válvulas contra retrocessos de chamas na saída do cilindro e na chegada do maçarico.
as mangueiras do oxigênio e do acetileno devem ter cores diferentes.
a despressurização das mangueiras deve ser feita após cada jornada de trabalho e/ou a cada término de atividade.

as mangueiras danificadas devem ser substituídas de imediato.

havendo necessidade de fazer alguma emenda na mangueira de acetileno, não deve se usar tubo de cobre (incompatível também com a prata, mercúrio e zinco). Usar sempre espigão aprovado pelo fabricante ou fornecedor do equipamento.

os maçaricos devem ser acesos somente com acendedor de centelhas.

o soldador ou ajudantes não devem trazer nos bolsos isqueiros à gás (do tipo BIC). O risco de explosão é grande.

os maçaricos que não estiverem dando regulagem adequada devem ser substituídos.

em locais confinados não se deve fazer movimentos bruscos com maçaricos quando aceso.

a válvula do cilindro deve ser aberta lentamente para limpá-la de qualquer poeira ou impureza antes de ligá-la ao regulador de pressão.

utilizar reguladores de pressão do mesmo fornecedor do cilindro, pois, existem diferenças nos sistemas de rosca (interna e externa) que se forçados podem causar acidentes graves. Nas manutenções (quando danificados) só deve ser aceito peças de reposição do mesmo fornecedor.

caso a válvula do cilindro não possa ser aberta com as mãos, esse deverá ser devolvido ao fornecedor. Jamais utilizar martelo, chave de fenda ou de boca para abri-la.

Cuidados Adicionais Gerais:

nunca utilizar acetileno com pressão maior que 1,5 bar

a pressão para utilização do oxigênio deve estar situada entre 4 e 7 kg/cm2.

não realizar solda ou corte em recipientes que foram utilizados como depósito de óleo (combustíveis ou lubrificantes) sem antes tomar as medidas de segurança necessárias (purgar, lavar, desgaseificar, etc.).

não realizar solda ou corte em recipientes que foram utilizados como depósito de óleo (combustíveis ou lubrificantes) sem antes tomar as medidas de segurança necessárias (purgar, lavar, desgaseificar, etc.).

os serviços de solda ou corte em locais elevados, terão cuidados observados com relação ao material proveniente da atividade (borras, fagulhas, etc.) lançados sobre equipamentos, pessoas e/ou locais de risco.

não é permitido o uso de botijões de GLP para a abertura de chamas.

os serviços de solda ou corte, não devem ser executados em locais com execução de pintura a pistola ou spray, sem que se tomem os devidos cuidados específicos.

caso um cilindro de acetileno seja aquecido acidentalmente ou venha a se aquecer devido a um retrocesso de chamas ou em caso de fogo na saída de gás pela válvula do cilindro, a válvula deste deve ser fechada a uma distância segura e o seu resfriamento deve ser feito com água em abundância (este resfriamento é bem demorado). Isolar a área com raio de aproximadamente 50m.

Trabalho com Eletricidade .

Abaixo as recomendações gerais com relação aos trabalhos com eletricidade. Outras podem ser verificadas durante a elaboração da APR e na NR 10 (Segurança em Instalações e Serviços com Eletricidade).

Apresentar habilitação específica para esta atividade conforme Qualificação Profissional neste procedimento.

Utilize sempre os EPIs necessários à operação, por exemplo: sapatos, luvas isolantes e outros de acordo com o setor onde o serviço está sendo executado indicado na APR.

Somente pessoas autorizadas e especializadas podem executar trabalhos em equipamentos elétricos mesmos que desenergizados.

Acessos em áreas classificadas, por exemplo, subestação e usina elétrica, os colaboradores operacionais devem ter capacitação com NR10 e SEP, e colaboradores técnicos com capacitação com NR10.

É terminantemente proibido trabalhar pessoas que não sejam habilitadas. A habilitação deverá ser comprovada através do certificado do curso de conclusão para a habilidade elétrica e/ou eletrônica conforme item QUALIFICAÇÃO deste procedimento.

Não usar o corpo para testar corrente elétrica. Não usar equipamentos elétricos quando estiver com as mãos molhadas

Não usar tomadas múltiplas (benjamins).

Desligar os aparelhos elétricos após usá-los.

Só usar tomadas e cabos de extensão em bom estado e sem emendas.

Ao desligar um fio da tomada, puxar pelo conector e não pelo fio.

Não obstruir fusíveis por moedas e arames, nem por outro de maior capacidade.

Não fazer instalações definitivas com fios e cabos elétricos atravessando o chão, de forma a causar riscos de quedas de pessoas. Se for necessário passar provisoriamente um fio pelo chão, o mesmo deve ser preso com fitas adesivas, bem sinalizado e protegido.

Não usar lâmpadas penduradas pelo fio. Lâmpadas temporárias devem ter guardas de proteção para evitar contato acidental ou quebra. Não instalar lâmpadas próximas a cortinas e outros materiais combustíveis.

Verificar sempre o aterramento e/ou isolamento de seus equipamentos e ferramentas.

Ao trabalhar em um sistema elétrico de máquinas e sistemas, garantir que o mesmo esteja desligado pelo procedimento de travamento e bloqueio de energia com o uso de etiquetas e cadeados.

É terminantemente proibido o acesso e a permanência de pessoas não autorizadas em ambientes próximos à parte das instalações elétricas que ofereçam riscos de danos às pessoas e às próprias instalações elétricas, tais como subestações, salas de painéis elétricos e aos próprios painéis elétricos, para acesso à mesma deverá solicitar a presença de um eletricista.

É proibido o uso de escadas metálicas para serviços com o envolvimento de eletricidade. Utilizar escadas de fibra de vidro.

Todo e qualquer circuito elétrico deverá obrigatoriamente, possuir condutor neutro em toda a sua extensão e ser interligado à rede de alimentação existente.

Deve-se optar por equipamentos que funcionem com baixa tensão, sempre que possível.

Em ambientes onde possa haver a presença de substâncias inflamáveis ou explosivas, é obrigatório à execução de instalações especiais, de forma a evitar o aparecimento de cargas elétricas indesejáveis.

Deve ser proibido o uso de objetos de adornos (relógios, pulseiras, anéis, correntes, brincos, etc.) pelos operários que executam trabalhos em eletricidade.

Em escadas estruturais ou locais perigosos, deve haver iluminação (natural ou artificial). Nas escadas é aconselhável a colocação de luminárias, para evitar-se a retirada das lâmpadas.

Não deve ser permitida a instalação de lâmpadas diretamente nos fios das prumadas.

A iluminação da laje em execução torna-se mais eficiente e segura, quando efetuada através de refletores fixados às torres, postes ou cavaletes, evitando-se, sempre que possível, o uso de gambiarras com lâmpadas.

Os fios não protegidos por eletrodutos não devem atravessar paredes de alvenaria e sua fixação não deve ser feita com arame ou qualquer material capaz de cortar sua capa isolante.

A fiação que se tornar inoperante deverá ser recolhida de imediato pelo eletricista da obra.

A fiação jamais deverá ter acesso de emendas ou maus isolamentos.

No caso de trabalho muito próximo à rede energizada que não possa ser removida ou desligada, deve-se providenciar seu isolamento por meio de protetor tipo mangueira para a fiação e barreira de madeira entre o eletricista e a fiação.

Cuidados especiais devem ser tomados no emprego de andaimes (sobre rodas), devido ao risco de colisão com redes energizadas.

Com a realização de trabalhos noturnos, para que os operários tenham suas condições adequadas de execução mantidas com a maior segurança possível e também a manutenção da qualidade de tais serviços é necessário que toda a área física envolvida seja devidamente iluminada, importante dizer que

Bloqueio de Energia

É aquele executado em sistemas elétricos, pneumáticos, hidráulicos ou mecânicos com representativo potencial de risco, por interferência não prevista de terceiros, falhas de equipamentos ou do próprio executante. Ex.: subestações, barramentos, painéis, bancos de capacitores, trafos elétricos, redes hidráulicas com fluídos e gases sob pressão e ou em temperaturas extremas, mesas e dispositivos de elevação, transporte e outros.

Seguir as recomendações das NRs 10 e 12 da Portaria 3.214 – Ministério do Trabalho.

Antes de qualquer atividade de manutenção, limpeza, ajuste ou inspeção em máquinas equipamentos ou sistemas, deve ser bloqueada e travada a fonte de energia, a fim de evitar o funcionamento inesperado pela religação acidental da máquina, equipamento ou sistema.

Devem ser bloqueadas e travadas as fontes de energia: elétrica, hidráulica, pneumática e líquida ou gases em tubulações.

O bloqueio e travamento de fonte de energia têm como objetivo impossibilitar a operação inesperada e acidental de máquinas, equipamentos ou sistemas desligados e interditados para os serviços de manutenção em geral.

Seguir os procedimentos específicos da SBIBAE para o devido bloqueio das fontes de energia.

Trabalho com Movimentação de Cargas

Para cada atividade que envolva movimentação de carga, haverá uma análise por profissional habilitado e capacitado da área de Segurança do Trabalho Einstein, definindo as premissas a serem seguidas.

A apresentação e aprovação do Plano de Rigging, bem como a ART específica e comprovante de pagamento para que a tarefa seja executada, ficará atrelado na análise do profissional da área de Segurança do Trabalho Einstein.

A PT (Permissão de Trabalho) a APR (Análise Preliminar de Risco) deverão ser emitidas e permanecerem juntos na atividade, durante todo o serviço e posteriormente arquivado na Segurança do Trabalho Einstein como memória técnica após a conclusão da operação pela fiscalização.

Quando necessário, aplica-se ao bloqueio de fontes de energias (tais como: rede elétrica, mecânica, hidráulica, pneumática, química e térmica) durante a construção, montagem, comissionamento, operação, manutenção, retorno de serviço, emergência, modificação de equipamentos e descomissionamento.

Cargas suspensas

Abaixo as recomendações gerais e documentos obrigatórios com relação a cargas suspensas. Outras podem ser verificadas durante a elaboração da APR e na NR 11 (Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais).

Documentação Obrigatória:

Certificados de Capacidade das cintas de içamento, manilhas, olhais e demais acessórios utilizados com a respectiva inspeção mensal.

Registro de inspeção dos cabos de aço.

Última inspeção de manutenção preventiva do veículo.

Check list preenchido dos itens inspecionados no equipamento.

Recomendações Gerais

Quando na execução do trabalho for necessário utilizar cargas suspensas, o acesso de pessoas que não estejam envolvidas na operação deve ser proibido.

O local deve estar isolado fisicamente.

Não se deve deixar o local sozinho sem acompanhamento, e se for necessário o uso de guincho, o operador deve ser treinado para tal operação com habilitação comprovada.

Não é permitido, em nenhuma hipótese, que pessoas transitem sob a carga suspensa nem sobre as mesmas. Os veículos industriais deverão possuir suas inspeções diárias de pré uso devidamente preenchidas e aprovadas para a utilização segura do equipamento.

A patolagem não poderá ser feita sobre galerias, envelopes elétricos e tubulação enterrada.

As cintas devem possuir etiqueta do fabricante em perfeito estado de conservação.

Nunca movimentar o veículo com carga suspensa.

É obrigatória a utilização de capacete com jugular nesses locais, mesmo que o serviço esteja sendo realizado na área externa dos galpões.

Operação com Guindaste

Sinalizar a área de giro do equipamento e acompanhar o patolamento (maneira correta, tipo terreno, estabilização do guindaste, calço, etc.).

Só operar se estiver o gancho com trava de segurança.

Cuidado com redes elétricas e deslocamentos com o equipamento pela obra.

Evitar choques da lança, caçamba ou cargas contra qualquer tipo de estrutura da obra.

Cuidado ao passar com cargas sobre locais de trabalho em atividades.

Na cabine deve existir em local correto, um extintor de incêndio (Exigência Legal).

Verificar diariamente condições dos cabos

Quando for girar a máquina com carga, como medida de segurança, fazê-lo com o peso o mais próximo possível do solo.

O operador não pode sair da cabine sem que todos os motores estejam desligados e travados e estando com alguma carga, não a deixar suspensa.

Nunca se deve levantar mais que um tipo de carga por vez, mesmo que a soma dos pesos esteja abaixo dos limites estipulados nas tabelas dos fabricantes.

Em nenhuma hipótese deve-se permanecer embaixo de cargas suspensas.

É expressamente proibido trabalhar com os braços das sapatas estabilizadoras parcialmente estendidas.

Operação com Guindauto/Munck

A operação e utilização do Guindauto são autorizadas unicamente ao pessoal habilitado (conforme item Qualificação Profissional).

Antes de cada jornada de trabalho o operador e / ou o supervisor deve inspecionar e preencher os itens diários e semanais.

É obrigatório o guindauto possuir no seu corpo (Estrutura Sobre Chassi) ou em seu manual (obrigatoriamente na cabine do caminhão) um diagrama de carga que define qual é a carga máxima que pode ser levantada em função do raio de giro, inclinação da lança, patolamento e tipo de levantamento.

Durante todas as operações deverá obrigatoriamente utilizar os estabilizadores (Patolas) estendidas e devidamente niveladas. Em todas as operações é obrigatória a colocação de pranchões de madeira (Espessura mínima de 2") ou chapas de aço (Espessura mínima de 3/4") para execução de uma patolagem segura.

Todos os levantamentos de carga deverão ser feitos com um auxílio de Sinaleiro que esteja familiarizado e treinado sobre os sinais convencionais de movimentação de carga.

O operador obrigatoriamente deve sempre operar do lado oposto ao da carga.

Antes de iniciar a movimentação de carga deverá ser feito o isolamento de toda a área sob o giro da carga e sob o giro da lança do guindauto.

Fazer sinalização/ isolamento da área ao redor do local, com cones, correntes, cerquites e outros, de modo a impedir o acesso de pessoas que não estejam envolvidas na operação (no perímetro próximo da atividade).

É permitido o uso de fita zebrada como meio de delimitação e isolamento de área em atividades corriqueiras, não excedendo o período de 24 horas da área isolada. Em áreas de grande de grande perímetro, consultar o SESMT para isolar a área.

Operação com caminhão plataforma

A Plataforma Elevatória de Carga para Caminhões é um mecanismo que serve para fazer o carregamento de veículos com carroceria para transporte de materiais e tornar possível a operação de carga e descarga de forma segura e prática, possibilitando que apenas um operador faça esse procedimento.

A equipe do SESMT Einstein após avaliação poderá considerar importante a elaboração e apresentação de APR para atividade que envolva o caminhão plataforma.

A seguir, algumas medidas de segurança a serem consideradas para esse veículo: Os movimentos da plataforma elevatória (abrir, recolher, bascular etc.) entre a posição de transporte e a de utilização e vice-versa, podem ter opcionalmente acionamento manual A abertura da(s) tampa(s) traseira(s) do caminhão se for feita de forma manual a partir do alívio das travas da carroceria (sob pressão em função da carga), proibido utilizar ferramenta

improvisada (por exemplo, um cano ou algo do tipo) Deve haver dispositivo para evitar que a plataforma elevatória desça ou caia repentinamente em caso de falhas do sistema. É indispensável que o limite de carga seja sempre respeitado para evitar acidentes.
Estar fixado no caminhão em local visível o limite máximo de carga que a plataforma suporta Os colaboradores (carregadores e ajudantes) devem usar os EPI´s pertinentes a atividade exercida, por exemplo, luva pigmentada e calçado de segurança. Enquanto o caminhão estiver parado deve o mesmo estar engatado e com calço nos pneus dianteiros. Além do freio de mão acionado.
A carga sempre presa e/ou amarrada evitando queda no momento que for movimentada.
Documentação Obrigatória

- CNH do motorista;
- Licenciamento valido do veículo;
- Laudo de inspeção de manutenção preventiva do veículo (01 ano de validade);
- Check list preenchido dos itens inspecionados no equipamento.

Gruas

A ponta da lança e o cabo de aço de levantamento da carga devem ficar no mínimo, a 3m (três metros) de qualquer obstáculo e ter afastamento da rede elétrica que atenda à orientação da concessionária local.
Para distanciamentos inferiores a 3m (três metros), a interferência deverá ser objeto de análise técnica, por profissional habilitado, dentro do plano de cargas.
A área de cobertura da grua, bem como interferências com áreas além do limite da obra deverão estar previstas no plano de cargas respectivo.
É proibida a utilização de gruas para o transporte de pessoas.
O posicionamento da primeira ancoragem, bem como o intervalo entre ancoragens posteriores, deve seguir as especificações do fabricante, fornecedor ou empresa responsável pela montagem do equipamento, mantendo disponível no local as especificações atinentes aos esforços atuantes na estrutura da ancoragem e do edifício.
Antes da entrega ou liberação para início de trabalho com utilização de grua, deve ser elaborado um Termo de Entrega Técnica prevendo a verificação operacional e de segurança, bem como o teste de carga, respeitandose os parâmetros indicados pelo fabricante.
A operação da grua deve se desenvolver de conformidade com as recomendações do fabricante.
Toda grua deve ser operada através de cabine acoplada à parte giratória do equipamento exceto em caso de gruas automontantes ou de projetos específicos ou de operação assistida.
É proibido qualquer trabalho sob intempéries ou outras condições desfavoráveis que exponham os trabalhadores a risco.

A grua deve dispor de dispositivo automático com alarme sonoro que indique a ocorrência de ventos superiores a 42 Km/h.

Deve ser interrompida a operação com a grua quando da ocorrência de ventos com velocidade superior a 42km/h.

Somente poderá ocorrer trabalho sob condições de ventos com velocidade acima de 42 km/h mediante operação assistida.

Sob nenhuma condição é permitida a operação com gruas quando da ocorrência de ventos com velocidade superior a 72 Km/h.

A estrutura da grua deve estar devidamente aterrada de acordo com a NBR 5410 e procedimentos da NBR 5419 e a respectiva execução de acordo com o item 18.21.1 da NR 18

Para operações de telescopagem, montagem e desmontagem de gruas ascensionais, o sistema hidráulico deverá ser operado fora da torre.

As gruas ascensionais só poderão ser utilizadas quando suas escadas de sustentação dispuserem de sistema de fixação ou quadro-guia que garantam seu paralelismo.

Não é permitida a presença de pessoas no interior da torre de grua durante o acionamento do sistema hidráulico.

É proibida a utilização da grua para arrastar peças, içar cargas inclinadas ou em diagonal ou potencialmente ancoradas como desforma de elementos pré-moldados.

Nesse caso, o içamento por grua só deve ser iniciado quando as partes estiverem totalmente desprendidas de qualquer ponto da estrutura ou do solo.

É proibida a utilização de travas de segurança para bloqueio de movimentação da lança quando a grua não estiver em funcionamento.

Para casos especiais deverá ser apresentado projeto específico dentro das recomendações do fabricante com respectiva ART – Anotação de Responsabilidade Técnica.

A grua deve, obrigatoriamente, dispor dos seguintes itens de segurança:

- limitador de momento máximo;
- limitador de carga máxima para bloqueio do dispositivo de elevação;
- limitador de fim de curso para o carro da lança nas duas extremidades;
- limitador de altura que permita frenagem segura para o moitão;
- alarme sonoro para ser acionado pelo operador em situações de risco e alerta, bem como de acionamento • automático, quando o limitador de carga ou momento estiver atuando;
- placas indicativas de carga admissível ao longo da lança, conforme especificado pelo fabricante;
- luz de obstáculo (lâmpada piloto);
- trava de segurança no gancho do moitão;

- cabos-guia para fixação do cabo de segurança para acesso à torre, lança e contra-lança;
- limitador de giro, quando a grua não dispuser de coletor elétrico;
- anemômetro;
- dispositivo instalado nas polias que impeça o escape acidental do cabo de aço;
- proteção contra a incidência de raios solares para a cabine do operador conforme disposto no item 18.22.4 da NR 18
- limitador de curso para o movimento de translação de gruas instaladas sobre trilhos;
- guarda-corpo, corrimão e rodapé nas transposições de superfície;
- escadas fixas conforme disposto no item 18.12.5.10 desta NR;
- limitadores de curso para o movimento da lança - item obrigatório para gruas de lança móvel ou retrátil.

Para movimentação vertical na torre da grua é obrigatório o uso de dispositivo trava-quedas.

As áreas de carga ou descarga devem ser isoladas somente sendo permitido o acesso às mesmas ao pessoal envolvido na operação.

Toda empresa fornecedora, locadora ou de manutenção de gruas deve ser registrada no CREA - Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia, para prestar tais serviços técnicos.

A implantação, instalação, manutenção e retirada de gruas deve ser supervisionada por engenheiro legalmente habilitado com vínculo à respectiva empresa e, para tais serviços, deve ser emitida ART - Anotação de Responsabilidade Técnica.

Todo dispositivo auxiliar de içamento (caixas, garfos, dispositivos mecânicos e outros), independentemente da forma de contratação ou de fornecimento, deve atender aos seguintes requisitos:

- dispor de maneira clara, quanto aos dados do fabricante e do responsável, quando aplicável;
- ser inspecionado pelo sinaleiro ou amarrador de cargas, antes de entrar em uso;
- dispor de projeto elaborado por profissional legalmente, mediante emissão de ART – Anotação de Responsabilidade Técnica – com especificação do dispositivo e descrição das características mecânicas básicas do equipamento.

Toda grua que não dispuser de identificação do fabricante, não possuir fabricante ou importador estabelecido ou, ainda, que já tenha mais de 20 (vinte) anos da data de sua fabricação, deverá possuir laudo estrutural e operacional quanto à integridade estrutural e eletromecânica, bem como, atender às exigências descritas nesta norma, inclusive com emissão de ART - Anotação de Responsabilidade Técnica – por engenheiro legalmente habilitado.

Este laudo deverá ser revalidado no máximo a cada 2 (dois) anos.

Não é permitida a colocação de placas de publicidade na estrutura da grua, salvo quando especificado pelo fabricante do equipamento. (Incluído pela Portaria SIT n.º 114, de 17 de janeiro de 2005).

A implantação e a operacionalização de equipamentos de guindar devem estar previstas em um documento denominado "Plano de Cargas" que deverá conter, no mínimo, as informações constantes do Anexo III da NR 18 - "PLANO DE CARGAS PARA GRUAS".

A implantação, instalação, manutenção e retirada de gruas deve ser supervisionada por engenheiro legalmente habilitado com vínculo à respectiva empresa e, para tais serviços, deve ser emitida Anotação de Responsabilidade Técnica – ART.

Plano de Rigging

A necessidade do Plano de Rigging está atrelado no manuseio e içamento das cargas complexas, tendo uma avalição do peso, e/ou formato e/ou caminho a ser percorrido pela mesma.

É o planejamento do serviço de elevação de carga, com o detalhamento de todos os aspectos importantes na execução do serviço, como vistas de planta, elevação, cortes, lista e especificação dos materiais com parâmetros e condições de execução dos trabalhos informações à obra em questão, com fator de segurança de 75% desejável sobre a tabela do guindaste e inclusive o trajeto de deslocamento do local de origem até a chegada ao lugar para descarregar ou carregar.

As empresas contratadas devem encaminhar em até 03 dias úteis os memoriais descritivos (Book de Rigging), equipamentos a serem utilizados (Guindastes, Máquinas e Equipamentos), Plano Rigging e acessórios necessários devidamente "Certificados e Homologados" pelos fabricantes, para completa execução dos serviços com Qualidade e Segurança.

Os acessórios e dispositivos auxiliares tais como suportes, cabos, cintas, estropos, manilhas, tensores, esticadores, balancins, mats (pranchão para patolamento), calços (melhor distribuição da carga transmitida ao solo em tf/m²) e todos os demais acessórios, devem estar adequadamente dimensionados para a amarração e o içamento da carga com certificados de capacitação técnica. Com apresentação do memorial de cálculo detalhado para a execução do serviço.

Durante a operação, verificar periodicamente a velocidade do vento nos displays dos guindastes, fornecido pelos anemômetros instalados no topo das lanças.

Paralisar "Imediatamente" as operações quando forem evidenciados intempéries, chuvas e ventos acima de 11,67 m/s (42,0 K/h).

É necessária a aprovação dos Planos de Rigging, Book de Operações e demais anexos pelos Supervisores de Movimentação de Cargas e Rigging do SESMT antes do início da operação e agendamento da entrega da carga.

Pórticos e talhas

Não se deve utilizar uma talha e pórtico, se a inspeção detectar algum dano ou desgaste.
Deve-se manter a talha e o pórtico sempre lubrificados.
Nunca mexa na carga durante a operação.
O operador deve sempre estar atento e apto, para operar a talha.
Não utilize a o pórtico se escutar algum ruído, ou se a carga estiver travando em algum dispositivo.
Nunca puxe o cabo da botoeira. Pode ocasionar danos na caixa de comando.
Mantenha sempre seu equipamento limpo, livre de poeira e partícula.
Na hora de utilizar as ligas, observar se o ângulo não excede 45°.
Não corte ou solte as cargas enquanto estiver alguém na talha.
Sempre verifique se o gancho está em ordem antes de utilizar.
Na área do gancho, não se deve por a mão.
Não balance uma carga enquanto estiver suspensa.
O operador deve sempre estar em local seguro e de excelente visão.
A botoeira de comando deve sempre estar ao alcance das mãos do mesmo.
Se estiver um aviso de "NÃO OPERAR" no gancho, não utilize a talha até o gancho ser liberado.
Nunca eleve cargas que tenham peso superior à capacidade do pórtico manual.
Coloque a carga sempre no centro do gancho, nunca na ponta.
Vigie constantemente a carga enquanto estiver sendo elevada.
As talhas e pórticos devem ser manuseados apenas por pessoas treinadas e especializadas.
Pois apesar de ser um trabalho seguro, podem acarretar situações de perigo se não manuseadas corretamente.
Verifique sempre se o moitão e o cabo de aço não estão em ângulo.
Se a trava do gancho estiver torcida ou quebrada, nunca utilize a talha.
Verifique sempre se o sistema de fixação superior não está sendo atingido pelo moitão ou a carga.
A talha e o pórtico manual devem estar protegidos de utilizações não justificada e não autorizadas.
A menos que estejam sendo tomadas as devidas precauções e amarrações, nunca deixe a carga suspensa na talha.

O pórtico manual e a talha devem ser inspecionados periodicamente, se for encontrado peças quebradas ou com desgaste essas devem ser trocadas.
Podem ocasionar danos, quando ocorrem choques dos troles com os batedores ou no fim de curso na monovia.
Deve-se tomar cuidado para que o moitão não tenha sido passado entre os traços do cabo de aço.
E também para que o cabo de aço não esteja retorcido.
Não permita que pessoas se apoiem nas cargas, e não utilize a talha para elevar pessoas.
Sempre observe se a trava do gancho está em ordem, e que a carga está centrada na vertical.
Quando a talha e o pórtico manual estiverem sendo utilizados, certifique-se que não haja pessoas transitando.
E sempre observe se a operação não coloca em risco as pessoas que estiverem na área.
Certifique-se que a carga a ser erguida não ultrapasse a capacidade da talha.
Certifique-se sempre que a carga não esteja centrada totalmente na vertical.
Não se deve exercer translação lateral. Podem ocorrer danos caso o cabo de aço não esteja enrolada corretamente nas espirar do tambor.
Todos os movimentos das talhas devem ser inspecionados pelo operador antes do início do turno, para verificar que não existem desgastes.
Caso houver algum, deve-se solucionar o problema antes de utilizá-la.
Nunca diminua o espaço do fim de curso superior da talha.
Não se deve elevar a carga mais que alguns centímetros, antes de verificar se os dispositivos estão devidamente balanceados.
Não permita que o cabo de aço se dobre ou fique frouxo, para isso não permita que o moitão se apoie na carga.
Atenção: Os cabos de aço devem ser utilizados de forma que não torça, para maior proteção da carga. E sempre deve estar lubrificado, pois assim ele aguenta mais pressão do que quando está oxidado. A manutenção corretiva das talhas e pórticos manuais deve ser realizada apenas por pessoal especializado e preparado.

Trabalho com Escavações

Apresentar habilitação específica para esta atividade. As recomendações da NR 18 e Recomendação Técnica de Procedimento – RPT 01 da Fundacentro devem ser devidamente seguidas.

Aberturas no solo e em pisos elevados devem ter barreiras de proteção contra quedas acidentais de pessoas, ou devem ser dotadas de tampas provisórias, suficientemente resistentes, para suportar o peso de uma pessoa e fixadas para evitar o deslocamento.
Em profundidade superior a 1,25m devem dispor de escadas ou rampas, colocadas próximas aos postos de trabalho, a fim de permitir, em caso de emergência, a saída rápida dos trabalhadores.
O terreno deve merecer um estudo detalhado, quanto à natureza geológica e à resistência.
O grau de umidade do terreno é fator da mais alta importância.
Qualquer movimentação da terra, por intervenção manual ou mecânica, perturba o equilíbrio do conjunto, sendo o desabamento o maior risco existente.
A área do trabalho deve ser previamente limpa.
Devem ser retiradas ou escoradas solidamente, árvores, rochas, paredes, materiais e objetos de qualquer natureza, quando houver risco do comprometimento do equilíbrio.
Também devem ser escorados os taludes instáveis de escavações com profundidade superior a 1,25m.
As escavações devem ser protegidas por guarda-corpo e ter passarelas para pedestres.
Na escavação de tubulações a céu aberto e abertura de bases, o estudo geotécnico será obrigatório para profundidade superior a 3,0m.

Fundações

As recomendações da NR 18 e Recomendação Técnica de Procedimento – RPT 01 da Fundacentro devem ser devidamente seguidas.
Definido os tipos de fundações, devem se tomar as precauções inerentes ao processo construtivo adotado. Deve-se, igualmente, tomar precauções para que a execução não cause danos às estruturas vizinhas.
Para máquinas autopropelidas que movimentam solo (por exemplo: tratores, retroescavadeiras e bobcat), necessita de obrigatoriamente atender:

- Treinamento teórico e prático de operador do veículo a ser utilizado;

Operador:

- Cartão de habilitação para os operadores de veículos (crachá).

O cartão terá a validade de 1 (um) ano, salvo imprevisto, e, para a revalidação, o empregado deverá passar por exame de saúde completo, por conta do empregador.
Os operadores de equipamentos de transporte motorizado deverão ser habilitados e só poderão dirigir se durante o horário de trabalho portarem um cartão de identificação, com o nome e fotografia, em lugar visível.

- Isolar toda área de trabalho com cones, correntes e cerquites;

Cuidados especiais devem ser tomados, quando da concretagem dos blocos de coroamento e das cintas iniciadas no término das fundações, pela variedade de atividades simultâneas desenvolvidas na área; Máquinas e Execução:

- Os equipamentos de transporte motorizados deverão possuir sinal de advertência sonora (buzina);
- Avaliar antecipadamente pontos onde serão apoiadas as sapatas das máquinas, evitando assim o tombamento da máquina;
- Nas escavações realizadas em vias de acesso, deverá ser instalada sinalização de advertência, inclusive noturna, e barreira de isolamento em todo o seu perímetro;
- Quando existir cabo subterrâneo de energia elétrica nas proximidades das escavações, ele deverá ser desligado e deverão ser tomadas medidas especiais nas paradas temporárias ou prolongadas, devem ser adotadas medidas com o objetivo de eliminar riscos provenientes de funcionamento acidental;
- Não será permitido pessoal dentro da vala enquanto houver operação de máquinas próxima a ela;
- A Contratada deverá prever um sistema para evitar que pessoas tenham acesso a áreas de escavação consideradas inseguras; Pessoas deverão ser mantidas fora do raio de ação de máquinas e equipamentos móveis.

<u>Uso de Ferramentas Manuais</u>

O prestador de serviço é responsável pelo fornecimento, guarda e conservação de ferramentas e equipamentos empregados na execução dos trabalhos e, caso ocorra extravio, dano ou desaparecimento destes materiais fica a SBIBAE isenta de qualquer responsabilidade.

A SBIBAE se resguarda no direito de inspecionar e aprovar ou não a qualidade ou estado de conservação de tais ferramentas ou equipamentos. Inspeções diárias de pré uso poderão ser exigidas pela SBIBAE.

Na tabela abaixo estão listadas as ferramentas manuais que necessitam de PT – Permissão de Trabalho de Uso de Ferramentas Manuais, devido seus riscos associados à atividade.

Tipo de Equipamento	Liberação de Trabalho		Foto Ilustrativa
	Precisa	Não Precisa	
Martelete	✓	✗	
Rompedor	✗	✓	
Perfuratriz	✓	✗	
Furadeira	✗	✓	
Serra Circular de Bancada	✓	✗	

Tipo de Equipamento	Liberação de Trabalho		Foto Ilustrativa
	Precisa	Não Precisa	
Serra Circular	✗	✓	
Parafusadeira	✗	✓	
Motosserra	✓	✗	

Tipo de Equipamento	Liberação de Trabalho		Foto Ilustrativa
	Precisa	Não Precisa	
Roçadeira com lâmina de aço	✓	✗	
Serra Clipper	✓	✗	
Betoneira	✗	✓	
Compactadora	✓	✗	

Tipo de Equipamento	Liberação de Trabalho		Foto Ilustrativa
	Precisa	Não Precisa	
Finca Pino (* mediante avaliação)			
Grampeador Pneumático (* mediante avaliação)			

(*) a liberação do equipamento Lixadeira entra na Permissão de Trabalho à Quente

Abaixo as recomendações gerais com relação a ferramentas gerais. Outras podem ser verificadas durante a elaboração da APR (quando aplicável) ou execução dos serviços.

São condições mínimas obrigatórias:

- que todas as ferramentas em uso possuam cabo adequado;
- as ferramentas utilizadas em trabalhos com eletricidade devem ser eletricamente isoladas (duplo isolamento);
- que em hipótese alguma sejam improvisadas ferramentas;
- que exista disponibilidade de ferramentas para troca imediata nos casos necessários, evitando-se assim a paralisação de trabalhos por falta de segurança ou a ocorrência de acidentes;
- os trabalhos com ferramentas deverão ser realizados sempre em posição estável;
- as ferramentas elétricas deverão ser providas de aterramento;
- não portar ferramentas cortantes ou pontiagudas nos bolsos;
- não colocar materiais dentro de caixas e painéis elétricos e caixas de hidrantes;
- não usar ferramentas para finalidades para as quais não foram previstas ou projetadas;

- usar a ferramenta apropriada para cada tipo de serviço;
- examinar, antes de iniciar o trabalho, se a ferramenta não apresenta fios partidos ou está sem isolação, mau contato nos terminais e se tem dupla isolação;
- as ferramentas utilizadas em trabalhos com eletricidade devem ser eletricamente isoladas (duplo isolamento);
- não usar ferramentas que apresentem superaquecimento, faiscamento ou choque elétrico;
- não usar ferramentas elétricas molhadas e/ou com as mãos molhadas e quando estiver trabalhando em pisos úmidos e se necessário, use luvas de borracha e/ou estrado isolante e/ou tapete de borracha;
- certificar-se de que os fios de alimentação e fio terra das ferramentas não oferecem perigo de provocar tropeços ou quedas. Sempre que possível, esses fios devem ficar suspensos à altura suficiente para permitir a passagem de pessoas. Quando os fios estiverem rente ao piso oferecendo risco de queda de pessoas, devem ser cobertos (protegidos) para evitar que as pessoas tropecem ou a área deve ser isolada e sinalizada;
- evitar que os fios entrem em contato com óleo, graxa, água, superfícies quentes ou substâncias químicas;
- não utilizar ferramentas elétricas que gerem faíscas, onde houver gases, explosivos, ou vapores inflamáveis;
- não sobrecarregar a ferramenta elétrica além da capacidade do motor;
- segurar sempre que possível, as ferramentas com ambas as mãos;
- não deixar as ferramentas em escadas, pelo chão, passagens de pessoas e locais elevados;
- não limpar, reparar, lubrificar ou ajustar uma ferramenta ou máquina elétrica com o motor em movimento. Certificar-se que a mesma está desenergizada;
- não pendurar ferramentas elétricas pelo cabo de alimentação e nem passá-las, assim, aos outros;
- todo funcionário deve estar devidamente treinado, ou seja, capacitado para o uso destas ferramentas e máquinas. Em caso de dúvidas, este deve solicitar auxílio ou consultar os manuais;
- as ferramentas e máquinas devem ser inspecionadas periodicamente, de maneira que se cumpram as instruções de conservação do fabricante;
- os trabalhos com estas ferramentas e máquinas deverão ser realizados sempre em posição estável, e com auxilio de bancada;

- as conexões das ferramentas pneumáticas e hidráulicas deverão receber inspeções periódicas; • a ferramenta deve ser apropriada para o serviço e corretamente utilizada. Não devem ser feitas improvisações ou uso inadequado de qualquer ferramenta. EX: uma chave de fenda não pode funcionar como alavanca ou talhadeira;
- não usar ferramentas improvisadas ou defeituosas, gastas ou deformadas. Ao constatar qualquer irregularidade com a ferramenta, esta deve ser separada do uso e imediatamente reparada ou trocada;
- não carregar ferramentas nos bolsos; transportá-las em dispositivos adequados e guardá-las em gavetas, fazendo com que as partes cortantes das ferramentas fiquem voltadas para baixo;
- não arremessar ferramentas. Levá-las a quem as pediu ou solicitar que venham buscá-las;
- manter o local limpo e organizado sempre após o uso de máquinas ou ferramentas;
- uso de extensão elétrica cabo PP compatível com a potência em watts total das resistências elétricas do equipamento a ser utilizado, evitando sobrecargas.
- não utilizar adornos (anéis, pulseiras, relógios, colares) ou vestimentas com mangas compridas e soltas. Estes podem ser puxados pelas partes móveis das ferramentas e máquinas. O mesmo se aplica a cabelos compridos.

Para serviços com o uso da ferramenta tipo Perfuratriz em aberturas de lajes (entre andares), a empresa somente poderá liberar a perfuração completa após a certificação do local exato por meio do fio guia ou outra técnica similar. Fazer sinalização/ isolamento da área ao redor do local, com cones, correntes, cerquites e outros, de modo a impedir o acesso de pessoas que não estejam envolvidas na operação (no perímetro próximo da atividade). É permitido o uso de fita zebrada como meio de delimitação e isolamento de área em atividades corriqueiras, não excedendo o período de 24 horas da área isolada. Em áreas de grande de grande perímetro, consultar o SESMT para isolar a área. Para serviços com o uso de martelete pneumático é necessária uma avaliação do local pela Engenharia, Manutenção e Segurança do Trabalho antes de iniciar os trabalhos, a fim de verificar se há tubulações de água, óleo e conduítes com fiações elétricas. Também importante alinhamento junto área assistencial a questão do ruído. Deve ser realizado o preenchimento da PT - Permissão para Trabalho de Ferramentas Manuais.

Pistola Finca-Pinos à Pólvora

As diretrizes para o uso seguro das ferramentas de fixação à pólvora constam na NR 18 (Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho), mais especificamente no item 22 que trata do uso de máquinas, equipamentos e ferramentas diversas nos canteiros.

Em função do uso de pólvora, essas ferramentas exigem cuidados especiais semelhantes ao manuseio de armas de fogo.

As pistolas de fixação à pólvora devem ser obrigatoriamente operadas por trabalhadores qualificados, vide item Qualificação Profissional.

A operação de máquinas e equipamentos que exponham o operador ou terceiros a riscos só pode ser feita por trabalhador qualificado e identificado por crachá.

Na operação de máquinas e equipamentos com tecnologia diferente da que o operador estava habituado a usar, deve ser feito novo treinamento, de modo a qualificá-lo à utilização dos mesmos.

Os trabalhadores devem ser treinados e instruídos para a utilização segura das ferramentas, especialmente os que irão manusear as ferramentas de fixação a pólvora.

As ferramentas de fixação a pólvora devem ser obrigatoriamente operadas por trabalhadores qualificados e devidamente autorizados.

É proibido o uso de ferramenta de fixação a pólvora por trabalhadores menores de 18 (dezoito) anos.

É proibido o uso de ferramenta de fixação a pólvora em ambientes contendo substâncias inflamáveis ou explosivas.

É proibida a presença de pessoas nas proximidades do local do disparo, inclusive o ajudante. As ferramentas de fixação a pólvora devem estar descarregadas (sem o pino e o finca-pino) sempre que forem guardadas ou transportadas.

Antes da fixação de pinos por ferramenta de fixação a pólvora, devem ser verificados o tipo e a espessura da parede ou laje, o tipo de pino e finca-pino mais adequados, e a região oposta à superfície de aplicação deve ser previamente inspecionada;

O operador não deve apontar a ferramenta de fixação a pólvora para si ou para terceiros. Jamais coloque a mão na frente da ferramenta. Isso pode provocar sérios ferimentos, como queimadura por pólvora.

É proibida a presença de pessoas nas proximidades do local do disparo, inclusive ajudantes. Para o disparo, o operador deve estar atrás do equipamento, nunca ao lado ou com a face encostada nela.

No momento da retirada e da entrega da ferramenta no almoxarifado, o operador deve conferir se a pistola está sem pino no cano ou cartuchos carregados.

A ferramenta deve ser alimentada somente quando o operador já estiver no local de fixação.

Ao se ausentar do local de fixação, o operador deverá guardar a ferramenta dentro da caixa e trancá-la com cadeado.

Outra opção é entregá-la ao almoxarifado O operador nunca deve deixar pessoas não autorizadas manusearem o equipamento, mesmo que descarregado O operador deve colocar o dedo no gatilho somente quando tiver certeza que está pronto para realizar a fixação No momento do uso, o operador deve estar com o corpo totalmente equilibrado para a operação. Jamais deve improvisar apoios.
Não é autorizado o uso da ferramenta em ambientes com líquidos ou gases inflamáveis.
Pinos e cargas não devem ser misturados em um mesmo recipiente ou em bolsos de jaleco ou aventais de trabalho Verifique a existência de tubulações embutidas, para não as danificar e provocar vazamentos ou acidentes por explosão ou eletrocussão.
Não fixar pinos em materiais frágeis, quebradiços ou paredes pouco resistentes. Caso haja risco do pino atravessar a peça, a área oposta deverá ser previamente interditada.
Verifique se o cano está desobstruído, antes do uso. Constate o funcionamento da trava de segurança da pistola.

Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Antes de utilizar equipamentos de proteção individual, deve-se atentar-se ao tocante da NR 09: Quando comprovado pelo empregador ou instituição a inviabilidade técnica da adoção de medidas de proteção coletiva ou quando estas não forem suficientes ou encontrarem-se em fase de estudo, planejamento ou implantação, ou ainda em caráter complementar ou emergencial, deverão ser adotadas outras medidas, obedecendo-se à seguinte hierarquia:

- medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho;
- utilização de equipamento de proteção individual - EPI

Os EPIs devem obedecer a NR-06 (Equipamento de Proteção Individual) da portaria 3214/78 em sua totalidade.
Todo e qualquer EPI que venha a ser utilizado na SBIBAE deverá possuir CA (certificado de aprovação) e estar em condições adequadas de uso.
Todos os EPIs necessários para a realização da atividade deverá ser devidamente fornecido pela empresa contratada aos seus empregados.
A descrição dos mesmos deve estar registrada na APR. É de responsabilidade do empregador, além de fornecer os devidos EPIs, registrar as devidas entregas e trocas a cada um dos seus empregados.
É de responsabilidade dos colaboradores da contratada, cujo não cumprimento poderá gerar as punições previstas em lei e em contrato:

- usar o EPI apenas para a finalidade a que se destina;
- guardá-lo e conservá-lo;

- comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para o uso.

O empregado deverá usar óculos de segurança nos casos de trabalhos com ferramentas elétricas e pneumáticas portáteis (furadeiras, parafusadeiras, lixadeiras, etc.) e ferros de solda, manuseio de cáusticos, ácidos, solventes e produtos químicos perigosos além de outras operações em que haja riscos de respingos para os olhos. Os óculos de proteção variam de acordo com a aplicação a que se destina, por exemplo, os de ampla visão são específicos para manuseio de produtos químicos, os com lentes especiais para soldadores e assim por diante.

Usar sapatos de segurança com biqueira de aço em atividades onde haja perigo de queda de objetos e no manuseio de carrinhos hidráulicos e empilhadeiras.

Outras botinas podem ser indicadas. Para eletricistas, as biqueiras devem ser de PVC ou outro material não condutor de eletricidade.

Usar luvas de segurança nos casos de manuseio de produtos químicos e qualquer outro trabalho onde haja riscos para as mãos, além das tarefas onde haja risco de cortes com chapa ou outro tipo de material cortante e no manuseio de instrumentos como estiletes, britadeiras, facas, etc., conforme a necessidade apontada e indicada na APR. Usar cintos de segurança tipo paraquedista com talabarte duplo nos casos de trabalhos em altura a partir de 2,00 metros (dois metros) ou em casos especiais com risco de queda.

As argolas e mosquetões devem ser de aço forjado, ilhoses de material não ferroso e fivela de aço forjado ou material de resistência equivalente.

Usar capacete com jugular em todas as áreas da SBIBAE onde exigido. Usar proteção respiratória e roupa de proteção ao lidar com produtos químicos, projeção de poeiras, conforme a toxidade dos mesmos.

Usar proteção respiratória em atividades de espaço confinado bem como outros EPIs que venham a ser exigidos de acordo com o local da tarefa.

Arrumação e Limpeza

Proceder à limpeza da área de trabalho após o término de cada dia de serviço e:

- guardar o material de forma a não bloquear áreas de circulação, portas, equipamentos contra incêndio e de emergências (extintores, hidrantes, macas, etc.), escadas, caixas e painéis.
- não deixar fios soltos no caminho dos pedestres, ou pendurados, sempre que possível estar isolando-os e prendendo-os ao chão com fita ou material semelhante.
- vidros quebrados devem ser recolhidos e destinados adequadamente.
- estocar materiais e suprimentos de forma segura e de modo a evitar quedas e derramamentos.

- não colocar ferramentas ou materiais em cima ou encostado em máquinas, equipamentos, estruturas, etc.
- sempre isolar a área onde for realizada a atividade para evitar o trânsito de pessoas estranhas à atividade e sinalizar os riscos.

Todas as vezes que houver necessidade de armazenar qualquer tipo de material, deve-se atentar para que os meios apropriados sejam previamente obtidos evitando-se assim possíveis problemas. Esta necessidade deve ser devidamente descrita na APR correspondente. Deve-se observar obrigatoriamente:

Que os materiais sejam armazenados e estocados de modo a não prejudicar:

- o trânsito de pessoas e pacientes;
- a circulação de materiais;
- o acesso aos equipamentos de combate a incêndio;
- o acesso a portas ou saídas de emergência;
- as paredes ou estruturas laterais devido ao excesso de carga (deverá ficar afastado pelo menos a 50 cm das estruturas do prédio);

Observe-se:

- a estabilidade das pilhas, em forma e altura que garantam a sua estabilidade e permitam o manuseio com segurança;
- que nos casos de armazenamentos em mezaninos ou andares com coberturas laterais, o afastamento da pilha das laterais deve ter distância equivalente a sua altura.
- planejamento de utilização das peças e materiais de forma que a retirada para uso não comprometa a estabilidade do empilhamento.
- a condição do piso que deve ser estável, seco e nivelado e resistente ao peso armazenado.

Os materiais tóxicos, corrosivos, inflamáveis ou com risco de contaminação, inclusive do solo, devem ser armazenados em armários ou locais apropriados, sinalizados como tal e de acesso apenas às pessoas habilitadas e orientadas quanto ao uso correto e seguro.

- os recipientes de gases para solda devem ser armazenados transportados adequadamente obedecendo às prescrições do fabricante.

<u>Trabalho com Veículos Industriais</u>

Abaixo as recomendações gerais com relação a trabalho com veículos industriais. Outras podem ser verificadas na NR 11 e durante a elaboração da APR.

Apresentar habilitação específica para esta atividade como descrito no item QUALIFICAÇÃO deste manual.

Após a capacitação inicial o Profissional Habilitado emite certificado ao participante, as renovações dos treinamentos além do certificado, podem ser emitidas em formato de carteirinha de qualificação conforme previsto na Norma Regulamentadora 11.

Antes do início da operação do turno, a Inspeção Diária de Pré-Uso deverá ser cuidadosamente preenchida e, se algo de errado for identificado, a manutenção deverá ser acionada imediatamente.

Se, durante a operação, algo problema ocorrer, bloquear o equipamento e chamar a manutenção; uma nova inspeção deverá ser preenchida para reinício das operações.

Esteja familiarizado com os controles operacionais, procedimentos e cuidados a serem tomados durante a operação do equipamento.

Tenha certeza de que a carga a ser movimentada está devidamente encaixada e/ou presa e/ou segura.

Certifique-se que a superfície suporta o peso da carga. Calce o piso, quando aplicável, antes de descer a carga lentamente.

Mantenha-se atento e permaneça com suas mãos no controle. Não converse com outras pessoas ao mesmo tempo em que movimenta uma carga. É proibido usar o rádio durante a operação do equipamento.

Não obstrua saídas de emergência e equipamentos de combate a incêndio com empilhadeiras.

Tenha certeza que a carga está livre para a movimentação. Tenha certeza que o caminho a ser percorrido está sem obstáculos.

Nunca eleve uma carga quando a mesma não estiver devidamente segura.

Nunca transportar ou movimentar cargas sobre pessoas.

Desça a carga suavemente e nunca remova ou obstrua as instruções de segurança das empilhadeiras. Nunca dê carona na empilhadeira.

Após a operação do equipamento, desligar o mesmo no comando. Não realizar comandos duplos.

Obedeça ao limite máximo de velocidade da empilhadeira. Quanto mais lenta, mais segura será a operação. Pare sempre nos cruzamentos.

Use sempre os espelhos para facilitar a visualização do que está ocorrendo em sua volta.

Não permita que outra pessoa acione comandos enquanto você modifica a posição dos garfos da empilhadeira.

Quando a carga impedir a visualização do caminho, a empilhadeira precisa estar de ré.

A prioridade é do pedestre. Buzine nos cruzamentos. Esteja sempre alerta para qualquer sinal de anormalidade.

Máquinas e Equipamentos

Fontes para maiores detalhamentos Portaria 3.214, Norma Regulamentadora 12 – Ministério do Trabalho.

Algumas das empresas que prestam serviços necessitam de máquinas para desenvolver suas atividades. Tais máquinas devem atender rigorosamente os padrões da Empresa, sendo que:

- todas as máquinas devem ter as transmissões de forças devidamente e integralmente protegidas.
- as máquinas cuja operação implique em movimento repetitivo devem estar dotadas de sistema que impeça a permanência das mãos do operador no ponto de operação.
- todos os controles e meios de acionamento ou qualquer outra instrução deve estar escrita em português.
- o meio de acionamento e parada deve estar ao alcance do operador estando este no ponto de operação.
- a máquina deve estar instalada de forma que em momento algum seja possível seu tombamento ou deslocamento que ponha em risco a operação.
- qualquer máquina ou equipamento a ser utilizado nas instalações da SBIBAE deve atentar para os limites de ruído determinados pela legislação brasileira (NR 15 e NBR 10151).
- toda máquina deve apresentar dispositivo (chave ou comando) que possibilite evitar o uso por pessoas não autorizadas. • as máquinas só podem ser operadas por pessoas capacitadas.
- as máquinas e equipamentos devem ter suas transmissões de força enclausuradas ou devidamente isoladas por proteções adequadas.
- os equipamentos utilizados em construções civis devem ser adquiridos ou montados com todos os dispositivos de segurança de fábrica.
- deverão ser protegidas todas as partes móveis dos motores, transmissões e partes perigosas das máquinas que estejam ao alcance dos trabalhadores. • os cabos de aço dos guindastes, escavadeiras, elevadores, guinchos e outros equipamentos deverão ser substituídos quando apresentarem mais de 10% de fios partidos em um fecho de 50 cm de comprimento.
- os cabos de aço destes equipamentos acima descritos serão fixados por meio de dispositivos que impeçam deslizamentos ou desgaste.
- as máquinas e equipamentos deverão estar equipados com dispositivos de partida e de parada que evitem riscos de acidentes para o operador.
- é proibido repassar, ajustar ou lubrificar máquinas em movimento a não ser que este movimento seja necessário a realização desta manutenção.

- nas paradas temporárias ou prolongadas, os operadores deverão colocar as máquinas na posição de descanso com os freios aplicados e os comandos na posição neutra;
- os operadores não poderão afastar-se das máquinas ou equipamentos quando os motores de acionamento estiverem ligados.
- somente pessoas autorizadas e capacitadas poderão utilizar máquinas ou equipamentos, devendo antes de acioná-las verificar as condições das mesmas, se as proteções estão nos devidos lugares, se não há pessoas por perto (o bastante para serem atingidas pelas partes móveis), se a área junto à máquina ou equipamento está completamente limpa e desimpedida.
- antes de efetuar trabalhos de limpeza ou manutenção em máquinas e equipamentos, certificar-se que as chaves elétricas estão desligadas e sem fusíveis colocando uma placa "Não ligue esta chave" no painel.
- atender recomendações do procedimento de bloqueio e travamento de fonte de energia da Empresa.

Produtos Químicos

Abaixo as recomendações gerais com relação ao manuseio de produtos químicos. Outras podem ser verificadas durante a elaboração da APR ou execução dos serviços.

- obter com a Segurança do Trabalho autorização para utilizar produtos químicos.
- a FISPQ deve ficar no local da atividade durante a manipulação e armazenagem.
- os colaboradores que manipulem produtos químicos devem receber treinamentos/ instruções com base nas FISPQs dos produtos a serem manipulados.

Informar, com antecedência de uma semana, todos os produtos químicos que serão utilizados durante o seu serviço para a área de segurança do trabalho da SBIBAE para que os mesmos sejam aprovados formalmente pela SBIBAE. Todas as fichas de segurança (FISPQ – Ficha de Informações de Segurança do Produto Químico) deverão ser fornecidas junto com a lista dos mesmos.

Manter todos os produtos químicos devidamente identificados e acondicionados em local correto. Atenção às embalagens e à incompatibilidade entre os produtos em armazenagem.

Ao manusear produtos químicos nunca deixe de usar os EPIs necessários de acordo com a FISPQ (tais como luvas, avental, óculos, botas) certificando-se sempre que estes sejam impermeáveis e não permita o contato do produto com a pele. Quando necessário, utilizar os protetores faciais, máscara respiratória e cremes de proteção.

Conheça onde ficam os equipamentos de emergências como lava-olhos e chuveiro de emergência para que sejam utilizados em qualquer contato de produtos químicos com a pele e/ou olhos.
Evite contato direto e/ou inalação de produtos químicos. Faça o manuseio com cuidado e atenção. Produtos não identificados não devem ser utilizados.
Não use solvente para limpar a pele. Lave bem com água e sabão antes das refeições e após o término do trabalho.
Acionar o PCI Bombeiros quando da ocorrência de derramamento de produtos químicos.
Mantenha no seu setor de trabalho, somente a quantidade de produtos químicos necessários para a jornada de trabalho.
Descartar corretamente os resíduos de produtos químicos.

Proteção Contra Incêndios

Abaixo as recomendações gerais com relação proteção contra incêndios.
Outras podem ser verificadas na NR 23, instruções específicas do corpo de bombeiros, NBRs específicas e durante a elaboração da APR.
Equipamentos de emergência não poderão ser removidos, desativados, mudado de lugar ou obstruído sem a autorização dos Bombeiros da SBIBAE. Emergências, tais como incêndio e incidentes deverão ser imediatamente comunicados para a SBIBAE. As boteiras de emergência também podem ser acionadas.
Ao ouvir o alarme de incêndio, interrompa suas atividades, desligue os equipamentos e aguarde as orientações da Brigada de Incêndio e/ou Bombeiros da SBIBAE.
Não obstrua os extintores, hidrantes e outros equipamentos de combate a incêndio.
Quanto à utilização dos hidrantes, são apenas para bombeiros e/ou colaboradores treinados (brigadista), não sendo permitido o uso para nenhuma outra finalidade que não seja em combate a incêndio, salvo se liberado pelos Bombeiros da SBIBAE.
Não use gasolina ou outros produtos químicos inflamáveis para realizar limpezas.
Armazene produtos inflamáveis em locais adequados.
Não utilize recipientes inadequados para transporte de produtos químicos.
Verifique mangueiras e conexões de equipamentos e/ou máquinas que possam gerar vazamentos.
Não é permitido, sob nenhuma hipótese, utilizar para outros fins os aparelhos de proteção e combate a incêndio.

Ar Comprimido

Não usar o ar comprimido para limpar pó das roupas ou partes do corpo.
O ar pode entrar nos orifícios naturais do corpo, ou penetrar através da pele, provocando ferimentos graves.
O ar comprimido só deve ser utilizado para fins de funcionamento de equipamentos pneumáticos e outros com a devida liberação.
Verifique se as conexões estão em bom estado e utilize sempre os óculos de segurança e protetor auricular quando estiver utilizando o ar comprimido.

Acesso às Áreas com Ressonância Magnética

Sendo necessário e fazendo parte do serviço contratado, o acesso às áreas com ressonância magnética somente poderá ser realizado com a permissão do responsável SBIBAE pela área (enfermeiro de plantão ou designado) e sem o porte de objetos metálicos (por exemplo: piercing, moedas, relógios, tesouras, cartões de crédito, celulares, chaveiros, chaves, anéis, outros adornos, furadeiras, chaves de fenda, enceradeiras e etc.).
Além destes, colaboradores que portem marca-passo e objetos metálicos implantados em seu corpo (por exemplo, próteses, placas, parafusos, entre outros) também não podem ter acesso a estes locais.
Abaixo modelos de sinalizações de áreas com emissão de campo magnético, bem como de algumas das proibições citadas acima.

Regras de Segurança do Trabalho para Realização de Eventos

As empresas terceirizadas que forem realizar eventos na SBIBAE precisam atender os requisitos legais, procedimentos, manuais e normas regulamentadoras definidas pelo Einstein.

Primeiramente a empresa precisa preencher o formulário denominado *Briefing* Auditório Evento Empreendedorismo com antecedência de 20 dias e posteriormente enviar para as áreas envolvidas.

Após envio do formulário será analisado os tipos de serviços que serão executados.

Para a realização de serviços considerados de risco nas dependências da instituição, será necessário o cumprimento de todas as etapas relacionadas na descritas neste Manual.

As informações sobre o preenchimento da APR – Análise Preliminar de Risco e das PT - Permissões de Trabalho podem ser obtido com a equipe da Segurança do Trabalho do Einstein ou no Manual.

Obs: Especificamente para os trabalhos que envolvam manuseio e aplicação de produtos químicos o gestor da área deverá validar juntamente com o responsável pela contratação e Segurança do Trabalho os riscos potenciais para os pacientes e colaboradores. Isto implica na aprovação da FISPQ (Ficha de Informação de Segurança do Produto Químico) pelas áreas da Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente.

Os projetos de montagem de iluminação, cenografia e estandes devem ser apresentados aos setores da Segurança do Trabalho e Gestão de Auditório, obrigatoriamente, passando por aprovação.

Todo equipamento elétrico a ser utilizado deverá estar com plug compatível com a rede elétrica dos Auditórios, sem emendas, ficando proibida a ligação apenas através dos fios de extensões ou equipamentos. Ligações diretas dos painéis elétricos são proibidas. O setor de Manutenção dever estar ciente e aprovação de qualquer instalação elétrica a ser realizada para os eventos.

As empresas convocadas e determinadas pela Segurança do Trabalho de acordo com especificidade do serviço deverão realizar cadastros dos colaboradores e integração, conforme descrito neste Manual.

Somente será permitida a utilização de ferramentas adequadas para o trabalho, em boas condições de uso e sem improvisações. É responsabilidade da empresa contratada para montagem e qualquer outro serviço necessário, o fornecimento de EPI – Equipamento de Proteção Individual aos seus funcionários.

Verificar também junto ao responsável do contrato do evento as recomendações dos Manuais de Utilização dos Auditórios Moise Safra e Kleinberger.

<u>Meio Ambiente</u>

É o meio onde todos os colaboradores, prestadores de serviços e outras partes interessadas interagem diariamente. E é responsabilidade de cada um preservar este meio ambiente quando

estiver trabalhando na SBIBAE, controlado os Aspectos e Impactos Ambientais da minha atividade.

Diretrizes Ambientais da Sociedade

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, dentro de seu compromisso com a Sustentabilidade Ambiental, procura seguir e se tornar referência na aplicação das diretrizes dos Protocolos Internacionais dos quais o Brasil é signatário, visando reduzir ao mínimo os impactos causados pelas suas operações. Comprometese, assim, a preservar o meio ambiente e os recursos naturais, por meio do estabelecimento de objetivos e metas que garantam excelência no desempenho ambiental e a conformidade com a legislação vigente.

Para tanto, a Política de Gestão Integrada (Segurança, Saúde, Meio Ambiente)representa um conjunto de ações e práticas estabelecidas com o propósito de preservar a Segurança e a Saúde de colaboradores e parceiros, minimizar seus impactos ao Meio Ambiente e gerenciar e racionalizar o uso e consumo de Energia, comprometese a:

- Assegurar a saúde, segurança e o bem-estar dos nossos colaboradores, pacientes, alunos, terceiros e público em geral que possam ser potencialmente impactados pelas nossas operações, atividades, produtos e serviços;
- Estabelecer objetivos e metas de melhoria contínua do desempenho do SGI a partir da análise crítica de riscos ocupacionais, uso da energia e do impacto ambiental das operações e do seu alinhamento com a legislação, evolução tecnológica e as demandas de partes interessadas. O objetivo é o dano ou impacto zero;
- Disseminar a cultura de melhoria contínua junto às lideranças, colaboradores, terceiros e demais partes interessadas, visando assegurar o seu comprometimento com os objetivos e metas do SGI;
- Assegurar os recursos financeiros, humanos, de informações e de infraestrutura necessários para atender aos requisitos legais e outros, eliminar perigos e reduzir os riscos de segurança e saúde ocupacional, proteger o meio ambiente, prevenir a poluição e melhorar o desempenho energético;
- Estabelecer padrões para o desenvolvimento de projetos, produtos e serviços que atendam aos requisitos de saúde e segurança ocupacional, uso racional de energia e de impacto sobre o meio ambiente; e
- Gerenciar os aspectos de saúde e segurança ocupacional, uso de energia e impacto sobre o meio ambiente, de forma a prevenir incidentes e doenças ocupacionais, assegurar o uso racional da energia e eliminar impactos no meio ambiente.

Com relação ao controle do Aspecto e Impacto, compromete-se:

O objetivo é identificar e avaliar os aspectos ambientais associados ás atividades, produtos e serviços da Sociedade Beneficente Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), incluindo os processos terceirizados. Nesse procedimento, são listadas as interações das atividades com o meio ambiente e como os impactos negativos são evitados.

Com relação a Resíduos e Efluentes, compromete-se:

Atender ao disposto pelas Resoluções Conama 358 (Disposição de Resíduos de Saúde),Anvisa 222 (Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde), Conama 430 (Condições e padrões de lançamentos de efluentes) e Decreto Estadual 8468 (prevenção e o controle da poluição do meio ambiente);

Manter o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da instituição.

Com relação à Área de Compras, compromete-se:

Estimular fornecedores de produtos e serviços a obter certificação de menor impacto ao meio ambiente.

Estimular fornecedores de produtos e serviços a obter certificação de menor impacto ao meio ambiente.

Priorizar fornecedores que reutilizem materiais ecologicamente corretos.

Adquirir papéis preferencialmente certificáveis, por exemplo, pelo FSC - Forest Stewardship Council, ou reciclados.

<u>Fluxo de Descarte</u>

Resíduos recicláveis como papel, plástico, metal e madeira devem ser descartados nas caçambas (apropriada) de forma segregada, respeitando as diretrizes de cada unidade do Einstein, e ou organizada e destinada para empresas contratadas pela própria empresa terceirizada. O mesmo ocorre para as caçambas de resíduos de construção.

Seguir as regras para o manuseio seguro de produtos químicos. Encaminhar as documentações obrigatórios para os resíduos de obras para a equipe de GPO. Segregar corretamente os resíduos gerados pela sua atividade.

Estar atento aos assuntos de meio ambiente por meio dos quadros de avisos, TVs, treinamentos e outros. Comunicar qualquer incidente ambiental para a SBIBAE e para a sua liderança.

É proibida a entrada de veículos que apresentem vazamentos de óleo e emissão de fumaça preta. Não é permitido o despejo de produtos químicos nos drenos de águas pluviais, esgotos ou no solo.

É proibido jogar qualquer tipo de resíduo na grama.

É necessário o uso de proteção para a grama para trabalhos em construção civil, como preparação de concreto, depósito de materiais e outras atividades que possam danificar o gramado.

Evitar o desperdício de água, não deixando torneiras abertas. Veículos só estão autorizados a transitar em cima da grama para carga e descarga, finalizada a atividade o veículo deve retornar as áreas pré-determinadas.

Todos os resíduos devem ser dispostos nos locais adequados.

Proibido pegar qualquer tipo de resíduos dentro das caçambas. Lembre-se: todas as atividades por mais simples que sejam precisam de atenção para evitar todas as formas de incidentes, inclusive ambientais.

Instalações Sanitárias e Vestiários

Seguir rigorosamente as recomendações das NRs 18 e 24 do Ministério do Trabalho e Previdência. É essencial que os empregados das empresas Prestadoras de Serviços tenham instalações adequadas para o desenvolvimento de suas atividades. No caso do uso das instalações sanitárias da SBIBAE, é de responsabilidade dos usuários manter a higiene do local. No caso de obras ou trabalhos que impliquem em duração maior, deve-se atender a Norma Regulamentadora 18.

Responsabilidade Legal

Após a apresentação deste manual, o termo de compromisso deve ser assinado pelo representante legal das contratadas. Este termo deve ser arquivado, por tempo indeterminado (ou enquanto os serviços estiverem sendo prestados), com a área da segurança do trabalho da SBIBAE.

Todas estas recomendações são básicas e necessárias, não se limitando nem se restringindo a qualquer obrigação adicional prevista em contrato. Todo e qualquer acidente ou incidente pode e deve ser evitado. O meio ambiente, em hipótese alguma, poderá ser agredido.

A SBIBAE busca continuamente a melhoria do ambiente de trabalho tornando-o cada vez mais limpo, saudável e seguro.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO - CAPÍTULO V - DA SEGURANÇA E DA MEDICINA DO TRABALHO - SEÇÃO I - DISPOSIÇÕES GERAIS - LEI Nº 6.514, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1977.

Art. 157 Cabe às empresas:

I cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho;

II instruir os empregados, através de ordens de serviço, quanto às precauções a tomar no sentido de evitar acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais;

III adotar as medidas que lhes sejam determinadas pelo órgão regional competente;

IV facilitar o exercício da fiscalização pela autoridade competente.

Art. 158 Cabe aos empregados:

I observar as normas de segurança e medicina do trabalho, inclusive as instruções de que trata o item II do artigo anterior; I

I colaborar com a empresa na aplicação dos dispositivos deste Capítulo.

Parágrafo único - Constitui ato faltoso do empregado a recusa injustificada:

a) à observância das instruções expedidas pelo empregador na forma do item II do artigo anterior;

b) ao uso dos equipamentos de proteção individual fornecidos pela empresa.

Atendimento em Incidentes

Definição Profissional

Profissional Qualificado: É considerado trabalhador qualificado aquele que comprovar conclusão de curso específico na área elétrica reconhecida pelo Sistema Oficial de Ensino.

Profissional Habilitado: É considerado profissional legalmente habilitado o trabalhador previamente qualificado e com registro no competente conselho de classe.

Profissional Capacitado: É considerado trabalhador capacitado aquele que atenda às seguintes condições, simultaneamente:

a) receba capacitação sob orientação e responsabilidade de profissional habilitado e autorizado; e
b) trabalhe sob a responsabilidade de profissional habilitado e autorizado.

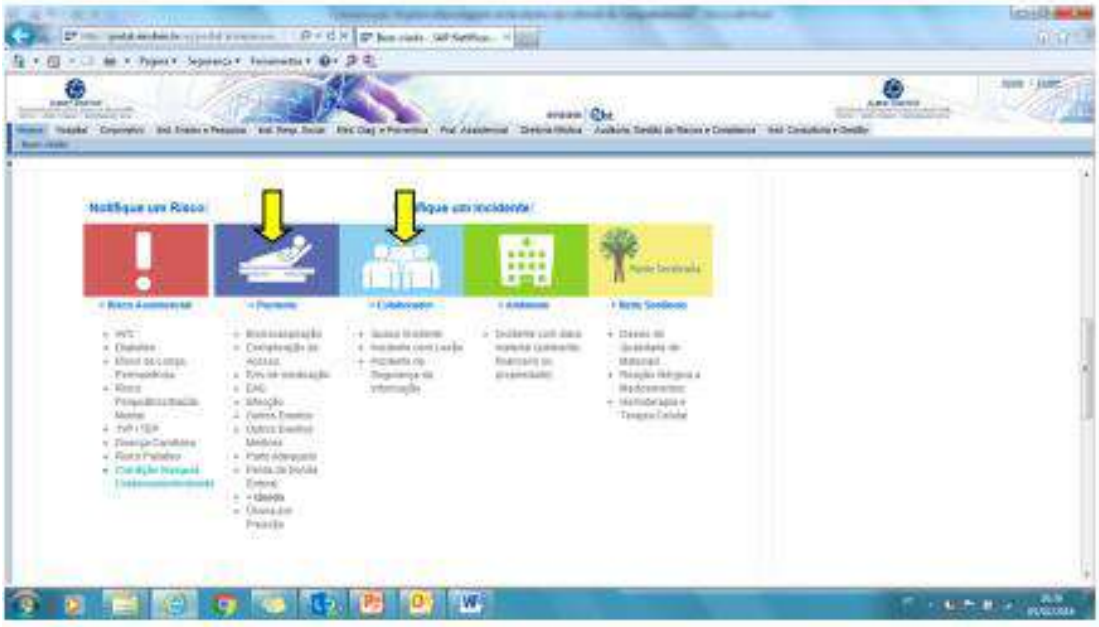
7. RESPONSABILIDADES

Todo prestador/terceiro deve comunicar imediatamente qualquer incidente, com ou sem lesão, ocorrido durante o exercício das suas atividades na empresa, em serviços internos ou externos. O sistema de notificações da Intranet (SINAPSE) é a forma de se realizar o registro inicial destes eventos pelo representante Einstein do respectivo contrato.

Apenas profissionais com acesso à Intranet (rede do Einstein) conseguem gerar as notificações. O colaborador Einstein responsável pela empresa contratada cujo profissional foi envolvido no incidente, é o responsável por notificar o evento conforme as telas abaixo.

Coqueluche - NOVO
Influenza - NOVO
Fichas de Doenças de Notificação Compulsória

Gerenciamento Vigilância do Risco
GVR - Gerenciamento e Vigilância do Risco
Selecione o Hospital para notificar um incidente


Notifique um Risco
Notifique um incidente

A liderança da empresa contratada é responsável por iniciar imediatamente a investigação das ocorrências e implantar ações corretivas de forma imediata para mitigar os riscos e evitar novas ocorrências. Quando houver necessidade, a equipe de segurança e meio ambiente da sbibae poderá dar um suporte.

Alta Administração

Outorgar os recursos necessários para a implementação deste procedimento. Defini-lo como caráter de obrigatoriedade para prestadores/terceiros.

Liderança/ responsável pela empresa contratada

Assegurar que todos os eventos, com e sem lesão, sejam devidamente comunicados e tratados conforme o fluxo estabelecido neste procedimento. Apresentar para a SBIBAE (gestor einstein do contrato e segurança do trabalho da sbibae) o fluxo de atendimento a incidentes de trabalho com seus colaboradores.

A comunicação imediata dos eventos com prestadores/terceiros deverá ser direcionada ao responsável einstein pelo contrato.

Realizar investigações dos eventos descritos neste procedimento utilizando uma ferramenta de análise. fazer cumprir todas as ações definidas no processo de investigação.

Apresentar os documentos solicitados pela segurança do trabalho Einstein, tais como, CAT, relatórios médicos e investigativos, atestados e etc.

Cumprir as ações documentais referentes aos incidentes com prestadores/terceiros.

Responsável Einstein pela empresa contratada

Assegurar que todos os eventos, com e sem lesão, sejam devidamente comunicados e tratados de acordo com cada evento, conforme o fluxo estabelecido neste procedimento.

A notificação deverá ser feita no SINAPSE pelo responsável do contrato, uma vez que os profissionais das empresas contratadas não possuem acesso a esse sistema. Emitir a NOI, devidamente preenchida e assinada, quando o atendimento na unidade de pronto atendimento for necessário (para eventos biológicos e não biológicos).

No caso de incidente biológico, o responsável (Einstein) pelo contrato deve se reportar à liderança da área onde ocorreu o incidente para providenciar a autorização do paciente fonte na NOI, seguida da coleta da amostra de sangue. Caso o paciente tenha se ausentado da unidade, a liderança local deve providenciar a coleta domiciliar imediatamente.
Em caso de incidentes biológicos, o líder assistencial da área onde ocorreu o evento deverá providenciar o envio da amostra do paciente fonte para o laboratório do Morumbi. Deverá providenciar também o transporte imediato do acidentado para a UPA Morumbi, quando o prestador/terceiro estiver em unidades externas.
Participar das investigações dos eventos descritos neste procedimento.
Fazer cumprir todas as ações definidas no processo de investigação.
Aplicar o termo de responsabilidade (ruptura de fluxo) quando o fluxo de comunicação de incidentes não for devidamente seguido.
Posteriormente, definir o centro de custo para cobertura dos custos de atendimento médico e assistenciais em alguma unidade da SBIBAE quando aplicável.

Colaborador terceiro envolvido no incidente com lesão
Comunicar imediatamente ao seu líder todos os eventos com e sem lesão de acordo com os fluxos apresentados neste procedimento.
Seguir o fluxo de tratativa definido neste procedimento, imediatamente. Se houver a ruptura do fluxo, terá que assinar o Termo de Responsabilidade.
Permitir a coleta da sua sorologia no caso de incidentes biológicos. Participar do processo de investigação, informando todos os detalhes do evento.
Quando aplicável, participar da implantação das ações corretivas.
Para as unidades do IIRS – Programas Governamentais, em caso de incidentes biológicos, o prestador/terceiro deverá seguir o fluxo de atendimento estabelecido pela empresa contratada.

Segurança e Saúde do Trabalho, Meio Ambiente e Sustentabilidade
Fazer a gestão das notificações voltadas à segurança do trabalho, saúde, meio ambiente e sustentabilidade envolvendo prestadores/terceiros.
Realizar a investigação dos eventos conforme descrito neste procedimento, onde aplicável. Acompanhar a implantação das ações propostas e definidas.
Manter os formulários de investigação, onde aplicável, devidamente arquivados para as diversas consultas. Compilar os dados estatísticos com informações repassadas no sistema pelos prestadores/terceiros.

Unidade de Pronto Atendimento – UPA

Incidentes biológicos ocorridos com prestadores/terceiros nas unidades Morumbi e avançadas, serão atendidos na UPA Morumbi. incidentes biológicos ocorridos com prestadores/terceiros em unidades do IIRS devem seguir o fluxo determinado pela empresa contratada.

as upas das unidades externas podem atender outros eventos típicos quando aplicável, em seguida, o colaborador deve dar continuidade ao fluxo de incidentes determinado pela empresa contratada.

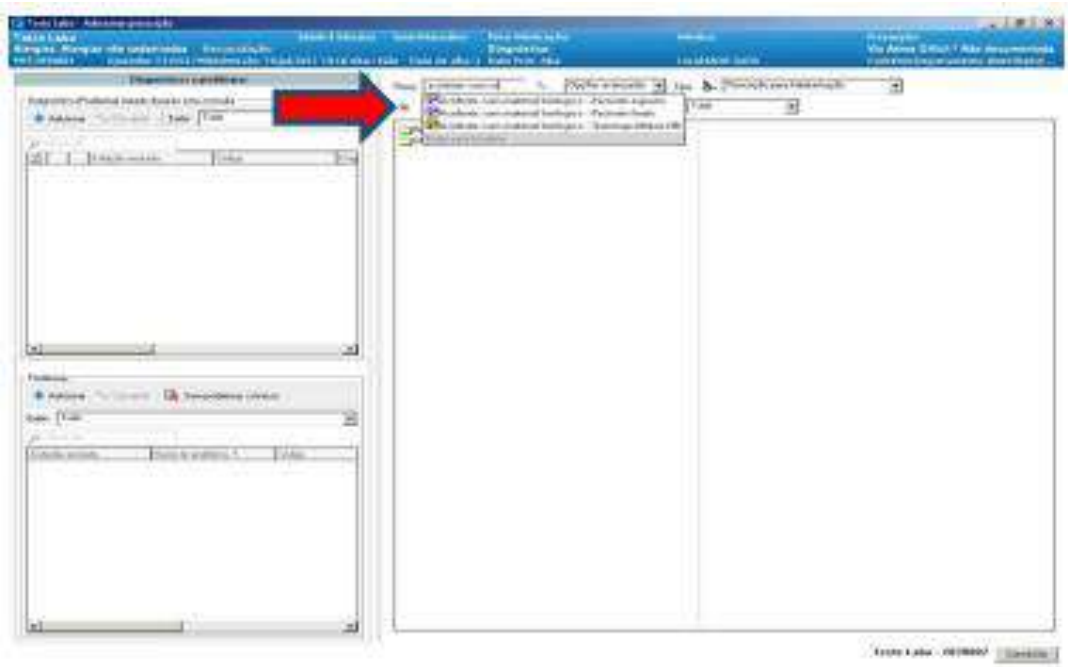
Atender prioritariamente os prestadores/terceiros envolvidos em incidentes biológicos, que devem informar assim que chegarem ao pronto atendimento no Morumbi.

Para incidentes biológicos, a UPA Morumbi deve receber a amostra do paciente fonte quando de unidades externas, caso não tenham sido enviadas diretamente para o laboratório do Morumbi, e cadastrar no sistema conforme descrito neste procedimento. Para incidentes biológicos, a UPA Morumbi deve coletar a sorologia do prestador/terceiro envolvido no incidente biológico e cadastrar no sistema Cerner conforme descrito neste procedimento.

Encaminhar as amostras do prestador/terceiro e do paciente fonte para análise no laboratório do Morumbi.

No caso de incidentes biológicos, somente liberar o prestador/terceiro para acompanhamento da saúde do trabalho Einstein, quando aplicável, ou da segurança do trabalho da empresa contratada após a confirmação do resultado da sorologia dos testes rápidos do HIV (fonte e paciente exposto).

Quando o teste rápido do paciente fonte der positivo para HIV: no campo de pesquisa do Cerner, digite acidente com material biológico - quimioprofilaxia HIV e aparecerá o pacote de QP definido pela saúde do trabalho como ilustrado abaixo (seta vermelha).



Importante garantir a entrega das 28 doses necessárias de QP quando o fluxo assim orientar: em casos de paciente fonte HIV ou fonte desconhecida. Em caso de resultado positivo para HIV do paciente exposto, avaliar a prescrição de QP em conjunto com a Saúde do Trabalho (Ramais 76184 / 78598 / 71374).

A UPA Morumbi deve entrar em contato com a saúde do trabalho no HIAE (ramais 76184 / 78598 / 71374), quando necessário e aplicável, para detalhamento da lesão. A classificação e tratativa da lesão são de responsabilidade da saúde do trabalho da empresa contratada, bem como a aplicação de atestados e emissão de CAT.

Quando aplicável, somente encaminhar o prestador/terceiro para a Saúde do Trabalho com a NOI preenchida. Obrigatoriamente registrar a CID nos relatórios de alta e atestados médicos.

Os custos do atendimento médico e assistencial da SBIBAE são cobertos conforme indicação do gestor Einstein do contrato.

Resumo Orientativo:

- Triagem UPA Morumbi / Enfermagem UPA Morumbi
- Solicita a NOI preenchida e verifica se foi coletado material da fonte
- Atendimento Médico Completar preenchimento da NOI
- Solicitar exames do prestador/terceiro exposto conforme descrito acima (Atalho CERNER/Paciente EXPOSTO).
- Paciente Exposto (Prestador/Terceiro)
- Aguarda resultado do teste rápido (fonte + paciente exposto). Máximo 40 min após chegada da amostra no laboratório
- Atendimento Médico pós liberação do Resultado Laboratorial / Teste Rápido HIV
- Médico reavalia resultado do teste rápido de HIV do paciente fonte e do paciente exposto
- Liberação das medicações (atalho CERNER/Quimioprofilaxia), se indicado
- Encaminha o prestador/terceiro para acompanhamento da Segurança do Trabalho da empresa contratada (somente após avaliar o resultado do teste rápido!) ou Saúde do Trabalho Einstein, quando aplicável.

Consulta do Médico do Trabalho na Saúde do Trabalho

Mediante avaliação conjunta entre o responsável pelo contrato Einstein, a saúde do trabalho e a empresa contratada, quando indicado o acompanhamento.

Quando aplicável e o prestador/terceiro estiver em uso de qp: imediatamente após a consulta na upa Morumbi em dias úteis e horário comercial ou no 1º dia útil após o incidente biológico.

Saúde do Trabalho

Acompanhar o prestador/terceiro quando aplicável.

Equipe de Bombeiros SBIBAE

Dar suporte nos incidentes com derramamentos de produtos químicos, entre outros. Gerar os respectivos relatórios de ocorrências. Promover a notificação dos incidentes relacionados às emergências.

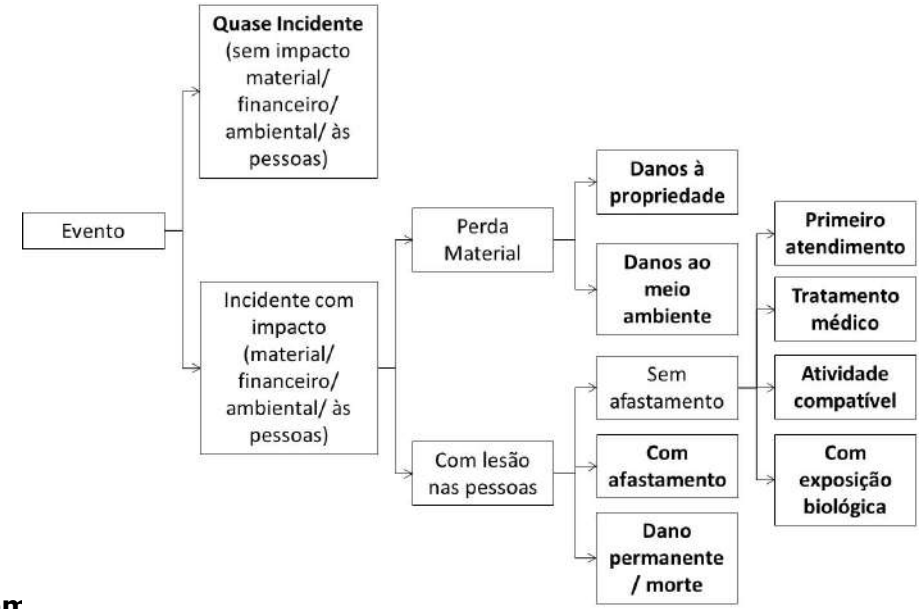
Acionar a Segurança do Trabalho, Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade para as investigações de incidentes envolvendo o Sistema de Gestão Integrada.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Inconsistências no cumprimento dessa política pela empresa contratada.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Abaixo a classificação de incidentes utilizada pela SBIBAE de acordo com as definições apresentadas anteriormente.



Fluxo de Comunicação de Incidentes

Fluxo de comunicação incidentes típicos (exceto incidentes biológicos) com prestadores/terceiros da SBIBAE – incidentes com lesão

As empresas contratadas devem apresentar antes de iniciar qualquer tipo de trabalho PAE – Plano de Atendimento Emergencial, com os fluxos de acidentes devidamente descritos.

Quando um incidente com lesão ocorrer com um prestador/terceiro da SBIBAE, os primeiros socorros podem ser dados pelo Pronto Atendimento da unidade onde o evento ocorreu quando a lesão o exigir.

Caso contrário, o primeiro atendimento deverá ser prestado pelo médico do plano de saúde do prestador/ terceiro ou pela rede pública de saúde, ou ainda, pelo Corpo de Bombeiros (193).

Caso não exista uma UPA na unidade, acionar imediatamente o corpo de bombeiros pelo número 193. Em seguida, o prestador/terceiro deverá ser encaminhado para o atendimento médico público ou da rede credenciada do seu plano de saúde, quando aplicável.

Para incidentes biológicos, todos os prestadores/ terceiros devem ser encaminhados para a UPA do Morumbi, EXCETO os que atuam nas unidades do IIRS.

A investigação e demais tratativas necessárias são de responsabilidade da empresa contratada de forma imediata para que outros eventos sejam evitados e para que os envolvidos sejam devidamente atendidos Para incidentes com lesão ocorridos com prestadores/terceiros, a tabela abaixo deverá ser seguida.

QUEM COMUNICA	PARA QUEM COMUNICA	MEIO DE COMUNICAÇÃO / LOCAL DO FORMULÁRIO	PRAZO DE COMUNICAÇÃO	O QUE FAZER	OBSERVAÇÕES
Colaborador envolvido no evento	Líder	Pessoalmente ou Telefone	Imediato	Comunicar e encaminhar-se ao serviço médico* para incidentes com lesão (seguir o fluxo).	Isolar o local para posterior investigação
Líder	SINAPSE	Intranet ou Internet (IIRS Programas Governamentais)	Imediato	Comunicar o evento	Necessária para o atendimento na UPA

	Não Aplicável	Intranet ou Internet (IIRS Programas Governamentais)		Preencher a SINAPSE	Unidades fora de SP - Nota 1
Segurança do Trabalho	Equipe SSMA	Pessoalmente, Telefone ou E-mail	Imediato	Comunicar eventos com lesão incapacitante ou fatal ou potencial de gravidade maior	
Segurança do Trabalho	Gestor do Colaborador Envolvido	Pessoalmente, Telefone ou E-mail	Assim que a lesão for confirmada	Comunicar incidentes com afastamento e com contato biológico	
Segurança do Trabalho	Jurídico	Pessoalmente ou Telefone	Assim que a lesão for confirmada	Comunicar eventos com lesão incapacitante ou fatal	Nota 2
Segurança do Trabalho	INSS	Sistema do INSS	Até 24 horas	Registrar a CAT	

Nota 1: Seguir fluxo da empresa contratada

Nota 2: Nos casos de agressão no ambiente de trabalho, havendo lesão, o fato deve ser tratado conforme descrito. Quando não houver lesão, o evento deverá ser notificado como "Quase Incidente".

Importante: Os custos do incidente serão debitados no Centro de Custo da área responsável pelo contrato ou outro indicado pelo Gestor Einstein do Contrato diretamente com a área prestadora do serviço médico/assistencial.

Fluxo de Comunicação de Incidentes de Trajeto

Em caso de incidentes de trajeto, devem seguir as orientações das suas empresas.

Informar a Segurança do Trabalho e o Gestor do Contrato Einstein em caso de lesões incapacitantes ou fatais, apresentando os respectivos relatórios de investigação quando de eventos de trajeto cujo destino for alguma unidade do Einstein em qualquer estado brasileiro.

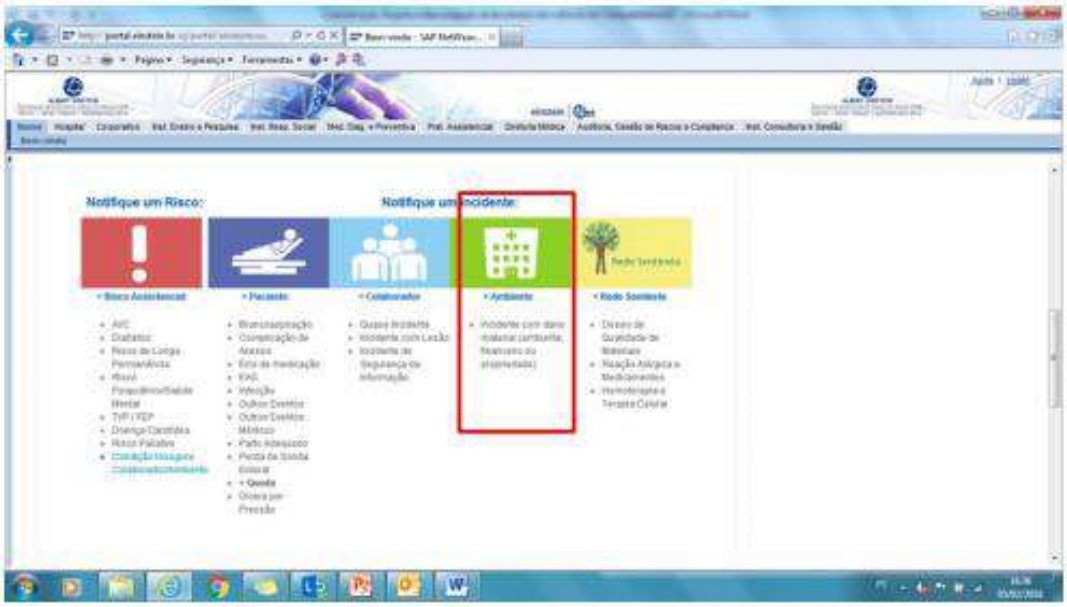
Fluxo de Comunicação de Incidentes Sem Lesão (Ambientais e Danos Materiais, por exemplo)

Incidentes ambientais ou danos materiais também devem ser comunicados e tratados. Para qualquer derramamento de produtos químicos, os Bombeiros da SBIBAE devem ser acionados pelo ramal de emergência da unidade.

As orientações de ações e contenções serão comunicadas por este grupo.

No caso de incêndios, além do ramal de emergência, há botoeiras do alarme que poderão ser acionadas. Todo o processo está descrito no "Procedimento para Atendimento de Emergências do PCI", em Anexos.

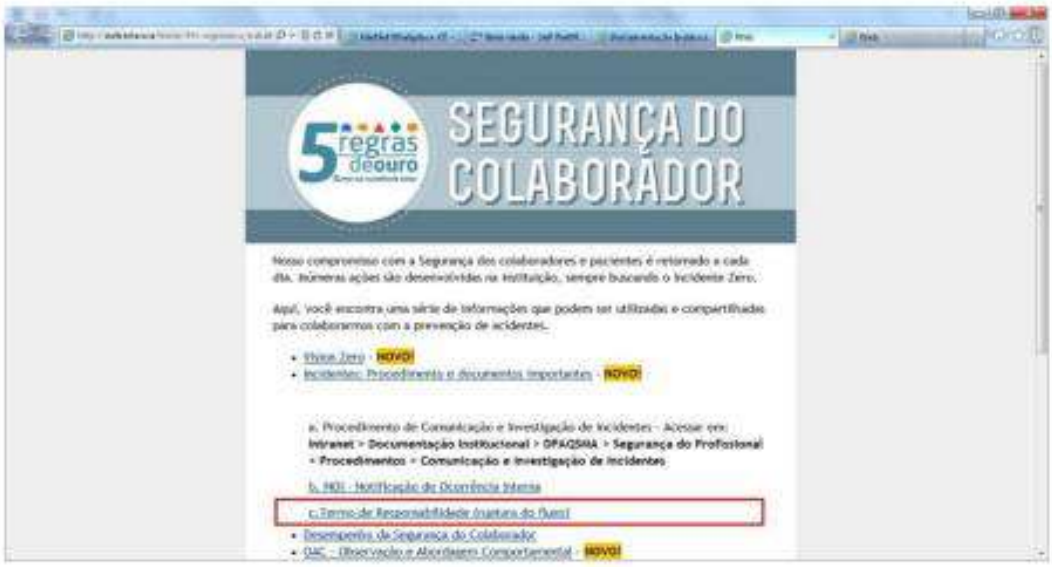
Estes incidentes sem lesão devem ser notificados também no SINAPSE, pelo responsável Einstein pelo contrato, conforme indicação abaixo:



Dependendo do incidente, poderá ser necessária uma comunicação externa a outras partes interessadas, seguindo-se procedimentos institucionais.

Tratativa Fora do Fluxo de Incidentes

Para incidentes com lesão, caso o prestador/terceiro não aceite seguir o fluxo de incidentes apresentado neste procedimento em qualquer etapa, o responsável pelo contrato do mesmo com o responsável Einstein pelo contrato deverão preencher o Termo de Responsabilidade (Ruptura do fluxo) também disponível na Intranet (conforme telas abaixo), enviando o impresso devidamente preenchido e assinado, para a Segurança do Trabalho da sua unidade.



10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Indicadores mensais de prestadores de serviço.

13. ANEXOS

Formulário_Autorização_para_Exame_Paciente_Fonte_-_Programas_Governamentais.pdf
Termo de Responsabilidade Procedimento de Trabalho a Quente;
Procedimento de Espaço Confinado;
Procedimento de Trabalho em Altura;
Procedimento de Trabalho em Escavação;
Procedimento de Trabalho em Ferramentas Manuais;
Procedimento de Trabalho em Movimentação de Carga;
Procedimento de Trabalho em Serviço com Eletricidade;
Procedimento para Análise Preliminar de Riscos (APR);
Procedimento para Permissão de Trabalho (PT).

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria 3214 de 08 de agosto de 1978 do MTE.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento para Atendimento de Emergências do PCI

Data	Evento de assinatura	Usuário
01/02/2023 11:20:36	Criado por	Daisy Mitiko Suzuki Okada
10/02/2023 17:00:06	Aprovado por	Tatiana Taumaturgo Macedo

16. HISTORICO DE VERSÕES

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 01/02/2023 - 11:22
Documento inserido no template dmDocs

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) E EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA (EPC)

1. OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivos:

- Apresentar os processos para aquisição e implementação de EPC (Equipamento de Proteção Coletiva) e desenvolver sistemática de padronização, aquisição e controle do EPI (Equipamento de Proteção Individual) da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.
- Recomendar a utilização do EPI adequado, guarda e conservação;
- Prevenir incidentes aos colaboradores expostos aos riscos físicos, químicos, biológicos ou acidentes;

2. DEFINIÇÕES

EPC – Equipamento de Proteção Coletiva

EPI - Equipamento de Proteção Individual

TST – Técnico de Segurança do Trabalho

C.A. - Certificado de Aprovação (Emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego)

Book EPI – Livro detalhado de EPIs homologados pela instituição

SESMT- Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

NR - Norma Regulamentadora

CEDOC – Centro de Documentação, gerenciamento de arquivos da instituição

SINAPSE – Sistema de Notificação de Aprendizagem em Segurança

ME – Mercado Eletrônico – Plataforma para compra de materiais de forma eletrônica https://www.me.com.br/

SAP – Sistemas, Aplicativos e Produtos para Processamento de Dados – Plataforma para cadastro de produto

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: Para todos os colaboradores da instituição que se utilizam de Equipamentos de Proteção, conforme os riscos de suas atividades.

Contraindicação: não se aplica

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Todos os Equipamentos de Proteção ao colaborador.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

O EPC ou EPI é definido por um Técnico de Segurança do Trabalho, mediante análise de risco das atividades em seu processo, podendo ser necessária análise complementar específica, como por exemplo: análise química de poeiras, fumos ou névoas, análise de calor etc.

Após análise, o Técnico de Segurança verifica a possibilidade de adoção de um EPC (Cabine de fluxo laminar, Exaustor, Chuveiro de Emergência etc.).

Não sendo possível a adoção do EPC, o Técnico de Segurança, busca no Book de EPI (Link) o EPI que atenda às necessidades e disponibiliza para a área, o número de cadastro de compras no ME.

Caso o EPI necessário não esteja homologado (disponível no book), o Técnico de Segurança busca junto aos fornecedores o EPI necessário e o disponibiliza para teste juntamente com a Ficha para teste do EPI.

Sendo aprovado o EPI, o Técnico de Segurança realiza a homologação do item no SAP e ME fornecendo o código de compra à área.

Para finalização do processo, o Técnico de Segurança insere o item homologado no Book de EPI.

Excluem-se deste fluxo a compra dos equipamentos como Máscaras N95 e luvas de procedimento (equipamentos adquiridos através de requisição via farmácia através do código de cadastro e descrição do produto ou via pixys).

Figura 1: Fluxo de entrega e registro de EPI

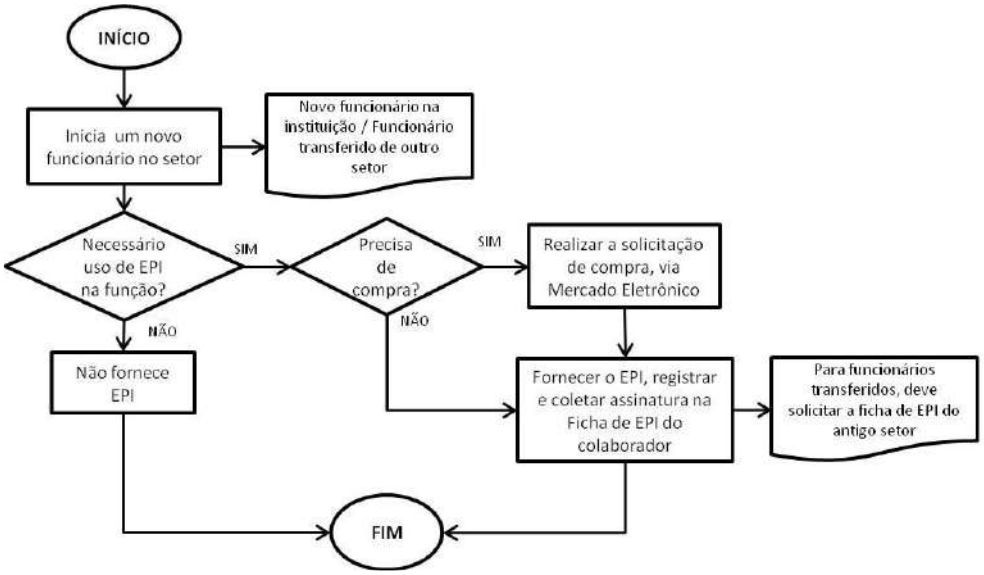


Figura 2: Fluxo ficha de EPI de desligados

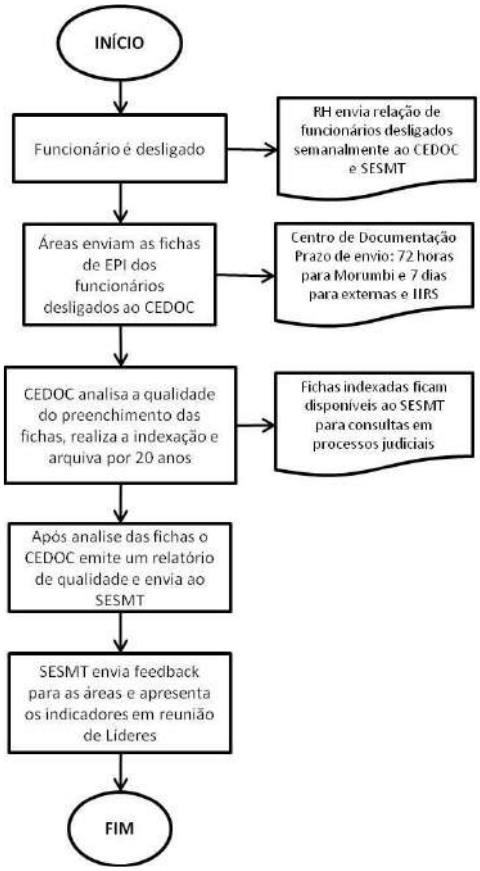


Figura 3: Fluxo ficha de EPI por motivos médicos

Sendo identificada a necessidade de troca do EPI, o médico deverá enviar ao SESMT e a liderança, as recomendações para adequação do EPI.

Obs.: Funcionários do HMSC devem ser direcionados ao médico do trabalho na própria unidade. Para as demais unidades, deve ser direcionado à unidade Morumbi.

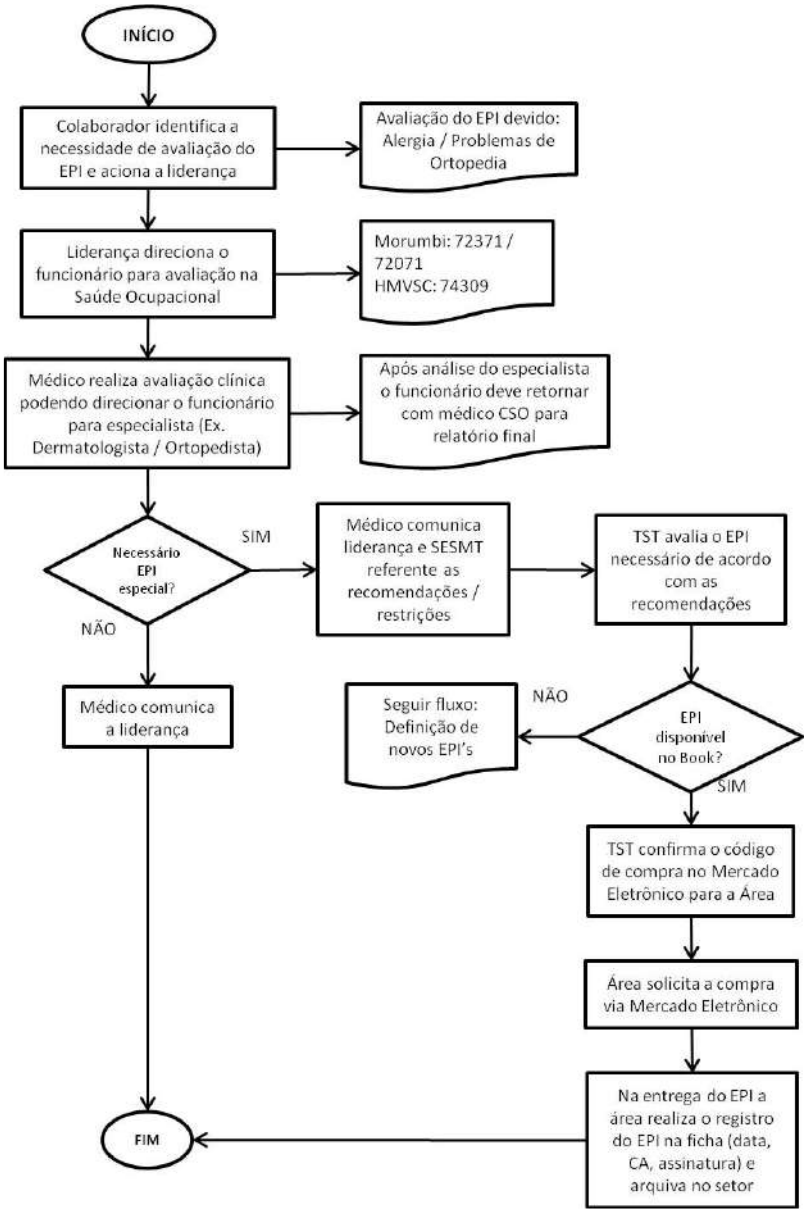


Figura 4: Fluxo ficha de troca de EPI danificado

Todo EPI deve ser utilizado apenas para a finalidade a qual se destina. Sendo identificada qualquer anormalidade que o torne impróprio para o uso, deve-se comunicar a liderança imediatamente para que seja direcionada a troca.

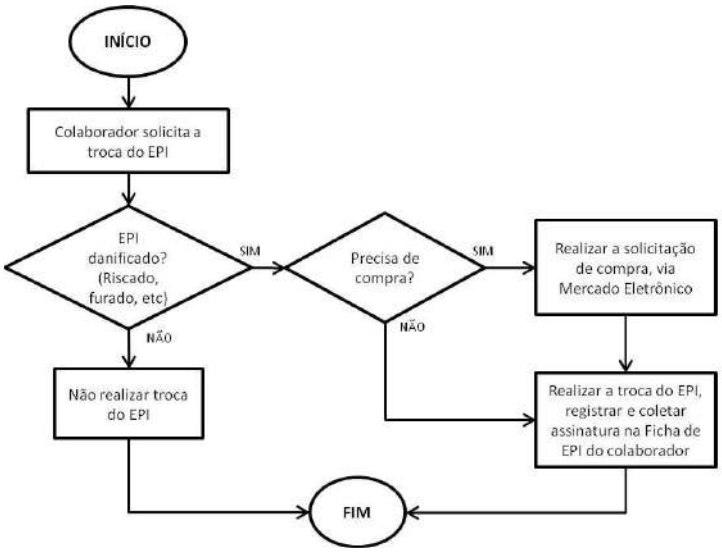
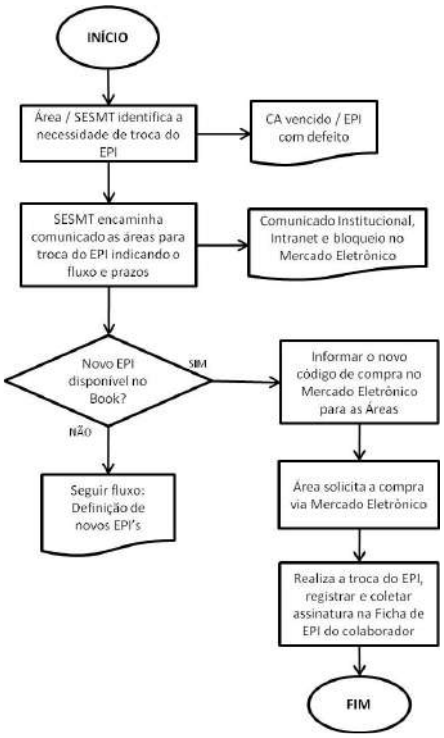


Figura 5: Recall de EPI

Todo CA possui validade, podendo ser revalidado ou não. Caso o CA não seja revalidado e haja necessidade de trocar os itens em estoque, o mesmo será bloqueado para compra, sendo emitido Comunicado Institucional com as orientações e realizado a segregação dos itens de estoque para troca. O mesmo fluxo se aplica para itens que apresentarem defeito e/ou for descontinuado na instituição.



7. RESPONSABILIDADES

Gestor

- Acionar o Técnico de Segurança do Trabalho quando houver alterações do processo como: Layout, novo setor, novos equipamentos ou produtos químicos etc., para avaliação técnica e consequentemente, definição do EPC/EPI, e sua correta utilização. Sendo necessária a adoção do EPI, o gestor indicará a pessoa que ficará com a responsabilidade de realizar o teste do EPI que será enviado através de um Forms;
- Orientar o colaborador a preencher a ficha de teste do EPI e devolvê-la ao setor de Segurança do Trabalho dentro do prazo estipulado pelo Técnico;
- Solicitar a compra do EPI, quando aprovado, através da rotina específica de compra do equipamento (mercado eletrônico, via requisição SAP ou rotina de pedido de item disponível no depósito);
- Disponibilizar os EPIs aos colaboradores inclusive Estagiários, Aprimorandos, Pós Graduandos, Residentes, Pesquisadores e outros, garantindo o seu uso de forma correta;
- Aplicar medidas disciplinares para a falta de uso de EPI recorrente, conforme procedimento de RH – Medidas Disciplinares. Maiores informações disponíveis no E-book do PDLE das lideranças;

- Fazer o registro do Termo de Responsabilidade e Ficha de Controle e Entrega de EPI (Anexo 1) de cada funcionário datada e assinada sempre que for disponibilizar um novo EPI (com exceção das luvas de procedimento ou máscara N95 e descartáveis). A ficha deve ser mantida em local disponível;
- Garantir a conformidade das fichas de registro de EPI em atendimento legal;
- Para os colaboradores que forem transferidos de área ou desligados, deve-se enviar sua ficha de EPI, ao CEDOC para arquivamento; conforme procedimento (Item 8.3);
- Notificar através do sistema SINAPSE as fichas de EPI de funcionários desligados que foram perdidas / extraviadas ou não fornecidas aos colaboradores cuja sua função exigia, encaminhando esta notificação ao Grupo CEDOC grupocedoc@einstein.br para que a mesma seja arquivada no lugar da ficha de EPI.

Segurança do Trabalho

- Priorizar a eliminação do risco e/ou minimização da exposição devendo-se adotar o EPC antes da indicação do EPI;
- Avaliar a atividade do setor indicando o EPC/EPI (Book EPI), mais adequado para a atividade observando todos os itens de proteção, conforto e legislação aplicável;
- Buscar junto aos fornecedores o EPI adequado, quando não disponível no Book EPI, envolvendo o grupo de "Gestão EPIs" gestaoepis@einstein.br e "EPI - Departamento de Compras" epiddc@einstein.br;
- Orientar o setor quanto ao preenchimento da ficha de teste do EPI e fiscalizar;
- Orientar a área quanto ao preenchimento da ficha de EPI, bem como o uso do EPI, sua guarda, conservação e higienização;
- Orientar a área quanto ao fluxo de arquivamento das fichas de EPI dos funcionários transferidos e desligados e cobrar mensalmente as áreas para seguimento deste fluxo com o relatório emitido pelo CEDOC;
- Garantir que o gestor faça a abertura das Notificações no sistema SINAPSE das fichas de EPI de transferidos e desligados que foram perdidas / extraviadas ou não fornecidas aos funcionários cuja sua função exigia, e o envio desta notificação ao Grupo CEDOC grupocedoc@einstein.br para que a mesma seja arquivada no lugar da ficha de EPI;
- Fornecer as fichas de EPI solicitadas pelo departamento jurídico quando necessário;
- Manter o Book de EPI atualizado.
- Acompanhar a validade do C.A cadastrado no sistema, através das mensagens via workflow que serão encaminhados (90, 60 e 30 dias) antes do vencimento, para os integrantes do grupo gestão de EPIs.

Compras

- Manter o contato com fornecedores de EPI´s;
- Manter no mercado eletrônico somente os EPI´s aprovados e padronizados pela Segurança do Trabalho;
- Acionar Gestão EPIs gestaoepis@einstein.br quando houver pedido de EPI não homologado/cadastrado (pedidos via requisição) para avaliação e aprovação de compra do item.

Colaborador

- Testar o EPI conforme orientação do gestor e da segurança do trabalho, preencher a ficha no Forms;
- Utilizar sempre o EPI, quando o mesmo se fizer necessário;
- Manter a guarda, conservação e higiene do EPI de sua responsabilidade;
- Solicitar a troca do EPI, sempre que necessário;
- Manter sua ficha de EPI atualizada.

CEDOC – Centro de Documentação

- Receber as fichas de EPI enviadas pelos gestores, conferir se todas as fichas foram relacionadas no protocolo juntamente com os respectivos DRTs, assinar o protocolo e devolvê-lo à área;
- Fazer a análise das fichas de EPI, verificando nos campos o preenchimento adequado do nome, assinatura do termo, assinatura de recebimento do EPI, número de CA, data de recebimento do EPI, indexá-las e digitalizá-las no CEDOC;
- Encaminhar mensalmente à Segurança do Trabalho o relatório com as informações coletadas nas fichas de EPI, bem como a relação dos documentos que não foram recebidos;
- Arquivamento com indexador NOME e DRT. Para as funções que possuam outro tipo de registro, devese anotar o número de registro como RA ou Matrícula. Para os terceiros, será adotado o registro através do NOME e as INICIAIS DO NOME.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não identificação do risco na área e consequentemente o não controle dos riscos sem definição de EPI compatível;

Não registro de entrega do EPI na Ficha de Controle e Entrega de EPIs;

Não preenchimento de todos os campos na Ficha de Controle e Entrega de EPIs;
Falta de assinatura no Termo de Responsabilidade;
Perda da Ficha de Controle e Entrega de EPIs.
Não encaminhamento ao CEDOC das Fichas de Controle e Entrega de EPIs dos colaboradores desligados;
Não registro do SINAPSE das Fichas de Controle e Entrega de EPIs que foram perdidas/extraviadas;
Não envio da notificação do SINAPSE ao Grupo CEDOC - grupocedoc@einstein.br.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

O profissional deve utilizar os EPIs e dispositivos complementares pertinentes em situações de exposição a risco químico, como por exemplo, aplicação de contrates e administração de quimioterápicos, qualquer que seja a via;

- O profissional deve utilizar óculos de proteção em procedimentos do tipo retirada de gesso, pelo risco de projeção de partículas sólidas;
- O profissional deve utilizar os Óculos de Segurança e a Máscara Cirúrgica na administração de vacina contra Rotavírus; Coleta de Hemocultura; Punção Arterial e Coletas de raspados, secreções, swabs nasal ou oral;
- Além dos procedimentos listados na tabela acima, o profissional deve utilizar os óculos de segurança sempre que avaliar o risco de exposição a sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, de acordo com as Precauções Padrão. Vide fluxograma, item 14.
- O profissional deve associar a máscara cirúrgica sempre que avaliar o risco de exposição a sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, de acordo com as Precauções Padrão. Vide fluxograma, item 14.
- Quando o paciente estiver em Precauções Específicas (contato, gotículas e aerossóis) o profissional deve utilizar os EPIs e dispositivos complementares obrigatórios para cada Precaução.
- Na UTI-NEO a utilização de máscara é obrigatória na inserção ou manipulação de qualquer cateter, preparo de medicações e NPP, pelas características do paciente e questões estruturais, para que não ocorra contaminação das soluções e amostras ou no momento da manipulação dos dispositivos.
- Os Óculos de Segurança devem estar junto ao corpo do colaborador durante sua jornada de trabalho, pela imprevisibilidade de intercorrências com exposição ao risco.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Admissional setorial;
Mediante mudanças de responsável pela entrega e controle de EPI;
Mediante atualizações no procedimento.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

A Ficha de Controle e Entrega de EPI deve ser arquivada no setor e enviada ao CEDOC quando o funcionário for desligado para arquivamento.
O CEDOC deverá manter a Ficha de Controle e Entrega de EPI arquivada por 20 anos.

12.INDICADORES DE DESEMPENHO

Índice de Segurança do Colaborador

- Frequência de Acidente com Perda de Tempo Frequência de Acidentes sem perda de tempo – Biológico

Índice de Gravidade;

- Taxa de Doenças Ocupacionais com Perda de Tempo Índice de Gravidade de Doenças Ocupacionais;
- Proporção de Afastados por Doenças Ocupacionais

13. ANEXOS

Anexo 1: Ficha_de_controle_de_EPI-_Frente.pdf
Ficha_de_controle_de_EPI-_Verso.pdf
Anexo 2: Protocolo_Ficha_de_EPI_Desligados_-_CEDOC_-_Anexo_2.doc
Anexo 3: Manual_-_Preenchimento_da_Ficha_de_EPI.rev2_-_Anexo_4.pdf
Anexo 4: Book Padrão de EPI
Anexo 6: Manual_de_EPI_Prog._Gover_03.08.16_-_Anexo_6.xlsx
Anexo 7: Treinamento_de_EPI-SAP_Compradores_-_Anexo_7.pdf

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Lei nº 6.514 de 22/12/1977 aprovada pela Portaria nº 3.214 de 08/06/1978 relativa à Segurança e Medicina do Trabalho, constante da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).
• NR6 - Equipamento de Proteção Individual
• NR7 - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional • NR9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

• NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde

• Ontario Agency for Health Protection and Promotion, Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Routine Practices and Additional Precautions in All Health Care Settings 3rd edition. Toronto:2012.
http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_Eng2012.pdf

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Precaução de Gotículas

Precaução Aéreas

Precaução de Contato

Precaução Padrão

Envio de Documento para o CEDOC

Medidas Disciplinares

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 30/05/2023 - 14:50

maio/23: normativo inserido no template dmDocs

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO PARA COMUNICAÇÃO, REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTE COM E SEM LESÃO

1. OBJETIVO

Esse procedimento tem por objetivos:

- Suportar o processo de garantia de que os incidentes, com e sem lesão, sejam devidamente comunicados, registrados e investigados, incluindo os incidentes ambientais;
- Determinar o fluxo a ser seguido por todos da Instituição (áreas, empregados, prestadores de serviços e contratados, incluindo os médicos corpo clínico aberto) para a comunicação e tratativa dos incidentes;
- Estabelecer as classificações dos incidentes;
- Definir as etapas de investigação dos incidentes;
- Auxiliar na determinação das causas imediatas e causas raízes dos incidentes, bem como as ações necessárias;
- Controlar os riscos.

2. DEFINIÇÕES

BO: Boletim de Ocorrência.

CAT: Comunicação de Acidente do Trabalho.

CID: Classificação/Código Internacional de Doenças.

CLASSIFICAÇÃO DE INCIDENTE: É utilizada a classificação da OHSAS, órgão dos Estados Unidos que trata das questões trabalhistas do país e que fornece subsídio comparativo mundial entre diversas empresas. Segue a classificação e considerações:

	Tem lesão? eventos de Trajeto, Típico (incluindo biológico)	Afastamento do trabalho?	Emissão CAT?	Tratamento após evento?
Quase Incidente	Não	Não	Não	Não
Incidente - Primeiro Atendimento	Sim	Não	Não	Não
Incidente Sem afastamento com atividade compatível	Sim	Não	Sim	Sim
Incidente Sem afastamento com tratamento médico	Sim	Não*	Sim	Sim
Incidente Com afastamento	Sim	Sim	Sim	Sim

* apesar de não poder exercer atividade em 100% da execução

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho, é um tipo de contrato de trabalho que se baseia um conjunto de leis que regulamentam as relações trabalhistas.

DANOS AO MEIO AMBIENTE: Incidente que resulta, por exemplo, em derramamentos ou vazamentos para o ar, solo ou água.

DOENÇA OCUPACIONAL: A doença ocupacional, assim entendida, é a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se

relacione diretamente, desde que constante da relação de que trata o Anexo II do Decreto nº 2.172/97.

HIAE: Hospital Israelita Albert Einstein IIRS: Programas Governamentais: É composto pelas unidades de parceria público-privada: Atendimento Médico Ambulatorial (AMA), Atendimento Médico Ambulatorial Especializado (AMAE), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Residência Terapêutica (SRT) e UPA Campo Limpo.

INCIDENTE: Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao colaborador ou perda material/ financeira ou ambiental. INCIDENTE

AMBIENTAL: Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em danos ao meio ambiente.

INCIDENTE TÍPICO: Ver definição incidente de trabalho com lesão.

INCIDENTE DE TRABALHO COM LESÃO: É o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando uma lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução permanente ou temporária da capacidade do trabalho. Equiparam-se a este, as doenças ocupacionais e os acidentes de trajeto. Pode ser classificado como:

- Primeiro Atendimento
- Tratamento Médico
- Atividade Compatível
- Afastamento

INCIDENTE SEM AFASTAMENTO: Incidente com lesões que podem ser classificados como primeiro atendimento, tratamento médico ou atividade compatível. O afastamento do trabalho não é necessário.

INCIDENTE COM AFASTAMENTO: Incidente que resulte em danos às pessoas e que impedem o envolvido de voltar ao trabalho no dia imediatamente após o do evento.

INCIDENTE DE TRAJETO: É o que ocorre no percurso da residência para o local de trabalho ou vice versa, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do colaborador, desde que não haja interrupção ou alteração de percurso por motivo alheio ao trabalho.

INCIDENTE BIOLÓGICO: É um incidente de trabalho onde há exposição aos agentes biológicos por meio de materiais perfurocortantes, mordeduras humanas e contato com fluídos corpóreos (como sangue, saliva, urina e outros). A caracterização ou não de um incidente biológico dependerá de diversos fatores apresentados a seguir neste documento.

INCIDENTE SEM AFASTAMENTO COM TRATAMENTO MÉDICO: Incidente que resulte em danos às pessoas (lesão), porém, que não impede o envolvido de voltar ao trabalho após o evento, mas que apresenta lesões que precisam de um atendimento especializado para seu

tratamento como queimaduras de 2º e 3º graus, imobilização, suturas, terapias medicamentosas prescritas, retirada de corpos estranhos dos olhos por oftalmologista, raio X indicativo de lesão, entre outros. São lesões com gravidade maior que os primeiros atendimentos, porém com lesão menor que a atividade compatível.

INCIDENTE COM ATIVIDADE COMPATÍVEL (SEM AFASTAMENTO): Incidente que resulte em danos às pessoas (lesão) e que impedem o envolvido de voltar a executar 100% das suas atividades diárias do trabalho após o evento em suas atividades normais, ou seja, ele precisa ficar restrito à execução de parte das atividades do seu escopo de trabalho até recuperação completa.

INCIDENTE COM PERDA MATERIAL: Evento que resulta em danos ao meio ambiente, equipamentos ou propriedade e / ou perdas no processo.

MTE: Ministério do Trabalho e Emprego.

NR: Norma Regulamentadora. NTO: Núcleo Técnico Operacional.

ONSITE: Serviço prestado pelo Einstein dentro de uma empresa.

PACIENTE EXPOSTO: Corresponde à pessoa que se envolveu no acidente, o acidentado

PRIMEIRO ATENDIMENTO: Ver definição em PRIMEIROS SOCORROS. PRIMEIROS SOCORROS: São casos tratados em ambulatório ou atendimento simples de primeiros socorros sem perda ou redução permanente ou temporária da capacidade do trabalho. São os casos de PRIMEIRO ATENDIMENTO. Consiste em um único tratamento de curta duração. É geralmente simples e requer pouca ou nenhuma tecnologia. Além disso, o Primeiro Socorro pode ser caracterizado pelas seguintes situações práticas:

- Consulta com médico interno ou externo para aconselhamento e/ou observação;
- Testes diagnósticos (RX, laboratório) usados para investigação, mas que resultem negativos ou mostrem alterações não associadas ao evento ocupacional em questão. Também os seguintes procedimentos:
- Uso de medicamento não ético em doses não terapêuticas (ex. Aspirina uma vez ao dia);
- Imunização antitetânica;
- Limpeza de escoriações de pele; • Curativos de lesões superficiais com band-aid, micropore ou bandagem;
- Aplicação de calor ou frio;
- Imobilizações não rígidas como enfaixamento;
- Métodos temporários de imobilização durante o transporte de possíveis envolvidos no incidente;
- Drenagem de hematoma sub-ungueal ou drenagem de bolhas;

- Oclusão ocular para conforto; • Remoção de corpos estranhos dos olhos apenas com lavagem;
- Remoção de corpos estranhos da pele apenas com irrigação, cotonete ou outros meios simples;
- Massagem que não fisioterapia ou quiropraxia;
- Queimadura de 1º grau;
- Ingestão de líquidos para alívio do calor. QP: Quimioprofilaxia QUASE INCIDENTE (NEAR MISS): É uma situação onde um incidente quase ocorreu, ou seja, não houve lesão, perda material, perda ambiental ou qualquer outra perda. RISCO: Probabilidade de um incidente ocorrer. SAP: Sistema ERP da SBIBAE.

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

SGI: Sistema de Gestão Integrada.

SINAPSE: Sistema de Notificação de Aprendizagem em Segurança.

SOC: Sistema de ERP da SBIBAE TAXA DE FREQUÊNCIA DE INCIDENTES (TOTAL): É uma taxa que considera todas as lesões reportáveis (tratamento médico + restrição + afastamento + biológico), calculada da seguinte forma: Número Total de Incidentes x 1.000.000 / horas homens trabalhadas. O número de incidentes é obtido pela área da Segurança do Trabalho e as horas trabalhadas pelo RH, por meio do SAP. O incidente é alocado na área responsável pela lesão quando esta é claramente identificada. Caso contrário, o incidente será alocado na área do colaborador envolvido no incidente.

TAXA DE FREQUÊNCIA DE INCIDENTES COM AFASTAMENTO: É uma taxa que considera todas as lesões com afastamento, calculada da seguinte forma: Número Total de Incidentes com Afastamento x 1.000.000 / horas homens trabalhadas. O número de incidentes com afastamento é obtido pela área da Segurança do Trabalho e as horas trabalhadas pelo RH, por meio do SAP. O incidente é alocado na área responsável pela lesão quando esta é claramente identificada. Caso contrário, o incidente será alocado na área do colaborador envolvido no incidente.

TAXA DE FREQUÊNCIA DE INCIDENTES BIOLÓGICOS: É uma taxa que considera todos os eventos biológicos, calculada da seguinte forma: Número Total de Incidentes Biológicos x 1.000.000 / horas homens trabalhadas. O número de incidentes biológicos é obtido pela área da Segurança do Trabalho e as horas trabalhadas pelo RH, por meio do SAP. O incidente é alocado na área responsável pela lesão quando esta é claramente identificada. Caso contrário, o incidente será alocado na área do colaborador envolvido no incidente.

TAXA DE GRAVIDADE DE INCIDENTES: É uma taxa que considera os dias perdidos com incidentes com afastamento, calculada da seguinte forma: Número Total de dias perdidos com incidentes com afastamento x 1.000.000 / horas homens trabalhadas. O número de dias é obtido

pela área da Segurança do Trabalho e Saúde Corporativa e as horas trabalhadas pelo RH, por meio do SAP.

TERMO DE RESPONSABILIDADE (Termo de recusa): impresso assinado pelo colaborador acidentado que não seguiu qualquer uma das etapas do fluxo de incidente previstas neste procedimento.

TST: Técnico de Segurança do Trabalho

UPA: Unidade de Primeiro Atendimento

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Indicado para todos os colaboradores (empregados), prestadores de serviços (fixos e não fixos), terceiros, alunos (estagiários, bolsistas, residentes, aprimorandos e afins), preceptores, pesquisadores, instrumentadores, corpo clínico (próprio e aberto), docentes da SBIBAE e voluntariado, em todas as instalações da SBIBAE. Importante: Incidentes envolvendo profissionais com contrato CLT na SBIBAE, mas que estiverem exercendo atividades como PJ no momento do incidente, serão tratados como incidentes com terceiros, ou seja, não serão contabilizados no dashboard de indicadores institucionais. Da mesma forma não serão emitidas a CAT, que poderá ser providenciada caso necessário, pelo próprio profissional. O fluxo de atendimento é o mesmo para incidentes com prestadores de serviço, conforme descrito nesse documento.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica

6. DESCRIÇÃO

Tipos de Incidentes e Severidades Possíveis Abaixo a classificação de incidentes utilizada pela SBIBAE de acordo com as definições apresentadas:

Fluxo de Comunicação de Incidentes

Fluxo de Comunicação de Incidentes Típicos (incluindo incidentes biológicos) Com Colaboradores da SBIBAE – Incidentes com Lesão:

O incidente precisa ser comunicado de forma adequada conforme descrito no quadro abaixo. Corpo clínico, preceptores, pesquisadores, voluntários, docentes e demais públicos descritos no item 3 estão contemplados nesse documento.

QUEM COMUNICA	PARA QUEM COMUNICA	MEIO DE COMUNICAÇÃO / LOCAL DO FORMULÁRIO	PRAZO DE COMUNICAÇÃO	O QUE FAZER	OBSERVAÇÕES
Colaborador envolvido no evento	Líder	Pessoalmente ou Telefone	Imediato	Comunicar e encaminhar-se ao serviço médico* para incidentes com lesão (seguir o fluxo). Caso o colaborador esteja em serviço externo, atentar-se à Nota 4	Isolar o local para posterior investigação
Líder	SINAPSE	Intranet ou Internet (IIRS Programas Governamentais)	Imediato	Comunicar o evento	
	Não Aplicável	Intranet ou Internet (IIRS Programas Governamentais)		Preencher a SINAPSE	Necessária para o atendimento na UPA Unidades fora de SP - Nota 4

Representante da assistência da área do envolvido no Incidente Biológico	Paciente ou acompanhante	Pessoalmente	Imediato	Pedir autorização para coleta de sorologia de paciente fonte. Caso o paciente tenha se ausentado, providenciar autorização e coleta domiciliar imediatamente	Para o IIRS – Nota 1 e nota 2 Para as demais unidades – Notas 3 e 4
Representante do voluntariado envolvido no Incidente Biológico	Paciente ou acompanhante	Intranet Internet (IIRS) Pessoalmente ou Telefone	Imediato	Pedir autorização para coleta de sorologia de paciente fonte. Caso o paciente tenha se ausentado, providenciar autorização e coleta domiciliar imediatamente	Aos finais de semana/feriados/ noturnos, o preenchimento da SINAPSE será: Morumbi – Enfermeiro sênior da área ou referência MBoi – Enfermeiro PA HMVSC – Enfermeiro Sênior da área ou referência Centro de Custo: SOCI Notas 3 e 4
Segurança do Trabalho	Equipe SSMA	Pessoalmente, Telefone ou E-mail	Imediato	Comunicar eventos com lesão incapacitante ou fatal ou potencial de gravidade maior	
Segurança do Trabalho	Gestor do Colaborador Envolvido	Pessoalmente, Telefone ou E-mail	Assim que a lesão for confirmada	Comunicar incidentes com afastamento e com contato biológico	
Segurança do Trabalho	Jurídico	Pessoalmente ou Telefone	Assim que a lesão for confirmada	Comunicar eventos com lesão incapacitante ou fatal	Nota 4 e 6
Segurança do Trabalho	INSS	Sistema do INSS	Até 24 horas	Registrar a CAT	

ia Controlada

Nestes casos, para as unidades do IIRS – Programas Governamentais são oferecidos aos envolvidos o acolhimento pelo fluxo da Cultura de Paz da unidade, e, nas demais unidades, se necessária, a avaliação pela Saúde do Trabalho para identificação de riscos psicossociais.

* Serviço médico: entende-se por PA (Pronto Atendimento). Unidades com PA: Morumbi, Ibirapuera, Perdizes, Alphaville, Chácara Klabin e Hospital Municipal Vila Santa Catarina, HMBoi Mirim (apenas nas áreas com colaboradores com vínculo Einstein, anteriormente descritas).

Para as unidades da Francisco Morato, Faria Lima, Clínicas Einstein, Ensino Paulista, Vila Mariana, Jardins, Ensino (Paulista e Ipiranga), o colaborador deverá ser encaminhado para o PA do Morumbi. Para as unidades Externas, Onsites dentro e fora de São Paulo, HMAP e Hospital de Goiânia além das atribuições acima, consultar o Fluxo de Incidentes específico, em Anexos, neste documento.

Nota 1 (Biológico): Usar o impresso (Formulário Autorização para Exame Paciente Fonte – Programas Governamentais). Para as unidades do IIRS – Programas Governamentais, consultar o manual em Anexos.

Nota 2 (Biológico): Usar o impresso Formulário de Acidente Biológico – Programas Governamentais). Para as unidades do IIRS – Programas Governamentais, consultar o manual em Anexos.

Nota 3 (Biológico): Coletar amostra do paciente conforme formulário do CERNER.

Nota 4: Nos casos em que o colaborador esteja fora do estado de São Paulo (em viagens a trabalho, consultorias e ensino, após a comunicação imediata ao líder:

Incidentes Típicos Não Biológicos: dirigir-se, se possível, à rede credenciada (plano de saúde), quando disponível, ou SUS (onde o plano médico não tiver cobertura), mesmo após o atendimento do corpo de bombeiros (193) ou SAMU (192). Em seguida, o líder deve entrar em contato com a Saúde do Trabalho para demais ações e providências que se façam necessárias. A Segurança do Trabalho é então envolvida para proceder, com suporte local, a investigação e definição de ações onde necessário e aplicável. Se o atendimento precisar ser feito fora do estado de SP em uma rede particular, solicitar o reembolso integral para a operadora do plano de saúde. Logo após a solicitação do reembolso, entrar em contato com a Saúde do Trabalho para ações que se fizerem necessárias com a operadora do plano de saúde. Para colaboradores dos Programas Governamentais, ver Anexos: Fluxo de condutas após incidente não biológico - Programas Governamentais.

Incidentes Típicos Biológicos: verificar as demais providências no item de Fluxo de Incidentes Biológicos neste procedimento. Em seguida, o líder deve entrar em contato com a Saúde do Trabalho no Morumbi ou no HMVSC para demais ações e providências que se fizerem necessárias. A Segurança do Trabalho é então envolvida para proceder, com suporte local, a investigação e definição de ações onde necessário e aplicável.

Nota 5 (Biológico): É fundamental que quando da ocorrência de um incidente com exposição biológica a coleta de sangue do paciente fonte seja feita imediatamente de posse da devida autorização. Caso o paciente tenha se ausentado da unidade, deverá ser providenciada a coleta domiciliar imediatamente.

Nota 6 (Não Biológico): Nos casos de agressão física ou verbal no ambiente de trabalho, havendo lesão, o fato deve ser tratado conforme descrito na SINAPSE, campo agressão. Quando não houver lesão, o evento deverá ser notificado como "Quase Incidente".

Fluxo de Comunicação de Incidentes Típicos com Prestadores de Serviços da SBIBAE:

Quando um incidente com lesão ocorrer com um prestador de serviços da SBIBAE, os primeiros socorros podem ser dados pela equipe do Pronto Atendimento da unidade onde o evento ocorreu, quando a lesão o exigir, **mediante autorização do gestor do contrato Einstein.**

Caso contrário, o primeiro atendimento deverá ser realizado pelo médico do plano de saúde do prestador de serviço ou pela rede pública de saúde, ou ainda, pelo Corpo de Bombeiros (193).

Caso não exista uma UPA na unidade, acionar imediatamente o corpo de bombeiros pelo número 193. Em seguida, o profissional deverá ser encaminhado para o atendimento médico público ou da rede credenciada do plano de saúde do prestador, quando aplicável.

Para incidentes biológicos, TODOS devem ser encaminhados para o PA Morumbi, exceto os eventos biológicos do Hospital MBoi, HMVSC, Unidades Avançadas onde se tem UPA e HMAP e Hospital de Goiânia, conforme detalhamento descrito acima.

A investigação e demais tratativas necessárias são de responsabilidade da empresa prestadora do serviço de forma imediata para que outros eventos sejam evitados e para que os envolvidos sejam devidamente atendidos.

Para incidentes com lesão ocorridos com prestadores de serviços, a tabela abaixo deverá ser observada:

QUEM COMUNICA	**PARA QUEM COMUNICA**	**MEIO DE COMUNICAÇÃO**	**PRAZO DE COMUNICAÇÃO**	**O QUE FAZER**	**OBSERVAÇÕES**
Prestador de serviço envolvido no evento	Líder da empresa contratada	Pessoalmente ou Telefone	Imediato	Encaminhar-se a UPA da unidade, onde houver, ou acionar o Corpo de Bombeiros pelo 193 ou encaminhar para o convênio médico da empresa	Para atendimento na UPA de alguma unidade do Einstein será necessária a emissão da SINAPSE pelo gestor do contrato Einstein

Líder do Prestador de Serviço	Gestor do Contrato Einstein	Pessoalmente ou Telefone	Imediato	Comunicar o evento	
Gestor do Contrato Einstein	SINAPSE	Intranet ou Internet (IIRS)	Imediato	Comunicar o evento	
Líder ou Envolvido no Incidente Biológico	Liderança do local ondo ocorreu o evento	Pessoalmente	Imediato	Pedir autorização para coleta de material de paciente fonte. Caso o paciente esteja ausente, providenciar coleta domiciliar imediatamente	Conforme Notas 1, 2 e 3 do Fluxo de comunicação de Incidentes
Segurança do Trabalho	Diretoria do colaborador envolvido	Pessoalmente, Telefone ou Email	Imediato	Comunicar eventos com gravidade maior? (lesão incapacitante ou fatal) ou potencial de gravidade maior	
UPA	Saúde do Trabalho	Pessoalmente ou Telefone	Imediato	Comunicar quando da ocorrência de incidentes com	

				exposição biológica	
Empresa Prestadora do Serviço	INSS	Sistema do INSS	24 horas	Registrar a CAT	

Fluxo de Comunicação de Incidentes com Lesão com Outros Públicos em Instalações da SBIBAE:

Entendem-se como outros públicos os alunos (estagiários, bolsistas, residentes, aprimorandos e afins) e corpo do voluntariado.

Quando um incidente com lesão ocorrer com um destes profissionais em alguma instalação da SBIBAE, os primeiros socorros podem ser realizados pela equipe do Pronto Atendimento da unidade (se houver) onde o evento ocorreu, quando a lesão o exigir, mediante autorização do líder imediato do envolvido.

Caso contrário, o primeiro atendimento deverá ser realizado pelo médico do plano de saúde do envolvido no incidente ou pela rede pública de saúde, ou ainda, pelo Corpo de Bombeiros (193). A SBIBAE poderá auxiliar no acionamento destes serviços. Para incidentes biológicos, TODOS devem ser encaminhados para o PA Morumbi, exceto os eventos biológicos do HMVSC, Hospital MBoi e Unidades Avançadas que possuem UPA e HMAP e Hospital de Goiânia, conforme detalhamento no item Fluxo de Incidentes Biológicos.

Fluxo de Comunicação de Incidentes de Trajeto

Colaboradores Einstein

Assim como para os Incidentes Típicos, Incidentes de Trajeto também devem ser comunicados de forma adequada para o grupo de colaboradores, corpo clínico, preceptores, pesquisadores, voluntariado e docentes. Para grupos como alunos (estagiários, bolsistas, residentes, aprimorandos e afins), eventos ocorridos com os mesmos a caminho de alguma instalação da SBIBAE por conta própria, são da sua responsabilidade. Para que um incidente de trajeto seja devidamente caracterizado, se faz necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- BO, quando envolver veículos, assaltos e outras situações aplicáveis;
- Cópia da CNH do lesionado (colaborador Einstein), quando envolver veículos ou motocicletas;
- Relatório (ou atestado) do atendimento médico da rede credenciada;
- Outros documentos que auxiliem no processo de caracterização e investigação do evento (imagens, registro de ocorrência da CPTM etc.)

A tabela abaixo descreve o processo de comunicação de incidentes de trajeto:

QUEM COMUNICA	PARA QUEM COMUNICA	MEIO DE COMUNICAÇÃO	PRAZO DE COMUNICAÇÃO	O QUE FAZER	OBSERVAÇÕES
Colaborador envolvido no incidente ou uma testemunha	Líder	Telefone	Imediato ou assim que possível	Encaminhar-se à rede credenciada de atendimento médico ou acionar Corpo de Bombeiros pelo 193 e, em seguida, seguir para a rede credenciada	Focar atendimento na rede credenciada para a obtenção de todos os exames específicos necessários e em seguida ir para a Saúde do Trabalho no mesmo dia ou próximo dia útil. Entrar e contato com a Saúde do Trabalho Morumbi (11) 2151-1233 nos ramais 76184 / 78598 / 71374 na impossibilidade do comparecimento imediato OU Saúde do

QUEM COMUNICA	PARA QUEM COMUNICA	MEIO DE COMUNICAÇÃO	PRAZO DE COMUNICAÇÃO	O QUE FAZER	OBSERVAÇÕES
					Trabalho HMVSC (ramal 77167).
Líder	SINAPSE	Intranet ou Internet (IIRS)	Imediato	Comunicar o evento	
Segurança do Trabalho	Diretoria do colaborador envolvido	Pessoalmente, Telefone ou Email	Imediato	Comunicar eventos com gravidade maior (lesão incapacitante ou fatal) ou potencial de gravidade maior	
Segurança do Trabalho	INSS	Sistema do INSS	24 horas	Registrar a CAT	

Importante: O endereço residencial deve estar sempre atualizado no RH, pois ele tem que ser ponto de partida ou chegada do percurso onde ocorreu o incidente de trajeto.

Prestadores de Serviços

Em caso de incidentes de trajeto, devem seguir as orientações das suas empresas. Informar a Segurança do Trabalho e Gestor do Contrato Einstein em caso de lesões incapacitantes ou fatais, apresentando os respectivos relatórios de investigação quando de eventos de trajeto cujo destino for alguma unidade Einstein em qualquer estado brasileiro.

Fluxo de Comunicação de Incidentes em Home Office

O incidente precisa ser comunicado imediatamente, de forma adequada, conforme descrito no quadro abaixo para que seja devidamente reconhecido. Cada caso será analisado de forma individual para definição do nexo de causalidade em compatibilidade com as atividades de home office. Somente se aplica aos colaboradores que estejam oficialmente na modalidade de Home Office, devidamente aprovados para tal e para ocorrências durante o exercício das suas atividades, respeitando-se todas as regras da Política correspondente de responsabilidade da área de Recursos Humanos. O fluxo de comunicação abaixo deve ser seguido:

QUEM COMUNICA	**PARA QUEM COMUNICA**	**MEIO DE COMUNICAÇÃO**	**PRAZO DE COMUNICAÇÃO**	**O QUE FAZER**	**OBSERVAÇÕES**
Colaborador envolvido no evento	Líder	Pessoalmente ou Telefone	Imediato	Encaminhar-se ao serviço médico	Preservar sempre que possível, as condições do ambiente para investigação, onde aplicável
Líder	SINAPSE	Intranet ou Internet (IIRS)	Imediato	Comunicar o evento	
Líder	Não Aplicável	Intranet ou Internet (IIRS)	Imediato	Preencher a SINAPSE	Necessária para o atendimento nas UPAs
Segurança do Trabalho	Diretoria do colaborador envolvido	Pessoalmente, Telefone ou E-mail	Imediato	Comunicar eventos com lesão incapacitante ou fatal ou potencial de	

QUEM COMUNICA	PARA QUEM COMUNICA	MEIO DE COMUNICAÇÃO	PRAZO DE COMUNICAÇÃO	O QUE FAZER	OBSERVAÇÕES
				gravidade maior	
Segurança do Trabalho	Gestor do Colaborador Envolvido	Pessoalmente, Telefone ou E-mail	Assim que a lesão for confirmada	Comunicar incidentes com afastamento e com contato biológico	
Segurança do Trabalho	Jurídico	Pessoalmente, Telefone ou E-mail	Assim que a lesão for confirmada	Comunicar eventos com lesão incapacitante ou fatal	
Segurança do Trabalho	INSS	Pessoalmente, Telefone ou E-mail	Até 24 horas	Registrar a CAT	

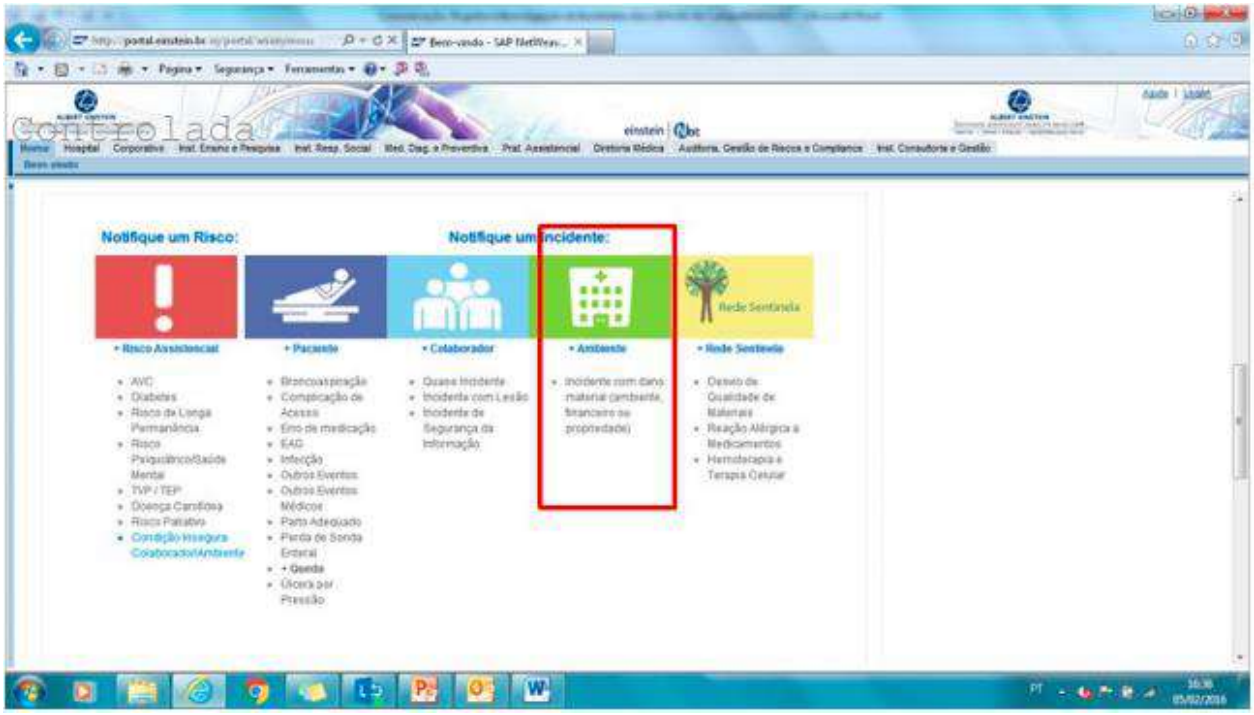
Fluxo de Comunicação de Incidentes Sem Lesão (Ambientais e Danos Materiais, por exemplo)

Incidentes ambientais ou danos materiais também devem ser comunicados e tratados.

Para qualquer derramamento de produtos químicos, os Bombeiros da SBIBAE devem ser acionados pelo ramal de emergência da unidade. As orientações de ações e contenções serão comunicadas por este grupo.

No caso de incêndios, além do ramal de emergência, há botoeiras do alarme que poderão ser acionadas. Todo o processo está descrito no Procedimento "Atendimento de Emergências do PCI".

Estes incidentes sem lesão devem ser notificados também no SINAPSE conforme indicação abaixo:



Dependendo do incidente, poderá ser necessária uma comunicação externa a outras partes interessadas, seguindo-se os procedimentos institucionais.

Fluxos de Atendimento e Investigação de Incidentes

Aspectos Gerais

Quando um incidente ocorre, antes ou ao mesmo tempo da comunicação, ações imediatas devem ser estabelecidas e implementadas como contramedidas, com o objetivo de proteger os colaboradores, pacientes, ambiente e propriedade, até que a investigação seja finalizada, onde aplicável, e ações corretivas e preventivas sejam definidas. A investigação de um incidente deve ser iniciada o quanto antes, logo após a comunicação do mesmo e as ações devem ser implantadas imediatamente para evitar novas ocorrências. Quando necessário, fotografias e vídeos podem ser utilizados no processo de investigação para melhor entendimento das causas do mesmo. As entrevistas de entendimento devem ser conduzidas de forma privada e questões devem ser estruturadas para a obtenção dos fatos. Vários documentos podem fazer parte do processo de investigação, entre eles:

- Procedimentos e instruções de trabalho;
- Relatórios de manutenção corretiva e preventiva;
- Registros e materiais de treinamentos próprios ou de fornecedores;

- Imagens do CFTV;
- Histórico de incidentes.

Razões para a Investigação de um Incidente Incidentes devem ser investigados para:

- Que as causas raízes sejam definidas;
- Proteger as pessoas, o patrimônio e meio ambiente;
- Prevenir novas ocorrências; • Garantir que ações sejam definidas e implantadas;
- Estar em conformidade com requisitos legais e certificações.

Prazos para a Investigação de um Incidente

Os prazos médios de investigação de incidentes estão contemplados na tabela abaixo, bem como a indicação do responsável por conduzir a respectiva investigação. Quando necessário, o condutor da investigação pode e deve solicitar ajuda a quem precisar.

TIPO DE INCIDENTE	**PRAZO DE INVESTIGAÇÃO**	**RESPONSÁVEL POR CONDUZIR A INVESTIGAÇÃO**
Incidente Típico Primeiro Atendimento	7 dias úteis	Gestor da área de trabalho do envolvido no incidente
Incidente Típico com Afastamento	5 dias úteis	Segurança do Trabalho
Incidente Típico Biológico	5 dias úteis	Segurança do Trabalho + Enfermeira consultora do SSMA
Incidente Típico sem afastamento e não biológico	7 dias úteis	Gestor da área de trabalho do envolvido no incidente
Incidente de Trajeto	5 dias úteis	Gestor da área de trabalho do envolvido no incidente
Incidentes Ambientais e Danos Materiais, onde aplicável	5 dias úteis	Gestor da área de trabalho do envolvido no incidente e a equipe do SGI (no caso de incidentes ambientais)

Time de Investigação de um Incidente

O grupo que deverá ser formado para a investigação do incidente está indicado na tabela abaixo:

Tipo de Incidente	Grupo Mínimo de Investigação					
	EST ; Eng SGI (para incidentes ambientais)	TST de Referência da Área	Gestor Envolvido no Incidente / Local	Gerente da Área	Enfermeira do SESMT	Cipeiro
Incidente Típico Primeiro Atendimento		x				
Incidente Típico com afastamento	x	x	x	x		x
Incidente Típico Biológico	x	x	x	x	x	x
Incidente Típico sem Afastamento		x	x			
Incidente de Trajeto		x	x			x
Incidente com Perdas Materiais com Alto Potencial de Gravidade *	x	x	x	x		
Outros Incidentes Materiais		x	x			
Incidentes Ambientais	x			x		

Notas:

* Condição ou prática que é capaz de causar lesão incapacitante nas pessoas e / ou perdas leves no processo, propriedade e meio ambiente de grande expressão. Potencial de gravidade Maior ou Catastrófico. TST = Técnico de Segurança do Trabalho EST = Engenheiro de Segurança do Trabalho. Se o incidente envolver aspectos ergonômicos, o Ergonomista da SBIBAE deverá ser envolvido no processo de investigação. O Diretor da Área poderá ser envolvido em qualquer investigação. Representantes da CIPA também devem ser envolvidos nas equipes de investigações de incidentes. Para os prestadores de serviços, o grupo de investigação deve ser gerenciado pelos mesmos e o relatório de investigação deve estar disponível para a SBIBAE para qualquer consulta e/ou esclarecimentos.

Metodologia de Investigação de um Incidente

No caso de incidentes com lesão, ao ser acionada pela Saúde do Trabalho, a equipe da Segurança do Trabalho dirige-se ao local para iniciar o processo de investigação e análise. Como ferramenta suporte, é utilizado o Formulário: "Registro e Investigação de Incidentes Com e Sem Lesão" No momento da entrevista, o TST responsável pela investigação deverá analisar as informações coletadas, conforme formulário, preenchendo todos os campos.

Alguns pontos importantes a serem considerados na entrevista para algumas modalidades de incidentes:

Incidente de Trajeto

- Verificar se o incidente foi notificado conforme fluxo apresentado
- Verificar se o endereço residencial é o cadastrado no RH
- Se envolveu fretado, as condições do veículo e instruções do motorista
- Trajeto usual do envolvido no incidente (principais ruas e avenidas) • Horário de saída e tempo até o local de ocorrência
- Relatório médico (rede credenciada) com data e hora de atendimento
- Testemunha
- Horários de trabalho (na SBIBAE e em outros empregos) comparado com o horário do evento • Momento de registro de entrada e saída da unidade
- Participação do envolvido nos treinamentos e ações de segurança no trajeto da SBIBAE
- Boletim de Ocorrência, onde aplicável (casos com envolvimento de veículos, assaltos, agressões, etc), (se houver lesão o boletim deve ser aberto na delegacia e não via internet)

- Habilitação (sempre verificar a data de validade da mesma e sua classe de liberação)
- Histórico de incidentes com o colaborador

Incidente Biológico

- Verificar se o incidente foi notificado conforme fluxo descrito
- Tipo de contato: sangue ou fluídos corporais
- Tipo de perfuro que ocasionou o incidente
- Verificar com a Saúde do Trabalho se houve rompimento da pele no caso de mordeduras e outros contatos
- Se o material possui dispositivo de segurança
- Se há na instituição material com dispositivo de segurança padronizado
- Se o dispositivo seria barreira para o incidente
- Se o paciente fonte foi identificado e a sorologia coletada (nos casos em que o paciente fonte se ausentar do local, coleta domiciliar deverá ser providenciada pela área onde o colaborador se machucou, imediatamente).
- Se a sorologia do colaborador envolvido no incidente foi coletada.
- Participação do envolvido nos treinamentos e ações de segurança do colaborador da SBIBAE
- Identificar o médico responsável, o instrumentador da sala cirúrgica e o procedimento realizado
- Identificar sala ou local do evento • Horários de trabalho (na SBIBAE e em outros empregos)
- Tipo de procedimento realizado no momento do incidente
- Histórico de incidentes com o colaborador

Outros Incidentes com Lesão

- Verificar se o incidente foi notificado conforme fluxo descrito
- Verificar a participação do envolvido nos treinamentos e ações de segurança do colaborador da SBIBAE
- Relacionamento com as 5 regras de ouro da segurança • Imagens do CFTV
- Testemunhas • Horários de trabalho (na SBIBAE e em outros empregos)
- Tipo de procedimento realizado no momento do incidente • Histórico de incidentes com o colaborador

Incidentes Ambientais

- Verificar se o cenário estava previsto na planilha de Aspectos e Impactos Ambientais
- Checar o alinhamento com o procedimento de Gestão de Produtos Químicos
- Checar o alinhamento com os procedimentos de Prevenção e Combate a Incêndio
- Avaliar a abrangência do incidente
- Se necessário, garantir acionamentos de órgãos externos de acordo com a política de comunicação institucional
- Verificar se há pessoas feridas e acionar equipes da Segurança e Saúde do Trabalho
- Verificar a necessidade de amostragem de efluentes para confirmações, onde aplicável.

Para o registro dos presentes na investigação, utilizar o formulário de investigação da equipe da Segurança do Trabalho e Meio Ambiente.
A metodologia escolhida pela SBIBAE para a investigação dos eventos é a Espinha de Peixe ou Diagrama de Ishikawa, contida no formulário de investigação.
São de fundamental importância o registro fotográfico e a simulação do evento, sem que a segurança e saúde dos envolvidos na investigação sejam colocadas em risco.
É fundamental e essencial que a(s) causa(s) raiz (es) seja(m) identificada(s) durante a investigação para que as ações definidas e implantadas possam, de fato, eliminar a possibilidade de novas ocorrências.
Após a identificação das causas, ações corretivas devem ser definidas no próprio formulário, bem como os responsáveis e prazos para conclusão das mesmas. É importante que a liderança conduza e acompanhe a implantação das ações corretivas de incidentes na sua área e contribua para a eliminação dos riscos (mesmo quando a própria gestão for a responsável pela investigação conforme indicado acima).
A investigação então é registrada, pela Segurança do Trabalho ou Meio Ambiente (ou pelo Gestor, de acordo com a tabela anteriormente descrita neste procedimento), no sistema SINAPSE. As ações são acompanhadas pelo mesmo sistema, pela Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade e gestores.
A Segurança do Trabalho também deve abrir a CAT, quando da caracterização de evento como lesão reportável, na Previdência Social.

Importante: Os custos do incidente serão debitados no Centro de Custo do colaborador acidentado, exceto os incidentes com o corpo de voluntariado, que tem um CC específico conforme descrito neste documento.

Tratativa Fora do Fluxo de Incidentes

Para incidentes com lesão, caso o colaborador não aceite seguir o fluxo de incidentes apresentado neste procedimento em qualquer fase (da comunicação à investigação), o líder do mesmo deverá preencher o Termo de Responsabilidade (Ruptura do fluxo) também disponível na Intranet (conforme telas abaixo), enviando o mesmo, devidamente preenchido e assinado para a Segurança do Trabalho da sua unidade.

https://sou.einstein.br/services/links-rapidos

Fluxo de Tratativa de Incidentes

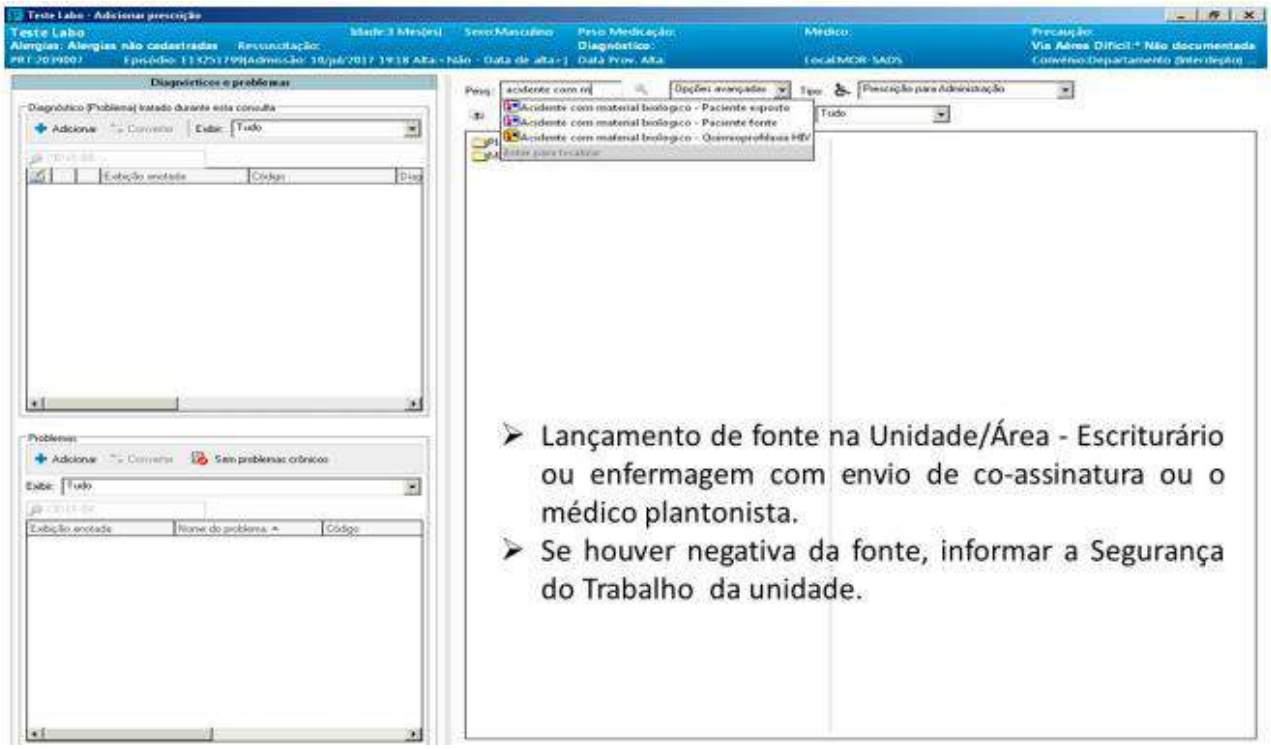
- Incidentes Típicos Biológicos (demais unidades) e Não Biológicos

Para incidentes típicos não biológicos no Hospital do M'Boi Mirim, o atendimento inicial será feito pela UPA do próprio Hospital do M'Boi Mirim.
Para incidentes típicos não biológicos nas unidades do IIRS e Laboratórios externos, o colaborador deve ser encaminhado para o atendimento da rede credenciada (Plano de Saúde) e em seguida, para a Saúde do Trabalho.
Para incidentes típicos não biológicos nas unidades dos Programas Governamentais, consultar o anexo: Fluxo de condutas após incidentes Não Biológicos – Programas Governamentais.
Para as unidades Externas, Clínicas Einstein, Onsites dentro e fora de São Paulo, HMAP e Hospital de Goiânia além das atribuições acima, consultar o Fluxo de Incidentes específico, em Anexos, neste documento.

Detalhamento da Sequência de abertura da Passagem CERNER para o Paciente exposto e Fonte – Solicitação de Exames

Para a solicitação de exames para o Paciente Exposto e paciente fonte* (entrada restrita para incidente dos Programas Governamentais e Clínica Cuidar), a abertura é feita no CERNER, conforme ilustração abaixo.
No campo de Pesquisa digite Acidente com Material Biológico e aparecerão as alternativas de solicitação dos pacotes de exames para o Paciente Exposto e Paciente Fonte. Basta selecionar a opção desejada que o pacote virá especificado.

(*) nestes casos a entrada do Paciente fonte no sistema é como Paciente Externo, pela equipe da recepção.
Nota 1: o lançamento nas unidades/áreas assistenciais para solicitação do pacote de exames para o Paciente Fonte, pode ser realizado por médicos ou profissionais (administrativo e enfermagem) mediante envio de co-assinatura ou ordem verbal médica.
Nota 2: Se houver negativa de coleta de sorologia do paciente fonte, após tentativas da área, é necessária a imediata Cópia Controlada comunicação com a área da Segurança do Trabalho da unidade.



Origem do Acidentado (paciente exposto) > Local de Atendimento do Acidentado x Responsável pelo lançamento de exames do paciente fonte e encaminhamento das amostras do paciente fonte.

Origem do Acidentado	Atendimento Acidentado	**Responsável pelo lançamento FONTE**	**Envio do tubo FONTE**
Morumbi	UPA Morumbi	Unidade/Área	Laboratório central - pneumático
Laboratórios externos			
Vila Mariana			
Perdizes	UPA da unidade		Laboratório satélite da unidade – moto
Ibirapuera			
Alphaville			
Klabin			
HVSC			
Jardins	UPA Morumbi		

IRS – Programas Governamentais /	UPA Morumbi	1. Médico PA Morumbi	2. Acidentado traz a amostra da Fonte até PA Morumbi
Para as unidades Externas, Clínicas Einstein, *Onsites* dentro e fora de São Paulo e HMAP e Hospital de Goiânia, além das atribuições acima, consultar o Fluxo de Incidentes específico, em Anexos, neste documento.		3. Vide fluxo específico em Anexos	

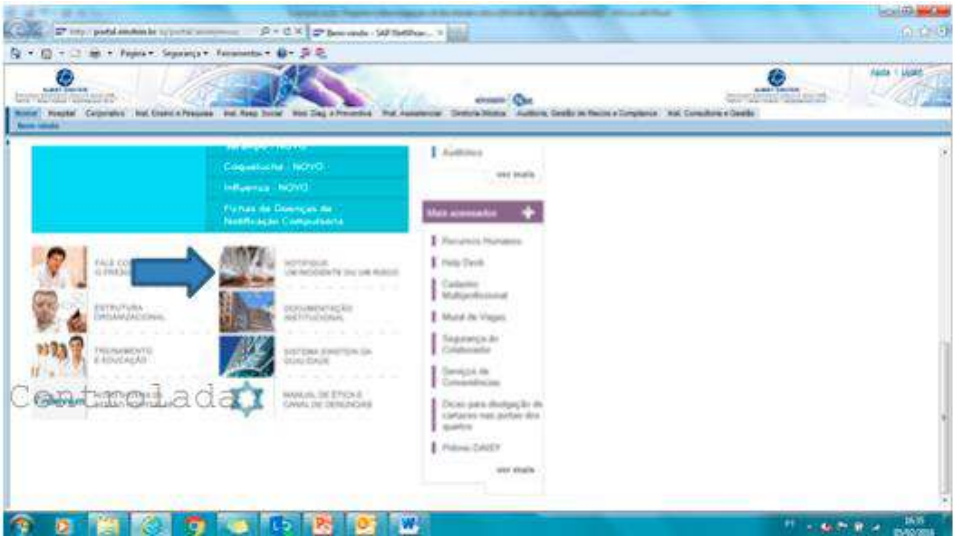
7. RESPONSABILIDADES

Responsabilidades Gerais

Todo colaborador, prestador de serviço ou público indicado no item 3 deste procedimento deve comunicar imediatamente qualquer INCIDENTE, com ou sem lesão, ocorrido durante o exercício das suas atividades na instituição, em serviços internos ou externos.

O sistema de notificações da Intranet (SINAPSE) é a forma de se realizar o registro inicial destes eventos.

Apenas profissionais com acesso a rede do Einstein conseguem gerar as notificações. Para os demais casos, o colaborador Einstein responsável pelo profissional envolvido no incidente é o responsável por notificar o evento conforme as telas abaixo.


Coqueluche - NOVO
Influenza - NOVO
Fichas de Doenças de Notificação Compulsória
Mais acessados
Controlada

Gerenciamento Vigilância do Risco
GVR - Gerenciamento e Vigilância do Risco
Selecione o Hospital para notificar um incidente

Notifique um Risco
Notifique um Incidente

Toda a liderança é responsável por, juntamente com a equipe da Segurança do Trabalho e Meio Ambiente, iniciar imediatamente a investigação e análise das ocorrências e implementar ações corretivas de forma imediata para mitigar os riscos e evitar novas ocorrências.
A alta administração é responsável por garantir a correta aplicação deste procedimento.

Responsabilidades Específicas

Alta Administração

- Outorgar os recursos necessários para a implementação deste procedimento.
- Quando convocada, participar das investigações de incidentes.
- Defini-lo como caráter de obrigatoriedade para todos os colaboradores, terceiros e demais públicos descritos no item 3 (Indicação) deste procedimento.

Liderança

- Assegurar que todos os eventos, com e sem lesão, sejam devidamente comunicados e tratados de acordo com cada evento, conforme o fluxo estabelecido neste procedimento. A notificação deverá ser feita para eventos com colaboradores de sua equipe ou profissionais que estejam sob a sua responsabilidade.
- Preencher a SINAPSE (anexo tutorial).
- No caso de incidente biológico, providenciar o pedido de coleta do paciente fonte no CERNER, seguida da coleta da amostra de sangue. Caso o paciente tenha se ausentado da unidade, providenciar coleta domiciliar imediatamente.
- Em caso de incidentes biológicos, providenciar o envio da amostra do paciente fonte juntamente com o colaborador acidentado, para o Pronto Atendimento do Morumbi. Exceção aos casos de colaboradores Einstein que atuam no Hospital Municipal Moises Deutsh (MBoi Mirim) nas áreas do Laboratório, residência médica e voluntariado; do Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC), UPA da Vila Santa Catarina, Hospital Municipal Aparecida de Goiânia (HMAP) e Hospital de Goiânia. Estas exceções são tratadas nos Fluxos de Incidente Biológico específicos de cada unidade, vide Anexos.
- Participar das investigações dos eventos descritos neste procedimento.
- Fazer cumprir todas as ações descritas no processo de investigação.
- Aplicar o Termo de Responsabilidade (Ruptura de Fluxo) quando o fluxo de comunicação de incidentes não for devidamente seguido.
- Onde possível, identificar atividades que possam ser aplicadas a Atividade Compatível quando solicitado e/ou orientado pela Saúde do Trabalho.

- Assegurar que os colaboradores afastados por período igual ou superior a 30 dias por incidente de trabalho só retornem ao trabalho após a realização do exame médico de retorno ao trabalho e emissão do ASO como "apto". • Para as unidades do IIRS – Programas Governamentais, além das atribuições acima, consultar o Manual específico, em Anexos, neste documento.
- Para as unidades do IIRS – HMVSC e UPA Santa Catarina, além das atribuições acima, consultar o Fluxo de Incidentes específico, em Anexos, neste documento.
- Para a unidades do HMBOI Mirim, além das atribuições acima, consultar o Fluxo de Incidentes específico, em Anexos, neste documento.
- Para as unidades Externas, Clínicas Einstein, Onsites dentro e fora de São Paulo, além das atribuições acima, consultar o Fluxo de Incidentes específicos, em Anexos, neste documento.

Envolvido no Incidente com Lesão

- Comunicar imediatamente ao seu líder todos os eventos com e sem lesão de acordo com os fluxos apresentados neste procedimento.
- Seguir o fluxo de tratativa definido neste procedimento. Se houver a ruptura do fluxo, terá que assinar o Termo de Responsabilidade.
- Permitir a coleta da sua sorologia no caso de incidentes biológicos.
- Participar do processo de investigação e análise, informando todos os detalhes do evento.
- Quando aplicável, participar da implantação das ações corretivas.
- Para as unidades do IIRS – Programas Governamentais, além das atribuições acima, consultar o Manual específico, em Anexos, neste documento.
- Para as unidades do IIRS – HMVSC e UPA Santa Catarina, além das atribuições acima, consultar o Fluxo de Incidentes específico, em Anexos, neste documento.
- Para a unidades do MBOI Mirim, além das atribuições acima, consultar o Fluxo de Incidentes específico, em Anexos, neste documento.
- Para as unidades Externas, Clínicas Einstein, Onsites dentro e fora de São Paulo, além das atribuições acima, consultar o Fluxo de Incidentes específico, em Anexos, neste documento.

Segurança e Saúde do Trabalho, Meio Ambiente e Sustentabilidade

- Fazer a gestão das notificações voltadas à segurança do trabalho, saúde, meio ambiente e sustentabilidade.

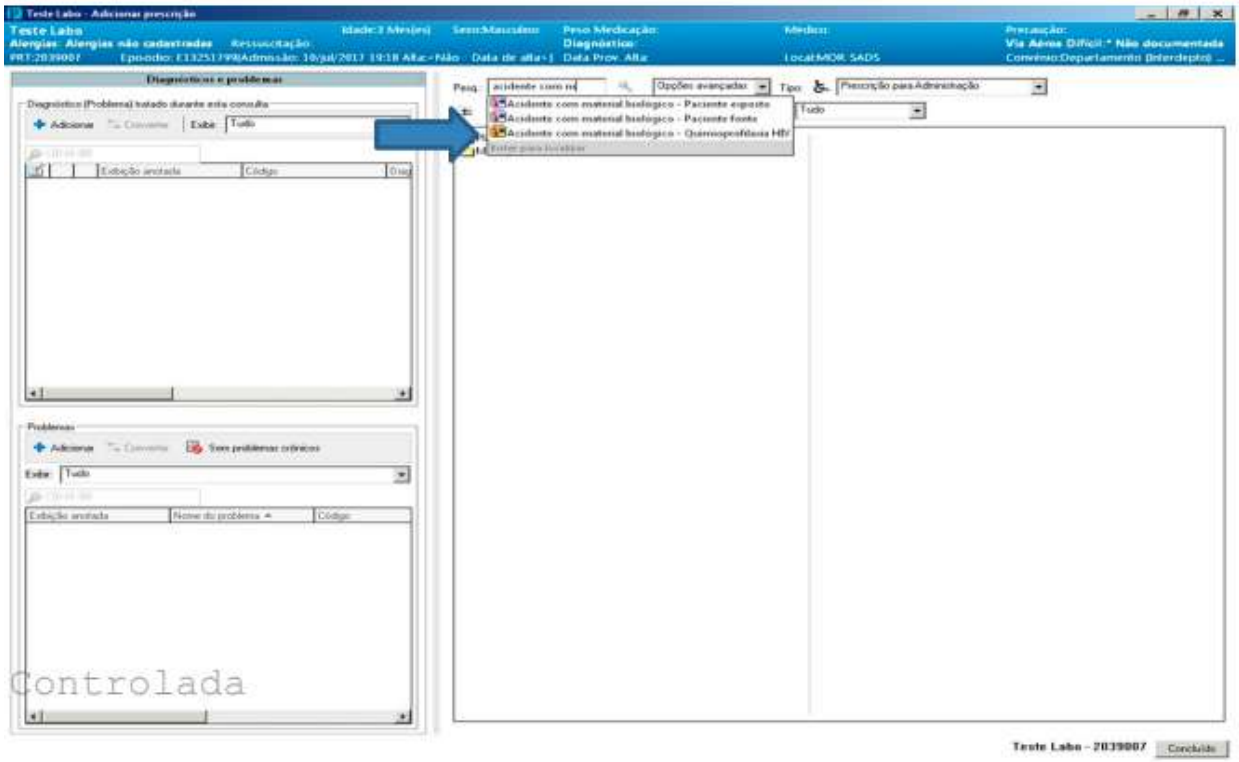
- Realizar a investigação dos eventos conforme descrito neste procedimento, onde aplicável.
- Acompanhar a implantação das ações propostas e definidas.
- Manter os formulários de investigação, onde aplicável, devidamente arquivados para as diversas consultas.
- Elaborar gráficos estatísticos.
- Cumprir as ações documentais referentes aos incidentes com lesão.
- Emitir a CAT, onde aplicável.
- Gerar e deixar disponível, anualmente (até o dia 31 de janeiro de cada ano), o quadro resumo da NR 4.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - EXCETO UPA CAMPO LIMPO, HMVSC e HMBOI Mirim

- Todas as UPAs de cada unidade devem atender os profissionais envolvidos em incidentes biológicos, incluindo outros eventos típicos e, em seguida, encaminhar o colaborador para a Saúde do Trabalho, conforme fluxo. Exceção aos incidentes biológicos ocorridos no HMVSC e UPA Santa Catarina e Hospital MBoi. Para estes profissionais, o responsável no Morumbi deverá abrir a SINAPSE e após, deverão seguir o fluxo específico da unidade vide Anexos. As unidades externas que não possuem UPAs, devem seguir o fluxo de incidente da sua unidade, sendo atendido nos casos de incidentes biológicos na UPA Morumbi e os incidentes típicos na rede credenciada.
- Atender prioritariamente os colaboradores envolvidos em incidentes biológicos, que devem informar assim que chegarem ao PA Morumbi ou UPA Santa Catarina (para os colaboradores do HMVSC) ou PA Mboi ou nas Unidades Avançadas que possuem UPA.
- Com exceção dos colaboradores mencionados no item anterior, os colaboradores envolvidos nos incidentes biológicos devem ser encaminhados para a Saúde do Trabalho Morumbi, imediatamente após o atendimento na UPA (das 7 às 22h, de segunda a sexta-feira) ou no primeiro dia útil, somente quando o evento ocorrer fora do horário de funcionamento acima.
- Para incidentes biológicos, o PA Morumbi deve receber a amostra do paciente fonte trazida pelo colaborador acidentado, quando proveniente de unidades externas (Programas Governamentais e Unidade Jardins, por exemplo) e cadastrar no sistema CERNER conforme descrito neste procedimento.
- Para incidentes biológicos, o PA Morumbi deve coletar a sorologia do colaborador (exceto Hospital MBoi, HMVSC e Unidades Avançadas com UPA) e/ou prestador de serviço

envolvido no incidente biológico e cadastrar no sistema CERNER conforme descrito neste procedimento.

- Encaminhar as amostras do colaborador e/ou prestador de serviços e do paciente fonte para análise no Laboratório do Morumbi quando forem coletadas no PA Morumbi. As amostras coletadas no Hospital MBoi e HMVSC serão analisadas no laboratório próprio ou no NTO, se aplicável.
- No caso de incidentes biológicos, somente liberar o colaborador ou prestador de serviço para a Saúde do Trabalho após a confirmação do resultado da sorologia dos testes rápidos do HIV (fonte e Paciente exposto). E sempre orientá-lo a seguir para a Saúde do Trabalho no mesmo dia (se ocorreu entre 7 e 22h, de segunda a sexta-feira) ou, no fora desse período, no próximo dia útil.
- Quando o teste rápido der positivo para HIV: no campo de Pesquisa do CERNER, digite Acidente com Material Biológico - Quimioprofilaxia HIV e aparecerá o pacote de QP definido pela Saúde do Trabalho como ilustrado abaixo (seta azul).
- Para as unidades Externas, Clínicas Einstein, Onsites dentro e fora de São Paulo, além das atribuições acima, consultar o Fluxo de Incidentes específico, em Anexos, neste documento.



- Importante garantir a entrega das 28 doses necessárias de QP quando o médico indicar, em casos de paciente fonte HIV ou fonte desconhecida.
- Em caso de resultado positivo para HIV do paciente exposto, avaliar a prescrição de QP em conjunto com a Saúde do Trabalho.
- O PA Morumbi deve entrar em contato com a Saúde do Trabalho no HIAE, quando necessário e aplicável, para detalhamento da lesão. A classificação e tratativa da lesão são de responsabilidade da Saúde e Segurança do Trabalho, bem como a aplicação de atestados e atribuição de atividades compatíveis. Exceto para horários de finais de semana e não administrativos, quando necessário, o pronto atendimento poderá atribuir um atestado médico ao colaborador até o 1º dia útil, quando o mesmo deverá ser atendido na Saúde do Trabalho.
- Somente encaminhar o colaborador para a Saúde do Trabalho com o respectivo prontuário preenchido.
- Obrigatoriamente registrar o CID nos relatórios de alta e atestados médicos.

Resumo Orientativo:

- **Triagem PA Morumbi / Enfermagem PA Morumbi**
- Solicita o número do serial da SINAPSE preenchida e se foi coletado material da fonte
- Se IIRS - Programas Governamentais: autorização fonte impressa e assinada + tubos coletados, conforme documento específico em anexo.

- **Atendimento Médico**
- Solicitar exames do colaborador exposto conforme descrito acima (Atalho CERNER/Paciente EXPOSTO).
- Se IIRS - Programas Governamentais: solicitar exames da fonte (Abrir como passagem externa na UPA - Atalho CERNER/Paciente FONTE)

- **Paciente Exposto (Colaborador ou Prestador de Serviço)**
- Aguarda resultado do teste rápido (fonte + paciente exposto). Máximo 45 min após chegada da amostra no laboratório

Acidente com material biológico - Paciente Exposto	TAT
HIV Check	45 min
Sorologia para HIV	2 dias
Sorologia para HCV	3 dias
Hepatite B - anti-HBc Total	3 dias
Hepatite B - anti-HBs	3 dias
Dosagem de TGP	3 horas

Acidente com material biológico - Paciente Fonte	TAT
HIV Check	1 hora
Sorologia para HIV	2 dias
Sorologia para HCV	3 dias
Hepatite B - anti-HBc Total	3 dias
Hepatite B - anti-HBs	3 dias

- **Atendimento Médico pós liberação do Resultado Laboratorial / Teste Rápido HIV.**
    - Médico reavalia resultado do teste rápido de HIV do paciente fonte e do paciente exposto
    - Liberação das medicações (atalho CERNER/Quimioprofilaxia), se indicado
    - Encaminha o profissional (colaborador ou prestador de serviços) para Saúde do Trabalho **(somente após avaliar o resultado do teste rápido!)**

<u>Médico da Saúde do Trabalho</u>

Primeira consulta:

- Quando o paciente exposto estiver em uso de QP: imediatamente após a consulta no PA Morumbi em dias úteis e horário comercial ou no 1º dia útil após o incidente biológico.
- Quando o paciente exposto NÃO estiver em uso de QP: após a liberação dos resultados das sorologias (cerca de 3 dias, conforme tabela acima).
- Controle sorológico: 45 dias / 3 meses / 6 meses. • Classificar o incidente de trabalho em conjunto com a Segurança do Trabalho.
- Dar continuidade no tratamento da lesão/agressão, quando aplicável, utilizando os recursos das Clínicas Einstein e Programa Locomotor. No caso de incidentes com exposição biológica, após analisar os resultados das sorologias, orientar o tratamento e conduções necessárias.

- Nas ocorrências de lesões envolvendo aspectos ergonômicos, assegurar e colaborar com as investigações, incluindo a definição e implantação das ações corretivas e preventivas.
- Ao receber registros de riscos ergonômicos pelo SINAPSE, conduzir a avaliação junto à área e se forem encontrados riscos, propor as melhorias necessárias.
- Propor, quando possível, trabalho em atividade compatível, envolvendo o gestor e a Segurança do Trabalho, com os devidos registros.

Recursos Humanos

- Promover as alterações e ações devidas sobre afastamentos e retornos de afastamento.
- Entregar a documentação referente aos afastamentos previdenciários aos respectivos colaboradores.

Equipe de Bombeiros da SBIBAE

- Dar suporte nos incidentes com derramamentos de produtos químicos, entre outros.
- Gerar os respectivos relatórios de ocorrências.
- Promover a notificação dos incidentes relacionados às emergências.
- Acionar a Segurança do Trabalho, Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade para as investigações e análises de incidentes envolvendo o Sistema de Gestão Integrada.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

O não cumprimento de qualquer uma das etapas descritas neste documento.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica.

13. ANEXOS FLUXO DE INCIDENTES EINSTEIN_PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS

FLUXO DE INCIDENTES EINSTEIN _UNIDADE MORUMBI
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_AEROPORTO DO GALEÃO RIO DE JANEIRO
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_GENOMIKA DIAGNÓSTICOS PORTO ALEGRE
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_GENOMIKA DIAGNÓSTICOS RECIFE
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_HIAE GOIÂNIA
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_HMVSC
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_HOME OFFICE
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_HOSPITAL EVANGÉLICO
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_HOSPITAL MBOI MIRIM
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_LAB AEROPORTO DE GUARULHOS SP
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_LABORATÓRIO HOSPITAL PAULISTANO
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_LABORATÓRIOS RIO DE JANEIRO_PRÓ-CARDÍACO
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_LABORATÓRIOS RIO DE JANEIRO_SAMARITANO
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_TERCEIROS E PRESTADORES DE SERVIÇOS
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_UNIDADE MÓVEL EINSTEIN 1 (CARRETA)
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_UNIDADES AVANÇADAS COM PRONTO ATENDIMENTO
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_UNIDADES SEM PRONTO ATENDIMENTO
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_UPA CAMPO LIMPO TUTORIAL
FLUXO INCIDENTES EINSTEIN_UPA CAMPO LIMPO
TUTORIAL FLUXO INCIDENTES COM MÉDICOS E PRESTADORES DE SERVIÇO
FORMULÁRIO DE ACIDENTE BIOLÓGICO – PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS
AUTORIZAÇÃO - PACIENTE FONTE – PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS
MANUAL DE CONDUTAS APÓS ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLOGICO
MANEJO AO PROFISSIONAL COM ALTERAÇÕES CLÍNICAS – PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Não se aplica.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Atendimentos de emergência do PCIs
- Planilha de Aspectos e Impactos Ambientais
- Procedimento de Gestão de Produtos Químicos
- Prevenção e Combate a Incêndio

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 31/01/2023 - 18:48 Jan/23: Revisão geral do normativo por Waleria Bezerra, onde foram contempladas as unidades Einstein Goiânia e HMAP + revisões ortográficas, formatação e inserção no template dmDocs.

Data	Evento de assinatura	Usuário
19/01/2003 00:00:00	Criado por	DM User
31/01/2023 18:48:22	Atualizado por	Daisy Mitiko Suzuki Okada
10/02/2023 16:26:27	Aprovado por	Tatiana Taumaturgo Macedo

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO PARA GESTÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS

1. OBJETIVO

Este documento tem o objetivo de estabelecer procedimentos para teste, aprovação, cadastro, aquisição, armazenagem, utilização, sinalização, transporte, segregação, descarte e manuseio de produtos químicos, visando evitar/controlar perdas às pessoas, equipamentos, materiais e impactos ao meio ambiente.

2. DEFINIÇÕES

ANTT: Agência Nacional de Transportes Terrestres;
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
CADRI: Certificado de Movimentação de Resíduos de Interesse Ambiental;
Carcinogênico: é uma substância ou agente capaz de causar câncer;
Concentração Letal 50 (CL50): é a concentração de uma substância química num meio que causa mortalidade em 50% da população exposta, durante um determinado período de tempo. Para a classificação adotada utiliza-se a CL50, via respiratória para rato ou camundongo. Expressa-se em miligramas por metro cúbico (mg/m3);
Diamante de *Hommel*: é uma representação gráfica dos níveis de risco de elementos e substâncias químicas, devendo apresentar informações referentes aos riscos à saúde, inflamabilidade, reatividade e algum outro específico;
Dose Letal 50 (DL50): é a dose de uma substância química num meio necessária para causar a morte em 50% da população exposta em experimentação. Expressa-se em miligramas por quilograma (mg/kg) de peso do corpo do animal intoxicado;
EB: Exército Brasileiro;
Efeito Tóxico Agudo: é o que se desenvolve rapidamente após uma única exposição (ou múltipla em 24 h) a um agente tóxico;
Efeito Tóxico Crônico: é o que se caracteriza não somente pela sua duração, mas também, por características patológicas e pode ser por acumulação ou somatória dos efeitos produzidos;
Elementos e/ou Substâncias Corrosivas: são aquelas que por meio de reação química podem causar danos às pessoas, equipamentos, materiais, pacientes, visitantes e meio ambiente;

Elementos e/ou Substâncias Químicas Combustíveis: é todo o elemento ou substância química que em contato com agentes oxidantes (ar ou oxigênio) reagem quimicamente, produzindo calor e luminosidade;

Elementos e/ou Substâncias Tóxicas: são aquelas capazes de provocar morte, lesões graves e/ou danos à saúde se ingeridas, inaladas ou entrarem em contato com a pele;

FDSR: Ficha de Dados de Segurança do Resíduo;

Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico: é um resumo da FISPQ e facilita o entendimento das informações básicas para um manuseio seguro e ambientalmente correto. É composta pelas seguintes informações: Nome Comercial, Nome Oficial, Principais Riscos, Estabilidade e Reatividade, Armazenamento, Ações em Caso de Emergência e Proteção Individual. Aplicável aos produtos químicos localizados e manuseados/utilizados fora dos laboratórios das unidades da SBIBAE. Para estes (laboratórios) mantém as FISPQs. Para os prestadores de serviços também são mantidas as FISPQs sob a responsabilidade de cada empresa prestadora de serviços;

Flash Point: temperatura na qual um líquido emana vapores inflamáveis que podem se inflamar em contato com uma fonte de ignição;

GHS: Sistema Globalmente Harmonizado (GHS - *Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals*) de informação de segurança de produtos químicos perigosos;

IDLH / IPVS: *Immediately Dangerous to Life or Health Air Concentration* / Imediatamente Perigoso à Vida ou à Saúde; representa a máxima concentração no ar de substância na qual um trabalhador saudável, do sexo masculino, pode ficar exposto por 30 minutos e ainda ser capaz de escapar sem perda da vida ou dano irreversível à saúde;

Inflamabilidade: é a capacidade e um elemento ou substância química de produzir vapores que em contato com uma fonte de calor provoca combustão;

Insumos Farmacêuticos: qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento;

LT: Limites de Tolerância; denominam-se àquelas concentrações dos agentes químicos ou intensidade dos agentes físicos presentes no meio ambiente de Colaborador sob as quais a grande maioria dos trabalhadores podem ficar expostos dia após dia sem sofrer efeitos adversos à sua saúde;

Líquido Inflamável: líquido que possui um *flash point* abaixo de 37,8ºC;

Medicamento: toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico

médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas. Ou seja, é um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico;

MTR: Manifesto de Transporte de Resíduos;

PC: Polícia Civil;

PF: Polícia Federal;

PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde;

Ponto de Ignição: é a temperatura mínima na qual os vapores desprendidos por um elemento químico ou substância combustível provocam combustão espontânea ao entrar em contato com o ar;

Ponto de Fulgor: é a temperatura mínima na qual um produto químico emite vapores suficientes para provocar combustão na presença de uma fonte de calor;

Produto Químico: é uma substância química, seja só, em mistura ou preparação, fabricada ou obtida da natureza;

Produtos Químicos Controlados: podem ser quaisquer produtos perigosos com a possibilidade de serem empregados na fabricação clandestina de produtos de risco para a sociedade (drogas, explosivos, etc). São controlados pelos seguintes órgãos: Polícia Federal, Polícia Civil, Exército, a fim de evitar transações ilegais para o uso final de tais produtos;

Produtos Químicos Perigosos: são os de origem química, biológica ou radiológica que apresentam um risco potencial à vida, à saúde e ao meio ambiente, em caso de vazamento. São exemplos de produtos químicos perigosos: agrotóxicos, combustíveis (gasolina, álcool, óleo diesel, gás liquefeito de petróleo – GLP), ácidos, explosivos, infectantes, alcalinos (soda cáustica). Os produtos químicos perigosos podem ser classificados de acordo com a sua classe de perigo (perigo físico, perigo à saúde e/ou perigo ao meio ambiente);

Reatividade: capacidade de produto químico reagir com outros produtos ou substâncias provocando explosões, reações químicas e/ou instabilidade;

STEL: Exposição de Curta Duração (*Short-Term Exposure Limit*); é a concentração a que os trabalhadores podem estar expostos continuamente por um período curto sem sofrer irritação, lesão tissular crônica ou irreversível ou narcose em grau suficiente para aumentar a predisposição a acidentes, impedir o autosalvamento ou reduzir a eficiência no Colaborador;

Substância Explosiva: é a substância sólida ou líquida (ou mistura de substâncias) que, por si mesma, por meio de reação química, seja capaz de produzir gás a temperatura, pressão e velocidade tais que possa causar danos a sua volta. Incluem-se nesta definição as substâncias pirotécnicas mesmo que não desprendam gases;

Toxicidade: refere-se à capacidade de um produto químico ou substância tem de causar dano em um órgão determinado, alterar os processos bioquímicos ou alterar um sistema enzimático de um ser vivo;

TWA: Média Ponderada pelo Tempo (*Threshold Limit Value – Time Weighted Average*): é a concentração média ponderada pelo tempo para uma jornada normal de 8 horas diárias e 40 horas semanais, à qual a maioria dos trabalhadores pode estar repetidamente exposta, dia após dia, sem sofrer efeitos adversos à saúde;

Valor Teto: representa uma concentração máxima que não pode ser excedida em momento algum da jornada de Colaborador;

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Aplicável para todas as unidades da SBIBAE (incluindo Voluntariado), bem como para Prestadores de Serviços (nas suas especificidades detalhadas no item de responsabilidades). Este procedimento não é aplicável aos medicamentos ou cosméticos, mesmo que em testes. Também não se aplica aos reagentes (exclusivamente) da Química Seca, por exemplo, como cassetes secos para análises diversas.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO

Descrito no item 9 deste documento.

7. RESPONSABILIDADES

Suprimentos

- Não cadastrar ou comprar qualquer produto químico que não tenha sido aprovado pelo fluxo de aprovação de produtos químicos conforme descrito neste procedimento;

- Restringir as compras de produtos químicos a fornecedores cujos produtos possuam FISPQS (em conformidade com a NBR 14725) e estejam adequados quanto à sinalização, identificação e embalagens dos produtos conforme as normas da ABNT;
- Suportar as áreas na obtenção das FISPQs dos produtos químicos;
- Receber da área de segurança do Colaborador as FISPQ'S e fichas de avaliação do produto químico, registrando as mesmas no item do respectivo produto no SAP;
- Informar ao grupo de e-mail produtos-perigosos@einstein.br o novo fornecedor de um determinado produto químico, bem como anexar a respectiva FISPQ;
- Dar suporte nos relatórios periódicos a serem enviados para a PC, PF e Exército quando aos Produtos Químicos Controlados, consolidando os dados dos produtos controlados das áreas e enviar os dados necessários dos Produtos Controlados (PF, PC e EX) para Despachante;
- Na necessidade de desenvolver ou trocar produtos químicos, seguir o descrito neste procedimento;

Gestores das Áreas da SBIBAE

- Laboratórios: Manter as FISPQs impressas (versão mais atual) na área onde os produtos químicos são manipulados. Não há necessidade de inclusão das FISPQs dos Laboratórios na Intranet;
- Manter as FISPQs dos produtos manipulados nas áreas na sua versão mais atual;
- Demais áreas – manter a Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químicos dos produtos manipulados nas áreas na sua versão mais atual, ou seja, a disponibilizada pela equipe da Segurança do Colaborador na intranet (intranet > sistema Einstein da Qualidade > guia do ambiente > produtos químicos> Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico;
- Obter as FISPQs dos produtos químicos utilizados na sua área e na língua portuguesa. Caso contrário, providenciar a tradução da mesma, utilizando as empresas cadastradas na SBIBAE para serviços de tradução. Neste caso, serão registradas na intranet as 2 versões da FISPQ para alguma necessidade futura;
- É de responsabilidade da área usuária do produto químico obter a FISPQ junto ao fornecedor, bem como mantê-la disponível e atualizada no local de utilização do produto na língua portuguesa. A área de suprimentos pode dar um suporte nesta solicitação;
- A FISPQ deve, obrigatoriamente, ser fornecida pelo fabricante do produto a ser utilizado. Em casos em que o mesmo produto possua fornecedores diferentes a área deverá manter disponível, todas as FISPQs, mesmo que as informações contidas nos documentos sejam idênticas;

- Somente utilizar produtos químicos que estejam devidamente cadastrados no SAP;
- Garantir que as pastas de FISPQ´s ou Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico das áreas se encontrem completas e atualizadas, caso contrário, solicitar os faltantes aos respectivos fornecedores, garantindo, com a segurança do Colaborador, que o arquivo da intranet esteja atualizado;
- Disponibilizar a todos os colaboradores que manipulem produtos químicos o acesso às FISPQS ou Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico, mantendo as mesmas impressas no local de utilização do produto;
- Somente permitir a utilização de produtos químicos aprovados previamente e com os respectivos EPIs;
- Garantir, por meio de instruções, que todo colaborador ao manipular qualquer produto químico tenha conhecimento das informações das FISPQs ou Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico aplicáveis;
- Não reutilizar embalagens de produtos químicos para qualquer finalidade;
- Acionar a Segurança do Colaborador para algum esclarecimento e/ou necessidades com relação ao uso, EPIs, EPCs, entre outros;
- Registrar e/ou promover o registro das ocorrências envolvendo produtos químicos;
- Acionar o PCI Bombeiros quando da ocorrência de derramamentos de produtos químicos;
- Garantir o descarte adequado dos produtos impróprios para uso, cujo uso tenha sido descontinuado ou aqueles cujo prazo de validade tenha expirado. Para isso, seguir as instruções existentes neste procedimento;
- Na necessidade de desenvolver ou trocar produtos químicos, seguir o descrito neste procedimento;
- Alimentar as planilhas de produtos controlados da sua área de responsabilidade;

Depósito Externo (Contratado)

- Armazenar os produtos químicos de forma a facilitar a localização de vazamentos, obedecendo a outros critérios estabelecidos nas FISPQS;
- Somente liberar produtos químicos do estoque para as pessoas previamente autorizadas por meio de requisições conforme procedimentos internos;
- Manter em local visível as fichas de emergência e FISPQs dos produtos estocados;
- Manter sempre visíveis os rótulos existentes nas embalagens de produtos químicos;
- Manter sempre livre a área de circulação conforme Norma Regulamentadora 11 – Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais;

- Manter disponíveis materiais para contenção e absorção de produtos químicos em caso de vazamento;
- Estocar produtos químicos inflamáveis em local externo ao armazém destinado a esse fim ou ainda, interna desde que atendendo aos requisitos legais e prescritos nas respectivas FISPQs;
- Manter estocados produtos químicos observando a a Lista de Substâncias Incompatíveis indicada no item 6.9.5 deste procedimento;
- Quando for necessário o descarte de embalagens de produtos químicos ou os próprios produtos químicos, seguir as instruções desse procedimento;

Saúde do Colaborador

- Avaliar os produtos químicos em conjunto com a segurança do Colaborador e o meio ambiente (gestão de resíduos) antes da aquisição, ou teste, e sempre que houver queixas, relatos de incidentes, mudanças na legislação ou processos;
- Realizar exames periódicos específicos para usuários de produtos químicos, onde aplicável;

Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

- Manter em estoque os antídotos necessários e sugeridos nas FISPQ's dos produtos químicos usados com o objetivo de realizar atendimento de primeiros-socorros;
- Seguir o fluxo, quando necessário, de atendimento aos incidentes envolvendo produtos químicos;
- Garantir a disponibilidade dos diversos antídotos que possuam potencial de utilização mediante intoxicação e/ou ingestão de produtos químicos utilizados na SBIBAE;

PCI Bombeiros

- Prestar os primeiros atendimentos no caso de incidentes envolvendo produtos químicos;
- Realizar simulados nas áreas com manuseio de produtos químicos;
- Isolar e/ou interditar áreas com potencial para incidentes envolvendo produtos químicos;
- Registrar no SINAPSE ocorrências com produtos químicos atendidas;
- Participar das diversas investigações de incidentes envolvendo produtos químicos;

Segurança do Colaborador

- Manter arquivo atualizado com todas as FISPQs e mantê-las em arquivo eletrônico disponível na Intranet com suporte da área de mídias;

- Manter arquivo atualizado com todas as Fichas Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico e mantê-las em arquivo eletrônico disponível na Intranet com suporte da área de mídias;
- Manter atualizado o inventário de produtos químicos da SBIBAE;
- Analisar e aprovar a aquisição, ou teste, dos produtos químicos de acordo com os critérios estabelecidos neste procedimento;
- Avaliar com as áreas as condições de estocagem dos produtos químicos;
- Investigar incidentes envolvendo produtos químicos com riscos às pessoas e ao meio ambiente;

Gestão de Resíduos (*Facilities*)

- Orientar os usuários quanto ao descarte correto de produtos químicos;
- Manter a disposição de resíduos químicos de acordo com normas e requisitos internos;
- Manter os documentos para transporte dos resíduos dos produtos químicos disponíveis e atualizados;
- Disponibilizar as FDSRs dos resíduos nos locais de armazenamento dos resíduos, e informando o departamento de Meio Ambiente e Sustentabilidade no caso de atualizações;
- Manter atualizados os documentos associados à gestão de resíduos com produtos químicos como os PGRSS, informando o departamento de Meio Ambiente e Sustentabilidade no caso de atualizações, e o Padrão de Coleta de Resíduos Químicos Perigosos;
- Controlar o consumo do volume permitido do certificado de movimentação de resíduos de interesse ambiental (CADRI) para todos os resíduos químicos gerados, e solicitar atualização para o departamento de Meio Ambiente e Sustentabilidade, quando necessário;

Usuários dos Produtos Químicos

- Utilizar adequadamente todos os EPIs necessários para o manuseio seguro do produto químico;
- Respeitar todas as sinalizações e instruções de segurança;
- Somente utilizar produtos químicos se for devidamente instruído;
- Conhecer a localização das FISPQs ou Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico dos produtos químicos que utiliza;
- Entender o conteúdo básico das FISPQs ou Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico dos produtos químicos que utiliza;
- Comunicar imediatamente para a sua liderança qualquer incidente envolvendo produtos químicos;

- Respeitar a forma correta de armazenamento e forma adequada de transporte de produtos químicos;
- Conhecer a localização e utilização do kit de derramamento de produtos químicos;
- Manter os equipamentos de combate às emergências (chuveiro de emergência, lava-olhos, hidrantes, etc) sempre desobstruídos;
- Descartar adequadamente os resíduos de produtos químicos;

Prestadores de Serviços

- Obter da segurança do Colaborador a autorização para utilizar produtos químicos nas execuções de suas atividades, onde aplicável;
- Garantir, por meio de treinamentos e/ou instruções, que todo colaborador terceirizado que manipule determinado produto químico tenha conhecimento das informações da FISPQs aplicáveis;
- Disponibilizar a todos os colaboradores que manipulem produtos químicos o acesso as FISPQs, mantendo as mesmas impressas no local de utilização do produto;
- Fazer inspeções periódicas nos locais de utilização dos produtos químicos, avaliando as condições de estocagem e utilização;
- Fornecer EPIs adequados aos riscos no manuseio dos produtos químicos conforme recomendações das FISPQs;
- Os prestadores de serviço de controle de pragas urbanas deverão, sempre que possível, optar por sanitizantes químicos de baixa toxicidade e baixa persistência. Sempre que o procedimento for realizado em postos de Colaborador o gestor da área ou seu preposto deve ser orientado quanto às características do produto antes da execução do procedimento;

Jurídico

- Obter e atualizar as licenças para o uso de Produtos Químicos Controlados na SBIBAE;
- Dar todo o suporte para as áreas usuárias de produtos químicos quanto às inspeções do Exército, Política Civil e Polícia Federal relacionadas ao uso de produtos controlados;

Alta Administração

- Garantir que este procedimento seja devidamente cumprido;

Meio Ambiente e Sustentabilidade

- Solicitar ao Órgão Ambiental o Certificado de Movimentação de Resíduos de Interesse Ambiental (CADRI) para todos os resíduos químicos gerados, controlar a validade e disponibilizar para o departamento de Gestão de Resíduos;
- Manter atualizados e disponibilizados os PGRSS das unidades;
- Providenciar as FDSRs dos resíduos e disponibilizar para o departamento de Gestão de Resíduos;

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Descrito no item 9 desse documento.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Diretrizes Gerais

- Toda aquisição ou teste de produtos químicos deverá passar por uma análise e aprovação das áreas de Segurança do Colaborador, Meio Ambiente e Saúde do Colaborador;
- Na aquisição ou teste de produtos químicos deve-se sempre ser dada prioridade àqueles que apresentarem: maior ou ausência de ponto de fulgor; ausência ou menor toxicidade; ausência ou mínima reatividade química; estabilidade química a temperatura ambiente; ausência de resíduos; facilidade de descarte de embalagens; ausência ou mínima irritação da pele, olhos e mucosas; mínima ou ausência necessidade de EPI's ou EPC's especiais; facilidade de ação em caso de primeiros socorros; FISPQ e fornecedores de primeira linha;
- A utilização de produto químico fora da data de validade (vencido) é proibido dentro de todas as unidades SBIBAE;
- Nenhum colaborador poderá armazenar transportar, manusear qualquer produto químico sem ter sido instruído pelo seu líder;
- Todos os esforços devem ser realizados no sentido de eliminar, substituir e reduzir o uso de produtos químicos perigosos;
- O transporte e manuseio de produtos químicos inflamáveis somente deverão ser feitos utilizando-se recipiente adequado, como por exemplo, container móvel para produtos inflamáveis, pallets de contenção e caixas contentoras para transporte de produtos químicos;
- Para o descarte de qualquer produto químico, a área de gestão de resíduos deverá ser consultada para fornecer os procedimentos adequados à execução desta atividade. Neste procedimento orientações gerais estão descritas;

- Aquisição ou uso de materiais radioativos deverá possuir aprovação junto ao CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear;
- São proibidas terminantemente as compras diretas de produtos químicos;
- Os setores usuários de produtos químicos deverão contar com um arquivo completo das FISPQs (Laboratórios, UPAs e Prestadores de Serviços) ou Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico (para as demais áreas) dos produtos utilizados, mantendo-as impressas em lugar próprio e ao alcance de todos os colaboradores para sua consulta;
- Transferência de produtos químicos INFLAMÁVEIS somente deverá ser realizada através da utilização de recipientes adequados e devidamente aterrados contra eletricidade estática, onde necessário;
- O descarte dos recipientes dos produtos químicos nas áreas deverá ser feito em locais e acondicionamentos apropriados conforme padrão da área da Gestão de Resíduos. Estes locais deverão possuir, quando necessário, dique de contenção, iluminação e ventilação adequadas e em conformidade com o sistema de coleta seletiva da instituição;
- Este procedimento não se aplica aos medicamentos (mesmo os sob investigação – em teste) e cosméticos. Ou seja, quando da entrada de um novo medicamento, deve-se seguir o padrão específico para este tipo de material. A definição de medicamento consta do item 2. Definição deste procedimento;

Inventário de Produtos Químicos

- Deverá estar disponível um inventário dos produtos químicos utilizados na SBIBAE;
- A área responsável por atualizar o inventário anualmente é a Segurança do Colaborador com o suporte das áreas usuárias dos produtos químicos. A responsabilidade das áreas em comunicar o uso de um produto químico já cadastrado para a Segurança do Colaborador está descrito nos fluxos seguintes;
- Pelo menos as informações básicas que devem estar disponíveis no inventário são: 10.
    - Unidade/Local/Setor;
    - Identificação Comercial do Produto Químico;
    - Composição;
    - Nº CAS;
    - Limites de Exposição na NR 15 e na ACGIH;
    - Fabricante;
    - Embalagem Original e de Descarte;
    - Quantidade Máxima em Estoque e Quantidade do Consumo por Mês;

- Classe de Risco;

- O inventário é mantido em meio eletrônico no diretório da Segurança do Colaborador (\\arqsv0\DPAQS\SSMA\Produtos_Quimicos) e na intranet junto ao link das FISPQs;
- Sempre após a atualização do inventário de produtos químicos, pelo menos a cada ano, a Segurança do Colaborador solicita a atualização do arquivo disponibilizado na Intranet no bloco de Guia do Ambiente conforme indicado no item abaixo.

Cadastramento de Produtos Químicos

Todos os produtos químicos devem ter seu cadastro iniciado pela área usuária. Em caso de alteração ou de novos fornecedores para produtos químicos, se faz necessário cumprir todo o fluxo de aprovação e cadastro de produtos químicos, exceto se o produto químico for idêntico. Neste caso, deve apenas atualizar a intranet com a nova FISPQ.

Uso de Produtos Químicos já cadastrados

Antes de solicitar o cadastro de um produto químico, é necessário verificar se o produto químico já não está cadastrado na SBIBAE conforme passos abaixo:

- Para acessar o cadastro de produtos químicos da SBIBAE, acesse a intranet em seguida Sistema Einstein da Qualidade, depois Guia do Ambiente, Produtos e Materiais Perigosos, FISPQs - Fichas de Informação de Segurança dos Produtos Químicos e, por fim, escolha a FISPQ que queira consultar pelo índice alfabético (http://web.telaviva/home/seq/fichas_seguranca-new.asp). As telas orientativas estão indicadas abaixo.

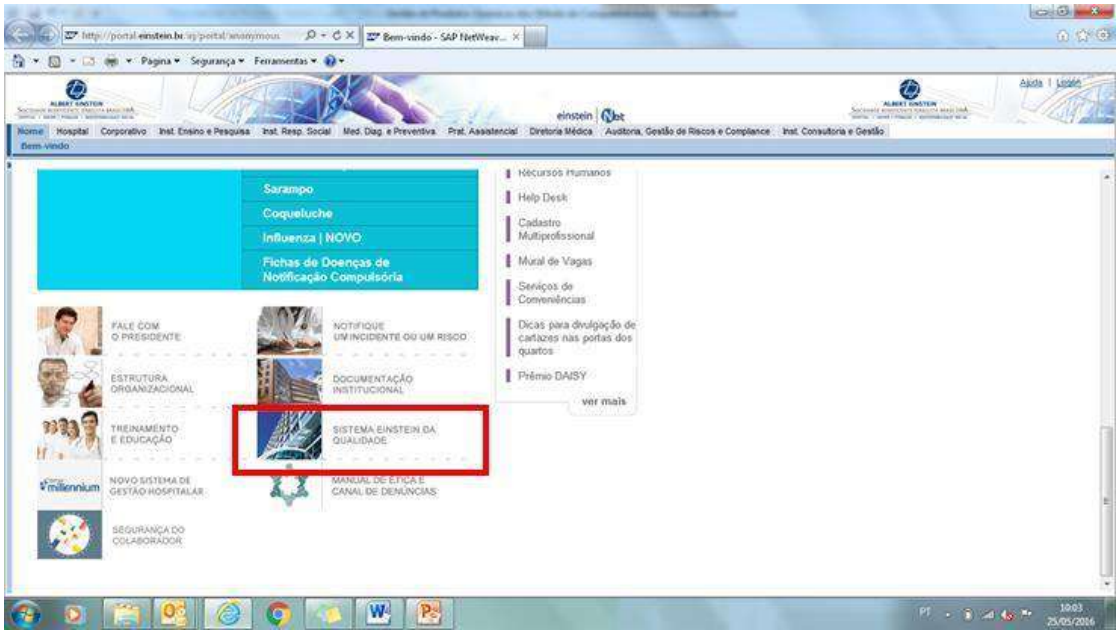


Figura 1: passo a passo de como acessar a FISPQ na intranet

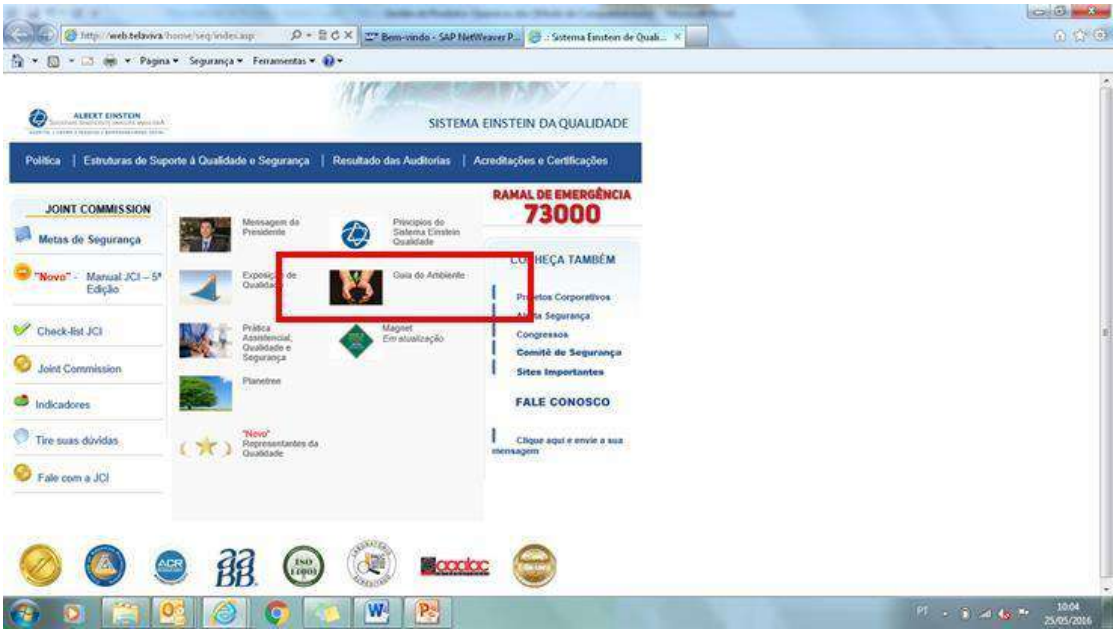


Figura 2: passo a passo de como acessar a FISPQ na intranet

Figura 3: passo a passo de como acessar a FISPQ na intranet

Figura 4: passo a passo de como acessar a FISPQ na intranet

Figura 5: passo a passo de como acessar a FISPQ na intranet

Fluxo de Tratativa do Produto Químico Já Cadastrado

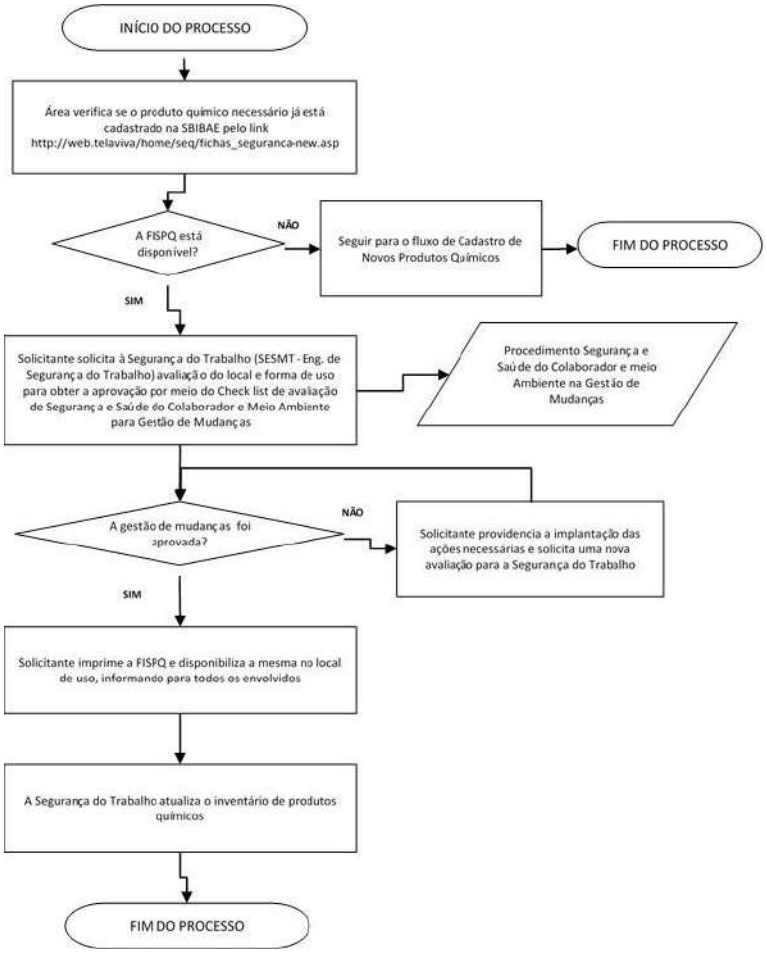


Figura 6: fluxo de produto químico já cadastrado

Cadastro de Novos Produtos Químicos

Para o cadastro de novos produtos químicos, o fluxo abaixo deverá ser seguido.

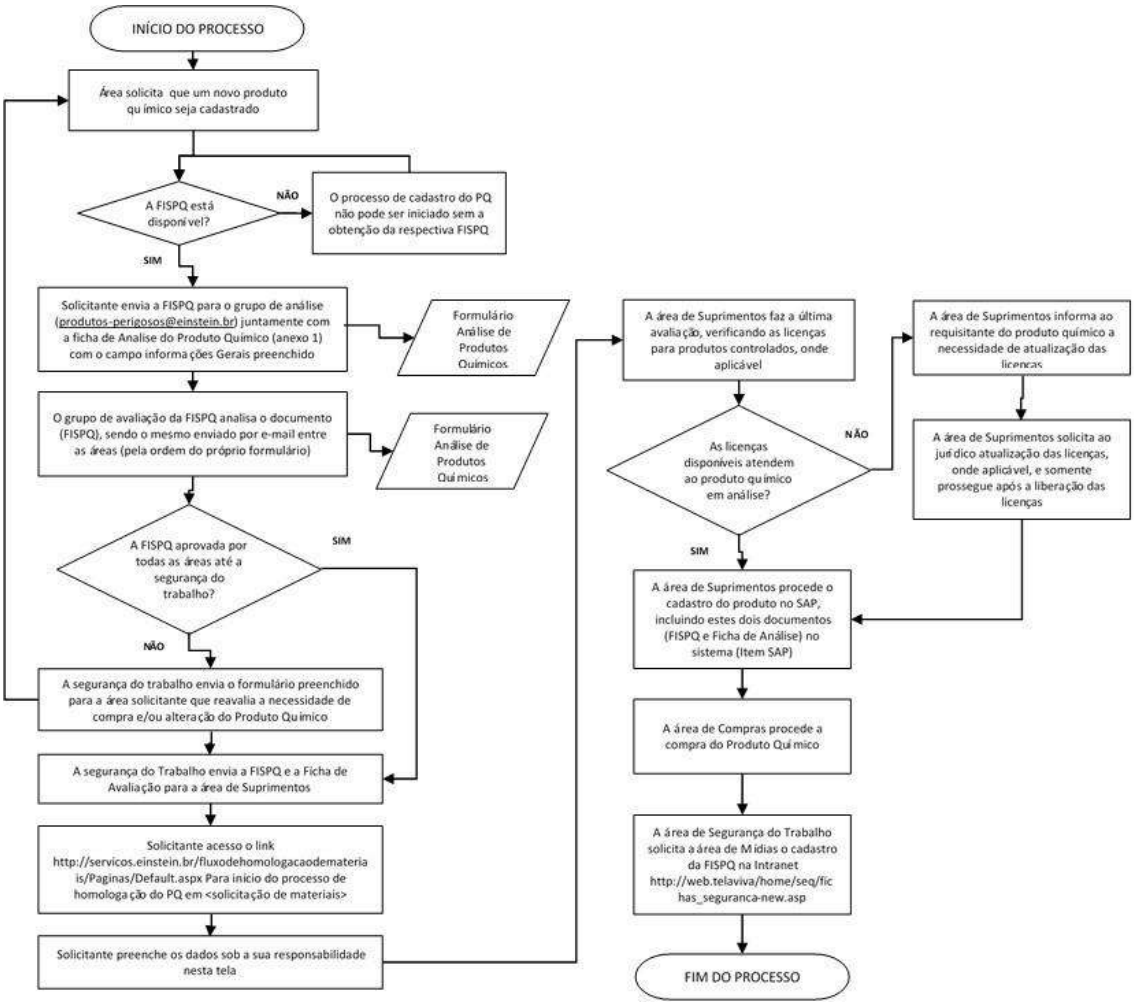


Figura 7: fluxo para cadastro de novos produtos químicos

Descadastramento de Produtos Químicos

Para todo Produto Químico que não esteja mais em uso na unidade/setor, ou que foi substituído por outro, a área deverá informar via e-mail (produtos-perigosos@einstein.br) para que seja excluída ou substituída a FISPQ no sistema. Antes da exclusão, a área da segurança do Colaborador, de posse do inventario dos produtos químicos, verifica se há outra área usuária do respectivo produto químico. Caso contrário, a exclusão da FISPQ do sistema é solicitada. Quando da solicitação da exclusão de uma FISPQ do sistema, a área da Segurança do Colaborador atualiza o inventario de produtos químicos.

FISPQ

- A FISPQ é o documento que fornece informações relativas ao produto, bem como diretrizes para ações em casos de derramamentos, incêndio, acidentes ocupacionais, etc. É de responsabilidade do fabricante fornecer a FISPQ do produto químico. É aplicável apenas a produtos químicos. Não aplicável aos medicamentos, cosméticos;
- É de responsabilidade da área usuária do produto químico obter a FISPQ junto ao fornecedor, bem como mantê-la disponível e atualizada no local de utilização do produto na língua portuguesa. A área de suprimentos pode dar um suporte nesta solicitação;
- A FISPQ deve, obrigatoriamente, ser fornecida pelo fabricante do produto a ser utilizado. Em casos onde o mesmo produto possua fornecedores diferentes a área deverá manter disponível, todas as FISPQs, mesmo que as informações contidas nos documentos sejam idênticas;
- A avaliação da FISPQ/Produto Químico deverá ser realizada por meio do formulário Ficha de Avaliação do Produto Químico no Anexo I onde todas as áreas envolvidas analisam itens específicos. O produto químico somente será aprovado se TODAS as áreas envolvidas aprovarem o mesmo;
- A FISPQ não é aplicável aos medicamentos e cosméticos conforme descritos na RDC Nº 222/2018. Para medicamentos que ainda estão em teste, recomenda-se que estes devam acompanhar uma instrução voltada para Segurança do Colaborador (emitida pelos fabricantes) e não entram no fluxo deste procedimento. As áreas de Pesquisa que utilizam estes medicamentos em teste, além das recomendações de segurança, deverão armazenar e segregar estes produtos seguindo as boas práticas farmacêuticas, sem que exponham os colaboradores e o meio ambiente. Sempre que preciso for consultar o PGRSS para orientações de descarte e as informações deste procedimento, onde aplicável, para o devido armazenamento;
- A FISPQ deve estar, obrigatoriamente, em português;
- Quando do recebimento de uma FISPQ mais atualizada para um determinado produto químico, o recebedor deverá enviar o documento para o e-mail produtos-perigosos@einstein.br, anexando a nova FISPQ e informando que a mesma é uma atualização. A Segurança do Colaborador (membro deste grupo de e-mail) solicita a inclusão do documento na intranet (como demonstrado no item anterior deste procedimento) e envia um e-mail para as áreas usuárias, para que as mesmas possam atualizar os documentos nos diversos setores;

- Para consultar as FISPQs dos Produtos Químicos da SBIBAE, acesse a intranet em seguida Sistema Einstein da Qualidade, depois Guia do Ambiente, Produtos Químicos e Materiais Perigosos, FISPQs - Fichas de Informação de Segurança dos Produtos Químicos e, por fim, escolha a FISPQ que queira consultar pelo índice alfabético (http://web.telaviva/home/seq/fichas_seguranca-new.asp). As telas orientativas estão indicadas abaixo:

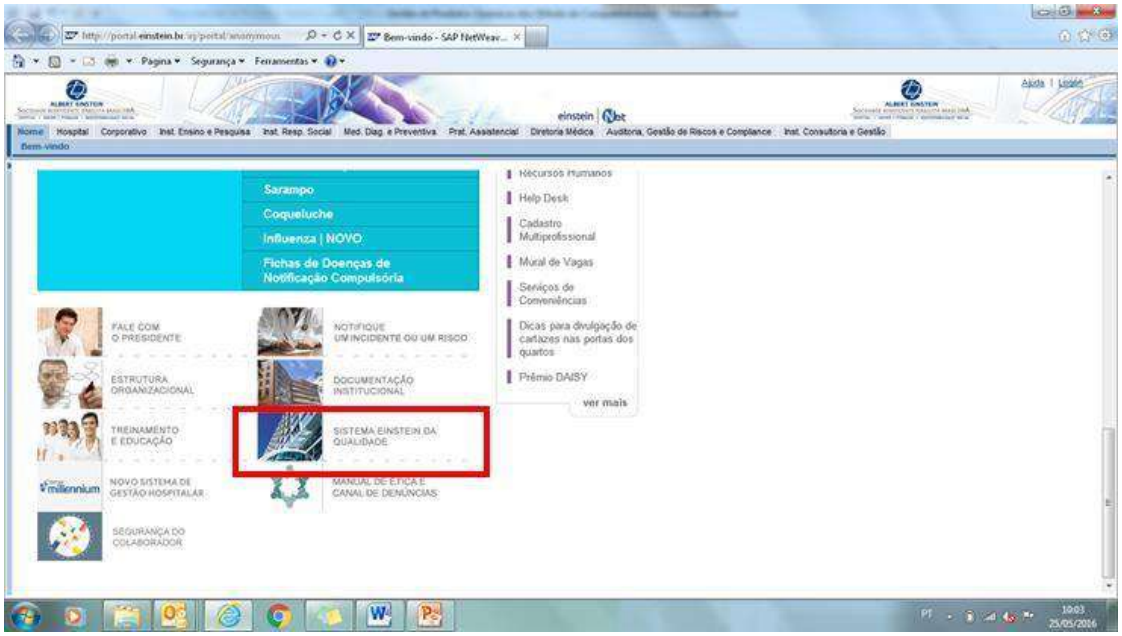


Figura 8: acessando a FISPQ na Intranet

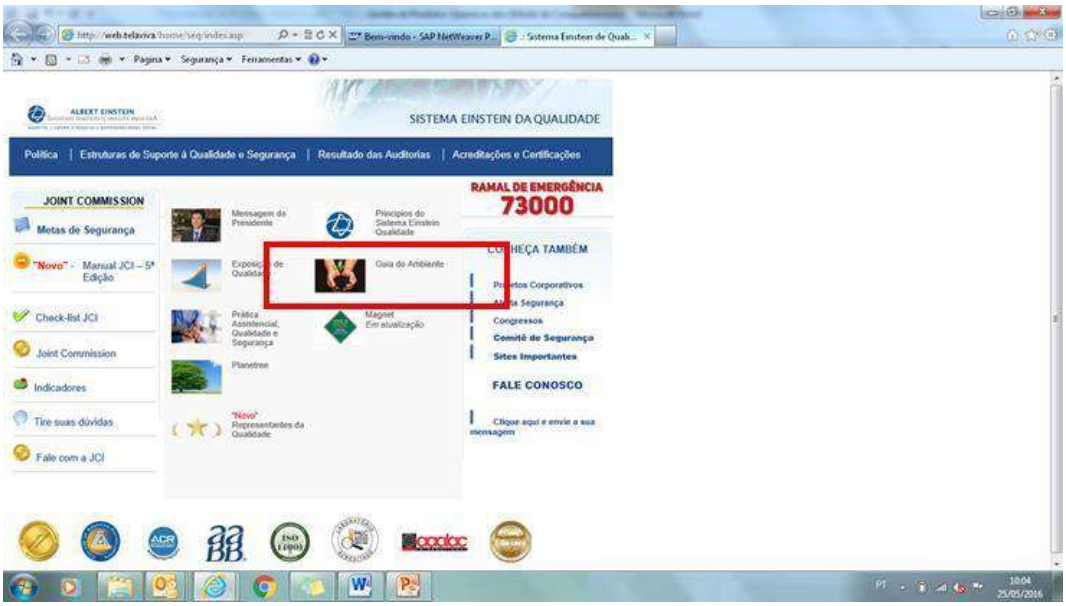


Figura 9: acessando a FISPQ na Intranet

Figura 10: acessando a FISPQ na Intranet

Figura 11: acessando a FISPQ na Intranet

Figura 12: acessando a FISPQ na Intranet

Ficha de Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico

- É um resumo da FISPQ e facilita o entendimento das informações básicas para um manuseio seguro e ambientalmente correto;
- É composta pelas seguintes informações: Nome Comercial, Nome Oficial, Principais Riscos, Estabilidade e Reatividade, Armazenamento, Ações em Caso de Emergência e Proteção Individual;
- Aplicável aos produtos químicos localizados e manuseados/utilizados fora dos laboratórios das unidades da SBIBAE. Para estes (laboratórios) mantém as FISPQs. Para os prestadores de serviços também são mantidas as FISPQs sob a responsabilidade de cada empresa prestadora de serviços;
- A disponibilidade é de uma ficha sumário para cada produto químico, mesmo que de fornecedores diferentes;
- Mesmo nas áreas onde são disponibilizadas as fichas sumárias, as FISPQs continuam disponíveis na intranet conforme explicado no item anterior;

Produtos Perigosos – Classificação e Simbologias

São os de origem química, biológica ou radiológica que apresentam um risco potencial à vida, à saúde e ao meio ambiente.

Perigos Físicos

- Explosivos

- Gases inflamáveis
- Aerossóis inflamáveis
- Gases comburentes (oxidantes)
- Gases sob pressão
- Líquidos inflamáveis
- Sólidos inflamáveis
- Substâncias e misturas auto reativas
- Líquidos pirofóricos
- Sólidos pirofóricos
- Substância e misturas suscetíveis de auto aquecimento
- Substâncias e misturas que, em contato com água, liberam gases inflamáveis
- Líquidos comburentes
- Sólidos comburentes
- Peróxidos orgânicos
- Corrosivos para metais

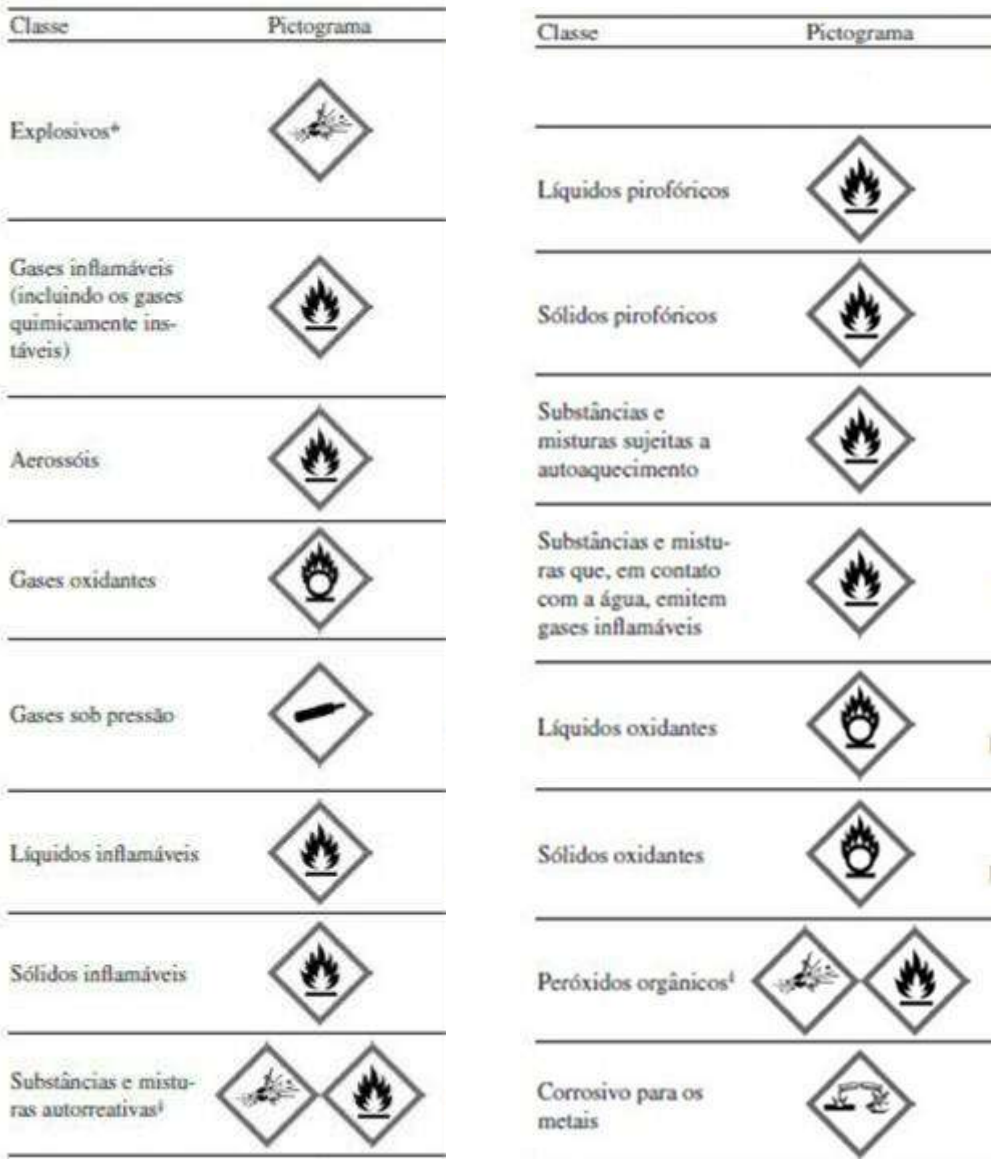


Figura 13: simbologia de produtos perigosos

Perigos à Saúde

- Toxicidade aguda
- Corrosão/Irritação da pele
- Danos/irritação séria nos olhos
- Sensibilização respiratória ou dérmica
- Mutagenicidade em células germinativas
- Carcinogenicidade
- Toxicidade à reprodução
- Toxicidade sistêmica em órgão alvo – exposição única

- Toxicidade sistêmica em órgão alvo – exposição múltipla
- Perigoso por aspiração

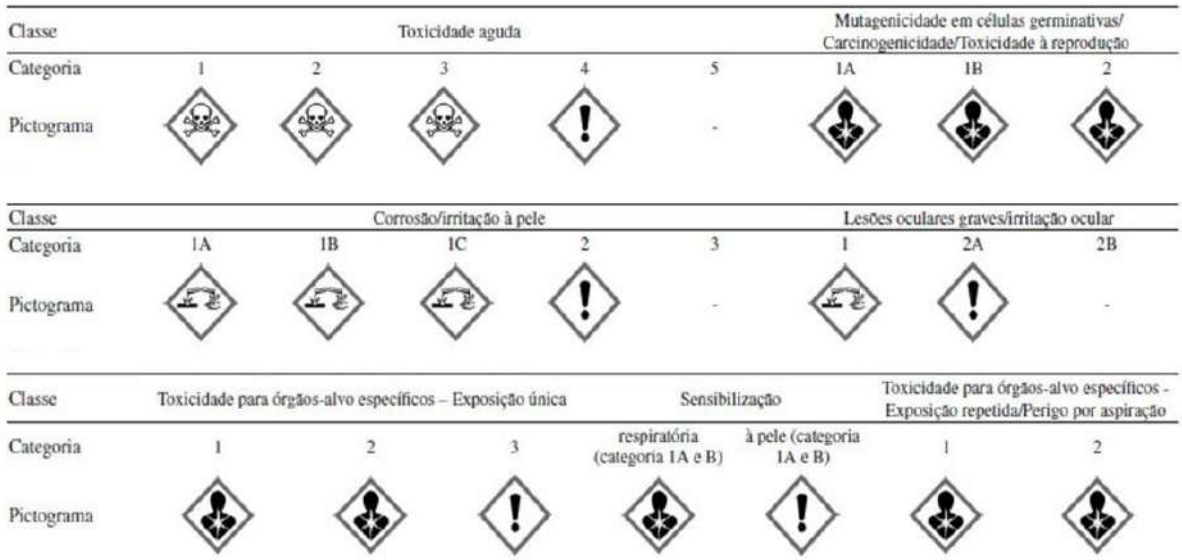


Figura 14: simbologia de produtos perigosos

Perigos ao Meio Ambiente

- Perigoso para o ambiente aquático:
  - Toxicidade aquática aguda
  - Toxicidade aquática crônica

- Perigoso à camada de ozônio

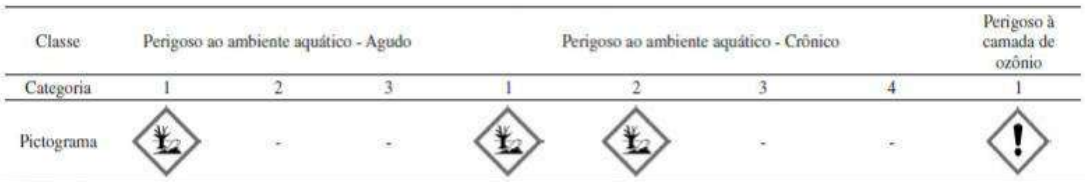


Figura 15: simbologia de produtos perigosos

Fracionamento e/ou Diluição de Produtos Químicos

- Para diluição, conhecer a FISPQ do produto para certificar a compatibilidade com água ou outro agente diluente;
- Verificar se a solução diluída é compatível com os equipamentos utilizados;

- Ao fazer diluição ou fracionamento, sempre utilizar os equipamentos de proteção coletiva (Ex: Capela) e respectivos EPIs indicados nas FISPQs e/ou instruções específicas;
- Os produtos fracionados devem ser identificados conforme descrito neste procedimento;

Recebimento e Armazenamento de Produtos Químicos

- O recebimento dos produtos químicos deve ser feito seguindo-se as boas práticas de segurança na movimentação de materiais, veículos calçados, pessoal devidamente treinado, respeitando-se a incompatibilidade de cada produto e regras de posicionamento nos mesmos nos depósitos;
- O armazenamento de líquidos inflamáveis e combustíveis deve seguir os requisitos apresentados no item 4.13 da Instrução Técnica N°25 do Corpo de Bombeiros. Os hospitais e clínicas médicas são consideradas ocupações especiais e o armazenamento desses produtos não podem exceder as quantidades especificadas na Tabela 2.3 da IT 25, conforme indicado abaixo:

Tabela 4.3: Quantidades máximas permitidas – Limites para áreas controláveis em ocupações especiais (conforme item 4.13.4.2)

Classes de líquidos	Quantidade (L)
I e II	40
IIIA	250
IIIB	450

Figura 16: limites de armazenamentos

A classificação de líquidos inflamáveis e combustíveis deve ser realizada através da tabela 1.1 da IT 25 do Corpo de Bombeiros, conforme indicado abaixo:

Tabela 1.1: Classificação de líquidos inflamáveis e combustíveis

Líquidos	Ponto de fulgor (PF)	Ponto de ebulição (PE)
Inflamáveis		
Classe I	PF < 37,8 °C e PV < 2068,6 mmHg	-
Classe I-A	PF < 22,8 °C	PE < 37,8 °C
Classe I-B	PF < 22,8 °C	PE ≥ 37,8 °C
Classe I-C	22,8 °C≤ PF < 37,8 °C	-
Combustíveis		
Classe II	37,8 °C≤ PF < 60 °C	-
Classe III-A	60 °C ≤ PF < 93 °C	-
Classe III-B	PF ≥ 93 °C	-
Nota: *PV é a pressão de vapor.*		

Figura 17: classificação de líquidos inflamáveis

- O armazenamento de quantidades superiores a 40 litros de líquidos de classe I e de classe II combinados ou superiores a 250 litros de líquidos de classe IIIA só deve ser permitido se armazenados em armários de armazenamento de líquidos conforme os requisitos indicados no item 4.12 da IT 25 do Corpo de Bombeiros.
- O volume de líquidos de classe I, classe II e classe IIIA armazenado em um armário de armazenamento individual não pode exceder 450 litros.
- Os recipientes contendo produtos químicos devem estar claramente identificados, rotulados conforme descrito neste procedimento.
- É necessário que os reagentes estejam separados em grupos quimicamente compatíveis, mantendo grupos incompatíveis que podem reagir entre si distantes.
- Abaixo uma tabela orientativa para a incompatibilidade de alguns produtos químicos:

LISTA DE SUBSTÂNCIAS INCOMPATÍVEIS	
SUBSTÂNCIA	**INCOMPATÍVEL COM: (Não devem ser armazenadas ou misturadas com)**
Acetona	Ácido nítrico (concentrado); Ácido sulfúrico (concentrado); Peróxido de hidrogênio
Acetonitrila	Oxidantes, ácidos
Ácido Acético	Ácido crômico; Ácido nítrico; Ácido perclórico; Peróxido de hidrogênio; Permanganatos

LISTA DE SUBSTÂNCIAS INCOMPATÍVEIS	
SUBSTÂNCIA	**INCOMPATÍVEL COM:** **(Não devem ser armazenadas ou misturadas com)**
Ácido clorídrico	Metais mais comuns; Aminas; Óxidos metálicos; Anidrido acético; Acetato de vinila; Sulfato de mercúrio; Fosfato de cálcio; Formaldeído; Carbonatos; Bases fortes; Ácido sulfúrico; Ácido clorossulfônico
Ácido clorossulfônico	Materiais orgânicos; Água; Metais na forma de pó
Ácido crômico	Ácido acético; Naftaleno; Cânfora; Glicerina; Alcoóis; Papel
Ácido fluorídrico (anidro)	Amônia (anidra ou aquosa)
Ácido nítrico (concentrado)	Ácido acético; Acetona; Alcoóis; Anilina; Ácido crômico
Ácido oxálico	Prata e seus sais; Mercúrio e seus sais; Peróxidos orgânicos
Ácido perclórico	Anidrido acético; Alcoóis; Papel; Madeira
Ácido sulfúrico	Cloratos; Percloratos; Permanganatos; Peróxidos orgânicos
Metais alcalinos e alcalino-terrosos (como o sódio, potássio, lítio, magnésio, cálcio)	Dióxido de carbono; Tetracloreto de carbono e outros hidrocarbonetos clorados; Quaisquer ácidos livres; Quaisquer halogênios; Aldeídos; Cetonas
Álcool amílico, etílico e metílico	Ácido clorídrico; Ácido fluorídrico; Ácido fosfórico
Álquil alumínio	Hidrocarbonetos halogenados; Água
Amideto de sódio	Ar; Água
Amônia anidra	Mercúrio; Cloro; Hipoclorito de cálcio; odo, Bromo, Ácido fluorídrico, Prata
Anidrido acético	Ácido crômico; Ácido nítrico; Ácido perclórico; Compostos hidroxilados; Etileno glicol; Peróxidos; Permanganatos; Soda cáustica; Potassa cáustica; Aminas
Anidrido maleico	Hidróxido de sódio; Piridina e outras aminas terciárias
Anilina	Ácido nítrico; Peróxido de hidrogênio
Azidas	Ácidos

LISTA DE SUBSTÂNCIAS INCOMPATÍVEIS	
SUBSTÂNCIA	**INCOMPATÍVEL COM:** **(Não devem ser armazenadas ou misturadas com)**
Benzeno	Ácido clorídrico; Ácido fluorídrico; Ácido fosfórico; Ácido nítrico concentrado; Peróxidos
Bromo	Amoníaco; Acetileno; Butadieno; Butano; Metano; Propano; Outros gases derivados do petróleo; Carbonato de sódio; Benzeno; Metais na forma de pó; Hidrogênio
Carvão ativo	Hipoclorito de cálcio; Todos os agentes oxidantes
Cianetos	Ácidos
Cloratos	Sais de amônio; Ácidos; Metais na forma de pó; Enxofre; Materiais orgânicos combustíveis finamente divididos
Cloreto de mercúrio	Ácidos fortes; Amoníaco; Carbonatos; Sais metálicos; Álcalis fosfatados; Sulfitos; Sulfatos; Bromo; Antimônio
Cloro	Amoníaco; Acetileno; Butadieno; Butano; Propano; Metano Outros gases derivados do petróleo; Hidrogênio; Carbonato de sódio; Benzeno; Metais na forma de pó
Clorofórmio	Bases fortes; Metais alcalinos; Alumínio; Magnésio; Agentes oxidantes fortes
Cobre metálico	Acetileno; Peróxido de hidrogênio; Azidas
Éter etílico	Ácido clorídrico; Ácido fluorídrico; Ácido sulfúrico; Ácido fosfórico
Fenol	Hidróxido de sódio; Hidróxido de potássio; Compostos halogenados; Aldeídos
Ferrocianeto de potássio	Ácidos fortes
Flúor	Isolar de tudo
Formaldeído	Ácidos inorgânicos
Fósforo (branco)	Ar; Álcalis; Agentes redutores; Oxigênio
Hidrazina	Peróxido de hidrogênio; Ácido nítrico; Qualquer outro oxidante
Hidretos	Água; Ar; Dióxido de carbono; Hidrocarbonetos clorados
Hidrocarbonetos (como o benzeno, butano, propano, gasolina, etc)	Flúor; Cloro; Bromo; Ácido crômico; Peróxidos

LISTA DE SUBSTÂNCIAS INCOMPATÍVEIS	
SUBSTÂNCIA	**INCOMPATÍVEL COM:** **(Não devem ser armazenadas ou misturadas com)**
Hidróxido de amônio	Ácidos fortes; Metais alcalinos; Agentes oxidantes fortes; Bromo; Cloro; Alumínio; Cobre; Bronze; Latão; Mercúrio
Hidroxilamina	Óxido de bário; Dióxido de chumbo; Pentacloreto e tricloreto de fósforo; Zinco; Dicromato de potássio
Hipocloritos	Ácidos; Carvão ativado
Hipoclorito de sódio	Fenol; Glicerina; Nitrometano; Óxido de ferro; Amoníaco; Carvão ativado
Iodo	Acetileno; Hidrogênio
Líquidos Inflamáveis	Nitrato de amônio; Ácido crômico; Peróxido de hidrogênio; Ácido nítrico; Peróxido de sódio; Halogênios
Mercúrio	Acetileno; Ácido fulmínico (produzido em misturas etanol--ácido nítrico); Amônia; Ácido oxálico
Nitratos	Ácidos; Metais na forma de pó: Líquidos inflamáveis; Cloratos; Enxofre; Materiais orgânicos ou combustíveis finamente divididos; Ácido sulfúrico
Oxalato de amônio	Ácidos fortes
Óxido de etileno	Ácidos; Bases; Cobre; Perclorato de magnésio
Óxido de sódio	Água; Qualquer ácido livre
Pentóxido de fósforo	Alcoóis; Bases fortes; Água
Percloratos	Ácidos
Perclorato de potássio	Ácidos; Ver também em ácido perclórico e cloratos
Permanganato de potássio	Glicerina; Etileno glicol; Benzaldeído; Qualquer ácido livre; Ácido sulfúrico
Peróxidos (orgânicos)	Ácidos (orgânicos ou minerais); Evitar fricção; Armazenar a baixa temperatura
Peróxido de benzoíla	Clorofórmio; Materiais orgânicos
Peróxido de hidrogênio	Cobre; Crômio; Ferro; Maioria dos metais e seus sais; Materiais combustíveis; Materiais orgânicos; Qualquer líquido inflamável; Anilina; Nitrometano; Alcoóis; Acetona
Peróxido de sódio	Qualquer substância oxidável, como etanol, metanol, ácido acético glaciar, anidrido acético, benzaldeído, dissulfito de carbono, glicerina,

LISTA DE SUBSTÂNCIAS INCOMPATÍVEIS	
SUBSTÂNCIA	**INCOMPATÍVEL COM: (Não devem ser armazenadas ou misturadas com)**
	etileno glicol, acetato de etíla, acetato de metila, furfural, álcool etílico, álcool metílico
Potássio	Tetracloreto de carbono; Dióxido de carbono; Água
Prata e seus sais	Acetileno; Ácido oxálico; Ácido tartárico; Ácido fulmínico; Compostos de amônio
Sódio	Tetracloreto de carbono; Dióxido de carbono; Água; Ver também em metais alcalinos
Sulfetos	Ácidos
Sulfeto de hidrogênio	Ácido nítrico fumegante; Gases oxidantes

Figura 18: lista de substâncias incompatíveis

A tabela abaixo indica os principais itens a serem observados em determinadas classes de produtos químicos:

Tipo do Produto Químicos	**Exemplos de Produtos Químicos**	**Orientações de Armazenamento**
Líquidos, Sólidos e Gases Inflamáveis.	Metanol, etanol, acetona, éter	Mantenha afastado de fonte de calor e fontes de ignição
		Adote medidas preventivas contra cargas estáticas
		Utilize equipamentos de ventilação e de iluminação à prova de explosão
		Mantenha o recipiente fechado quando não estiver em uso
		Mantenha o produto químico somente no recipiente original
		Armazene em um recipiente bem fechado
		Não armazene e/ou transporte com oxidantes, corrosivos, oxigênio, explosivos, halogêneos, ar comprimido, ácidos, bases, entre outros
		Manusear inflamáveis em quantidades pequenas e em containers específicos (containers de segurança)

Tipo do Produto Químicos	Exemplos de Produtos Químicos	Orientações de Armazenamento
		Os produtos acondicionados em recipientes de vidro deverão ser estocados em estantes próximo do piso.
Líquidos Tóxicos	Ácido sulfúrico, benzeno, cianetos, óxidos de nitrogênio	A área deve ser ventilada e o local de estoque deve ser sinalizado, de forma que todas as pessoas que ali circulem, sejam instruídas sobre o risco.
Substâncias explosivas	Peróxido de benzoíla, Dissulfeto de carbono, Éter di-isipropílico, Éter etílico, Ácido pícrico, Ácido perclórico, Potássio metálico.	A área de explosivos deve ser bem identificada e isolada das outras áreas.
Agentes Oxidantes	Peróxidos, nitratos, bromatos, cromatos, cloratos, dicromatos, percloratos e permanganatos	Não devem ser estocados na mesma área que combustíveis, como, por exemplo, inflamáveis, substâncias orgânicas, agentes desidratantes ou agentes redutores.
		A área para estocagem de agentes oxidantes deve ser resistente ao fogo (blindada inclusive), fresca, bem ventilada e preferencialmente longe das áreas de Colaborador.
Substâncias corrosivas	Ácido sulfúrico, ácido nítrico, hidróxido de potássio, ácido crômico e hidróxido de sódio.	Devem ser estocados numa área fresca, seca e bem ventilados.
		Os recipientes que contêm estes produtos precisam estar bem fechados e acondicionados em lugares arejados para evitar a acumulação de vapores.
		Não armazenar produtos ácidos em recipientes metálicos
		Armazenar ácidos longe de fontes de calor e iluminação solar direta
Gases	Gás comprimido, gás liquefeito, gás	Os cilindros devem ser manipulados com cuidado para prevenir que sejam derrubados ou atinjam outros objetos.

Tipo do Produto Químicos	Exemplos de Produtos Químicos	Orientações de Armazenamento
	liquefeito refrigerado, gás em solução	Os cilindros devem ser identificados e estocados em áreas bem ventiladas e livres de materiais inflamáveis.
		Os cilindros estocados ao ar livre devem ser protegidos contra variação excessivos na temperatura ambiente e de contato direto com o chão.
		Devem ser evitadas possíveis corrosões externas no cilindro causado por líquidos ou vapores corrosivos.
		Remover cilindros danificados do local de estocagem.
		Os cilindros de gases comprimidos devem ser estocados na posição vertical e protegidos contra eventuais quedas.
Produtos Sensíveis à Água	Potássio e o sódio metálico e hidretos metálicos	Áreas de estocagem devem ser projetadas para evitar qualquer contato com água.
		Os reagentes incompatíveis com água devem ser colocados em estantes situadas longe da tubulação de água.

Figura 19: itens que necessitam de atenção especial

- As áreas de estocagem de produtos químicos devem estar organizadas e sinalizadas com a informação de risco, onde aplicável. Os recipientes devem ser mantidos secos, com boa ventilação e distantes de fontes de calor e luminosidade direta (solar).
- Sempre estocar os recipientes de produtos químicos em pallets para contenção e outros dispositivos que evitem (ou reduzam) o risco de derramamentos. Para locais onde não é possível a instalação de armários especiais e onde as quantidades são pequenas de produtos químicos, com pequenas variedades (uma a dois tipos) e condicionados aos andares, em alguns casos devidamente estudados, pode-se usar bandejas como o modelo abaixo, para servirem de contenção. Este processo não exime a unidade de buscar formas melhores para o devido armazenamento.

Figura 20: exemplo de bacia de contenção

- A FISPQ ou Ficha Sumário do produto químico sempre deverá ser consultada para correto armazenamento, inclusive, com relação às incompatibilidades específicas.
- Reagentes incompatíveis com água devem ficar estocados longe das tubulações de água.

Embalagens de Produtos Perigosos, Armazenamento e Coleta de Resíduos

A gestão completa de resíduos, químicos e outros, está descrita do PGRSS da respectiva unidade que pode ser acessado pela documentação institucional da SBIBAE na intranet, e no PR.ADM.934 - Procedimento Operacional Padrão de Coleta de Resíduos Químicos Perigosos (na versão mais atualizada).

Transporte de Produtos Químicos

Veículos que transportam produtos ou resíduos químicos perigosos são obrigados a adotar uma série de medidas de segurança. São elas:

a) O motorista deve ser treinado para conduzir produtos perigosos.
b) Durante o transporte, o motorista deve portar a documentação com dados sobre a classificação da carga, o fabricante ou importador do produto, as autorizações para circulação e informações de segurança para o caso de acontecer um acidente, além de um kit de emergência pronto para ser usado em caso de acidente.
c) O veículo deve estar em boas condições de manutenção e externamente precisa estar sinalizado com placas indicativas para mostrar o produto (ou produtos) que transporta e seus riscos. A indicação dos perigos é feita por painéis de segurança e rótulos de risco, que trazem números e símbolos indicando a classificação dos produtos transportados e seu enquadramento em uma das classes ou subclasses especificadas na Resolução 420 da ANTT.
d) Produtos perigosos devem ser transportados segregados de outros produtos.
e) O painel de segurança é retangular (30x40 cm) com uma borda de 1 cm, tem fundo na cor laranja e duas linhas com números em preto. A linha superior indica o número

de risco, com exceção dos explosivos, que não têm número de risco. Os algarismos devem ser lidos separadamente.

No exemplo abaixo, a tabela deve ser lida como 3-3, que corresponde a líquido altamente inflamável. A linha inferior traz o número ONU, ou seja, o número que identifica o produto de acordo com a listagem de produtos perigosos utilizada internacionalmente. Neste exemplo, 1203 significa que este caminhão está transportando combustível automotor ou gasolina.

Figura 21: exemplo de painel de segurança

f) O rótulo de risco informa a classe e a subclasse a que o produto pertence, e indica o risco principal e o risco subsidiário. Trazem símbolos, textos (opcionais, exceto para os radioativos), um número e pode ter cores diversas no fundo. Indica se o produto é explosivo, inflamável, corrosivo, oxidante ou radioativo, por exemplo. O rótulo de risco abaixo indica um produto da subclasse 4.2, ou seja, uma substância sujeita a combustão espontânea.

Figura 22: exemplo de rótulo de risco

g) Abaixo um exemplo de posicionamento das sinalizações em veículos menores, semelhantes aos utilizados pela Central de Serviços.

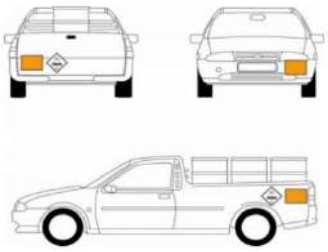


Figura 23: exemplo de posicionamento de sinalizações

O expedidor da carga é responsável por verificar os requisitos descritos acima e deverá comunicar à Central de Serviços qualquer discrepância. O transporte só deverá ser realizado no pleno atendimento das diretrizes acima. É proibido transportar produtos perigosos incompatíveis entre si ou com produtos não classificados como perigosos, quando houver possibilidade de risco direto ou indireto, de danos a pessoas, bens ou ao meio ambiente, exceto quando os produtos forem colocados em cofres de cargas ou contentores distintos. É proibido o transporte de produtos perigosos juntamente com insumos para fins alimentícios, cosméticos, farmacêuticos ou veterinários, exceto quando transportado em cofres de carga ou contentores distintos. É proibido o transporte de produtos perigosos para uso/consumo humano ou animal, com outros produtos perigosos que não tem a mesma destinação, exceto quando transportado em cofres de carga ou contentores distintos.

Conteúdo do Kit de Emergência

O kit emergência para transporte de produtos químicos de acordo com a NBR 9734/9735 contém:

- 01 capacete de segurança
- 01 par de óculos ampla visão
- 01 avental de pvc
- 01 par de botas de borracha altura sete léguas
- 01 par de luvas de pvc
- 01 máscara semi-facial com filtro VO
- 02 calços de madeira
- 04 placas de PERIGO - AFASTE-SE
- 06 cones zebrados preto/amarelo
- 01 pá ou enxada antifaiscante
- 02 mantas de contenção / absorção
- 02 batoques de madeira

- 01 martelo antifaiscante
- 10 m de tirante de amarração
- 01 rolo de fita zebrada com 100 mt
- 01 lanterna com duas pilhas
- 01 lona 3m x 4m
- 01 kit de ferramentas / 01 bolsa de lona impermeável
- 01 extintor de Pó Químico

Estes materiais devem estar presentes do veículo que realiza o transporte dos produtos químicos entre unidades da SBIBAE. Exceções no conteúdo devem ser devidamente justificadas, apoiadas por requisitos legais e os riscos devidamente controlados.

Documentos para Transporte de Produtos Químicos

Transportadora

- Licença ou Autorização Ambiental emitida pelo órgão Estadual de Meio Ambiente para o transporte de cargas perigosas dentro do Estado, onde aplicável.
- Autorização Ambiental para Transporte Interestadual de Cargas Perigosas (produtos ou resíduos) emitida pelo IBAMA, através do site: http://www.ibama.gov.br/areas-tematicas-qa/cadastro-tecnico-federal, onde aplicável.
- Cadastro Técnico Federal de Atividades Potencialmente Poluidoras - CTF-APP, emitido pelo IBAMA, através do site: http://www.ibama.gov.br/areas-tematicas-qa/cadastro-tecnico-federal, onde aplicável.
- Cadastro Nacional de Operadores de Resíduos Perigosos - CNORP, emitido pelo IBAMA, através do site: http://www.ibama.gov.br/areas-tematicas-qa/cadastro-tecnico-federal, onde aplicável.
- Comprovante de Registro Nacional de Transportadores Rodoviários de Cargas – RNTRC, conforme Resolução ANTT 3056/2009 (antigo Certificado de RTB (Registro de Transporte de Bens), onde aplicável e
- Pagamento da Taxa de Controle e Fiscalização Ambiental - TFCA, onde aplicável.
- *Nota: outras Licenças/Autorizações podem ser exigidas conforme o tipo da carga a ser transportada.*

Veículo

- Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo (CRLV) ou Certificado de propriedade do Veículo.
- Rótulos de risco e painéis de segurança específicos, de acordo com a NBR-7500 da ABNT (cargas perigosas).
- Ficha de Emergência e Envelope para o Transporte (cargas perigosas).
- Kit para atendimento à emergência conforme NBR 9735 da ABNT (cargas perigosas).
- Emissões do escapamento (fumaça preta) dentro dos limites legais.

Motorista

- Carteira de Identidade e Carteira Nacional de Habilitação na categoria adequada.
- Comprovante do curso MOPP (cargas perigosas).
- Verificação da Carga para garantir que as embalagens suportarão os riscos do transporte e que o veículo está em boas condições de funcionamento.

Carga

- Conhecimento de Transporte da Carga Transportada, contendo informações como:
  a) o nome apropriado para embarque;
  b) a classe ou a subclasse do produto;
  c) o número ONU, precedido das letras "UN" ou "ONU" e o grupo de embalagem da substância ou artigo;
  d) a quantidade total por produto perigoso (em volume ou massa, conforme apropriado).
- Declaração assinada pelo expedidor de que o produto está adequadamente acondicionado para suportar os riscos normais de carregamento, descarregamento, conforme a regulamentação em vigor – (se essa declaração for impressa, dispensa-se a assinatura).
- Embalagem adequada ao transporte em caso de cargas perigosas.

Incidentes e Emergências com Produtos Químicos nas Instalações da SBIBAE

- Diversas podem ser as emergências envolvendo produtos químicos, entre elas explosões, incêndios, derramamentos, entre outros.
- A orientação de como proceder em casos de incidentes com material radioativo encontra-se na rotina PR.TEC.3376 – Acidente com material radioativo na Medicina Nuclear e PET-CT.
- Todo e qualquer derramamento de produto químico independentemente da quantidade / volume e do produto, deve ser informado no ramal de emergência de cada unidade e registrado no Sinapse (sistema Einstein de notificação de eventos). Os bombeiros serão

acionados imediatamente para as devidas orientações. Os colaboradores devem, onde aplicável, se afastar do local.

- Os bombeiros, ao receberem o chamado de derramamento de produtos químicos deverão, onde aplicável, se paramentar com macacão tipo Tyvec, proteção respiratória e bota de borracha (pela quantidade derramada), agrupar os equipamentos necessários para a contenção e dirigir-se até o local do evento. Caso seja necessário, os Bombeiros podem solicitar auxílio interno ou externo.
- As ocorrências em unidades avançadas serão avaliadas com base nas informações fornecidas pela área e, havendo a necessidade, um bombeiro se deslocará para providenciar o recolhimento do produto. Os bombeiros farão as orientações necessárias.
- O procedimento de COMUNICAÇÃO, REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTES COM E SEM LESÃO (PR.TEC.2103) deve ser seguido onde aplicável, para incidentes envolvendo derramamentos e exposições aos produtos químicos, entre outras situações.
- A Ficha que acompanha o Kit Derramamento deve ser devidamente preenchida e entregue ao PCI-Bombeiros. A reposição de um novo kit fica condicionada à entrega do documento preenchido.
- Após a liberação da área, a equipe da higiene realiza o processo de limpeza com os devidos cuidados para que outros incidentes possam ser evitados.
- Estão disponíveis na SBIBAE dois tipos de kits para contingência com derramamentos de Produtos Perigosos:

Kit para derramamento de produtos químicos líquidos nas áreas possui o seguinte conteúdo:

- 01 caixa Clean Box cor laranja para resíduos químicos;
- 01 par de luvas nitrílicas de cor azul;
- 01 manta de absorção.

O kit é utilizado da seguinte forma:

- Montar a caixa clean box laranja seguindo as orientações na própria caixa;
- Calçar o par de luvas contido no kit;
- Colocar a manta sobre o material para ser absorvido;
- Recolher a manta e desprezar na caixa clean box laranja;
- Retirar as luvas e desprezar na caixa clean box laranja;
- Preencher a ficha que acompanha o kit para derramamento e enviar ao PCI – Bombeiros;
- Solicitar ao PCI - Bombeiros a reposição do kit.

Kit de emergência para derramamento de quimioterápicos com o seguinte conteúdo:

- 01 caixa Clean Box cor laranja para resíduos químicos;
- 01 par de luvas nitrílicas de cor verde;
- 01 manta de absorção com capacidade de conter até 01 litro;
- 01 conjunto de pá e escova;
- 01 propé;
- 01 máscara semifacial PFF II;
- 01 avental tipo barbeiro;
- 01 óculos de segurança;

O kit é utilizado da seguinte forma:

- Montar a caixa clean box laranja seguindo as orientações na própria caixa;
- Calçar o par de luvas contido no kit;
- Vestir o avental;
- Calçar o propé;
- Colocar a máscara semifacial PFF II;
- Colocar os óculos de segurança;
- Colocar a manta sobre o material para ser absorvido (caso seja líquido);
- Recolher o material usando o conjunto de pá e escova (caso seja material sólido);
- Recolher a manta e desprezar na caixa clean box laranja: (caso de líquidos);
- Desprezar o conjunto de pá e escova na caixa clean box laranja (caso de sólidos);
- Desprezar todos os EPI´s utilizado na contenção na caixa clean box laranja;
- Preencher a ficha que acompanha o kit para derramamento e enviar ao PCI – Bombeiros;
- Solicitar ao PCI - Bombeiros a reposição do kit.

Os kits de emergência para derramamentos de produtos químicos devem estar sempre disponíveis e acessíveis nos locais de manuseio.

Emergência com Produtos Químicos durante o Transporte

- Em casos de acidentes durante o transporte o condutor do veículo deverá fazer uma avaliação inicial de proporções e isolar a área com os equipamentos disponíveis no kit de emergência do veículo.

- Com o local isolado o condutor deverá entrar em contato com a Central de Segurança pelo telefone 11 2151-3000 e em seguida ao responsável pela expedição do material.
- A Central de segurança acionará a equipe de Bombeiros e Segurança do Colaborador/SGA que se dirigirão até o local para avaliação de riscos e contenção. No local, após avaliação, o bombeiro poderá solicitar apoio externo (Bombeiro, CET, CETESB, etc). O bombeiro entrará em contato com o Gerente de Segurança Patrimonial, que, com base nas informações transmitidas pelo bombeiro, poderá deflagrar o Plano de Catástrofe.
- O bombeiro, já paramentado, iniciará o processo de contenção e, se necessário, poderá utilizar os equipamentos do kit de emergência do veículo. Ao final do processo o veículo deverá ser conduzido ao local de expedição onde o bombeiro iniciará o processo de higienização. Todos os materiais contaminados deverão ser descartados juntamente com os materiais utilizados para a contenção e recolhimento do vazamento.
- O incidente então passa para o processo de comunicação no Sinapse e investigação de acordo com o procedimento de Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes.
- Se houver necessidade, pelos meios institucionais, alguma parte interessada poderá ser informada da ocorrência e demais providências.

Higienização pós-derramamento dentro das Instalações da SBIBAE

- Após a contenção do derramamento ou vazamento a Segurança do Colaborador/SGA e o Bombeiro deverão avaliar o ambiente para verificar se área está apta ao retorno de suas atividades.
- Não existindo riscos, o Bombeiro deverá entrar em contato com o departamento de Higiene da Unidade para solicitar a higienização do local.
- A equipe de higiene deverá se deslocar até o local, munidos com os EPIs adequados à atividade.
- Todos os resíduos contaminados pelo Produto Perigoso devem ser descartados como resíduos químicos em saco de lixo ou caixa Clean Box na cor laranja.
- Após a retirada dos resíduos, a equipe de higiene deverá iniciar a limpeza terminal, de acordo com o procedimento específico da área afetada. Todo o processo de higienização deve ser acompanhado pelo Líder de Governança ou Supervisor de Higiene, que ao final deverá comunicar ao comando de área fria que o local está liberado para funcionamento.

Rotulagem de Produtos Químicos

- A rotulagem de produtos químicos tem a finalidade de comunicar os principais riscos oferecidos pelos produtos químicos, independente dele ser perigoso ou não.

- Deve ser mantida a rotulagem do fabricante na embalagem original dos produtos químicos utilizados na língua portuguesa.
- Os produtos químicos que forem importados devem possuir rotulagem de acordo com o GHS (Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals) e possuir as informações na língua portuguesa.
- É vedado o procedimento de reutilização das embalagens de produtos químicos de acordo com a NR 32.
- Todo recipiente contendo produto químico manipulado ou fracionado deve ser identificado, de forma legível, por etiqueta com o nome do produto, composição química, sua concentração, data de envase e de validade, e nome do responsável pela manipulação ou fracionamento. Junto a esta etiqueta, o rótulo (pictórico ou pictograma) dos riscos indicados na etiqueta (corrosivos, tóxicos, infectantes e inflamáveis, por exemplo).
- Para medicamentos em teste na área da Pesquisa, o controle de validade, revalidação e outros processos de gestão destes "medicamentos em teste" é de responsabilidade e direcionamentos do próprio setor, seguindo-se os protocolos cabíveis para este fim.
- O modelo da etiqueta a seguir pode ser impressa pelas áreas e fixadas nos respectivos recipientes.

Nome:		
Composição Química:		Concentração/Título:
Lote:	Data Preparação: / /	Data Validade: / /
Armazenamento:		
Classificação:	☐ Inflamável ☐ Corrosivo ☐ Tóxico ☐ Infectante ☐ Irritante ☐ Danoso ao Meio Ambiente	
Preparado por:		

Figura 23: exemplo de rotulagem de produto químico

O arquivo encontra-se no anexo neste procedimento.

Onde a informação não for aplicável, escrever um hífen ou outro símbolo, desde que não se deixe espaço em branco.

O armazenamento é a indicação se o material deve ser armazenado em temperatura ambiente ou sob refrigeração, por exemplo.

Próximo da etiqueta, deve-se fixar as etiquetas de risco (onde aplicável) que estão relacionadas aos produtos.
Estão disponíveis em 4 tamanhos: PP (4 cm x 4 cm), P (6 cm x 6 cm), M (10 cm x 10 cm) ou G (15 cm x 15 cm).
Estas etiquetas são fornecidas pelos Bombeiros, bastando para isso enviar um e-mail indicando o tipo da etiqueta (qual pictograma), tamanho, quantidade e centro de custos. Ao segregar o material, os Bombeiros informarão ao solicitando que o mesmo poderá retirar o material no 2º andar do bloco D (Sala dos Bombeiros) do Morumbi.
Exemplo dos pictogramas de risco:

Figura 24: exemplo de pictograma de risco

Produtos Químicos controlados pelo Exército

Uma série de produtos químicos está sujeita às exigências específicas junto ao Exército Brasileiro, Polícia Civil e Polícia Federal. Estes produtos são denominados de Produtos Químicos Controlados. Os produtos controlados pelo Exército são adquiridos mediante apresentação do CR (certificado de registro) emitido em nome da Instituição, definindo as cotas autorizadas para cada produto. O Certificado de Registro (CR) é renovado periodicamente e a renovação é precedida de uma vistoria realizada pelo Delegado do Exército na Região. Dependendo da gravidade das irregularidades, as sanções legais variam desde a suspensão do CR, impedindo a compra e utilização de produtos, até a responsabilização civil e criminal dos responsáveis pelas irregularidades. A relação dos produtos químicos controlados pelo Exército estão disponível em: http://www.dfpc.eb.mil.br/institucional/legislacao/r105_anexos/anexoI.doc

Os estoques dos produtos, segundo orientação dos órgãos fiscalizadores, devem permanecer sempre que possível em um único local (laboratório, por exemplo). Os laboratórios devem

cumprir rigorosamente as normas de segurança, cabendo ao seu responsável mantê-lo dentro das melhores condições exigidas, tais como:

- Avisos escritos de proibição da entrada de estranhos e pessoas não autorizadas no laboratório e demais procedimentos de segurança do Colaborador em laboratórios;
- Dispositivos que garantam a segurança do local de estocagem (como alarmes sonoros, câmeras, catracas, grades de proteção);
- Armários com portas, chaves, ventilação / exaustão, prateleiras seguras e bandejas para vazamentos;
- Identificação dos produtos estocados;
- Equipamentos adequados ao manuseio seguro dos produtos (luvas, óculos de segurança, máscaras);
- Descartes de produtos químicos seguindo procedimentos corretos;
- Controle dos acessos das pessoas no local de estocagem e nome de pelo menos dois responsáveis pelo controle do local de estocagem.

Trimestralmente os mapas de movimentação de produtos químicos controlados (em planilha excel) pelo exército deve ser preenchido até o 5º dia útil de cada mês e enviado para o Exército. Para produtos controlados pelo Exército Brasileiro, não é permitido fornecer nem receber doações.

Produtos Químicos controlados pela Polícia Federal e Polícia Civil

Os produtos controlados são adquiridos mediante apresentação da Licença de Funcionamento (Polícia Federal) e Alvará de Funcionamento (Polícia Civil), ambos emitidos para a SBIBAE definindo as cotas autorizadas para cada produto. Estes documentos certificam que a SBIBAE está autorizada a comprar, armazenar e utilizar em atividades laboratoriais os produtos químicos sujeitos a controle e fiscalização. A renovação do alvará da Polícia Civil é anual. O certificado de vistoria de produtos controlados é válido por três anos. As empresas devem ainda apresentar trimestralmente mapa de produtos controlados. Tanto as entradas (compra ou doação), quanto às saídas (consumo, doação) destes produtos deverão ser anotadas nas planilhas de controle (mapas de movimentação), para que no final do mês os cálculos possam ser feitos corretamente. No contexto do Controle de Produtos Químicos pela Polícia Federal e Civil, o termo "doação" deve ser entendido como a entrada de produtos cujas notas fiscais de origem não foram emitidas em nome da SBIBAE, é o caso, por exemplo, de produtos comprados com recursos do pesquisador. A lista dos produtos químicos controlados pela Polícia Federal pode ser obtida no link: http://www.pf.gov.br/servicos/produtos-quimicos/legislacao/anexos-da-portaria-1274-03

A lista dos produtos controlados pela Polícia Civil não estão disponíveis em um site específico da Polícia Civil. A SBIBAE tem um contrato com empresa especializada que atualizará, após comunicado no diário oficial, a instituição acerca de novos produtos e/ou alterações na lista de controlados.

Antídotos para Produtos Químicos da SBIBAE

O Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo é referência oficial quando da absorção, inalação ou ingestão de produtos químicos. Ele se destina a fornecer informações toxicológicas a médicos e à população em geral. O atendimento é gratuito e é feito pelo telefone 0800 0148110 (11) 3069 8571 e pelo fax (11) 3069 8800. Funciona 24 horas, todos os dias.

As medidas de primeiros socorros variam de acordo com o tipo de produto químico e concentração. As unidades devem possuir os antídotos para as classes de produtos químicos utilizadas na SBIBAE para uso em caso de ingestão destes produtos. Abaixo um modelo de lista para os antídotos de alguns produtos químicos. Cabe às Unidades de Pronto Atendimento a disponibilidade dos diversos antídotos que possuam potencial de utilização mediante intoxicação e/ou ingestão de produtos químicos utilizados na SBIBAE.

PRODUTOS	Antídoto
Hidróxido de Bário Octahidratado	Sulfato de sódio
Acetato de amônia	Solução de vinagre
Acetonitrile 50%	Ácido folínico
Ácido acético 5%	Ácidos são neutralizados com solução de leite de magnésia
Ácido acético monohidratado	Leite de magnésia
Ácido cítrico anidro	Leite de magnésia
Ácido cloridrico	Leite de magnésia
Ácido fênico	Leite de magnésia
Ácido fosfotungistico	Leite de magnésia
Ácido nítrico	Leite de magnésia
Ácido periódico	Leite de magnésia
Ácido Pícrico	Leite de magnésia
Ácido Sulfúrico	Leite de magnésia
Ácido Tartárico	Leite de magnésia

PRODUTOS	Antídoto
Ácido trifluoroacético	Leite de magnésia
Acril - Selador a base d'agua	Leite de magnésia
Azida de sódio	Carvão ativado
Azul de Metileno-Eosina Segundo May-Grünwald	Etanol
Cal soldada - Drägersorb 800 Plus	Administrar suco de limão
Care Strip Low Odor (removedor para pisos, alcalino cáustico corrosivo)	Não há antídoto específico / Administrar 1 a 2 copos grandes de água
Cianeto de Potássio	Tiossulfato de sódio
Cloreto de Amônio	Leite de magnésia
Cloreto de Sódio	Leite de magnésia
Clorexidina Degermante	Leite de magnésia
Fenol	Carvão ativado
Hipoclorito de Sódio 10%, 5%	Solução de vinagre
N-Acetil-L-Cisteína	Etanol
Sulfato de Amônio	Solução de vinagre
Suma Star	Leite de magnésia

Figura 25: relação de produtos químicos da SBIBAE e seus antídotos

(fonte: Saúde do Trabalho SBIBAE)

Controle de Materiais Perigosos e Resíduos Sólidos Perigosos

Os reagentes químicos devem ser utilizados e armazenados conforme indicação do fabricante. Seus frascos estão identificados com os símbolos internacionais dos riscos, desta forma, a atualização das fichas técnicas destes produtos se faz necessária, seguindo as diretrizes institucionais. O inventário e as FISPQs dos produtos perigosos estão disponíveis na Intranet (Sistema Einstein da Qualidade - Guia do Ambiente - Produtos e Materiais Perigosos - FISPQs - Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos) conforme descrito no item 6.5 deste procedimento. O seu manuseio dever ser realizado com as seguintes precauções:

- Nunca pipetar com a boca;
- Utilizar luva de procedimento; avental e óculos;
- Manter os frascos sempre vedados;
- Nunca cheirar as soluções para identificá-las;
- Após o manuseio lavar rigorosamente as mãos;
- Em caso de contato com a pele lavar imediatamente por pelo menos 5 minutos;

- Em caso de contato com a roupa, esta deve ser trocada imediatamente e a pele rigorosamente lavada;
- Comunicar todos os casos de contato com a pele para providências médicas e prevenções futuras.

Em caso de derramamento de produtos químicos, os bombeiros deverão ser imediatamente comunicados através do ramal de emergência da unidade. Neste momento eles avaliarão a situação e darão orientações se a contenção será feita através dos kits de derramamento disponíveis nas áreas ou se a área deverá ser isolada para aguardar a chegada dos mesmos.
Os Produtos Perigosos (PP) devem ser utilizados e armazenados conforme indicação do fabricante. O armazenamento dos PP é realizado em armários específicos para este fim e são classificados em: armários para Produtos inflamáveis, corrosivos, corrosivo/nocivo, tóxico /nocivo e armário para produtos oxidantes. Seus frascos estão identificados com os símbolos internacionais dos riscos, desta forma, a utilização das fichas técnicas destes produtos se faz necessária, seguindo as diretrizes institucionais.

As FISPQs estão disponíveis na Intranet conforme descrito neste procedimento. As FISPQs também estão afixadas externamente nos armários para fácil visualização dos usuários quanto à periculosidade, incompatibilidade e a lista dos produtos que se encontram no mesmo.
Internamente, todas as prateleiras estão identificadas também verificando a compatibilidade química e, portanto, após o uso do PP, deverá ser devolvido no mesmo local físico.
ImplementaR um *Check list* – Inspeção de PP com a finalidade de semanalmente ser realizada checagem dos itens como: validade, armazenamento correto (armário e prateleira), compatibilidade do produto, estado da embalagem, averiguar se os produtos abertos estão devidamente identificados com etiqueta (em uso) e a existência ou não das fichas FISPQs.
Vide link: Check list - Inspeção de Armários de Produtos Perigosos.xlsx
Quando houver em estoque mais do que um produto, deverá ser sinalizado com a etiqueta amarela "Em Uso" o PP que está sendo utilizado no momento evitando que ocorra abertura de vários frascos do mesmo PP ao mesmo tempo.

Especificações para Lava-Olhos e Chuveiros de Emergência

Lava olhos e chuveiros de emergência são equipamentos de proteção coletiva (EPCs) destinados a eliminar ou minimizar danos causados por incidentes com produtos químicos nos olhos, face ou qualquer outra parte do corpo. As especificações e requisitos desses EPCs estão indicados no procedimento Lava Olhos e Chuveiros de Emergência.

Nitrogênio Líquido e Gelo Seco

A manipulação de nitrogênio líquido deve ser realizada com o uso obrigatório de luvas de proteção adequadas para temperaturas ultrabaixas de até -196 °C e uso de óculos de proteção. A manipulação de gelo seco deve ser realizada com o uso obrigatório de luvas de proteção adequadas para temperaturas de até -30°C e uso de óculos de proteção, além do uso de pinças ou pás/conchas para facilitar a manipulação do produto.

O armazenamento de nitrogênio líquido e gelo seco deve ser realizado apenas em áreas bem ventiladas. Não utilizar e não armazenar em áreas confinadas, refrigeradores, câmaras frias ou salas sem ventilação. Vazamentos desses produtos podem causar uma atmosfera deficiente em oxigênio. Os locais onde há o armazenamento de nitrogênio líquido devem possuir sensores de oxigênio quando forem áreas mal ventiladas ou em áreas onde há uma quantidade significativa de nitrogênio líquido.

As FISPQs do nitrogênio líquido e do gelo seco devem estar impressas e em português nos locais de manipulação e armazenamento, além da sinalização adequada nessas áreas. Todos os colaboradores que realizam essas atividades devem ser treinados sobre a manipulação segura do nitrogênio líquido e do gelo seco.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

De acordo com os requisitos de cada área.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica

13. ANEXOS

Ficha_de_Avaliação_do_Produto_Químico.xlsx
lava_olhos.xlsx
Check_list_-_Inspeção_de_Armários_de_Produtos_Perigosos.xlsx

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução ANTT Nº 420, de 12 de fevereiro de 2004;
Decreto Nº 3.665, de 23 de dezembro de 2000;
Decreto Nº 4.262, de 10 de junho de 2002;
Lei Nº. 10.357, de 27 de dezembro de 2001;
Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977;
NR 6 equipamento de proteção individual;
NR 15 atividades e operações insalubres;
NR 20 líquidos combustíveis e inflamáveis;
NR 26 sinalização de segurança;
NR 32 segurança e saúde do colaborador em serviços de saúde;
NBR 14725 ficha de segurança do produto químico;
NBR 16725 Informações sobre segurança, saúde e meio ambiente - Ficha com dados de segurança de resíduos químicos (FDSR) e rotulagem;
NBR 14619:2014 Transporte terrestre de produtos perigosos - Incompatibilidade química;
NBR 7500 – Identificação para o Transporte Terrestre, Manuseio, Movimentação e Armazenamento de Produtos (2005);
NBR 7501 – Transporte Terrestre de Produtos Perigosos - Terminologia (2005);
NBR 7503 – Ficha de Emergência e Envelope para o Transporte Terrestre de Produtos Perigosos – Características, Dimensões e Preenchimento (2005);
NBR 9735 – Conjunto de Equipamentos para Emergências no Transporte Terrestre de Produtos Perigosos (2005);
NBR 10271 – Conjunto de Equipamentos para Emergências no Transporte Rodoviário de Ácido Fluorídrico (2005);
NBR 13221 – Transporte Terrestre de Resíduos (2005);
NBR 14064 – Atendimento a Emergência no Transporte Terrestre de Produtos Perigosos (2003);
NBR 14095 – Área de Estacionamento para Veículos Rodoviários de Transporte de Produtos Perigosos;
NBR 16725 – Resíduo químico - Informações sobre segurança, saúde e meio ambiente - Ficha com dados de segurança de resíduos químicos (FDSR);
Portaria MJ-1274, de 25 de agosto de 2003;
Resolução RDC Nº 222, de 28 de março de 2018;
Resolução Nº 420, de 12 de fevereiro de 2004;
Resolução Nº. 36/98 (CONTRAN), de 21 de maio de 1998;

Resolução Nº. 91/99 (CONTRAN), de 06 de maio de 1999;
Resolução Nº. 168/04 (CONTRAN), de 14 de dezembro de 2004;
RTQ-05 – Inspeção de Veículos Rodoviários para o Transporte de Produtos Perigosos;

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento Operacional Padrão de Coleta de Resíduos Químicos Perigosos;
Procedimento de Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes com ou sem Lesão;

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

#Histórico de Revisões#
09/2022 - Dante Alaimo
Inserção do normativo no template DM Docs
10/2021 - Bruna Fernandes Leonardi: revisão do procedimento
Inclusão do item 6.19 sobre Nitrogênio Líquido e Gelo Seco.
08/2021 - Bruna Fernandes Leonardi: revisão do procedimento
Alguns elementos de redação do texto foram modificados para maior clareza e encadeamento lógico do conteúdo. Retirados os códigos de identificação dos documentos citados no texto, os nomes foram mantidos nos Itens 6.10.1, 6.12.2 e 6.12.6. Foram retirados os códigos dos documentos relacionados no item 12
07/2021 - Bruna Fernandes Leonardi: revisão do procedimento
Inclusão do item 6.1.3 sobre a proibição do uso de produto químico vencido. Atualização do item 6.2.3 com os itens do novo modelo de Inventário de Produto Químico. Inclusão do item 6.9.2 sobre o armazenamento de produtos inflamáveis e combustíveis. Atualização do item 6.18 sobre os chuveiros de emergência e lava olhos.
07/2019 - Patrícia Chaves: revisão do procedimento
Incluída a identificação e tratativa/disponibilidade da Ficha Sumário de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Produto Químico, onde estará disponibilizada, seu conteúdo e objetivo. Onde havia o ramal de emergência 73000, substituído por "ramal de emergência da unidade". Alterado de Saúde Corporativa para Saúde do Trabalho e de Segurança do Trabalho para Segurança do Colaborador. Atualizado o item 6.10 sobre a gestão dos resíduos, direcionando para o procedimento operacional que faz a descrição completa (PR.ADM.934 - Procedimento Operacional Padrão de Coleta de Resíduos Químicos Perigosos na versão mais atualizada). Incluída a responsabilidade do departamento de Meio Ambiente e Sustentabilidade em relação

à CADRIs, PGRSS e FDSR. Atualizada a responsabilidade do departamento de Gestão de Resíduos em relação à CADRIs, PGRSS e FDSR.

10/2018 - Edison Daniel: revisão do procedimento

Corrigido o link do item 6.2.4 "\\arqsv0\DPAQS\SSMA\Produtos_Quimicos"; com a revogação da RDC 306, foi alterada a referência para a RDC 222/2018; alterado o item 6.5.5, RDC 306 para RDC 222/2018, ao qual consta a informação "a FISPQ não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos."

03/2018 - Patrícia Chaves: revisão do procedimento

Detalhes com relação aos produtos da pesquisa experimental; revisão do item referente ao armazenamento de resíduos, alterando o e-mail e rótulo de identificação; inclusão de documento de referência da coleta de resíduos químicos perigosos; melhor informar acerca dos locais de armazenamento dos produtos químicos; indicação de etiqueta de produtos químicos e melhorar a informação da obtenção dos símbolos de risco. Inclusão do anexo Modelo de Ficha de Rotulagem de Produtos Químicos.

02/2018 - Patrícia Chaves: revisão do procedimento

Incluída a referência da Resolução RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004; incluída o item 11.1.1 da RDC 305 "A FISPQ não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos."; incluída a definição de medicamentos; deixar claro que este procedimento não se aplica aos medicamentos e cosméticos; detalhar a ação em derramamentos e acionamento dos bombeiros SBIBAE para qualquer volume; incluir detalhe da tradução das FISPQs em outra língua; incluir parágrafo que indica o cumprimento do fluxo para cadastro de produtos de novos fornecedores. Incluído os Bombeiros da SBIBAE como parte da avaliação do produto químico no que diz respeito aos equipamentos de combate a emergências.

12/2017 - Daisy Okada: revisão do procedimento

Inserido o anexo "Lava olhos" - Ficha de controle de limpeza do lava olhos, no item 10, elaborado por Mariane Moran e validado por Adriana Cashera; corrigido o link (não permitia acesso) "Cópia de Ficha de Avaliação do Produto Químico.02.04.17.xls", também no item Anexos.

03/2017 – Patrícia Chaves e demais equipes envolvidas

Elaboração do procedimento.

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (PGR)

1. OBJETIVO

O PGR – Programa de Gerenciamento de Riscos tem por objetivo o reconhecimento dos riscos ocupacionais, a identificação dos perigos e possíveis lesões ou agravos à saúde, avaliação dos riscos ocupacionais, determinação do nível de risco, classificação dos riscos para adoção das medidas de prevenção, implementação das medidas de prevenção conforme ordem de prioridade e acompanhamento do controle dos riscos ocupacionais.

2. DEFINIÇÕES

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

EPC: Equipamento de Proteção Coletiva.

GHE: Grupo Homogêneo de Exposição.

IPR: Inventário de Perigos e Riscos – identificação dos riscos ocupacionais existentes no local de trabalho e que contempla as fases de reconhecimento, análise, classificação e medidas de proteção.

LIP: Laudo de Insalubridade e Periculosidade. NR: Normas Regulamentadoras relativas à segurança e medicina do trabalho, que são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas.

PCMSO: Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional. Perigo ou fator de risco ocupacional/ Perigo ou fonte de risco ocupacional: Fonte com o potencial de causar lesões ou agravos à saúde. Elemento que isoladamente ou em combinação com outros tem o potencial intrínseco de dar origem a lesões ou agravos à saúde.

PGR: Programa de Gerenciamento de Risco é um conjunto de procedimentos, técnicas de gestão, métodos de avaliação, registros e controles de monitoramento e avaliação de riscos que devem ser seguidos e adotados pela empresa com o objetivo de prevenção de acidentes de trabalho.

PPRA: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.

PT: Permissão de Trabalho. Risco ocupacional: Combinação da probabilidade de ocorrer lesão ou agravo à saúde causados por um evento perigoso, exposição a agente nocivo ou exigência da atividade de trabalho e da severidade dessa lesão ou agravo à saúde.

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

SESMT: Serviço Especializado em Segurança e Medicina Do Trabalho;

SOC: Software de Saúde e Segurança do Trabalho.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento aplica-se aos colaboradores, prestadores de serviço fixos (empresas terceiras) e empresas contratadas avulsas.

Este procedimento não é aplicável aos pacientes e acompanhantes. No caso dos vínculos empregatícios diferentes do CLT para com a SBIBAE, o PGR é de responsabilidade da empresa prestadora do serviço, seguindo os mesmos requisitos legais aplicáveis e outros associados às suas atividades. Esta observação também é válida para grupos de profissionais no modelo PJ ou ainda, Corpo Clínico Aberto. Apesar dos pontos acima, as ações preventivas têm o objetivo de alcançar a todos os profissionais que atuam em nome da SBIBAE em todas as suas unidades.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

A gestão do Programa de Gerenciamento de Risco é realizada dentro do software de Saúde e Segurança do Trabalho chamado SOC.

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Cada unidade e setor possui seu PGR em que são indicados os riscos ocupacionais que os colaboradores estão expostos durante suas atividades e o documento pode ser consultado na Segurança do Trabalho.

6. DESCRIÇÃO

A estratégia para elaboração, implementação e acompanhamento se dará da seguinte forma:

- ➢ Definição do modelo de PGR, incluindo neste o Inventário de Perigos e Riscos, bem como seus parâmetros para classificação dos riscos por impacto, levando em consideração inclusive, as medidas de proteção adotadas;
- ➢ Definição do modelo de PGR, incluindo neste o Inventário de Perigos e Riscos, bem como seus parâmetros para classificação dos riscos por impacto, levando em consideração inclusive, as medidas de proteção adotadas;
- ➢ Visita "in loco" para levantamento de informações gerais que irão subsidiar a elaboração do documento;
- ➢ Elaboração do PGR, incluindo o Inventários de Perigos e Riscos e Plano de Ação;
- ➢ Realização de reunião para apresentação do PGR ao Gestor da unidade, Técnico em Segurança responsável pelo acompanhamento da unidade, e quaisquer outros profissionais que se façam necessário para o bom funcionamento e aplicabilidade do PGR;
- ➢ Alinhamento dos prazos de execução e responsáveis pelo Plano de Ação;

- ➢ Acompanhamento da aplicação dos planos de ação, pelo Gestor e técnico responsável pela unidade;
- ➢ Retroalimentação do PGR frente aos acidentes ocorridos, informações relevantes apresentadas pela CIPA, alterações significativas do processo. Entende-se por alterações significativas, aquelas que podem gerar ou acentuar novos riscos no local de trabalho. OBS. em caso de caso de acidente grave, o qual possa gerar perda de membros, ou danos funcionais ao acidentado e alterações significativas do processo, o PGR deve ser revisto imediatamente;
- ➢ A avaliação de riscos deve constituir um processo contínuo e ser revista a cada dois anos.

Inventário de Perigos e Riscos:

O Inventário de perigos é elaborado com base nos processos e atividades avaliados durante a visita presencial à unidade, e sempre que necessário, para determinação de suas variáveis e pode se fazer necessário a consulta a outros documentos, como por exemplo o PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais ou o LTCAT – Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho, para obtenção de parâmetros de medição. O inventário de riscos deve ser mantido atualizado.

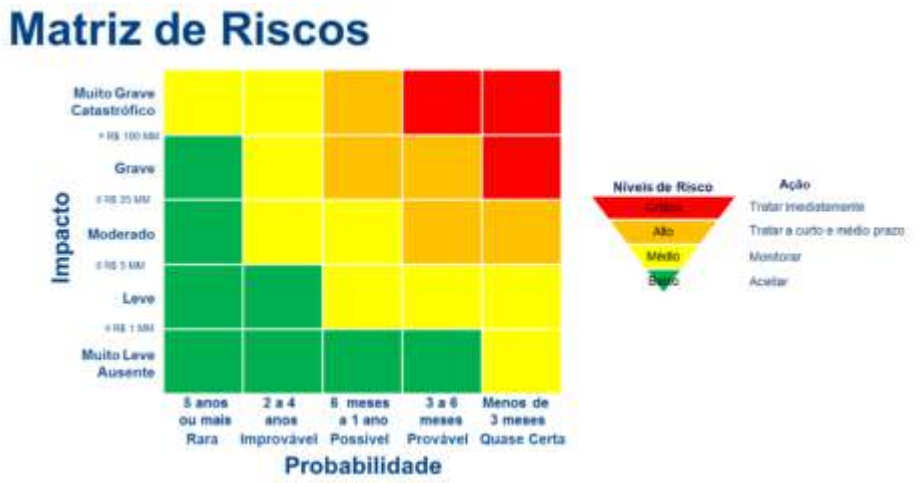
A classificação do impacto e probabilidade se dará considerando o risco avaliado e sua classificação frente às tabelas abaixo, sendo que o impacto expressa o quão grave o evento é, considerando seus impactos ao colaborador, à propriedade, à imagem e financeiramente. A régua de impacto pode ser observada na tabela a seguir:

RÉGUA DE IMPACTO		
PESO	**IMPACTO**	**NATUREZA DO IMPACTO**
5	MUITO GRAVE / CATASTRÓFICA	Lesões ou doenças ocupacionais que resultem em sequelas irreversíveis (como amputação de membro, perda auditiva, perda da capacidade funcional de um membro). Ou ainda, óbitos decorrentes por lesões ou doenças ocupacionais.
4	GRAVE	Lesões, doenças ocupacionais ou perturbações funcionais, classificadas como afastamento do trabalho acima de 15 dias para recuperação da capacidade laboral
3	MODERADO	Lesões, doenças ocupacionais ou perturbações funcionais, classificados como tratamento médico, com necessidade uma avaliação médica mais criteriosas porém que pode envolver um período de atividades compatíveis de até 15 dias para total recuperação da capacidade laboral. Ou ainda, necessidade de afastamento do trabalho por até 15 dias
2	LEVE	Lesões classificadas como primeiro atendimento e retorno imediato às suas atividades. Sem doenças ocupacionais envolvidas
1	MUITO LEVE / AUSENTE	Sem lesões ou doenças ocupacionais

A probabilidade é a razão que determina a recorrência do fato frente ao histórico passado, considerando sua ocorrência, recorrência e histórico. Para tal será utilizada a tabela abaixo:

RÉGUA DE PROBABILIDADE		
PESO	**PROBABILIDADE**	**DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA**
5	QUASE CERTA	Praticamente certa. De forma inequívoca, o evento ocorrerá nos próximos 3 meses, as circunstânicas indicam claramente essa possibilidade.
4	PROVÁVEL	De forma até esperada, o evento poderá ocorrer nos próximos 6 meses, pois as circunstância indicam fortemente essa possibilidade
3	POSSÍVEL	De alguma forma, o evento poderá ocorrer no próximo 1 ano, pois as circunstâncias indicam moderadamente essa possibilidade.
2	IMPROVÁVEL	Em situações excepcionais, o evento poderá até ocorrer nos próximos 2 anos, mas nada nas circunstâncias indica essa possibilidade
1	RARA	De forma inesperada ou casual, o evento poderá ocorrer nos próximos 5 anos, pois as circunstâncias pouco indicam essa possibilidade

A resultante da multiplicação entre o impacto e a probabilidade determinará a classificação do risco. Para tal será utilizada a matriz 5x5 abaixo. Essa matriz é a mesma utilizada pela área da Gestão de Risco da SBIBAE.



A matriz abaixo é a utilizada dentro do software SOC para a classificação dos riscos:

Os dados coletados devem ser registrados no software SOC para a elaboração do Inventário de Perigos e Riscos.

O método do Grupo Homogêneo de Exposição (GHE) é utilizado no SOC a fim de agrupar os colaboradores que possuem a mesma exposição no ambiente de trabalho. No GHE são indicados os riscos ocupacionais e os grupos expostos, conforme indicado a seguir:

Cada risco é caracterizado no SOC através do preenchimento dos seguintes campos:

- Identificação do perigo/fator de risco;
- Descrição dos processos e atividades executadas durante a exposição ao risco;
- Possíveis lesões ou agravos à saúde;
- Fontes ou circunstâncias;
- Prevenção e controle (EPC, Medidas Administrativas, EPIs);
- Avaliação do nível de risco utilizando a matriz 5x5

A imagem a seguir indica um exemplo de preenchimento das informações no SOC:

Após a realização da fase de levantamento de riscos, será elaborado o plano de ação, com foco no atendimento das necessidades, considerando a classificação do risco, custo e esforço necessário para eliminação/mitigação do risco.

O Plano de Ação também elaborado dentro do SOC. A imagem a senhor indica um exemplo de preenchimento:

7. RESPONSABILIDADES

- Cabe à Alta Direção:
    - Aprovar o Programa de Gerenciamento de Riscos;
    - Implantar Políticas de Saúde e Segurança que irão nortear a aplicabilidade deste programa;
    - Subsidiar os meios necessários para o levantamento de riscos ambientais, levantamento dos dados e elaboração do PGR;
    - Custear financeiramente os valores necessários para aplicação do plano de ação, com foco na redução dos riscos.

- Cabe aos Líderes de Áreas e Unidades:
    - Zelar pela aplicação do PGR;
    - Disseminar e apoiar e disseminação das informações contidas neste programa;
    - Garantir a atualização de informações contidas neste documento;
    - Sempre que necessário apresentar à alta direção o plano de ação, bem como suas aprovações de financiamento necessários para aplicação deste;
    - Cumprir os requisitos estabelecidos no plano de ação.

- Cabe aos Responsáveis pela elaboração do PGR:

- Elaborar o documento técnico, de acordo com os padrões mínimos aceitáveis e estabelecidos pelos órgãos fiscalizadores;
- Realizar visitas técnicas com o objetivo de levantar dados necessários para a elaboração do PGR;
- Desenvolver metodologia técnica necessária para estabelecimento de graduação de riscos e estabelecimento de prioridades do plano de ação;
- Alinhar o PGR aos demais programas e práticas no que tange a Saúde, Segurança e Meio Ambiente, já aplicáveis na instituição.

- Cabe aos Responsáveis pela elaboração do Programas de Saúde complementares (PCMSO, PCA, LIP, LTCAT, entre outros):
  - Responsabilizar-se tecnicamente pelos programas elaborados;
  - Aplicar ferramentas aprovadas e validadas de acordo com cada programa;
  - Garantir a atualização técnica destes, independentemente dos prazos do PGR.

- Cabe à CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes:
  - Tomar conhecimento do PGR, bem como de seu âmbito de avalição;
  - Sempre que observado, informar por meio de relatórios técnicos, novos riscos que possam existir para inclusão no PGR, em suas revisões futuras;
  - Em conjunto com o SESMT divulgar aos demais colaboradores os riscos existentes na unidade.

- Cabe ao SESMT:
  - Divulgar aos colaboradores envolvidos, os riscos existentes nos respectivos locais de trabalho;
  - Manter o PGR atualizado e retroalimentado com os dados estatísticos de controle;
  - Acompanhar em conjunto com o gestor da unidade/área a aplicação do plano de ação, bem como medir o desempenho de segurança e saúde por meio dos diversos indicadores.

- Cabe aos Empregados:
  - Participar da elaboração do programa, fornecendo informações referentes às suas atividades e auxiliando no processo de reconhecimento e avaliação dos riscos das atividades;
  - Zelar pela própria segurança e pela segurança dos demais colaboradores;

- Aplicar as medidas de prevenção advindas do PGR e de outros programas de segurança e saúde, com o objetivo de prevenir os acidentes e doenças ocupacionais

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Alterações de processo: todas as alterações de processo que possam gerar novos riscos ambientais ou aumento da gravidade devem ser comunicadas ao SESMT, por meio do Técnico / Engenheiro de referência da unidade para análise da necessidade de revisão do procedimento / processo. O Procedimento de Gestão de SSMA em Mudanças também poderá ser consultado.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Conforme necessário, para inserção de novos colaboradores envolvidos no processo de coleta e levantamento de dados.

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Conforme necessário, para inserção de novos colaboradores envolvidos no processo de coleta e levantamento de dados.

11. REGISTROS DA QUALIDADE

O PGR deve ser revisto a cada dois anos ou quando da ocorrência das seguintes situações:

- Após implementação das medidas de prevenção, para avaliação de riscos residuais;
- Após inovações e modificações nas tecnologias, ambientes, processos, condições, procedimentos e organização do trabalho que impliquem em novos riscos ou modifiquem os riscos existentes;
- Quando identificadas inadequações, insuficiências ou ineficácias das medidas de prevenção;
- Onde aplicável, como parte do processo de investigação, na ocorrência de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho; • Quando houver mudança nos requisitos legais aplicáveis.

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Classificação de risco (por perigo): Resultante da multiplicação entre impacto x probabilidade
Classificação de risco da unidade: Somatória de todas as resultantes (impacto x probabilidade)

Evolução da classificação de risco das áreas Índice de redução de risco (por perigo): Resultante da multiplicação entre impacto x probabilidade - Resultante da multiplicação entre impacto x probabilidade (após aplicação das medidas de proteção) % dos Planos de Ação concluídos, pendentes e em andamento

13. ANEXOS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei 6.514 de 22/12/1977 aprovada pela Portaria 3.214 de 08/06/1978, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho.
NR 01 – Disposições gerais e gerenciamento de riscos ocupacionais – na sua versão mais atual
NR 06 – Equipamento de Proteção Individual – EPI – na sua versão mais atual
NR 07 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO– na sua versão mais atual
NR 09 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – na sua versão mais atual
NR 15 – Atividades e Operações Insalubres – na sua versão mais atual
NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde – na sua versão mais atual.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Comunicação, registro e investigação de incidentes com e sem lesão
Segurança e Saúde do Colaborador e Meio Ambiente na Gestão de Mudanças
Procedimento de Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente para Prestadores de Serviços
Manual do Sistema Einstein de Segurança e Saúde do Colaborador – SESSCO
Política de Gestão de Riscos Corporativos
Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 07/06/2023 - 15:52 Junho/23: Atualização da Matriz 5x5 para a classificação do nível de risco; Atualização das réguas de impacto e de probabilidade; Inclusão da informação de que a elaboração e gestão do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) são realizadas através do SOC;
Inclusão de algumas telas do SOC e inserção no template dmDocs.

Data	Evento de assinatura	Usuário
14/04/2021 00:00:00	Criado por	DM User
07/06/2023 15:52:12	Atualizado por	Daisy Mitiko Suzuki Okada
16/06/2023 14:07:30	Aprovado por	Edison Daniel Junior

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

PROCEDIMENTO SISTEMA EINSTEIN DE SEGURANÇA E SAÚDE DO COLABORADOR

1. OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes, papéis e responsabilidades para a estruturação e manutenção do Sistema Einstein de Segurança e Saúde do Colaborador (SESSCO) – Segurança do Trabalho, que através de um conjunto de ações e práticas estabelecidas contribuirão para o reconhecimento Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) como uma instituição de alta confiabilidade, rumo ao dano zero, com locais de trabalho seguros e saudáveis para colaboradores, pacientes e ambiente.

2. DEFINIÇÕES

Atestado de Saúde Ocupacional (ASO): documento entregue ao colaborador após uma consulta ocupacional, realizada pelo médico do trabalho, conforme NR-7;

Código Internacional de Doenças (CID): refere-se ao instrumento de base epidemiológica que organiza informações sobre doenças, sinais, sintomas, achados anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas;

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA): tem por objetivo prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho; Comitê Estratégico Mensal de Segurança e Saúde: sob a condução do CEO da SBIBAE e participação da equipe de Segurança e Saúde do Colaborador, diretores e demais convidados é feita uma análise crítica dos resultados, reativos e preventivos, andamentos dos projetos, tomadas de decisões, entre outros;

Equipamento de proteção coletiva (EPC): é o equipamento que protege os colaboradores em sua coletividade, durante uma atividade que possa gerar riscos, ou que tenha o intuito de promover a prevenção de incidentes, como por exemplo um corrimão, sinalizações, equipamentos de prevenção e combate à incêndio;

Equipamento de proteção individual (EPI): é o equipamento fornecido gratuitamente ao colaborador, e que tem o objetivo de protegê-lo dos riscos ocupacionais ao qual ele possa estar exposto durante suas atividades laborais;

Comitê de SSMA e Energia para Líderes: sob a condução de líderes da Segurança e Saúde do Colaborador, onde toda a liderança da SBIBAE é convidada para reconhecer o desempenho de SSMA e Energia (processo conduzido pela Diretoria da DPEI) da SBIBAE, status de projetos estratégicos de Segurança e Saúde, atualizações do Plano Diretor de Sustentabilidade, compartilhamento de boas práticas das áreas e unidades, reconhecimento das áreas com maior período de tempo sem incidentes típicos com lesão e é encerrado com responsabilidades da liderança;

Exame ocupacional: é o exame realizado pelo médico do trabalho, conforme determina a NR7;

Incidente: é a ocorrência decorrente, ou no decorrer, do trabalho que poderia resultar, ou resulta, em lesão;

Laudo Técnico das Condições de Trabalho (LTCAT): é um documento com fins previdenciários, o qual mantém o processo de avaliação dos riscos laborais e caracteriza estes frente ao direito ou não de aposentadoria especial;

Lesão: é o efeito adverso sobre a condição física, mental ou cognitiva de uma pessoa;

Licença para cuidar: é a ferramenta que vem para reforçar a autorização por parte de todos os profissionais da SBIBAE para interrupção de atividades com riscos não controlados que estejam em execução no momento;

Observação e Abordagem Comportamental (OAC): é uma ferramenta implantada em 2016 na SBIBAE que tem o objetivo de capacitar a liderança (e referências técnicas), com base no método COACH, a dialogarem com suas equipes sobre riscos e seus controles, e conscientizá-los sobre seus comportamentos;

Programa de Conservação Auditiva (PCA): é voltado ao atendimento dos trabalhadores expostos a níveis de ruído que legalmente precisam de ações de prevenção de perdas auditivas;

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO): é uma ferramenta para a preservação da saúde dos colaboradores de uma empresa. Este documento direciona os exames ocupacionais de acordo com os riscos aos quais o colaborador está exposto;

Programa de Gerenciamento de Risco (PGR): é um conjunto de procedimentos, técnicas de gestão, métodos de avaliação, registros e controles de monitoramento e avaliação de riscos que devem ser seguidos e adotados pela empresa com o objetivo de prevenção de acidentes de trabalho;

Protocolo FoCo (Foco na Consciência): é um direcionar de comportamento seguro adotado pela SBIBAE e que tem como objetivo ampliação da consciência situacional e da cultura de cuidado. Ele inclui as atividades: tomada da consciência, licença para cuidar e OAC;

Regras de Ouro da Segurança do Colaborador e Paciente: as 5 regras de ouro representam o comportamento mínimo esperado por todos que atuam na SBIBAE, são elas: Segurança, Consciência, Atenção, Mobilidade e Comunicação;

Sistema Einstein de Segurança e Saúde do Colaborador (SESSCO): é um sistema de gestão de segurança e saúde do colaborador com base nas diretrizes institucionais, melhores práticas do mercado, normas certificáveis como a ISO 45.001 e similares, além de referências legais aplicáveis e diretrizes do Plano Diretor de Sustentabilidade da SBIBAE;

SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein;

SSMA: Segurança, Saúde e Meio Ambiente;

SST: Segurança e Saúde do Trabalho

Taxa de adesão a imunização obrigatória: é o número de colaboradores devidamente imunizados nas vacinas obrigatórias (Dupla adulto, hepatite, tríplice viral, influenza e COVID 19) em comparação com o total de colaboradores;

Taxa de adesão ao exame médico periódico: é o número de colaboradores que realizam o exame médico periódico, quando da sua convocação, em comparação com o total de colaboradores da área no período;

Taxa de afastados previdenciários totais: é o número de colaboradores com o contrato suspenso por incidente do trabalho e/ou doença (relacionados ou não ao trabalho);

Taxa de gravidade de incidentes de trajeto com afastamento: é o número de dias perdidos em incidentes de trajeto com afastamento, a cada 1.000.0000 de horas trabalhadas;

Taxa de gravidade de incidentes típicos com afastamento: é o número de dias perdidos em incidentes típicos com afastamento a, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas;

Taxa de incidente típicos com afastamento: é o número de colaboradores afastados do trabalho por decorrência de incidentes durante a execução das suas atividades, a partir de 1 dia perdido, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas;

Taxa de incidentes com risco biológico: é o número de colaboradores envolvidos em incidentes com risco biológicos, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas;

Taxa de incidentes de trajeto com afastamento: é o número de colaboradores afastados do trabalho em decorrência de incidentes durante o seu trajeto (residência - trabalho - residência), a partir de 1 dia perdido, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas;

Taxa de OAC: é o número de OAC realizadas, mensalmente, por observador devidamente treinado na metodologia.

3. INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

Este procedimento aplica-se aos colaboradores, prestadores de serviço fixos (empresas terceiras) e empresas contratadas avulsas, residentes, estudantes, estagiários e voluntários.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Não se aplica

5. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Não se aplica

6. DESCRIÇÃO

Processo da Área de Segurança do Colaborador

Com base no descrito no item Objetivo deste documento, a figura abaixo representa os processos que fazem parte do escopo básico da área de Segurança do Colaborador e que cumprem com estes objetivos. Vide figura abaixo:

Partindo desta mandala e com o propósito de integrar estes processos à estrutura organizacional e ao seu planejamento estratégico, o SESSCO foi criado.

Identidade do SESSCO

O SESSCO é composto por 3 direcionadores: Gestão e Processos, Condições Físicas e Cultura e Comportamento que, atuando em conjunto, têm o objetivo de levar a Organização para o Dano Zero, sustentabilidade dos processos e resultados, culminando em uma Organização de Alta Confiabilidade.

Um Organização de Alta Confiabilidade é aquela onde a ocorrência de eventos é muito baixa e, quando ocorrem, são de baixa gravidade.

O SESSCO tem como base inicial o atendimento a todos os requisitos legais vigentes aplicáveis às operações da SBIBAE.

Para representar o SESSCO, a figura abaixo foi construída:

Para que o objetivo final de tornar a SBIBAE em uma Organização de Alta Confiabilidade, os direcionadores do SESSCO representam uma grande estrutura de Gestão de Riscos Ocupacionais que envolve, entre outros cenários: gestão de mudanças; produtos químicos e materiais perigosos com riscos químicos associados; trabalho em altura; serviço a quente; atividades em espaços confinados; movimentação de materiais; uso de ferramentas manuais; serviços com eletricidade; equipamentos móveis; riscos físicos como ruído, baixas temperaturas, radiações ionizantes; quedas de mesmo nível; transtornos osteomusculares; transtornos mentais; trajeto; saúde e segurança fora do trabalho.

Direcionador Gestão e Processos

Este direcionador comporta todos os processos administrativos que dão suporte à execução das atividades. Estes processos estão representados na figura abaixo:

Para cada componente deste drive há uma série de processos e ações conforme descritos abaixo:

Compromisso da Liderança

- Segurança e Saúde do Colaborador no Planejamento Estratégico da Organização com o primeiro objetivo listado como "Buscar a melhoria contínua do desempenho das atividades, eliminando eventos adversos a pacientes, colaboradores e terceiros e eliminando progressivamente o impacto sobre o meio ambiente";
- Definição e liberação de orçamento anual para as diversas demandas anuais;
- Manutenção e desenvolvimento do Time de Segurança e Saúde do Colaborador da SBIBAE, com o devido registro no Ministério do Trabalho (http://sesmt.mte.gov.br/) por um profissional que se responsabiliza por manter as informações atualizadas dos profissionais que fazem parte do time de Segurança e Saúde do Colaborador em atendimento à NR 4 (médicos do trabalho, enfermeiros do trabalho, técnicos de enfermagem do trabalho, engenheiros de segurança do trabalho, técnicos de segurança do trabalho) em quantidade (dimensionamento) que atende aos requisitos e critérios desta mesma norma regulamentadora;
- Estabelecimento de um Comitê Estratégico Mensal de Segurança e Saúde sob a condução pelo CEO da SBIBAE e participação da equipe de Segurança e Saúde do Colaborador, diretores e demais convidados. Neste Comitê Estratégico Mensal de Segurança e Saúde é feita uma análise crítica dos resultados, reativos e preventivos, andamentos dos projetos, tomadas de decisões, entre outros;
- Estabelecimento de um Comitê de SSMA e Energia para Líderes, sob a condução de líderes da Segurança e Saúde do Colaborador, onde toda a liderança da SBIBAE é convidada para reconhecer o desempenho de SSMA e Energia (processo conduzido pela Diretoria da DPEI) da SBIBAE, status de projetos estratégicos de Segurança e Saúde, atualizações do Plano Diretor de Sustentabilidade, compartilhamento de boas práticas das áreas e unidades, reconhecimento das áreas com maior período de tempo sem incidentes típicos com lesão e é encerrado com as responsabilidades da liderança;
- Líderes no processo de investigação de incidentes e doenças das suas áreas de referência;
- Definição de limites (metas) para os principais indicadores reativos de segurança do colaborador:
  - ➢ ➢ Taxa de frequência de incidentes típicos com afastamento
  - ➢ ➢ Taxa de gravidade de incidentes típicos com afastamento
  - ➢ ➢ Taxa de frequência de incidentes com risco biológico
  - ➢ ➢ Taxa de frequência de incidentes de trajeto com afastamento
  - ➢ ➢ Taxa de gravidade de incidentes de trajeto com afastamento

- • Definição de metas mínimas para os principais indicadores preventivos de segurança do colaborador.
- • A taxas de frequência e gravidade são determinadas pela NBR 14280 e instituiu a gravidade como sendo o tempo computado por milhão de horas trabalhadas por cada homem exposto ao risco em certo período.
- • Taxa de OACs (Observações e Abordagens Comportamentais)
- • As fórmulas de cálculo dos indicadores acima estão descritas abaixo.
- • Taxa de OACs (Observações e Abordagens Comportamentais)
- • As fórmulas de cálculo dos indicadores acima estão descritas abaixo.

Além destes, outros indicadores são acompanhados pelas áreas de Segurança do Trabalho como parte dos diversos projetos como detalhamento dos CIDs dos afastamentos, detalhamentos dos tipos de incidentes de trajeto, detalhamento do momento dos incidentes com risco biológico, entre outros.

Todas as metas estabelecidas visam a redução e eliminação dos riscos associados às doenças e incidentes, bem como, melhoria contínua do sistema de maneira sustentada. Anualmente são revistas e redefinidas, com base nos resultados do ano anterior, requisitos legais revistos ou novos, bem como, atualizações dos programas/processos/projetos e diretrizes do planejamento estratégico.

Taxa de Incidentes Típicos com Afastamento	
Descrição	Número de colaboradores afastados do trabalho por decorrência de incidentes durante a execução das suas atividades, a partir de 1 dia perdido, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas. Não são considerados alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de incidentes com afastamento no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Homens horas trabalhadas no período (fornecido pelo RH)
Fórmula	Taxa de Incidentes Típicos com Afastamento = (Número de incidentes com afastamento no período / Homens horas trabalhadas no período) * 1.000.000

Taxa de Gravidade de Incidentes Típicos com Afastamento	
Descrição	Número de perdidos em incidentes típicos com afastamento, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas. Não são considerados casos envolvendo alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de dias perdidos em incidentes típicos com afastamento no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Homens horas trabalhadas no período (fornecido pelo RH)
Fórmula	Taxa de Gravidade de Incidentes Típicos com Afastamento = (Número de dias perdidos em incidentes típicos com afastamento no período/ Homens horas trabalhadas no período) * 1.000.000

Taxa de Incidentes de Trajeto com Afastamento	
Descrição	Número de colaboradores afastados do trabalho por decorrência de incidentes durante o seu trajeto (residência – trabalho – residência), a partir de 1 dia perdido, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas. Não são considerados alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de incidentes de trajeto com afastamento no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Homens horas trabalhadas no período (fornecido pelo RH)
Fórmula	Taxa de Incidentes de Trajeto com Afastamento = (Número de incidentes de trajeto com afastamento no período / Homens horas trabalhadas no período) * 1.000.000

Taxa de Gravidade de Incidentes de Trajeto com Afastamento	
Descrição	Número de perdidos em incidentes de trajeto com afastamento, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas. Não são considerados casos envolvendo alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de dias perdidos em incidentes de trajeto com afastamento no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Homens horas trabalhadas no período (fornecido pelo RH)
Fórmula	Taxa de Gravidade de Incidentes de Trajeto com Afastamento = (Número de dias perdidos em incidentes de trajeto com afastamento no período/ Homens horas trabalhadas no período) * 1.000.000

Taxa de Incidentes com Risco Biológico	
Descrição	Número de colaboradores envolvidos em incidentes com risco biológico, a cada 1.000.000 de horas trabalhadas. Não são considerados alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de incidentes com risco biológico no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Homens horas trabalhadas no período (fornecido pelo RH)
Fórmula	Taxa de Incidentes com Risco Biológico = (Número de incidentes com risco biológico no período / Homens horas trabalhadas no período) * 1.000.000

Taxa de OACs (Observação e Abordagem Comportamental)	
Descrição	Número de OACs realizadas, mensalmente, por observador devidamente treinamento na metodologia. Não são considerados alunos, estagiários, aprendizes, residentes, corpo clínico aberto, voluntários, aprimorandos e prestadores de serviços
Numerador	Número de OACs realizadas no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Denominador	Número de Observadores no período (fornecido pela Segurança do Colaborador)
Fórmula	Taxa Mensal de OACs = (Número de OACs realizadas no período / Número de Observadores no período). A taxa acumulada será a média das taxas mensais dos meses do período

Políticas, Procedimentos e Regras

Criação, implantação e manutenção das 5 Regras de Ouro da Segurança do Colaborador e do Paciente. Estas regras representam o comportamento mínimo esperado por todos que atuam em nome da SBIBAE.

As Regras de Ouro foram criadas em 2015 e atualizadas em 2018. São elas: Segurança, Consciência, Atenção, Mobilidade e Comunicação e se resumem no descritivo abaixo:

Regra 1 – SEGURANÇA

Execute sua atividade sempre com segurança.

- Antes de iniciar uma atividade, verifique se você está devidamente capacitado/treinado e se conhece adequadamente todos os procedimentos a serem seguidos e que você irá executar.
- O ambiente de trabalho é muito importante para o sucesso da sua atividade. Portanto, olhe ao seu redor e verifique se há condições seguras para que a sua atividade seja executada.
- Tenha certeza de que você tem os materiais e os recursos adequados para executar a sua tarefa.
- Não arrisque a sua vida e a vida do paciente. Peça ajuda sempre que necessário.
- Caso ocorra uma mudança durante a execução da tarefa, pare e reavalie o risco para que novas medidas preventivas possam ser determinadas e seguidas.

Regra 2 – CONSCIÊNCIA

Tenha sempre a consciência dos riscos e analise cuidadosamente todas as situações. Seja um "vigilante da segurança".

Nunca ignore uma situação ou comportamento inseguro – Todos têm autoridade e dever para interromper ou corrigir atividades e comportamentos inseguros.

Situações inseguras podem ser: obstrução da passagem de pessoas e pacientes; armazenamento de materiais de forma insegura ou em locais inadequados; profissionais não familiarizados com a tarefa; informações incompletas sobre o paciente e falhas de comunicação; descartes incorretos de materiais.

Se você identificar qualquer situação insegura, procure ajuda para resolver. Acione o gerenciamento de conflitos ou a referência de segurança da sua área. Isso também é responsabilidade sua.

Comportamentos inseguros podem ser: não seguir as normas e procedimentos; correr ou caminhar sem atenção; não descartar materiais nos locais adequados; não utilizar os EPIs adequadamente; não movimentar pacientes da forma adequada; não trocar a caixa de perfurocortante quando necessário; não realizar a higienização das mãos; não identificar e/ou não conferir a identificação do paciente; avaliar inadequadamente os pacientes; comportamentos disruptivos (comportamentos que quebrem as regras de civilidade), entre outros. Se você identificar um comportamento inseguro, procure reorientar o profissional e, se necessário, busque ajuda para resolver. Acione o gerenciamento de conflitos ou a referência de segurança do colaborador ou paciente da sua área.

Você pode e deve interromper qualquer atividade que gere riscos aos colaboradores, aos pacientes ou ao ambiente. Você é um "vigilante da segurança". Sua iniciativa faz toda a diferença.

Regra 3 – ADESÃO

Mantenha-se atualizado e siga sempre os regulamentos, sinalizações, boas práticas, protocolos e procedimentos determinado pela Instituição.

Atender a esta regra ADESÃO significa melhorar a segurança e os desfechos, pois reduz danos, complicações e desperdícios.

Ao realizar uma tarefa, concentre-se em seguir os protocolos e em usar os recursos disponíveis de forma correta.

Regra 4 – MOBILIDADE

Preste atenção ao caminhar. Dentro ou fora da Instituição. Não corra. Use o corrimão ao descer e subir escadas. Ao caminhar, dirigir ou prestar assistência ao paciente, não use o celular.

Evite distrações durante suas atividades.

O uso do corrimão ao subir e descer escadas é obrigatório.

Não é permitido o uso do celular (falando ou digitando) ao mesmo tempo em que se caminha, dirige ou realiza procedimentos. Se houver necessidade de usar o telefone, pare em local seguro e somente após desligar, continue o seu caminho ou atividade.

Ao caminhar ou transportar pacientes, equipamentos, carrinhos e materiais, tenha certeza de seu caminho está seguro, que há espaço suficiente para você passar e que a segurança do pedestre será garantida.

Observe muito bem o seu caminho para certificar-se de que está seguro, atentando-se às diferenças de níveis, irregularidades no piso, riscos de escorregões, entre outros.

Ao identificar que um paciente possui restrição em sua mobilidade, ofereça ajuda e suporte. Verifique também se será necessária ajuda de outros profissionais.

Se identificar, no ambiente de circulação de pessoas, algo que ofereça risco de queda, sinalize e notifique a área responsável.

Ao utilizar o transporte público e/ou fretados: somente acesse ou saia dos veículos quando os mesmos estiverem parados; certifique-se de que está seguro ao caminhar no interior dos veículos (use as barras de segurança); atente-se à diferença de nível entre o veículo e o ponto de embarque e desembarque.

Uso sempre o cinto de segurança.

Mesmo com pressa, ande! Não corra!

Observe atentamente o calçamento das vias públicas (buracos, desníveis, lixos e dejetos).

Sempre utilize a faixa de pedestre ao atravessar as ruas ou circular pelos estacionamentos.

Regra 5 – COMUNICAÇÃO

A comunicação deve ser clara e objetiva.

As falhas de comunicação são causas frequentes de incidentes. Por isso, tenha certeza de que sua mensagem foi compreendida.

Qualquer tipo de incidente deve ser imediatamente comunicado para que possa ser tratado.

Ouça atentamente seus colegas, suas equipes, seus pacientes e familiares.

Realize as passagens de plantão e assegure-se de que todas as informações importantes foram dadas e entendidas.

Evite ruídos e dispersões durante a comunicação.

Ouça e considere o que está sendo dito. Caso não entenda a mensagem, questione. Repita a mensagem recebida – isso facilita a compreensão de quem ouve e a confirmação de quem fala.

Todo e qualquer incidente com colaborador, paciente ou ambiente deve ser imediatamente compartilhado com a liderança, notificado, independentemente de sua gravidade ou consequência, para que possa ser tratado.

A maneira de comunicar e manter as regras gira em torno da entrega de cartilhas com os conteúdos e perguntas para que o profissional pergunte a si mesmo até onde a sua rotina está em linha com os conteúdos e expectativas da SBIBAE. Além disso, os profissionais recebem um crachá com o resumo das regras para ter sempre à mão. Os conteúdos são disponibilizados na Intranet. Os materiais de comunicação interna em Segurança e Saúde contemplam os logos das regras específicas ou o logo geral das 5 Regras de Ouro. As ações diversas em Segurança e Saúde são associadas à uma ou mais regras.

A elaboração de regras em conjunto com a Segurança do Paciente visa ter um entendimento de que a segurança e saúde do profissional impacta na segurança do paciente e que, por isso, quanto mais seguro e saudável estiver o profissional, melhor será a assistência aos pacientes.

Criação, revisão, implantação e manutenção dos principais Procedimentos de Gestão de Riscos, entre eles, com detalhamentos para alguns documentos

- Análise Preliminar de Riscos
- Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes com e sem Lesão
- Controle de Energia Perigosa – LOTO
- EPI - Equipamento de Proteção Individual e EPC - Equipamento de Proteção Coletiva
- Gestão da Ergonomia
- Gestão de Produtos Químicos – descreve diretrizes para manuseio, o armazenamento, o uso adequado e seguro destes materiais, assim como o modo correto de descarte de resíduos perigosos ou não com segurança;
- Inspeções de SSMA
- Movimentação Segura de Paciente
- Permissões de Trabalho (PT)
- Política de Biossegurança
- Procedimento de Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente para Prestadores de Serviços
- Reconhecimento das Áreas em Performance de Segurança do Colaborador
- Segurança e Saúde do Colaborador e Meio Ambiente na Gestão de Mudanças – define como os riscos devem são identificados e avaliados durante as atividades de construção, reforma, demolição e outras atividades, onde aplicável;
- Trabalho a Quente
- Trabalho em altura
- Trabalho em Serviço com Eletricidade
- Trabalho em Espaços Confinados
- Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e Dispositivos Complementares na Assistência
- Programa de Gerenciamento de Riscos – define como identificar e documentas a avaliação de riscos com base na Norma Regulamentadora 1, indicando como realizar a priorização dos riscos, estabelecimento de metas e implementação das melhorias para reduzir e eliminar riscos identificados.

Definição de temas para projetos anuais, com base na análise crítica dos incidentes, nas estratégicas da SBIBAE, nos resultados alcançados, requisitos legais e outras demandas. O time da Segurança do Colaborador é dividido por temas. Cada grupo de trabalho possui um líder, que, com base em uma estrutura básica de projeto (objetivo, investimento necessário,

indicadores de desempenho e plano de ação), atua no tema específico com ações para todas as unidades.

Estabelecimento de rondas e intervenções nas áreas, nos diversos temas de Segurança do Colaborador (como prevenção de quedas de mesmo nível, descarte correto do perfurocortante, segurança das mãos, uso correto dos EPIs, higienização das mãos, manutenção do distanciamento onde necessário, posições seguras, movimentação segura de materiais, entre outros), estimulando o comportamento seguro, a identificação e eliminação de condições inseguras, entre outros. Estas atividades são informais, executadas pelos times de Segurança do Colaborador, mas também, com participação, em diversos momentos, de integrantes das CIPAs (Comissões Internas de Prevenção de Acidentes), entre outros.

Também fazendo parte do bloco Políticas, Procedimentos e Regras, estão o suporte técnico na definição da sinalização de segurança, onde aplicável, nos diversos locais das unidades da SBIBAE.

A rotina de participação em frentes específicas como Mesas de Crise (COVID 19, por exemplo) e Grandes Projetos (novas aquisições de unidades, por exemplo), garantem a inclusão de requisitos de segurança, onde aplicáveis.

Criação e manutenção de Encontros Estratégicos como Encontro de Cipeiros (para estimular a participação de novos cipeiros e compartilhar boas práticas), Encontro de Multiplicadores da Consciência Segurança (para discutir sobre o avanço nas iniciativas em prol do comportamento seguro, mostrar resultados e boas práticas), Grupos de Estudos Técnicos, entre outros, fazem parte deste bloco.

Comitês, liderados pelos times de Segurança do Colaborador, para temas específicos também fazem parte deste bloco. São eles: Comitê de Ergonomia, Comitê do Programa de Radioproteção, Comitê de Segurança com Perfurocortantes e Contato Biológico.

Planos e Programas exigidos por lei ou por rotinas internas estão incluídos neste bloco como, por exemplo: Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), PPR (Programa de Proteção Respiratória), PCA (Programa de Conservação Auditiva), LTCAT (Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho), Laudos de Insalubridade, Laudos de Periculosidade, PPRA_MAPE (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais com Materiais Perfurocortantes).

Este bloco também considera a rotina de participação de integrantes dos times de Segurança do Colaborador em comitês locais de segurança, liderados pelas áreas ou unidades, com o objetivo de atualizar informações e discussões diversas de melhorias.

<u>Treinamento e Comunicação que comporta, entre outras ações</u>

A SBIBAE possui um processo robusto de treinamento e capacitação dos seus profissionais para que as atividades sejam realizadas da maneira mais adequada e segura. As áreas do Ensino e de Recursos Humanos detém esta etapa. Porém, dentro do bloco Treinamento de Comunicação como parte do Direcionador Gestão e Processos do SESSCO, há uma série de iniciativas e ações de responsabilidade direta do time de Segurança do Colaborador, com foco na sensibilização, percepção e eliminação dos riscos de doenças e incidentes, atendimento a requisitos legais, entre outros, e que estão listados abaixo:

➢Integrações de SSMA (Segurança, Saúde e Meio Ambiente) para novos colaboradores e prestadores de serviços, com conteúdo atualizado periodicamente, retratando os principais tópicos a serem discutidos e que os profissionais devem estar atentos para o início das suas atividades. A integração institucional (colaboradores) é no formato on line e é organizada pelas áreas do Ensino de RH, com conteúdo validado pelas áreas. Periodicamente os times de SSMA são solicitadas a atualizar os materiais, deixando-os cada vez mais focados, interativos e de fácil absorção e entendimento. A integração de prestadores de serviços de atividades de risco não assistencial (manutenção, obras, entre outros) são conduzidas integralmente pelo time da Segurança do Colaborador, da mesma maneira, com materiais atualizados e focados em riscos específicos.

➢Trilhas anuais de aprendizagem conduzidas pela área do Ensino com conteúdo enviado pelos times de SSMA, focando nos principais tópicos do SESSCO e do Sistema de Gestão Ambiental e Sustentabilidade.

➢Criação e implantação das sensibilizações para todos os profissionais, em temas estratégicos, que são chamadas de Treinamentos 100%. São utilizados meios diferenciados como jogos (ZIB – zero incidente biológico; Bezehirut – prevenção de quedas e segurança no trajeto), teatro (como o espetáculo "Minha Vida"), exposição de fotos reais como o Metamorfose, concurso de paródias, circuito vivencial, cenário tipo "escape", entre outros. Nestes eventos são levados os temas mais ofensores para lesões e doenças.

➢Treinamentos em atendimento aos requisitos legais aplicáveis aos grupos específicos como, por exemplo, Trabalho em Altura (NR 35), Trabalho em Espaços Confinados (NR 33), SEP e Segurança em Instalações Elétricas (NR 10), entre outros.

➢Treinamentos para grupos específicos como o Treinamento Especializado para Motociclistas, financiado 100% pela SBIBAE e disponível para todos os profissionais que utilizam a motocicleta para locomoção no seu dia-a-dia.

➢SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho), onde, anualmente, uma semana é dedicada a temas específicos (prevenção geral de acidentes, CIPA, DSTs) entre outros adicionais, realizada em conjunto com o grupo vigente da CIPA, com o objetivo

de sensibilizar e trazer as equipes a uma reflexão ainda maior para a prevenção de incidentes e doenças.

➢Treinamentos desenvolvidos pelas equipes das próprias unidades/áreas para temas específicos (por exemplo: manuseio de gaiolas de enxoval, manuseio de cilindros, entre outros).

➢Estímulo à percepção de riscos com a Oficina de Percepção de Riscos que compõe de painéis ilustrando o que é um perigo, o que é um risco, maneiras existentes na SBIBAE para eliminação dos riscos. Em seguida, painéis com fotos reais de cenários montados são apresentados, estimulando as equipes (intervenções em pequenos grupos nos locais de trabalho) a, em um pequeno espaço de tempo (1 a 2 minutos), identificar os riscos e informar a maneira de controle/gestão. Posteriormente, a mesma foto, mas com os riscos identificados, é apresentada, validando o que foi descoberto pela equipe e/ou informando riscos não identificados.

Estes são modelos de painéis utilizados nas Oficinas de Percepção de Riscos.

A seguir, um modelo de cenário montado para o único fim de treinamento das equipes:

➢ Comunicação ao longo dos meses focada nos principais temas (projetos já listados acima), reforço no cumprimento de procedimentos, chamadas para treinamentos, datas especiais, vídeos institucionais, convocações pela Saúde do Trabalho, entre outros, com apoio da área de Comunicação Interna da SBIBAE para a peças internas e, para peças externas, sob a condução da área de Marketing. São utilizados os diversos meios de comunicação, entre outros, quadros de avisos, TVs, quadros especiais, intranet, e-mails, Workplace para comunicação interna; mídias diversas como o LinkedIn, Facebook e Instagram para comunicação externa.

➢ O Book de Diálogos de Segurança, Saúde e Meio Ambiente, no meio físico e eletrônico, também faz parte deste bloco. O material traz 14 capítulos com os principais temas da

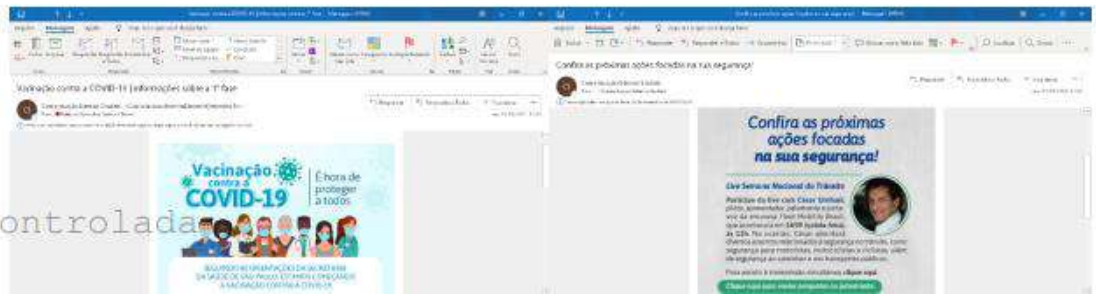
área de SSMA, com foco na eliminação de todos os incidentes, doenças e impactos negativos ao meio ambiente.

➢ O Relatório Anual de Sustentabilidade é um meio importante também a ser considerado de

comunicação de diversos temas voltados para Segurança e Saúde do Colaborador.

➢ Lições Aprendidas: para os principais incidentes ocorridos, especialmente com afastamento típico e de trajeto e os com risco biológicos, são criadas Lições Aprendidas ou Aconteceu, de modo que as áreas não envolvidas possam "aprender" com o evento e, preventivamente, avaliar seus processos e agir, evitando novas ocorrências. Alguns

exemplos foram incluídos no Book de Diálogos de SSMA descrito anteriormente neste documento.



➢ Comunicações geradas pelos Projetos listados acima como meio de avançar nas ações, sensibilizar grupos específicos para a reflexão sobre o tema, complemento da comunicação institucional por ser mais localizada. São utilizados meios como e-mail, WhatsApp em celulares corporativos, reuniões locais, entre outros.

➢ Intranet é um de destaque de Comunicação em Segurança e Saúde do Colaborador. Frequentemente há matérias em destaque no banner rotativo, modelo eletrônico do Book de Diálogos de SSMA, link para notificações de incidentes e um link com diversos materiais instrutivos para líderes e suas equipes.

Investigação de Incidentes

Este bloco contempla todo o processo desde a comunicação até a definição das ações a serem implantadas decorrentes da investigação. Há um procedimento específico para esta atividade que é denominado de Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes com e sem Lesão, que dita todas as regras a serem seguidas. É estimulada a comunicação, como determina a Regra de Ouro 5 Comunicação, de todos os incidentes com e sem lesão, até mesmo, os quase incidentes, condições e comportamentos inseguros, que possam gerar uma lesão.
A SBIBAE possui um sistema via intranet, que é o meio oficial de comunicação destes eventos. Denomina-se de Sinapse.

Gestão de Segurança, Saúde e Meio Ambiente para Contratadas

Um bloco dedicado a todas as ações de SSMA voltadas para os Prestadores de Serviços. Todo este processo de gestão está detalhado no Procedimento de Segurança do Trabalho, Saúde e Meio Ambiente para Prestadores de Serviços.
Este módulo contempla, entre outros pontos:

- Documentação necessária para atuação na SBIBAE
- Processo de integração de SSMA
- Análises de Riscos e Permissões de Trabalho
- Riscos Específicos • Indicadores

Reconhecimento

Um sistema de gestão não estaria completo sem que houvesse o reconhecimento positivo dos resultados alcançados. Por isso, o último bloco do Direcionador Gestão e Processos do SESSCO é o Reconhecimento. Duas são as principais iniciativas, lideradas pelo time de Segurança e Saúde do Colaborador:

A primeira delas está descrita no Procedimento Reconhecimento das Áreas em Performance de Segurança do Colaborador. Neste processo, mensalmente, durante o Comitê de SSMA e Energia para Líderes, são reconhecidas 2 áreas que não tiveram, em determinado período, conforme critério do padrão, qualquer lesão típica.

A premiação é representada pela entrega de um troféu personalizado que contém selos, indicando o alcance da área conforme demonstrado abaixo:

À medida que área vai conquistando novos períodos, o troféu é recolhido pelo time da Segurança do Colaborador, um novo selo é aplicado e a área é novamente reconhecida.

Outra iniciativa, é o Oscar da Segurança do Colaborador e do Paciente. Trata-se de um evento, criado em 2015, com o objetivo de formalizar um processo amplo de reconhecimento dos profissionais destaques, projetos e unidades/áreas nas práticas de prevenção de incidentes com colaboradores e pacientes.

São definidas categorias e critérios que auxiliam na definição dos finalistas e ganhadores. Entre outras, as categorias (que são revistas e atualizadas a cada ano) para Segurança do Colaborador são:

- Melhor Projeto em Segurança do Colaborador
- Área com Maior Aderência à OAC (Observação e Abordagem Comportamental)
- Empresa Parceira destaque em Segurança do Colaborador
- Área com Maior Adesão aos Treinamentos 100% de Segurança do Colaborador
- Área com Maior Redução de Incidentes
- Líder Destaque em Segurança do Colaborador
- Profissional Destaque em Segurança do Colaborador

Os ganhadores recebem o troféu em uma Cerimônia especialmente preparada para este fim, com a presença da alta direção, demais líderes, equipes e convidados. Alguns registros estão demonstrados abaixo:

Direcionador Condições Físicas

Este direcionador comporta todos os processos voltados a manter condições ambientais adequadas aos profissionais, sejam eles colaboradores ou prestadores de serviços, para que atuem de maneira segura, com riscos devidamente controlados ou eliminados.

Irregularidades ou condições inseguras podem ser comunicadas no Sinapse (como descrito acima no bloco de Investigação de Incidentes). Para assuntos relacionados à manutenção, engenharia clínica, combate a incêndio e facilities, deve-se também abrir o chamado no Portal do Manusis, para a devida tratativa e correção pelas áreas responsáveis.

Condições físicas adequadas incluem, mas não esgotam: mobiliários, estrutura predial, iluminação, conforto térmico, equipamentos, ferramentas, EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), EPCs (equipamentos de proteção coletiva), entre outros.

Direcionador Cultura e Comportamento

Este direcionador fecha a tríade do SESSCO. A SBIBAE acredita que, para um ambiente seguro e saudável, é necessário que se tenha Gestão e Processos definidos e implantados, Condições Físicas adequadas ao desenvolvimento seguro das atividades e que os profissionais sejam continuamente estimulados ao Comportamento Seguro como parte de um processo de implantação e consolidação da Cultura de Segurança da SBIBAE.

O Protocolo FoCo (Foco na Consciência) compõe este direcionador.

Este modelo foi construído em parceria com o Instituto do Cérebro da SBIBAE e tem como objetivo principal a ampliação da consciência situacional e da cultura de cuidado. O Protocolo FoCo traz:

- Um exercício de Tomada da Consciência
- Estímulo ao Cuidado Próprio, do Outro e de Se Deixar Cuidar e
- Estímulo às Observações e Abordagens Comportamentais

Detalhando cada componente do FoCo (Foco na Consciência)

➢Tomada da Cc alizado no início de cada turno, que dura de 3 a 5 minutos com o seguinte script:

> *Sentado ou em outra posição confortável e segura, feche os olhos, perceba como me sente física e mentalmente, respire fundo por 3 vezes de forma plena, lenta e atenta (inspire e expire devagar), e, em seguida, deixe a respiração entrar no ritmo natural..., relaxe a testa, músculos ao redor dos olhos, mandíbula, músculos ao redor dos lábios... Contraia os ombros para cima e ... Solte... Relaxe...Volte a prestar atenção na respiração e fique tranquilo... Repasse mentalmente as principais rotinas do dia, lembrando de fazê-las com atenção e segurança (dar uns 20-30 segundos) Lembre-se de ser gentil consigo mesmo e com as pessoas com quem conviverá durante o dia, falando com clareza, quando necessário. Que este dia seja pleno, cheio de aprendizados e que você possa contribuir para seu bemestar e daqueles com quem estará durante o dia ... Durante a sua rotina, sempre que se perceber agitado, desatento, estressado, volte para a respiração e a Tomada da Consciência.…*

➢Licença para Cuidar: todos os profissionais da SBIBAE estão autorizados a interromper atividades com riscos não controlados, a orientar profissionais, entre outros, como descrito na Regra de Ouro 2 - Consciência.

➢O componente Licença para Cuidar do Protocolo FoCo vem a reforçar esta prática e é apresentado da seguinte maneira:

> *Somos responsáveis pelo autocuidado (Cuidado Próprio) e também pelo Cuidado com o Colega de trabalho. O Licença para Cuidar visa estimular um convívio acolhedor. Fique à vontade para falar com um colega que esteja agindo de forma insegura e/ou desatenta para que haja com segurança e atenção. É fundamental não sermos invasivos, ao percebermos que alguém da equipe "não parece bem". Converse com ele/ela se sentirem que é adequado, ou solicite a um colega próximo desta pessoa ou ao líder da equipe que verifique se ele/ela precisa de alguma ajuda pessoal ou profissional.*

➢OAC (Observação e Abordagem Comportamental): a OAC é uma ferramenta implantada em 2016 na SBIBAE que tem o objetivo de capacitar a liderança (e referências técnicas), com base em um método COACH (por Scott Geller - autor de 27 livros, entre outras publicações dedicadas ao desenvolvimento e evolução em intervenções comportamentais), em parceria com uma profissional especializada em Psicologia do Trabalho, a dialogarem com suas equipes sobre riscos e seus controles. É uma ferramenta para conversar com as pessoas sobre os riscos presentes na realização do seu trabalho. Não é uma inspeção, auditoria ou avaliação. É um processo organizado de observação e abordagem de comportamentos.

A OAC tem como objetivos principais:

- Aprimorar a abordagem e comunicação sobre os comportamentos em segurança do trabalho
- Trabalhar com maior profundidade no entendimento nos ativadores ou causas do comportamento
- Criar um ambiente de confiança que favoreça os comportamentos de segurança em área (Diálogo Aberto)
- Auxiliar os líderes a dialogar de maneira eficaz sobre segurança com seus colaboradores
- Melhorar a percepção de risco de líderes e liderados
- Utilizar o conhecimento e experiência do próprio colaborador a favor da solução dos comportamentos de risco encontrados, tornando-o mais autônomo e responsável
- Romper o ciclo de dependência e co dependência

O observador treinado no método COACH vai até a área com o objetivo de observar um colaborador realizando uma atividade e depois dialoga sobre os aspectos de segurança observados nesta atividade.

A OAC tem um foco educativo, de consciência e de auto cuidado. O COACH representa a sigla da sequência da OAC:

- **C**uidado Ativo
- **O**bservação
- **A**nálise
- **C**omunicação
- **H**elp

Para cada etapa há uma série de passos que são seguidos até a finalização da OAC. Além da abordagem de possíveis comportamentos de risco, identificando os seus ativadores, há um esforço para o reconhecimento dos comportamentos positivos, bem como, do controle de eventuais riscos identificados pelo próprio profissional observado.

A OAC também valida a evolução na percepção de riscos que é o objetivo da Oficina de Percepção de Riscos, explanada no bloco de Treinamento e Comunicação do Direcionador Gestão e Processos já detalhado acima.

Os registros das OACs são realizados em um portal exclusivo (https://app.einstein.br/PortalOAC/home/login) com perfil de acesso definido. A manutenção da ferramenta, bem como a sua melhoria, é de responsabilidade direta da Saúde do Trabalho.

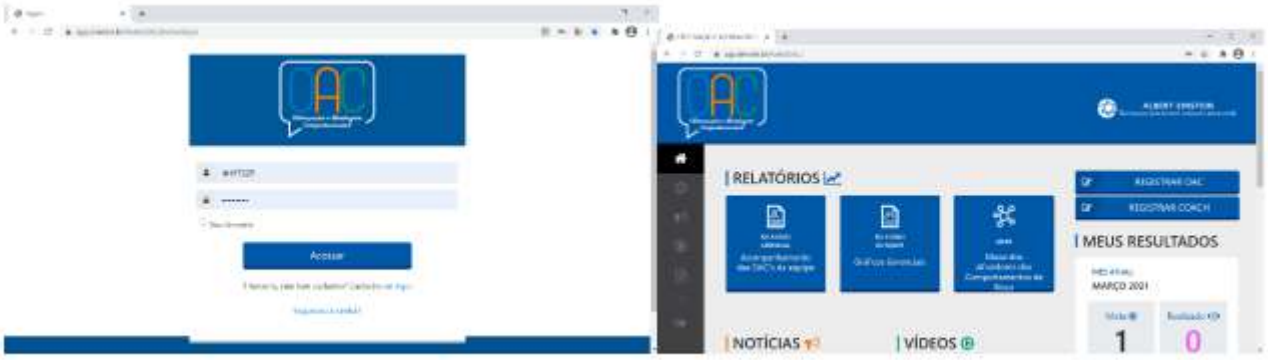
Os resultados das OACs, especialmente os Ativadores dos Comportamentos de Risco, podem ser utilizados tanto pela Equipe da Segurança do Colaborador quanto pela Liderança para identificar oportunidades de melhoria e eliminação das causas destes comportamentos, reduzindo a chance de ocorrência e incidentes.

Há diversos materiais que compõe o treinamento e a manutenção da OAC: crachás, folder, cartilha de treinamento (preparada pela SBIBAE), vídeos institucionais, encontros com os Observadores, entre outros.

Ela encerra o Protocolo Foco pois é a forma de validar o crescimento dos comportamentos seguros, reduzir dos comportamentos de risco e estimular o Exercício da Tomada da Consciência e o Licença para Cuidar.

Materiais de Apoio:

Portal de Registro de Dados da OAC



Vídeo da OAC disponível no *Sou Einstein* e no Portal da OAC.

Os benefícios esperados com o FoCo vão além da prevenção de incidentes no trabalho. Podem impactar na redução de doenças, de incidentes fora do trabalho, melhorar as relações e muito mais.

Processo de Melhoria Contínua do SESSCO

O SESSCO é avaliado constantemente: diariamente pela performance, mensalmente nos comitês, anualmente no planejamento estratégico. Continuamente se busca a evolução deste sistema que também espelha a estrutura da norma ISO 45.001 (Sistema de Gestão de Saúde e Segurança Ocupacional), pois seu modelo está pautado na abordagem da melhoria contínua, representada aqui pelo ciclo do PDCA – Plan – Do – Check – Act (Planejar, Fazer, Checar e Agir), de tal forma que:

- Planejar (Plan): etapa onde ocorre a identificação e avaliação dos riscos ocupacionais; definição de objetivos e metas; estabelecimento dos processos e projetos para o alcance dos resultados.
- Fazer (Do): corresponde à etapa da execução do planejado, ou seja, dos projetos, treinamentos, avaliações, etc;
- Checar (Check): por meio dos resultados alcançados, avaliar o alcance dos objetivos e metas;
- Agir (Act): com as verificações, esta etapa corresponde a tomada de decisão de se ajudar processos e projetos, reforços em ferramentas ou outras ações aplicáveis para que se alcance os resultados definidos; ainda, decide-se pela manutenção das práticas com bons resultados, porém, sempre tendo em vista, complementos para a consolidação dos processos e melhoria contínua do desempenho em segurança e saúde.

Traduzindo o PDCA no SESSCO:

- Planejar (Plan): entradas do planejamento estratégico, atualização dos requisitos legais e outros requisitos, análises críticas dos resultados e o Direcionador Gestão e Processos, especialmente os blocos Compromisso da Liderança e Objetivos e Metas.
- Fazer (Do): o Direcionador Gestão e Processos, especialmente os blocos Políticas, Procedimentos e Regras, Treinamento e Comunicação, Investigação de Incidentes e Gestão de SSMA para Contratadas. Aqui o direcionador Condições Físicas por inteiro é parte integrante desta fase do PDCA.
- Checar (Check): o Direcionador Cultura e Comportamento é parte integrante desta fase, bem como, complemento do Direcionador Gestão e Processos, especialmente os blocos Compromisso da Liderança e Objetivos e Metas.
- Agir (Act): dois Direcionadores são parte desta fase – Cultura e Comportamento (quando da ação diante dos riscos) e Gestão e Processos, especialmente os blocos de Compromisso da Liderança, Políticas, Procedimentos e Regras, Investigação de Incidentes e Gestão de SSMA para Contratadas. Como ação aos desempenhos positivos, ainda no Direcionador Gestão e Processos, o bloco Reconhecimento é parte integrante desta fase.

Estrutura Pessoal para Viabilização do SESSCO

A equipe de Segurança e Saúde do Colaborador responsável direta pelo SESSCO é composta por profissionais das diversas categorias com responsabilidades específicas, considerando os profissionais com atuação mais direta no SESSCO, ou seja, a Equipe de Segurança e Saúde do Colaborador, com Médicos, Equipe de Enfermagem, Engenheiros, Equipe de Técnicos de

Segurança, Fisioterapeuta, Educador Físico, Ergonomista, Analista e Dados, Equipe Administrativa, Consultora e Equipe de Meio Ambiente e Sustentabilidade.
As responsabilidades gerais deste time (Segurança e Saúde do Trabalho) estão descritas neste documento e visam consolidar e melhorar continuamente o modelo do SESSCO, contribuindo para o alcance de todos os seus resultados.

7. RESPONSABILIDADES

As principais responsabilidades derivadas deste procedimento estão descritas a seguir:

Alta Direção

- Liderar o processo dentro da SBIBAE, promovendo a cultura de segurança e saúde dos profissionais • Suportar as decisões adequadas
- Promover a liberação dos investimentos e recursos necessários e adequados para as diversas ações do SESSCO, em especial, ao atendimento aos requisitos legais e outros aplicáveis
- Garantir mão-de-obra especializada necessária para a manutenção do sistema • Promover a aplicação contínua da Política de Saúde e Segurança do Colaborador na Organização
- Suportar todo o processo de comunicação em segurança dos profissionais
- Garantir, onde aplicável e necessária, a participação dos profissionais em consultas de Segurança e Saúde, entre outras oportunidades
- Estimular, especialmente a liderança, no cumprimento de todos os requisitos do SESSCO e considerar este desempenho nos diversos processos de avaliação de desempenho disponíveis na Organização
- Estabelecer um Planejamento Estratégico da SBIBAE que considere Segurança e Saúde do Colaborador como fator de decisão

Segurança do Colaborador (Segurança e Saúde do Trabalho)

- Manter o procedimento devidamente atualizado.
- Garantir a execução adequada das rotinas diárias aplicáveis à Segurança do Colaborador, entre outras:
    - Interagir constantemente com os profissionais, buscando o incentivo ao comportamento seguro
    - Fazer a gestão dos riscos de segurança

- Promover sensibilizações para as práticas seguras como o uso correto dos EPIs, trajeto seguro, segurança das mãos, manuseio seguro dos materiais perfurocortantes, movimentação segura
- Implantação e manutenção das diversas ferramentas como Oficinas de Percepção de Riscos, OAC, FoCo, Diálogos de SSMA, Diálogos Específicos, Intervenções Diversas (Blitz), entre outros
- Realizar liberações de serviços de risco e o devido acompanhamento
- Investigação de incidentes conforme procedimento padrão Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes Com e Sem Lesão
- Atender às diversas fiscalizações externas e demandas jurídicas
- Promover e participar de reuniões de alinhamento
- Manter grupos ativos como a CIPA, Observadores da OAC, Multiplicadores do FoCo etc.
- Manter comitês específicos ativos como Comitês de Ergonomia, Comitê de Segurança com Materiais Perfurocortantes, entre outros
- Fazer parte de comitês diversos como Programa Acelerador, Comitês Locais de Segurança, comitês de Prevenção de Quedas, entre outros
- Elaborar relatórios diversos e atualizar as áreas com dados, resultados, entre outras necessidades
- Fazer a gestão de contratos diversos associados às demandas de SST
- Manter documentações padrões atualizadas como, por exemplo: mapas da CIPA, laudos diversos, registro do SESMT, entre outros

- Estabelecer, com base nos requisitos legais vigentes e aplicáveis, políticas institucionais, requisitos e orientações de modelos de acreditações como JCI, ONA, CAP e outros, necessidades e expectativas de partes interessadas, planejamento estratégico da SBIBAE, Plano Diretor de Sustentabilidade e boas práticas disponíveis no mercado, projetos, treinamentos, ações anuais e indicadores de segurança e saúde do colaborador
- Desenvolver e estabelecer programas e rotinas que fortaleçam o SESSCO e orientem ao alcance dos objetivos traçados
- Manter, continuamente, por meio do SESSCO, a identificação e gestão dos riscos e perigos associados às atividades desenvolvidas nas unidades da SBIBAE
- Promover a comunicação dos principais pontos do SESSCO no Comitê periódico de SGI para Líderes e nos diversos outros meios

- Promover a evolução e avaliação do SESSCO por meio das reuniões do Comitê Estratégico Mensal de Segurança e Saúde do Colaborador, contribuindo para a melhoria do desempenho de Segurança e Saúde do Colaborador
- Garantir a comunicação do SESSCO para todas as partes interessadas
- Buscar, continuamente, as melhores práticas de segurança e saúde do colaborador, disponíveis e aplicáveis à SBIBAE

Liderança

- Participar das ações do SESSCO promovidas pela equipe da Segurança e Saúde do Colaborador
- Estimular e viabilizar a participação dos seus times nas diversas chamadas de atividades e cuidados do SESSCO que envolvem informações e diretrizes sobre as instalações, como reduzir riscos, como comunicar situações que representam risco (condições e/ou comportamentos inseguros)
- Sugerir e implantar ações para a gestão ou eliminação de riscos à segurança e à saúde dos profissionais
- Planejar espaço, equipamentos e os recursos necessários nos locais de trabalho, de maneira a apoiar a realização das atividades de forma segura e eficaz
- Liderar pelo exemplo em Segurança do Colaborador

Colaboradores

- Participar das ações do SESSCO promovidas pelas equipes da Segurança do Colaborador
- Cumprir com as políticas, procedimentos e regras associadas à Segurança no Trabalho
- Participar de todos os processos e iniciativas de educação em Segurança de modo a identificar e reduzir (até eliminar) os riscos ocupacionais das atividades ou de situações que possam representar algum risco ocupacional
- Utilizar as ferramentas disponíveis em sua área como contribuinte a um ambiente seguro
- Participar e estimular os diálogos diários de segurança
- Comunicar imediatamente para a sua liderança ou referência, incidentes com e sem lesão e seguir os fluxos estabelecidos, além de participar do processo de investigação, onde aplicável

Prestadores de Serviços

- Participar das ações do SESSCO promovidas pelas equipes da Segurança do Colaborador

- Cumprir com as políticas, procedimentos e regras associadas à Segurança no Trabalho do Einstein e da sua empresa
- Utilizar as ferramentas disponíveis em sua área como contribuinte a um ambiente seguro e saudável
- Participar e estimular os diálogos diários de segurança
- Comunicar imediatamente para a sua liderança ou referência, incidentes com e sem lesão e seguir os fluxos estabelecidos, além de participar do processo de investigação, onde aplicável

Médicos do Corpo Clínico Aberto

- Participar das ações do SESSCO promovidas pelas equipes da Segurança do Colaborador
- Cumprir com as políticas, procedimentos e regras associadas à Segurança no Trabalho
- Utilizar as ferramentas disponíveis em sua área como contribuinte a um ambiente seguro

Voluntários

- Participar das ações do SESSCO promovidas pelas equipes da Segurança do Colaborador
- Cumprir com as políticas, procedimentos e regras associadas à Segurança no Trabalho do Einstein e da sua empresa
- Utilizar as ferramentas disponíveis em sua área como contribuinte a um ambiente seguro
- Comunicar imediatamente para a sua liderança ou referência, incidentes com e sem lesão e seguir os fluxos estabelecidos, além de participar do processo de investigação, onde aplicável

Residentes, Alunos e Demais Grupos de Profissionais

- Participar das ações do SESSCO promovidas pelas equipes da Segurança do Colaborador
- Cumprir com as políticas, procedimentos e regras associadas à Segurança no Trabalho do Einstein e da sua empresa
- Utilizar as ferramentas disponíveis em sua área como contribuinte a um ambiente seguro
- Participar e estimular os diálogos diários de segurança
- Comunicar imediatamente para a sua liderança ou referência, incidentes com e sem lesão e seguir os fluxos estabelecidos, além de participar do processo de investigação, onde aplicável

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Não se aplica.

9. PADRÃO DE PRÁTICA

Não se aplica

10. PERIODICIDADE DE TREINAMENTO

Não se aplica

11. REGISTROS DA QUALIDADE

Não se aplica

12. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica

13. ANEXOS

Não se aplica

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Planejamento Estratégico da SBIBAE (2021 – 2025)

Norma ISO 45.001:2018

Capítulo Gerenciamento das Instalações e Segurança (FMS) da JCI na sua versão mais atual

Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho nas suas versões mais atuais

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Procedimento Gestão da Ergonomia

PPP Perfil Profissiográfico Previdenciário

Permissões de Trabalho PT

Política de Biossegurança

Procedimento de Inspeção de Segurança, Saúde e Meio Ambiente

Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e dispositivos complementares na assistência

Programa de Proteção Respiratória (PPR)

Controle de Energia Perigosa – LOTO

Procedimento para Elaboração do Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR

Realização e Gestão da OAC (Observação e Abordagem Comportamental)

Inspeção do Ambiente Hospitalar

EPI – Equipamento de Proteção Individual e EPC – Equipamento de Proteção Coletiva

Gestão de Produtos Químicos

Análise Preliminar de Risco (APR) Segurança do Trabalho
Comunicação, Registro e Investigação de Incidentes com e sem Lesão
Manusis

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Daisy Mitiko Suzuki Okada - 30/12/2022 - 09:04 Dez/22 (Waleria) - inserido no Item 6. Objetivos e Metas, inserida a informação: "A taxas de frequência e gravidade são determinadas pela NBR 14280 e instituiu a gravidade como sendo o tempo computado por milhão de horas trabalhadas por cada homem exposto ao risco em certo período" e anexada as Fichas Técnicas, demonstrando o cálculo das taxas de frequência dos indicadores de Segurança do colaborador.

.

Data	Evento de assinatura	Usuário
08/06/2022 16:19:41	Criado por	Daisy Mitiko Suzuki Okada
30/12/2022 09:04:19	Atualizado por	Daisy Mitiko Suzuki Okada
10/01/2023 19:23:08	Aprovado por	Tatiana Taumaturgo Macedo