

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Realizar a preparação da sonda nasoenteral conforme as instruções do fabricante.
- Explicar as etapas do procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou familiares.
- Avaliar a integridade dos reflexos de deglutição e tosse do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente com a cabeceira do leito elevada (Posição de Fowler).
- Proceder à mensuração para determinar a extensão de sonda que será introduzida.
- Realizar a mensuração do lóbulo da orelha à ponta do nariz, da ponta do nariz ao apêndice xifoide, acrescentando mais 5 cm.
- Realizar a marcação da sonda com esparadrapo no ponto determinado, utilizando como parâmetro em situação de deslocamento dela.
- Solicitar ao paciente que flexione a cabeça e realize movimentos de deglutição durante a introdução da sonda.
- Observar as condições das narinas e aletas nasais.
- Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário.
- Passar xylocaína gel na ponta da sonda enteral.
- Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, que indica que a sonda atingiu a nasofaringe e nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça, ocorrendo o fechamento da traquéia e abertura do esôfago;
- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição.
- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado.
- Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispneia e/ou cianose.
- Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico.
- A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina.

- Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito, facilitando o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos.
- Deixar o paciente confortável.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar o paciente para controle radiológico;
- Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar a nutrição/medicação;
- Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos
- Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Manuseio de Material

- A passagem de sonda nasoenteral é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro.
- Recomenda-se fixar a sonda no nariz e não na testa, para que não haja comprometimento do campo de visão do paciente.
- A fixação deve ser confortável e segura, com tiras finas de esparadrapo ou micropore.
- A cada período de 12 horas, após as mudanças de decúbito do paciente, após o banho e após a fisioterapia e após o horário de visitas, confirmar a posição da sonda realizando a ausculta do ruído característico, ao injetar ar pela sonda com uma seringa de 10 ml.
- Lavar a sonda após cada administração de medicamentos com 20 ml de água, pois impactação de medicamentos é a causa mais freqüente de obstrução de sonda enteral.
- A diluição mínima dos medicamentos administrados pela sonda é de 20 ml.
- A troca da seringa utilizada deverá ser realizada a cada 24 horas.
- A posição de fowler e a flexão da cabeça facilita a introdução da sonda no esôfago.
- O uso de xylocaína gel tem por finalidade tornar a sonda escorregadia, provocar o mínimo de traumatismo na mucosa nasal e minimizar a dor do paciente.
- Não deve haver dificuldade na progressão da sonda, no momento de sua colocação. A dificuldade na introdução da sonda se deve a dobras da sonda na boca, progressão da sonda

para a traquéia, ou a formação de alça dentro do estômago, fazendo com que sua extremidade fique apontada em direção ao esôfago.

Ações Corretivas

- Se no momento da colocação da sonda houver o aparecimento de tosse, alterações no ritmo respiratório, cianose, taquipneia, ou dificuldade respiratória, retirar imediatamente a sonda, pois estes sinais indicam que a sonda está na traqueia.

POP Nº: ENF. 028: Sondagem Retal.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

- Sonda retal nº: 22 ou 24.
- Vaselina 5ml.
- Luvas de procedimento.
- Gazes.
- Forros.
- Esparadrapos.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Lubrificar a sonda retal com vaselina.
- Separar a prega interglútea com gazes expondo a região anal.
- Introduzir a sonda retal de 8 a 10 cm, solicitando que o paciente respire profundamente.
- Retirar as luvas de procedimento.

- Manter o paciente em posição confortável.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário do paciente o horário do procedimento, o responsável pela execução e o resultado obtido.

Manuseio de Material

- Se necessário, a sonda retal pode ser fixada com esparadrapo.

Resultados Esperados

- Realizar a coleta de fezes a fresco.
- Realizar sondagem terapêutica em quadros de diarreia intensa e flatulência.
- Realizar o preparo do cólon para cirurgias anais e para colonoscopia.

Ações Corretivas

- Não forçar a introdução da sonda se houver resistência durante o procedimento, comunicar enfermeiro responsável.

POP Nº: ENF. 029: Sondagem Vesical de Demora Feminino.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Enfermeiro

Material Necessário

- Material para higiene íntima (POP 10)
- Luvas de procedimento.
- Sonda Folley de calibre adequado.
- Coletor de urina estéril (sistema fechado).
- Xylocaína gel.
- Solução antisséptica clorexidine aquosa
- 02 Pacotes de gaze estéril.

- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).
- Seringa de 20ml.
- Agulha 40x12.
- 02 Ampolas de água destilada de 10ml.
- 10 cm de micropore.
- Biombo.
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.
- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar a paciente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre o leito, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à região glútea.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, gaze, seringa, agulha, sonda vesical).
- Colocar a solução antisséptica na cúpula e a xylocaína gel na gaze estéril.
- Abrir a embalagem do coletor e colocar a ponta da conexão sobre o campo, conservando-a estéril.
- Fixar a extensão do coletor na periferia do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama.
- Abrir a ampola de água destilada e deixe-a sobre a mesa.
- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar a luva estéril.

- Testar o balão da sonda com a seringa de 20 ml de ar após verificar sua capacidade (fornecida pelo fabricante).
- Aspirar a água destilada com o auxílio da seringa e agulha, sem tocar na ampola.
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.
- Lubrificar a sonda vesical com a xylocaína gel segurando a seringa da xylocaína gel com gaze estéril para não contaminar a luva.
- Conectar a sonda à extensão do coletor.
- Proceder à anti-sepsia da vulva e do meato uretral com gazes montadas em pinça e embebidas clorexedine
- Desprezar as gazes sujas no sanitário branco.
- Separar os lábios menores com o polegar e o indicador expondo o vestíbulo vaginal, dando atenção à área do meato uretral.
- Colocar o campo fenestrado estéril sobre a região.
- Comunicar ao paciente quando estiver introduzindo a sonda e solicite a ela que inspire e expire lentamente se possível.
- Introduzir a sonda no meato urinário, aproximadamente 3 cm após o início da drenagem da urina.
- Insuflar o balão da sonda com uma seringa com 15 ml de soro.
- Tracionar lentamente a sonda até encontrar resistência.
- Fixar a sonda na coxa para evitar tração, com auxílio de fita de micropore.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.

Manuseio de Material

- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.
- Nunca forçar a introdução da sonda.

- A sonda vesical de demora segundo preconização da CCIH pode permanecer por tempo indeterminado conforme situação clínica do paciente exigir, exceto quando em presença de piúria, disúria, ou obstrução por grumos e material quebrado.
- Para a coleta de exame de urocultura se o período de passagem exceder a 30 dias, é indicado uma nova cateterização vesical do paciente antes da coleta da amostra.
- Para transporte e/ou mobilização do paciente não é necessário pinçar a extensão da sonda vesical, pois ela possui um sistema de anti-refluxo.
- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.
- Para pacientes com incontinência urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, no mínimo duas vezes ao dia.

Resultados Esperados

- Controlar rigorosamente o balanço hídrico em quadros clínicos graves e/ou pacientes cardiopatas, nefropatas e com alterações neurológicas.
- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.
- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

Ações Corretivas

- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

POP Nº: ENF. 030: Sondagem Vesical de Demora Masculina
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Enfermeiro

Material Necessário

- Material para higiene íntima (POP 11)
- Luvas de procedimento.
- Sonda vesical Folley de calibre adequado.
- Coletor de urina estéril (sistema fechado).
- Tubo de xylocaína gel.
- Solução antisséptica clorexidine aquosa.
- Pacote de gaze estéril.
- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).
- Seringa de 20ml.
- Agulha 40x12.
- Água destilada de 1 ml.
- Micropore.
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.
- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, expondo somente os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre as pernas do paciente, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à raiz peniana.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, seringa, agulha, gaze, sonda vesical).

- Colocar a solução antisséptica na cúpula.
- Abrir a embalagem do coletor e colocar a ponta da conexão sobre o campo, conservando-a estéril.
- Fixar a extensão do coletor na periferia do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama.
- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar as luvas estéreis. Aspire à água destilada com o auxílio da seringa e agulha, sem tocar na ampola.
- Teste o balão da sonda após verificar sua capacidade (fornecida pelo fabricante).
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.
- Afastar o prepúcio e segurar o pênis entre o dedo indicador e médio, perpendicularmente ao corpo.
- Proceder à anti-sepsia das pregas do prepúcio, glândula e meato uretral, com gazes montadas em pinça e embebidas em solução clorexidina aquosa;
- Observar a presença de anormalidades.
- Colocar o campo fenestrado estéril.
- Colocar a extremidade distal da sonda vesical dentro da cuba rim.
- Introduzir a xylocaína gel direto no meato uretral, mantendo o bico da seringa firmemente acoplado.
- Comunicar ao paciente a introdução da sonda.
- Introduzir a sonda cuidadosamente quase até a sua bifurcação.
- Insuflar o balão com uma seringa com 15ml de soro.
- Tracionar lentamente a sonda até encontrar resistência.
- Fixar a sonda lateralmente na coxa ou sobre o abdome para diminuir o ângulo penoescrotal, com auxílio de fita micropore.
- Reposicionar o prepúcio.
- Retirar as luvas estéreis.
- Desprezar as luvas no sanitário branco.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.

- Manter ambiente limpo e organizado.

Manuseio de Material

- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.
- Caso sinta resistência do esfíncter externo, aumentar levemente a tração sobre o pênis e aplicar uma pressão suave sobre a sonda.
- Nunca forçar a introdução da sonda.
- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.
- Para pacientes com Incontinência Urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos. Em caso de paciente masculino, pode ser adaptado externamente, no pênis, um dispositivo de tubo de borracha (URIPEN) tipo condom, ligado a um intermediário, e este ao coletor de urina.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, no mínimo 2 vezes ao dia. A sonda vesical de demora segundo preconização da CCIH pode permanecer por tempo indeterminado conforme situação clínica do paciente exigir, exceto quando em presença de piúria, disúria, ou obstrução por grumos e material quebrado.
- Para a coleta de exame de urocultura se o período de passagem exceder a 30 dias, é indicada uma nova cateterização vesical do paciente antes da coleta da amostra.
- Para transporte e/ou mobilização do paciente não é necessário pinçar a extensão da sonda vesical, pois ela possui um sistema de anti-refluxo.

Resultados Esperados

- Controlar rigorosamente o balanço hídrico em quadros clínicos graves e/ou pacientes cardiopatas, nefropatas e com alterações neurológicas.
- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.
- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

Ações Corretivas

- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

POP Nº: ENF. 031: Sondagem Nasogástrica.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Enfermeiro

Material Necessário

- Sonda Nasogástrica.
- Tubo de xylocaína gel.
- Luvas de procedimento.
- Gaze.
- Óculos de proteção
- Máscara
- Micropore.
- Esparadrapo.
- Seringa 20 ml.
- Estetoscópio.
- Toalha ou papel toalha
- Prontuário hospitalar.
- Biombo se necessário

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
- Explicar as etapas do procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou familiares.
- Avaliar a integridade dos reflexos de deglutição e tosse do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.

- Posicionar o paciente com a cabeceira do leito elevada (Posição de Fowler).
- Proceder a mensuração para determinar a extensão de sonda que será introduzida.
- Realizar a mensuração do lóbulo da orelha à ponta do nariz, da ponta do nariz ao apêndice xifoide.
- Realizar a marcação da sonda com esparadrapo no ponto determinado, utilizando como parâmetro em situação de deslocamento dela.
- Solicitar ao paciente que flexione a cabeça e realize movimentos de deglutição durante a introdução da sonda.
- Observar as condições das narinas e aletas nasais.
- Passar xylocaína gel na ponta da sonda enteral.
- Introduzir a sonda até a marcação realizada.
- Realizar o teste de ausculta da região epigástrica durante a injeção de ar.
- Conectar uma seringa com ar a extremidade da sonda.
- Posicionar o estetoscópio na região epigástrica.
- Pressionar o êmbolo da seringa.
- Auscultar o ruído.
- Realizar o teste da aspiração.
- Conectar a seringa na sonda.
- Aspirar a sonda.
- Observar o retorno de líquido.
- Fixar a sonda com tiras finas de micropore.
- Limpar com gaze o excesso de xylocaína em narinas.
- Colocar a seringa de 20ml dentro de um copo plástico para uso de rotina.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento realizado, observações e intercorrências em prontuário.
- Checar o procedimento em prescrição médica.

Manuseio de Material

- A fixação deve ser confortável e segura, com tiras finas de esparadrapo ou micropore.
- A cada período de 12 horas, após as mudanças de decúbito do paciente, após o banho e após a fisioterapia e após o horário de visitas, confirmar a posição da sonda realizando a ausculta do ruído característico, ao injetar ar pela sonda com uma seringa de 10 ml.
- A posição de fowler e a flexão da cabeça facilita a introdução da sonda no esôfago.
- O uso de xylocaína gel tem por finalidade tornar a sonda escorregadia, provocar o mínimo de traumatismo na mucosa nasal e minimizar a dor do paciente.
- Não deve haver dificuldade na progressão da sonda, no momento de sua colocação. As dificuldades na introdução da sonda se devem a dobras da sonda na boca, progressão da sonda para a traquéia, ou a formação de alça dentro do estômago, fazendo com que sua extremidade fique apontada em direção ao esôfago.

Resultados Esperados

- Administrar medicamentos e alimentos.
- Obter conteúdo gástrico para análise.
- Tratar uma obstrução ou um local com sangramento.
- Descomprimir o estômago e remover gás e líquido.

Ações Corretivas

- Se no momento da colocação da sonda houver o aparecimento de tosse, alterações no ritmo respiratório, cianose, taquipnéia, ou dificuldade respiratória, retirar imediatamente a sonda, pois estes sinais indicam que a sonda está na traquéia.

POP Nº: ENF. 032: Sondagem Vesical de Alívio Feminina.

Sugerido por: Equipe Técnica da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Executor: Enfermeiro

Material Necessário

- Material para higiene íntima (POP 10).
- Luvas de procedimento.
- Sonda vesical de calibre adequado.
- Xylocaína gel.
- Solução antisséptica (Clorexidina aquosa).
- 02 Pacotes de gaze estéril.
- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).
- Biombo.
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.
- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar a paciente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre o leito, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à região glútea.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, sonda vesical).
- Colocar a solução antisséptica na cúpula e a xylocaína gel na gaze estéril.

- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar a luva estéril.
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.
- Lubrificar a sonda vesical com a xylocaína gel segurando a seringa da xylocaína gel com gaze estéril para não contaminar a luva.
- Proceder à antissepsia da vulva e do meato uretral com gazes montadas em pinça e embebidas em Clorexidina Aquosa.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Separar os lábios menores com o polegar e o indicador expondo o vestíbulo vaginal, dando atenção à área do meato uretral.
- Colocar o campo fenestrado estéril sobre a região.
- Colocar a extremidade distal da sonda vesical dentro da cuba rim.
- Comunicar ao paciente quando estiver introduzindo a sonda e solicite a ela que inspire e expire lentamente se possível.
- Introduzir a sonda no meato urinário, aproximadamente 3cm após o início da drenagem da urina.
- Observar o retorno de débito urinário pela sonda.
- Aguardar a drenagem completa.
- Retirar a sonda vesical.
- Desprezar a sonda vesical no sanito branco.
- Retirar as luvas estéreis.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.

Manuseio de Material

- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.

- Nunca forçar a introdução da sonda.
- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.
- Para pacientes com incontinência urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos.

Resultados Esperados

- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.
- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

Ações Corretivas

- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

POP Nº: ENF. 033: Sondagem Vesical de Alívio Masculina.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Enfermeiro

Material Necessário

- Material para higiene íntima (POP 11).
- Luvas de procedimento.
- Sonda vesical de calibre adequado.
- Xylocaína gel.
- Solução antisséptica (Clorexidine Aquosa).
- 02 Pacotes de gaze estéril.

- Luva estéril.
- Máscara descartável.
- Kit de cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Cherron e campo fenestrado).
- 10 cm de micropore.
- Biombo.
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Arrumar o material na mesa auxiliar no quarto do paciente.
- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Posicionar biombos ao redor do leito.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, expondo somente os genitais.
- Proceder à higiene íntima com água e sabão, conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Colocar máscara facial.
- Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre as pernas do paciente, no sentido diagonal, colocando uma das pontas do campo rente à raiz peniana.
- Abrir o restante do material sobre o campo (pacote de lavagem externa, sonda vesical).
- Colocar a solução antisséptica na cúpula.
- Abrir a seringa de xylocaína gel.
- Calçar as luvas estéreis.
- Dispor o material sobre o campo de forma a facilitar o trabalho.
- Afastar o prepúcio e segurar o pênis entre o dedo indicador e médio, perpendicularmente ao corpo.
- Proceder à antissepsia das pregas do prepúcio, glândula e meato uretral, com gazes montadas em pinça e embebidas em solução de Clorexina Aquosa.
- Observar a presença de anormalidades.
- Colocar o campo fenestrado estéril.
- Introduzir a xylocaína gel direto no meato uretral, mantendo o bico da seringa firmemente acoplado.

- Colocar a extremidade distal da sonda dentro da cuba rim.
- Comunicar ao paciente a introdução da sonda.
- Introduzir a sonda cuidadosamente quase até a sua bifurcação.
- Observar o retorno de débito urinário pela sonda.
- Aguardar a drenagem completa.
- Retirar a sonda vesical.
- Reposicionar o prepúcio.
- Desprezar a sonda vesical no sanito branco.
- Retirar as luvas estéreis.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado, a quantidade e o aspecto de urina drenada e observações em prontuário.

Manuseio de Material

- Para a sondagem vesical é importante uma iluminação adequada para a visualização do meato urinário.
- Caso sinta resistência do esfíncter externo, aumentar levemente a tração sobre o pênis e aplicar uma pressão suave sobre a sonda.
- Nunca forçar a introdução da sonda.
- Antes de fazer a sondagem em pacientes com retenção urinária, procurar todos os meios para estimulá-lo a urinar, como a abertura de torneira, realização de lavagem externa com água aquecida, posicionamento do paciente sobre uma comadre com água quente e colocação de bolsa de água quente na região hipogástrica.
- Para pacientes com Incontinência Urinária, ao invés de cateterizar, é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adultos. Em caso de paciente masculino, pode ser adaptado externamente, no pênis, um dispositivo de tubo de borracha (URIPEN) tipo códon, ligado a um intermediário, e este ao coletor de urina.

Resultados Esperados

- Aliviar distensão vesical pela retenção urinária.
- Manter o esvaziamento vesical em pacientes com comprometimento da mobilidade ou em pós-operatório.

Ações Corretivas

- Em caso de sangramento para o procedimento e comunicar ao médico de plantão e anotar.

POP Nº: ENF. 034: Troca de Selo D' água de Dreno de Tórax.
--

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
--

Executor: Equipe de enfermagem

Material necessário

Máscara facial.

Óculos de proteção.

Luvas de procedimento.

Forro grande.

Frasco de água destilada estéril 500 ml.

Frasco para desprezar débito do dreno torácico

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material.

Explicar ao paciente o procedimento e finalidade sempre que possível.

Colocar o forro grande embaixo do dreno de tórax, caso respingue sangue.

Colocar óculos de proteção.

Calçar as luvas de procedimento.

Clampar dreno de tórax para prevenção de entrada de ar em sistema fechado.

Abrir frasco de dreno de tórax, tendo cuidado para não contaminar o intermediário.

Desprezar débito de frasco de tórax em um segundo frasco.

Realizar previamente uma lavagem do frasco com um pouco de água destilada para a retirada de sangue ou grumos depositados.

Adicionar selo d'água com 200 ml de água destilada estéril no frasco de drenagem.

Conectar a tampa ao frasco, certificando o correto fechamento.

Desclampear o dreno de tórax.

Observar oscilação da coluna d'água de acordo com a respiração do paciente.

Desprezar débito em vaso sanitário individual.

Posicionar o paciente confortavelmente.

Deixar o quarto organizado.

Lavar as mãos.

Anotar procedimento no relatório de enfermagem descrevendo volume e aspecto de conteúdo drenado pelo tórax.

Manuseio de Material

Certificar-se de que a extensão do dreno de tórax foi seguramente clampeada a fim de provocar um quadro de pneumotórax ao paciente.

Realizar a troca de selo d'água a cada 24 horas, conforme padronização.

Prevenir risco de infecção para o paciente, manuseando o frasco aberto sem contaminar seu intermediário e paredes internas.

Resultados esperados

Obter uma drenagem eficiente do tórax acometido para alívio e conforto do paciente.

Melhorar padrão respiratório do paciente.

Observar "coleção" presente no pulmão do paciente e pesquisar presença de microorganismos se necessário.

Ações corretivas

Em caso de dreno de tórax não oscilante, verificar se a não drenagem de líquidos pleurais pode estar relacionada ao incorreto posicionamento do frasco, tampa do frasco mal rosqueada ou presença de grumos na extensão do sistema de drenagem torácica.

POP Nº: ENF. 035: Instalação da Dieta Enteral.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bomba de Infusão.

Bolsa da dieta.

Equipo para dieta enteral.

Bandeja

Estetoscópio.

Seringa de 20ml.

Álcool 70%

Algodão.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Conferir o rótulo da dieta, o nome do paciente e a data do preparo com a prescrição médica.

Conectar o equipo a bolsa da dieta, obedecendo a todos os cuidados de assepsia, desinfetando a superfície externa com álcool a 70% antes de ser aberta.

Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

Orientar o procedimento a ser prestado aos acompanhantes e, se possível, ao paciente.

Posicionar o paciente com a cabeceira do leito elevada em 45°.

Realizar teste de ausculta para confirmar a locação adequada da sonda, através da infusão de ar.

Conectar o equipo da bolsa de dieta a bomba de infusão apropriada.

Conectar a extremidade distal do equipo a sonda nasoenteral.

Ajustar o fluxo de infusão da bomba, conforme orientação da nutricionista em prescrição médica.

Ligar a bomba de infusão.

Checar o procedimento realizado em prescrição médica.

Manuseio de Material

O controle do gotejamento da dieta deve ser realizado de maneira correta, pois fluxo de infusão da dieta acelerado pode provocar intolerância digestiva e o fluxo reduzido ocasiona a oferta incompleta da dieta, com prejuízos na oferta calórica.

A cada período de 12 horas, após as mudanças de decúbito do paciente, após o banho e após a fisioterapia e após o horário de visitas, confirmar a posição da sonda realizando a ausculta do ruído característico, ao injetar ar pela sonda com uma seringa de 10 ml.

O paciente deve ser mantido com a cabeceira elevada em 45° para evitar o risco de broncoaspiração.

A progressão na velocidade de infusão da dieta depende da tolerância do paciente e do volume prescrito para 24 horas.

Durante a terapia nutricional, sempre avaliar presença de distensão abdominal, náuseas e vômitos e diarreia.

Para a instalação da dieta enteral por gastrostomia, seguir o procedimento de maneira semelhante, com a conexão da extremidade distal do equipo a sonda de gastrostomia.

Resultados Esperados

Melhorar o aporte nutricional do paciente.

Ações Corretivas

Se no momento do teste de ausculta não houver a presença do ruído, comunicar ao enfermeiro de plantão imediatamente.

POP Nº: ENF. 036: Punção Venosa.

Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**

Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

Bandeja.

Álcool 70% ou Clorexidina alcoólica 0,5%.

Bolas de Algodão.

Luvas de procedimento.

Óculos de proteção

Cateter intravenoso periférico (Abocath) ou dispositivo de infusão intravenoso (Scalp) com número adequado para quantidade e velocidade de infusão, e vaso escolhido para punção.

Micropore ou filme transparente estéril para fixação

Tesoura.

Material para permeabilização

Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso (torneirinha, tubo extensor, tubo em "Y").

Equipo micro ou macrogotas (se necessário)

Garrote.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material necessário.

Orientar o paciente em relação ao procedimento.

Escolher o local de punção.

Observar a integridade cutânea, as condições de hidratação da pele e as condições da rede venosa do paciente.

Garrotear o membro, em região acima do local escolhido para a punção.

Solicitar ao paciente que feche as mãos com força.

Calçar as luvas de procedimento.

Fazer antisepsia da região com álcool 70%, com movimentos em sentido único.

Fixar a veia de escolha.

Colocar o dedo indicador da mão dominante sobre o canhão da agulha e com os demais dedos segurar a seringa.

Manter a agulha com o bisel voltado para baixo.

Puncionar a veia aproximadamente 1 cm antes do local onde a veia deverá ser alcançada com um ângulo de 15°.

Retirar o garrote e observar a presença de sangue.

Retirar a agulha.

Adaptar o dispositivo ao cateter venoso.

Lavar o acesso venoso com soro fisiológico.

Observar a permeabilidade do acesso venoso.

Fixar o cateter venoso com micropore, conforme a técnica.

Escrever nome do responsável e data em uma fita de micropore.

Colar a identificação sobre a fixação do cateter.

Reunir todo o material na bandeja.

Posicionar o paciente confortavelmente.

Retirar as luvas de procedimento.

Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.

Desprezar a agulha na caixa de material perfuro cortante.

Desprezar as luvas de procedimento no lixo contaminado.

Lavar as mãos.

Anotar o procedimento prestado e qualquer anormalidade observada no prontuário.

Manuseio de Material

Se o material utilizado para a punção for proveniente do estoque de material do setor, providenciar a reposição imediata.

Resultados Esperados

Garantir acesso endovenoso em quadros clínicos instáveis.

Evitar punções venosas repetidas.

Ações Corretivas

Em caso da utilização de mais de um cateter venoso para realização do procedimento, justificar em anotações de enfermagem.

POP Nº: ENF. 037: Coleta de Sangue por Cateter de Hickman.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Luva estéril.

Luvas de procedimento.

01 Seringa 5 ml.

01 Seringa 10 ml.

02 Seringas de 20 ml.

04 Agulhas interlink.

Álcool 70%;

03 ampolas de soro fisiológico de 10ml.

Agulha 25x8.

Máscara cirúrgica.

Passos Críticos

Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

Lavar as mãos rigorosamente.

Preparar o material para o procedimento.

Explicar o procedimento ao paciente.

Colocar a máscara cirúrgica.

Disponer o material em mesa auxiliar.

Calçar a luva estéril.

Realizar a assepsia do injetor de borracha do cateter de Hickman com álcool 70%;

Introduzir a agulha interlink, adaptada a seringa de 5ml, no injetor de borracha.

Aspirar 5 ml de sangue do cateter.

Desconectar a agulha interlink juntamente com a seringa.

Colocar a seringa usada na bandeja, distante do material estéril.

Realizar nova assepsia do injetor de borracha.

Introduzir a agulha interlink, adaptada a seringa de 20ml, no injetor de borracha.

Coletar o sangue para a realização do exame laboratorial.

Desconectar a agulha interlink juntamente com a seringa.

Colocar a seringa com o sangue coletado sobre a bandeja.

Realizar nova assepsia do injetor de borracha.

Introduzir a agulha interlink, adaptada a seringa de 20ml com soro fisiológico, ao injetor de borracha.

Lavar o cateter com 20ml de soro fisiológico.

Desconectar a agulha interlink juntamente com a seringa.

Colocar a seringa usada na bandeja.

Realizar nova assepsia do injetor de borracha.

Introduzir a agulha interlink, acoplada a seringa de 10 ml com a solução de heparina, no injetor de borracha.

Heparinizar a via utilizada do cateter com 6 ml da solução preparada conforme padronização.

Distribuir o sangue coletado nos frascos do laboratório.

Retirar as luvas.

Deixar o quarto organizado.

Posicionar o paciente confortavelmente.

Calçar as luvas de procedimento, no posto de enfermagem.

Desprezar as seringas no lixo de material perfuro cortante.

Desprezar as luvas em lixo contaminado.

Lavar as mãos.

Encaminhar os frascos para o laboratório.

Anotar procedimento realizado e observações em prontuário.

Manuseio de Material

O volume de sangue coletado é determinado de acordo com o número de exames laboratoriais. As seringas com o soro fisiológico e a solução de heparina devem ser preparadas no posto e encaminhadas ao quarto do paciente dentro da bandeja.

As amostras de sangue devem ser coletadas pela via proximal do cateter de Hickman, a mesma via utilizada para hemoterapia.

A solução de heparina é constituída de 0,2ml de heparina e 9,8ml de soro fisiológico.

Cada etapa do procedimento requer a assepsia do injetor de borracha.

Resultados Esperados

Padronizar a técnica para coleta de sangue em cateter de Hickman.

Reduzir o risco de contaminação durante a coleta de sangue em cateter de Hickman.

Ações Corretivas

Havendo resistência a aspiração e/ou a infusão de soro fisiológico, comunicar a enfermeira de plantão.

POP Nº: ENF. 038: Instalação de Pressão Venosa Central.

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Enfermeiro

Material Necessário

Bandeja.

Suporte de soro.

Soro fisiológico 0,9% 250ml.

Equipo de PVC.

Régua niveladora.

Fita adesiva 19 mm (cm).

Trava rosca.

Micropore.

Etiqueta de soro.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

Conectar o equipo no frasco de soro.

Retirar o ar do equipo.

Fechar as pinças.

Proteger as extremidades.

Orientar o procedimento ao paciente.

Fixar a parte inferior da fita graduada no terço médio do suporte de soro ao nível do colchão com uso de micropore.

Fixar a via do paciente e a via acessória na parte inferior da fita graduada.

Ajustar as vias do equipo fixando também na parte superior.

Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal.

Retirar travesseiros e coxins.

Descobrir o tórax.

Colocar os braços do paciente ao longo do corpo.

Estabelecer o ponto "zero" da fita graduada, com o auxílio da régua niveladora, na linha esternal.

Manter a bolha do nivelador no centro.

Assinalar o ponto correspondente na parte inferior do nivelador na linha esternal.

Manter a via de PVC conectada na via da torneirinha do cateter central com injetor de borracha e trava rosca.

Abrir a torneirinha para via da PVC.

Certificar se todo o equipo está preenchido com soro.

Abrir a pinça da via do paciente e da via acessória.

Observar o rebaixamento e a oscilação do líquido da coluna.

Pedir ao paciente para tossir ou respirar fundo, quando possível.

Aguardar o rebaixamento máximo da coluna líquida.

Posicionar o paciente confortavelmente.

Deixar o quarto organizado.

Anotar o valor da PVC em ficha de controles.

Manuseio de Material

O ponto-zero deve ser estabelecido a cada mensuração da PVC.

Fazer desinfecção com álcool 70% no injetor de borracha a cada instalação da PVC para uma nova medição.

Caso não seja possível posicionar o paciente em decúbito dorsal, zerar a PVC em decúbito elevado.

O sistema de PVC (soro, equipo de PVC, trava rosca) deve ser trocado a cada 72 h.

Para se obter comparativos exatos deve-se sempre medir a PVC num mesmo padrão, com zeramento a cada medida.

Avaliar se todo equipo de PVC está preenchido com soro, pois a presença de espaços com ar interfere no valor final.

Não é necessária a interrupção dos soros ou soluções.

Caso o cateter inserido no paciente seja duplo lúmen ou triplo, verificar a PVC através da via proximal.

Resultados Esperados

Mensuração da Pressão Venosa Central.

Obtenção de parâmetros fidedignos em relação à pressão venosa e às funções cardíacas e pulmonares.

Atuação precoce em quadro de comprometimento cardíaco e pulmonar.

POP Nº: ENF. 039: Heparinização mensal de Port-a-Cath.

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Enfermeiro

Material Necessário

- Bandeja.
- Agulha tipo Hubber.
- Solução antisséptica.
- Compressa de gaze estéril.
- Frasco de Heparina (5000UI/ml).
- 02 Agulhas 40x12.
- 02 Seringas de 10 ml.
- 01 Seringa de 20ml.
- 02 Ampolas de soro fisiológico 10ml.
- Álcool 70%
- Luva estéril.
- Micropore.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

Preparar a solução de heparina, utilizando 2,0ml de heparina e 5,0ml de SF 0,9%.

Dispor todo o material a ser utilizado.

Calçar a luva estéril.

Puncionar o Port-a-cath com a agulha tipo Hubber, conforme a técnica.

Conectar a seringa de 10ml a extensão da agulha.

Aspirar de 5 a 6ml de sangue.

Desconectar a seringa.

Colocar a seringa utilizada na bandeja.

Conectar a seringa de 10ml com solução de heparina.

Infundir os 7,0 ml da solução de heparina.

Retirar a agulha Hubber.

Realizar curativo local cobrindo com gaze e fixando com micropore.

Deixar a unidade organizada.

Retirar as luvas.

Desprezar a agulha Hubber em lixo de material perfuro cortante.

Desprezar as luvas em lixo contaminado.

Lavar as mãos.

Anotar o procedimento e as observações em prontuário.

Manuseio de Material

Sempre higienizar a tampa de borracha do frasco-ampola de heparina antes da introdução da agulha para aspiração da medicação.

Ao retirar a agulha Hubber, é importante que o enfermeiro pressione o êmbolo da seringa para evitar refluxo sanguíneo.

Resultados Esperados

Padronizar o procedimento de heparinização de Port-a-cath.

Reduzir o número de manipulações desnecessárias.

Reduzir o risco de infecção por manipulação excessiva.

Ações Corretivas

Havendo resistência na infusão, interromper o procedimento, aspirar o conteúdo presente na extensão do conjunto da agulha Hubber e lavar o sistema com soro fisiológico.

POP Nº: ENF. 040: Heparinização Rotina de Port-a-cath.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Enfermeiro

Material Necessário

Frasco de Heparina (5000UI/ml).

Soro Fisiológico 10ml.

Agulha 40x12.

Seringa estéril de 10 ml.

Compressa de gaze.

Micropore.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

Preparar a solução de heparina, utilizando 0,2ml de heparina para 9,8ml de SF 0,9%.

Infundir 7 ml da solução de heparina.

Realizar curativo no local de inserção da agulha com SF0,9% e clorexidina alcoólico.

Cobrir com gaze e fixando com micropore.

Realizar curativo na extremidade do sistema com gaze.

Registrar procedimento em prontuário.

Manuseio de Material

A solução de heparina acima descrita é utilizada para as heparinizações frequentes, em âmbito hospitalar.

Resultados Esperados

Padronizar o procedimento de heparinização de Port-a-cath.

Reduzir o risco de infecção.

Ações Corretivas

Havendo resistência na infusão, interromper o procedimento, aspirar o conteúdo presente na extensão do conjunto da agulha Hubber e lavar o sistema com soro fisiológico.

POP Nº: ENF. 041: Heparinização Semanal de Hickman.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Frasco de Heparina (5000UI/ml).
Álcool 70%
02 Ampolas de Soro Fisiológico 10ml.
Luvas de procedimento.
02 Agulhas 40x12.
02 Seringas de 10 ml.
02 Agulhas Interlink.
Compressa de gaze.
Micropore.

Passos Críticos

Lavar as mãos.
Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
Preparar duas seringas 10ml com solução de heparina, utilizando 1,0ml de heparina e 6,0ml de SF 0,9%.
Explicar o procedimento ao paciente.
Calçar as luvas de procedimento.
Observar as condições da pele em local de inserção de cateter.
Infundir os 7,0 ml da solução de heparina com uso de uma seringa em cada via.
Proteger a ponta do cateter com curativo com gaze fixado com micropore.

- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as observações em prontuário.
- Checar o procedimento em prescrição médica.

Manuseio de Material

Sempre higienizar a tampa de borracha do frasco-ampola de heparina antes da introdução da agulha para aspiração da medicação.

Resultados Esperados

- Padronizar o procedimento de heparinização de cateter de Hickman.
- Reduzir o número de infecções por manipulação inadequada do cateter de Hickman.
- Reduzir o número de manipulações desnecessárias.

POP Nº: ENF. 042: Heparinização de Rotina de Hickman.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

- Frasco de Heparina (5000UI/ml).
- Ampola de Soro Fisiológico 10ml.
- Luvas de procedimento.
- Agulha 40x12.
- Seringa de 10 ml.
- Agulha Interlink.
- Compressa de gaze.
- Micropore.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

Preparar a solução de heparina, utilizando 0,2ml de heparina para 9,8ml de SF 0,9%.

Explicar o procedimento ao paciente.

Calçar as luvas de procedimento.

Observar as condições da pele em local de inserção de cateter.

Infundir 6 ml da solução de heparina.

Proteger a ponta do cateter com curativo com gaze fixado com micropore.

Retirar as luvas de procedimento.

Desprezar as luvas em lixo contaminado.

Lavar as mãos.

Anotar o procedimento realizado e as observações em prontuário.

Checar o procedimento em prescrição médica.

Manuseio de Material

Se a heparinização for realizada nas duas vias do cateter de Hickman repetir o procedimento para a outra via.

Resultados Esperados

Padronizar o procedimento de heparinização de cateter de Hickman.

Reduzir o número de infecções por manipulação inadequada do cateter de Hickman.

Ações Corretivas

Havendo resistência na infusão, interromper o procedimento, aspirar o conteúdo presente na extensão do conjunto da agulha Hubber e lavar a via do cateter de Hickman com soro fisiológico.

POP Nº: ENF. 043: Nutrição Parenteral.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Enfermeiro

Material Necessário

Bomba de infusão.

Equipo de NPP próprio para a bomba de infusão.

Bolsa de NPP.

Suporte de soro.

Bolas de Algodão

Álcool 70%;

Máscara descartável.

Luvas de procedimento.

Etiqueta de identificação.

Prescrição médica

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material.

Retirar a bolsa de NPP da geladeira uma hora antes da instalação.

Conferir o rótulo da bolsa de NPP com a prescrição médica.

Colocar a máscara

Calçar as luvas de procedimento.

Realizar a desinfecção do lacre da bolsa de NPP com álcool 70% três vezes consecutivas.

Conectar o equipo a bolsa de NPP, com cuidado para não contaminar.

Virar o sistema (bolsa e equipo) para baixo e abrir a pinça do equipo para permitir o gotejamento da solução até o preenchimento de todo o sistema.

Pinçar o equipo após o preenchimento do sistema com a solução.

Colocar a bolsa de NPP no suporte de soro.

Conectar o equipo a bomba de infusão.

Programar a bomba de infusão conforme prescrição médica.

Identificar a bolsa de NPP com nome do responsável pela instalação, data, horário de início e de término.

Orientar ao paciente o procedimento.

Realizar antisepsia do cateter venoso com álcool 70%;

Conectar o equipo de NPP ao cateter venoso do paciente.

Iniciar a infusão.

Manuseio de Material

A administração da NPP deve ser realizada em acesso venoso central e via exclusiva.

A troca de equipo deve ser realizada a cada nova bolsa.

A infusão da mesma bolsa de NPP não deve ultrapassar 24 horas.

A bolsa de NPP não deve ser infundida em temperatura fria, pois pode causar hipotermia.

A solicitação da bolsa de NPP é realizada em impresso específico pelo médico responsável e encaminhado a farmácia.

Resultados Esperados

Melhorar o estado nutricional do paciente.

Auxiliar no processo de cicatrização.

Recuperar o peso do paciente.

Garantir aporte nutricional para pacientes que estejam impossibilitados de receber dieta enteral.

Ações Corretivas

Em caso do término da bolsa de NPP antes da chegada de uma nova bolsa, manter a permeabilidade do acesso venoso com soro fisiológico 0,9%

Se o paciente apresentar um quadro de bacteremia, interromper o gotejamento e comunicar à enfermeira ou ao médico responsável.

POP Nº: ENF. 044: Punção de Port-a-Cath.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Enfermeiro

Material Necessário

Clorexidine alcoólica;
Compressas de gaze esterilizada.
Par de luvas estéril.
Agulha de Hubber (agulha para punção de cateter implantável).
Seringa de 10 ml.
Ampola de água destilada ou soro fisiológico.
Agulha 40x12.
Micropore.

Passos Críticos

Lavar as mãos.
Reunir todo o material necessário em uma bandeja.
Realizar a limpeza da mesa de cabeceira com álcool a 70%.
Colocar o material sobre a mesa.
Abrir os pacotes de material estéril dispondo de forma acessível em campo estéril.
Calçar o par de luvas estéril.
Realizar antisepsia na região de implantação do reservatório, aplicar clorexidine alcoólica embebido em compressa de gaze estéril com movimentos circulares, de dentro para fora, três vezes, consecutivamente.
Enxugar a área com gaze esterilizada.
Delimitar e fixar o reservatório com a mão não dominante.
Puncionar com a mão dominante a região mediana do reservatório com uma agulha tipo Hubber, com angulação perpendicular a pele.
Conectar a seringa, aspirar 5 a 6 ml do sistema para remover a solução de heparina residual e lavar o sistema com soro fisiológico ou água destilada.
Conectar a seringa em equipo para iniciar a terapia endovenosa.

Realizar curativo em local de punção, com compressas de gaze dobradas sob as aletas da agulha Hubber e compressas de gaze abertas sobre a mesma e fixação com micropore.

Manuseio de Material

A punção do Port-a-cath é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro.

Se o acesso venoso central não for utilizado logo após a punção, proceder a heparinização de rotina.

Resultados Esperados

Padronizar o procedimento de punção de Port-a-cath.

Evitar a infecção durante o procedimento de punção de Port-a-cath.

POP Nº: ENF. 045: Retirada de Venóclise.
--

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Luvas de procedimento.

Gaze.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material.

Explicar o procedimento ao paciente.

Calçar as luvas de procedimento.

Fechar a pinça do equipo de soro.

Desconectar o equipo de soro do injetor de borracha.

Retirar o esparadrapo que fixa o cateter venoso à pele do paciente.

Colocar a gaze seca próximo ao cateter intravenoso.

Retirar o cateter com movimento único e rápido.

Aplicar com a gaze uma leve pressão no local de punção.

Observar se houve hemostasia.

Avaliar se a local precisa de cuidados especiais.

Retirar as luvas de procedimento.

Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.

Desprezar o sistema interlink, as luvas de procedimento e o álcool 70% no lixo contaminado.

Lavar as mãos.

Anotar procedimento prestado em prontuário, justificando a retirada do acesso venoso, e qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

Não utilizar álcool 70% para compressão no local da punção, depois de retirado o cateter venoso, por causar ardência.

Em pacientes com distúrbio da coagulação, realizar compressão efetiva após a retirada do cateter venoso e, se necessário, compressa com gelo para promover a vasoconstrição.

Ações Corretivas

Caso a hemostasia não ocorra em três a cinco minutos, realizar um curativo oclusivo no local com gaze e micropore.

POP Nº: ENF. 046: Salinização de Cateter Venoso Periférico.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Luvas de procedimento.

Álcool 70%

Bolas de Algodão

Kit de salinização

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material.

Acoplar a seringa de 5ml à agulha interlink.

Aspirar o soro fisiológico.

Retirar o ar da seringa.

Explicar o procedimento ao paciente.

Desconectar o dispositivo trava clip do injetor de borracha do equipo.

Realizar a assepsia do injetor de borracha.

Infundir o soro fisiológico com fluxo rápido e ininterrupto.

Observar a permeabilidade do acesso venoso.

Retirar as luvas de procedimento.

Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.

Desprezar o sistema interlink e as luvas de procedimento no lixo contaminado.

Lavar as mãos.

Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

Os kits de salinização devem ser solicitados à Farmácia, sendo composto por soro fisiológico de 10ml, agulha interlink e seringa de 5ml.

Resultados Esperados

Evitar punções venosas repetidas.

Manter a permeabilidade do acesso venoso.

Evitar a administração de anticoagulante desnecessário.

Evitar a coagulação sanguínea no cateter venoso.

Ações Corretivas

Se durante a infusão do soro fisiológico o paciente referir ardência, observar as condições de permeabilidade da rede venosa.

Se durante a infusão do soro fisiológico houver infiltração local, retirar o cateter venoso e proceder à nova punção.

POP Nº: ENF. 047: Auxílio na Passagem de Cateter Venoso Central.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Mesa Mayo.

Óculos de proteção.

Gorro.

Máscaras descartáveis.

Avental estéril.

02 Campos cirúrgicos estéreis.

Luvas estéreis.

- 03 pacotes de gazes estéreis.
- 01 seringa de 20ml.
- 01 seringa de 10ml.
- 01 agulha 40x12.
- 01 agulha 30x8.
- 01 cateter central (Intracath; Duplo lúmen).
- 01 bandeja de punção.
- 01 frasco de solução antisséptica (Cloroexidine alcoólico 0,5%).
- 01 frasco de Xylocaína 2%.
- 01 torneirinha.
- 01 polifix.
- 02 injetores de borracha.
- 01 equipo Eurofix.
- 01 SF 0,9% de 100 ou 250ml.
- 01 fio de sutura – Polycot 2.0.
- 1 micropore 25 mm (30 cm)

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente sempre que possível.

Aproximar a mesa Mayo do leito.

Posicionar o paciente em decúbito horizontal dorsal, retirar o travesseiro.

Auxiliar o médico na paramentação (colocar gorro, máscara, avental e luva estéril).

Abrir bandeja de punção sobre a mesa Mayo.

Abrir todos os materiais necessários para punção e inserção do cateter (agulhas, seringas, gazes), oferecendo ao médico com técnica estéril.

Oferecer solução antisséptica (Cloroexidine alcoólico 0,5%).

Oferecer Xilocaína 2% ao médico.

Deixar preparado o SF 0,9% conectado ao equipo Eurofix, polifix e torneirinha para adaptar no cateter.

Após a punção, conectar o soro no cateter e realizar teste de refluxo sanguíneo abaixando o soro.

Realizar curativo oclusivo com SF 0,9% + Cloroexidine alcoólico 0,5% e ocluindo com gaze estéril e micropore.

Posicionar o paciente confortavelmente.

Desprezar materiais contaminados em sanito branco.

Deixar o quarto organizado.

Desprezar as agulhas no lixo de material perfuro cortante.

Anotar o procedimento realizado e as intercorrências em prontuário hospitalar.

Manuseio de Material

Deve ser feito controle radiológico após a punção do cateter, que será solicitado pelo médico de plantão.

Atentar para hemorragias por punção acidental de artéria, arritmias por excesso de progressão do cateter no ventrículo.

Atentar para traumatismos ou perfuração das paredes vasculares por manuseio brusco do cateter.

Trocar o curativo do cateter a cada 24 horas ou se estiver sujo ou deslocado.

No segundo dia de cateter central, se ausência de sangramento, trocar o curativo com gaze por filme transparente (Tegaderme).

Resultados Esperados

Obter acesso venoso central, atingindo diretamente a circulação sanguínea sistêmica.

Possibilitar a administração de todos os tipos de substâncias endovenosa concomitantemente e com fluxo rápido quando necessário.

Obter dados hemodinâmicos do paciente, como por exemplo, a PVC.

Ações Corretivas

Havendo sinais de infecção no local de inserção do cateter (hiperemia, secreção purulenta, febre, prurido, dor no local) ou ruptura do cateter, comunicar ao médico.

Em caso de obstrução do cateter, aspirar com seringa de 1 ml e lavar com SF 0,9%, sempre movimentando o trombo para fora, nunca deslocar o trombo para dentro do cateter, se persistir a obstrução, comunicar ao médico e solicitar passagem de novo cateter.

POP Nº: ENF. 048: Aspiração de Traqueostomia.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Frasco coletor de secreção de vidro.
Copo descartável 150ml com água corrente.
Luva estéril.
Sonda de aspiração (nº 12 ou 14).
Máscara cirúrgica comum.
Óculos protetor.
Gazes estéril, se necessário.
Xylocaína gel, se necessário.
Soro fisiológico 0,9% 10ml, se necessário.

Passos Críticos

Lavar as mãos.
Reunir todo material.
Explicar o procedimento ao paciente se for possível.
Verificar as condições respiratórias e hemodinâmicas do paciente.
Colocar máscara e óculos de proteção.
Abrir a embalagem da sonda de aspiração.
Conectar a sonda de aspiração à extremidade da extensão, com técnica asséptica.
Ligar o aspirador e ajustar a pressão negativa.
Calçar as luvas estéreis.

Introduzir a sonda de aspiração na cânula traqueal, mantendo o orifício da sonda aberta para não aplicar sucção.

Ocluir o orifício da sonda de aspiração para propiciar sucção.

Fazer movimentos circulares com a sonda trazendo-a para fora em menos de 10 segundos.

Aspirar secreções da orofaringe e finalizar com aspiração oral, se necessário.

Lavar a extensão do aspirador com a água do copo.

Proteger extremidade da extensão de látex.

Retirar as luvas.

Desligar o sistema a vácuo.

Posicionar o paciente confortavelmente.

Deixar o quarto organizado.

Desprezar as luvas em lixo contaminado.

Lavar as mãos.

Anotar o procedimento realizado e as características das secreções.

Checar o procedimento em prescrição médica ou de enfermagem.

Manuseio de Material

Na introdução da sonda de aspiração quando encontrar resistência, não forçar a sonda e retornar um cm da sonda, antes de começar a aspirar.

Para manter as vias aéreas permeáveis, aspirar ao paciente sempre que houver necessidade.

Fazer anotação de enfermagem de todas as aspirações realizadas.

Cada aspiração deverá estar checada na prescrição de enfermagem.

A aspiração deverá ser feita somente quando necessária nunca como rotina.

Manter o decúbito elevado em 30° durante aspiração.

Interromper a administração da dieta enteral durante o procedimento de aspiração, para prevenir vômitos e aspiração pulmonar.

Resultados Esperados

Manter a permeabilidade das vias aéreas.

Realizar coleta de secreção traqueal para exames laboratoriais.

Ações Corretivas

Caso haja diminuição da frequência cardíaca ou arritmias, queda da saturação de O₂ (SpO₂), cianose ou sangramento durante a aspiração, interromper imediatamente a aspiração e oferecer oxigênio o paciente.

POP Nº: ENF. 049: Oxigenoterapia com Cânula Nasal Tipo Óculos
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Cânula nasal.

Umidificador de O₂.

Oxigênio.

Água destilada.

Passos Críticos

Lavas as mãos.

Reunir o material.

Explicar o procedimento e finalidade ao paciente.

Colocar o paciente em posição confortável.

Preencher o umidificador com água destilada, obedecendo o nível máximo e mínimo.

Adaptar a cânula ao umidificador.

Colocar a cânula no nariz do paciente.

Abrir o fluxômetro.

Manter o fluxo de O₂(de3-5l/min ou), conforme prescrição médica.

Manuseio de Material

Observar o nível de água destilada do umidificador, a fim de que não ultrapasse o nível contido no frasco, para evitar a inalação de água pelo paciente.

Resultados Esperados

Melhora padrão respiratório.

Oferecer ao paciente oxigenoterapia necessária.

Ações Corretivas

Caso haja piora de o quadro respiratório comunicar o enfermeiro e médico plantonista.

POP Nº: ENF. 050: Oxigenoterapia com Máscara na Reinalante.		
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB		
Estabelecido em: 14/10/2022	Próxima revisão: 14/10/2023	Nº Revisão: 01
Executor: Equipe de enfermagem		

Material Necessário

Máscara não reinalante.

Umidificador de O2.

Oxigênio.

Água Destilada.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir o material.

Explicar o procedimento e finalidade ao paciente.

Colocar o paciente em posição confortável.

Preencher o umidificador com água destilada, obedecendo o nível mínimo e máximo.

Adaptar a máscara ao umidificador preencher o reservatório.

Colocar a máscara na face do paciente, acoplando boca e nariz.

Manter o fluxometro com quantidade de O2 conforme prescrição médica.

Manuseio de Material

Observar o nível da água destilada do umidificador, a fim de que não ultrapasse o nível permitido, para evitar que a água se deposite no reservatório da máscara.

Resultados Esperados

Oferecer ao paciente oxigenoterapia necessária.

Melhorar padrão respiratório.

Ações Corretivas

Caso haja piora do quadro o enfermeiro e médico de plantão deverão ser comunicados.

POP Nº: ENF. 051: Curativo em Cateter Semi-Implantável com Gaze.
--

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Enfermeiro

Material Necessário

Kit de curativo (pinça dente de rato, pinça Kelly e pinça anatômica).

Luvas de procedimento.

Soro Fisiológico 0,9%.

Clorexidina Alcólico.

Pacote com gaze estéril.

Micropore.

Tesoura.

Sanito branco.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Abrir o estojo com material estéril utilizando técnica asséptica.
- Abrir o pacote de gaze estéril com técnica asséptica, utilizando o invólucro do material esterilizado como campo estéril.
- Utilizar a pinça dente de rato para a remoção do curativo anterior.
- Desprezar o curativo no sanito branco.
- Colocar a pinça dente de rato em local distante do campo estéril.
- Observar aspecto de local de inserção de cateter semi-implantável, avaliando integridade cutânea, presença de sinais flogísticos, presença de sangramento e/ou secreção.
- Utilizar a pinça anatômica e a pinça Kelly para montagem de “bonequinhos” de gaze.
- Fixar a gaze com a pinça Kelly.
- Umedecer a gaze com SF0,9%.
- Realizar a limpeza em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.
- Desprezar a gaze em sanito branco.
- Umedecer a gaze com clorexidina alcoólico.
- Realizar a antisepsia com clorexidina alcoólico em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.
- Desprezar a gaze em sanito branco.
- Secar o local de inserção do cateter semi-implantável com gaze seca.
- Utilizar as pinças Kelly e anatômica para ocluir a inserção do cateter semi-implantável com gaze.
- Fixar a gaze com micropore.
- Registrar nome e data em fita adesiva.
- Fixar sobre o curativo.
- Anotar procedimento realizado e as observações em prontuário.
- Checar procedimento em Prescrição de Enfermagem.

Resultados Esperados

- Padronizar a técnica do curativo em inserção de cateteres semi-implantáveis.
- Reduzir o risco de contaminação em inserções de cateteres semi-implantáveis.

Ações Corretivas

Se houver a presença de secreção e hiperemia local em inserção de cateter venoso central, comunicar a enfermeira de plantão.

POP Nº: ENF. 052: Curativo em Cateter Semi-implantavel com Tegaderme.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Enfermeiro

Material Necessário

Kit de curativo (pinça dente de rato, pinça Kelly e pinça anatômica).

Luvas de procedimento.

Pacote com Gaze estéril.

Soro Fisiológico 0,9%.

Clorexidina Alcoólico.

Tegaderm.

Sanito branco.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

Explicar o procedimento ao paciente.

Calçar as luvas de procedimento.

Abrir o estojo com material estéril utilizando técnica asséptica.

Abrir o pacote de gaze estéril com técnica asséptica, utilizando o invólucro do material esterilizado como campo estéril.

Utilizar a pinça dente de rato para a remoção do curativo anterior.

Desprezar o curativo no sanito branco.

Colocar a pinça dente de rato em local distante do campo estéril.

Observar aspecto de local de inserção de cateter semi-implantável, avaliando integridade cutânea, presença de sinais flogísticos, presença de sangramento e/ou secreção.

Utilizar a pinça anatômica e a pinça Kelly para montagem de “bonequinhas” de gaze.

Fixar a gaze com pinça Kelly.

Umedecer a gaze com SFO, 9%.

Realizar a limpeza em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.

Desprezar a gaze em sanito branco.

Umedecer a gaze com clorexidina alcoólico.

Realizar a antisepsia com clorexidina alcoólico em inserção de cateter semi-implantável com movimentos circulares em direção única do centro para a periferia, alternando os lados da gaze.

Desprezar a gaze em sanito branco.

Secar o local de inserção do cateter semi-implantável.

Posicionar o Tegaderm sobre o local de inserção do cateter.

Retirar o selo protetor das bordas expondo a superfície aderente.

Fixar o filme transparente.

Registrar nome e data em local apropriado.

Anotar o procedimento realizado as observações em prontuário.

Checar Prescrição de Enfermagem.

Manuseio de Material

O Tegaderm deve ser trocado após 7 dias ou se o filme transparente apresentar déficit em sua aderência.

Resultados Esperados

Padronizar a técnica do curativo em inserção de cateteres semi-implantáveis.

Reduzir o risco de contaminação em inserções de cateteres semi-implantáveis.

Ações Corretivas

Se o local de inserção do cateter venoso central estiver com secreção, comunicar a enfermeira de plantão.

Se houver enrugamento do filme transparente com comprometimento da função protetora do Tegaderm, retirar o curativo.

POP Nº: ENF. 053: Técnica de Curativo.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Material de Curativo.

Luvas de Procedimento.

Óculos de Proteção.

Gases Estéreis.

Soro Fisiológico 0,9%.

Agulha 40/12.

Micropore.

Máscara.

Cobertura adequada.

Atadura crepe, se necessário.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir o material necessário.

Explicar ao paciente o procedimento e finalidade.

Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.

Garantir a privacidade do paciente.

Calçar as luvas não estéreis para retirar o curativo anterior.

Abrir o material de curativo com a técnica asséptica.

Colocar as picas com os cabos voltados para fora do campo.

Realizar limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada, lembrando que, nas feridas cirúrgicas limpas, a pele ao redor é considerada mais contaminada que a lesão. Nas lesões

infectadas, a área mais contaminada é a própria lesão. Neste caso, procede-se a antisepsia de fora para dentro, limpando primeiramente a área, a pele e por último a lesão.

Retirar apenas a solução salina da pele para uma adequada fixação da cobertura. O leito da lesão deverá permanecer úmido, uma vez que essa condição é a ideal para a cicatrização.

Aplicar a cobertura adequada, evitando dobraduras para não haver pressão local.

Instalar cobertura secundária, se necessário (atadura crepe, compressa gaze estéril, compressa cirúrgica estéril).

Fixar com micropore.

Deixar a unidade em ordem, recolhendo o material e desprezando-o nos seus respectivos locais.

Lavas as mãos.

POP Nº: ENF. 054: Curativo de Drenos.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

1 Material de Curativo estéril.

Gases estéreis.

Soro Fisiológico 0,9%.

Micropore.

Luvas não estéreis.

Coletor.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir o material.

Explicar ao paciente o procedimento e finalidade.

Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.

Abrir o material de curativo com técnica asséptica.

Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo.

Calçar as luvas.

Remover o curativo anterior.

Limpar o local da inserção do dreno, utilizando movimentos semicirculares, e as duas faces da gase.

Limpar a região ao redor do ponto de inserção com soro fisiológico 0,9%.

Secar a região do ponto de inserção, e a seguir ao redor do mesmo, utilizando uma gase para cada local.

Colocar o coletor adequado.

Fixar.

Deixar a unidade em ordem.

Lavar as mãos.

Manuseio de Material

Sistemas fechados de drenagem devem ser manipulados assepticamente e o sistema (dreno, extensão, bolsa coletora) não deve ser desconectado.

Se dreno de penrose, por exemplo, devem ser ocluídos com gases estéreis e trocados sempre que apresentar saturação.

Resultados Esperados

Proporcionar conforto e bem-estar par ao paciente.

Realizar curativo com técnica asséptica e livre de contaminação.

Ações Corretivas

Caso haja qualquer anormalidade o médico e enfermeiro supervisor deverão ser comunicados.

Observar características da drenagem, anotar e comunicar se alterações.

POP Nº: ENF. 055: Curativo de Colostomia/Ileostomia.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Material de curativo estéril.

Gases estéreis, se necessário.

Soro Fisiológico 0,9%.

Luvas de Procedimento.

Tesoura.

Bolsa coletora.

Placa adesiva.

Passos Críticos

Lavas as mãos.

Reunir o material.

Explicar ao paciente o procedimento e finalidade.

Garantir a privacidade do paciente.

Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.

Abrir o pacote de curativos com técnica asséptica.

Colocar as pinças com os cabos voltados para borda do campo estéril.

Calçar as luvas.

Limpar a região peri-ostomial. Proteger a ostomia, com gaze, para impedir a drenagem de secreções, se necessário.

Secar a região com gaze.

Medir o ostoma, demarcar e recortar a placa no tamanho necessário.

Acoplar a bolsa a placa e o "clamp" na parte inferior da bolsa. Retirar o adesivo da bolsa coletora simples ou da placa e fixar ao redor do ostoma.

Retirar as luvas.

Deixar a unidade em ordem.

Lavar as mãos.

Manuseio de Material

Orientar o paciente quanto a utilização da placa protetora a fim de prevenir lesões do epitélio peri-ostomal.

Orientar o paciente a esvaziar a bolsa sempre que necessário, de acordo com a drenagem.

Para a bolsa com placa, deve-se abrir o “clamp” na parte inferior e esvaziar e lavar a bolsa, sempre que necessário.

Resultados Esperados

Proporcionar o conforto e bem-estar par ao paciente.

Garantir integridade da pele do paciente.

Ações Corretivas

A cada troca da bolsa, verificar se há qualquer lesão da pele ou distensão abdominal.

Realizar a troca das bolsas simples a cada 24hs e sempre que necessário.

Realizar a troca da bolsa com placa protetora apenas quando necessário (perder aderência ou extravasamento de secreções)

POP Nº: ENF. 056: Curativo de Traqueostomia.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Luvas de procedimento.

Gazes estéreis.

SF 0,9% 10ml.

01 metro de cadarço.

Óculos de proteção.

Máscara facial.

Sanito branco.

Luvas estéreis, se necessário.

01 Kit de aspiração secreção nº 12, se necessário.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material necessário em uma bandeja.

Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado, se possível.

Posicionar o paciente em decúbito de 45°.

Colocar a máscara e óculos de proteção.

Abrir o pacote de gazes, SF0,9% e o cadarço.

Remover o curativo anterior, usando luvas de procedimento.

Desprezar as gazes sujas em sanito branco.

Certificar se que o cuff da traqueostomia está insuflado.

Aspirar a traqueostomia, se necessário, conforme a técnica.

Limpar ao redor da inserção da traqueostomia com SF 0,9%.

Secar ao redor da ostomia.

Colocar gaze estéril sob a haste de metal ao redor da cânula.

Colocar o cadarço novo fixando a traqueostomia.

Desprezar o cadarço sujo no sanito branco.

Posicionar o paciente confortavelmente.

Deixar o quarto organizado.

Retirar as luvas de procedimento.

Desprezar as luvas no sanito branco.

Lavar as mãos.

Anotar o procedimento realizado relatando quantidade e aspecto da secreção observada na traqueostomia.

Manuseio de Material

Os curativos da traqueostomia devem ser prescritos pelo enfermeiro.

A troca do curativo deve ser realizada após o banho e sempre que necessário.

Caso o paciente esteja com cânula de metal, retirar a parte interna da cânula e lavar com água destilada para evitar obstrução por acúmulo de secreções.

Para avaliar se o cuff está insuflado, pressionar a bolsa externa.

A aspiração da traqueostomia é realizada com técnica asséptica.

Resultados esperados

Garantir desobstrução da traqueostomia.

Reduzir o risco de infecção.

Manter ostomia com bom aspecto.

Manter a higiene da ostomia.

Ações Corretivas

Se durante a aspiração da traqueostomia o paciente apresentar desconforto respiratório intenso ou cianose, interromper o procedimento e oferecer oxigenoterapia.

POP Nº: ENF. 057: Administração de Soroterapia.
Sugerido por Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Álcool 70%;

Frasco de soro prescrito.

Luvas de procedimento.

Identificação do soro.

Suporte para soro.

Seringa estéril.

Agulha estéril.

Equipo de eurofix.

Trava clip.

Injetor de borracha, se necessário.

Abocath.

Micropore, se necessário.

Garrote, se necessário.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material.

Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.

Disponibilizar o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.

Observar as características da solução contidas no frasco.

Retirar o lacre do frasco de soro.

Conectar o equipo eurofix em local adequado no frasco de soro.

Preencher toda a extensão do equipo com o soro, retirando o ar.

Conectar a trava clip na extremidade do equipo, sem retirar a capa protetora.

Separar a ampola da medicação prescrita.

Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%

Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.

Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.

Aspirar à quantidade de líquido prescrito.

Realizar a assepsia com álcool 70% no injetor de borracha do frasco de soro.

Introduzir o bisel da agulha no injetor do soro.

Injetar o líquido da seringa.

Identificar o frasco de soro com o nome e leito do paciente, as medicações adicionadas, o gotejamento prescrito, horário de início e previsão do término, e o nome do responsável pela preparação.

Explicar o procedimento ao paciente.

Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

Pendurar o frasco de soro no suporte.

Calçar as luvas de procedimento.

Puncionar um acesso venoso, se necessário.

Realizar a assepsia do injetor de borracha presente no acesso venoso.

Retirar a capa da trava clip.

Conectar o dispositivo trava clip no injetor de borracha.

Abrir a pinça do equipo.

Observar a permeabilidade do acesso venoso.

Graduar o número de gotas de acordo com a escala de horário.

Posicionar o paciente confortavelmente.

Retirar as luvas de procedimento.

Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.

Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.

Lavar as mãos.

Checar o horário da medicação em prescrição médica.

Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

Se o paciente já estiver com acesso venoso, observar as condições de permeabilidade.

Em caso de paciente em soroterapia e com medicações via endovenosa prescrita, conectar um dispositivo polifix.

Identificar toda a punção venosa com nome do responsável e data do procedimento.

Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

Ações Corretivas

Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

POP Nº: ENF.058: Administração de medicamento por via intravenosa (IV)
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Álcool 70%

Gaze.

Luvas de procedimento.

Fita adesiva para identificar a seringa.

Água destilada 10ml.

Medicação prescrita.

02 Agulhas estéreis 40x12.

Seringa estéril.

Garrote.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.

Disponibilizar o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.

Abrir a seringa e a agulha.

Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.

Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%

Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.

Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.

Aspirar a quantidade de líquido prescrito.

Retirar todo o ar da seringa.

Diluir a medicação aspirada com água destilada.

Trocar a agulha para a administração da medicação.

Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.

Explicar o procedimento ao paciente.

Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

Escolher o local de aplicação.

Observar a integridade cutânea, as condições de hidratação da pele e as condições da rede venosa do paciente.

Garrotear o membro, em região acima do local escolhido para a punção.

Solicitar ao paciente que feche as mãos com força.

Calçar as luvas de procedimento.

Fazer antisepsia da região com álcool 70% com movimentos em sentido único.

Fixar a veia de escolha.

Colocar o dedo indicador da mão dominante sobre o canhão da agulha e com os demais dedos segurar a seringa.

Manter a agulha com o bisel voltado para cima.

Puncionar a veia aproximadamente 1 cm antes do local onde a veia deverá ser alcançada com um ângulo de 15°.

Retirar o garrote e observar a presença de sangue.

Solicitar ao paciente que abra a mão.

Pressionar lentamente o êmbolo, injetando todo o líquido.

Retirar a agulha com movimento único e rápido.

Comprimir região da punção com gaze seca.

Orientar que o paciente mantenha o braço elevado em 60° por aproximadamente 3 minutos.
Se paciente internado ou observação, identificar o adesivo com data, nome do realizador do procedimento e hora, para controle de uma nova punção ou para troca da fixação do cateter.
Reunir todo o material na bandeja.
Posicionar o paciente confortavelmente.
Retirar as luvas de procedimento.
Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfuro cortante.
Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.
Lavar as mãos.
Checar o horário da medicação em prescrição médica.
Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

Evitar a punção de membros com fístula artério-venosa ou lado mastectomizado.
Escolher sempre o local de punção mais distal, para preservar a extensão do acesso venoso.
Nunca reencapar a agulha.
Caso a visualização da rede venosa esteja difícil, utilizar técnicas para promover a vasodilatação, como a aplicação de calor local com compressas quentes ou foco de luz.

Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.
Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

Em caso de transfixação de veia, durante a punção venosa, comprimir o local por alguns minutos e depois realizar compressa quente para melhor absorção local.

POP Nº: ENF. 059: Administração de medicamento por via dermatológica (ID)
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Álcool 70%;

Gaze.

Luvas de procedimento.

Fita adesiva para identificar a seringa.

Medicação prescrita.

Agulha estéril 40x12.

Agulha estéril 13x4,5.

Seringa estéril de 1ml.

Biombo.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.

Disponibilizar o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.

Abrir a seringa e a agulha.

Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.

Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%;

Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.

Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.

Aspirar a quantidade de líquido prescrito.

Retirar todo o ar da seringa.

Trocar a agulha para a administração da medicação.
Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.
Explicar o procedimento ao paciente.
Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.
Escolher o local de aplicação.
Posicionar o paciente adequadamente.
Calçar as luvas de procedimento.
Fazer antisepsia da região com álcool 70%;
Observar a integridade cutânea e as condições de hidratação da pele.
Firmar a pele com os dedos polegar e indicador das mãos não dominante.
Introduzir a agulha na pele com o bisel voltado para cima a um ângulo de 15°.
Pressionar o êmbolo vagorosamente.
Observar a formação de uma pápula.
Retirar a agulha.
Não friccionar o local
Reunir todo o material na bandeja.
Posicionar o paciente confortavelmente.
Retirar as luvas de procedimento.
Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.
Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfuro cortante.
Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.
Lavar as mãos.
Checar o horário da medicação em prescrição médica.
Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

Em geral, a injeção intradérmica é utilizada na aplicação da vacina BCG, na inserção da parte inferior do músculo deltoide, e em testes alérgicos, na face anterior do antebraço.
É importante a visualização da pápula durante a aplicação.
Nunca friccionar o local da aplicação.

Resultados Esperados

Prevenir o aparecimento de doenças, caracterizado pela vacinação.

Realizar testes alérgicos.

POP Nº: ENF. 060: Administração de medicamento por via intramuscular (IM)
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Álcool 70%

Gaze.

Luvas de procedimento.

Fita adesiva para identificar a seringa.

Medicação prescrita.

Agulha estéril 13x4,5 ou 25x7 ou 25x8 ou 20x6 (comprimento/calibre compatível com a massa muscular solubilidade do líquido a ser injetado). 13x4,5 para neonatos.

Seringa estéril.

Biombo.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.

Disponibilizar o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.

Abrir a seringa e a agulha.

Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.

Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%;

Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.

Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.

Aspirar a quantidade de líquido prescrito.

Retirar todo o ar da seringa.

Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.

Explicar o procedimento ao paciente.

Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.

Escolher o local de aplicação.

Posicionar o paciente adequadamente.

Calçar as luvas de procedimento.

Fazer antisepsia da região com álcool 70%;

Observar a integridade cutânea e as condições de hidratação da pele.

Esticar a pele.

Firmar o músculo.

Introduzir a agulha em um movimento único e firme, com a técnica adequada.

Aspirar ao êmbolo da seringa para verificar se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo.

Pressionar o êmbolo até o final, injetando todo o líquido.

Retirar a agulha rapidamente.

Comprimir a pele com gaze seca.

Reunir todo o material na bandeja.

Posicionar o paciente confortavelmente.

Retirar as luvas de procedimento.

Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.

Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfuro-cortante.

Desprezar as luvas de procedimento e o álcool swab utilizado no lixo contaminado.

Lavar as mãos.

Checar o horário da medicação em prescrição médica.

Anotar qualquer anormalidade observada.

Em pacientes adultos os locais indicados são:

1ª opção: Ventre-glútea - volume máximo de 5 ml

2ª opção: Vasto lateral da coxa - volume máximo de 5 ml

3ª opção: Dorso-glútea - volume máximo de 5 ml

4ª opção: Deltoidiana - volume máximo de 2 ml (em pacientes com desenvolvimento de massa muscular normal)

Em crianças os locais e volumes indicados são:

1ª opção: Ventre-glútea - não recomendada para menores de 3 anos

- Crianças de 3 a 6 anos: até 1,5 ml;
- Crianças de 6 a 14 anos: até 2,0 ml;
- Adolescentes: até 2,5 ml;

2ª opção: Vasto lateral da coxa

- Prematuros e neonatos – até 0,5 ml
- Menores de 3 anos: até 1 ml;
- Crianças de 3 a 6 anos: até 1,5 ml;
- Crianças de 6 a 15 anos: até 2,0 ml;
- Adolescentes: até 2,5 ml

3ª opção: Dorso-glútea - não recomendado para menores de 3 anos

- Crianças de 3 a 6 anos: até 1 ml;
- Crianças de 6 a 14 anos: até 2,0 ml;
- Adolescentes: até 2,5 ml

4ª opção: Deltóide

Crianças de 6 a 14 anos: até 0,5 ml;

Adolescentes: até 1 ml

Manuseio de Material

A angulação da agulha durante a introdução e o posicionamento do paciente varia de acordo com a região escolhida.

O local de aplicação da injeção intramuscular é determinado pela droga (irritante), volume a ser aplicado e características do paciente.

As regiões de aplicação intramuscular são: deltoide, dorsoglútea, ventroglútea, face anterolateral da coxa.

Em caso de frasco-ampola, realizar a assepsia da região de borracha com álcool swab antes da introdução da agulha.

Nunca reencapar a agulha.

Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

Prevenir o aparecimento de doenças, caracterizado pela vacinação.

Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

Se durante a etapa da aspiração, após a introdução da agulha na região escolhida, houver retorno de sangue, retirar a agulha comprimindo o local de punção e realizar novo preparo e administração de medicação.

Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

POP Nº: ENF. 061: Administração de medicamento por via subcutânea (SC)

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Álcool 70%

Luvas de procedimento.

Fita adesiva para identificar a seringa.

Medicação prescrita.

Agulha estéril 40x12.

Agulha estéril 13X4,5.

Seringa estéril de 1ml.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.

Disponibilizar o material a ser utilizado sobre o balcão da sala de preparação.

Abrir a seringa e a agulha.

Conectar a agulha a ponta da seringa, mantendo os princípios de assepsia.

Realizar a assepsia da ampola com álcool 70%

Quebrar a ampola envolvida em uma gaze seca.

Introduzir a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo, com cuidado para não se encostar às bordas.

Aspirar à quantidade de líquido prescrito.

Retirar todo o ar da seringa.

Trocar a agulha para a administração da medicação.

Colar na seringa uma fita adesiva identificada com o nome do paciente, quarto e leito, nome da medicação e horário.

Explicar o procedimento ao paciente.

Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

Escolher o local de aplicação.

Posicionar o paciente adequadamente.

Calçar as luvas de procedimento.

Fazer antisepsia da região com álcool 70%;

Observar a integridade cutânea e as condições de hidratação da pele.

Pressionar a pele com os dedos polegar e indicador da mão não dominante.

Introduzir a agulha em um ângulo de 30º a 90º em relação à pele.

Aspirar verificar se a agulha não atingiu nenhum vaso sanguíneo.

Injetar o líquido vagorosamente.

Retirar a agulha rapidamente.

Comprimir a pele com gaze seca.

Reunir todo o material na bandeja.

Posicionar o paciente confortavelmente.

Retirar as luvas de procedimento.

Encaminhar a bandeja para a sala de medicação.

Desprezar a agulha acoplada à seringa na caixa de material perfuro cortante.

Desprezar as luvas de procedimento e o álcool 70% utilizado no lixo contaminado.

Lavar as mãos.

Checar o horário da medicação em prescrição médica.

Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

Em caso de frasco-ampola, realizar a assepsia da região de borracha com álcool 70% antes da introdução da agulha.

A angulação da agulha depende da constituição física do paciente e do calibre da agulha utilizada.

Não massagear o local após a aplicação da medicação, pois ocorre alteração no tempo de absorção.

Os locais de aplicação subcutânea são: abdome, face lateral do braço, face anterior da coxa e região infra-escapular.

Realizar o rodízio entre as áreas de aplicação subcutânea.

Não é necessário realizar a etapa de aspiração após a introdução da agulha ao uso de Clexane.

Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

Prevenir o aparecimento de doenças, caracterizado pela vacinação.

Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

Se durante a etapa da aspiração, após a introdução da agulha na região escolhida, houver retorno de sangue, retirar a agulha comprimindo o local de punção e realizar novo preparo e administração de medicação.

Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

POP Nº: ENF. 062: Administração Sublingual.

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Recipiente para colocar a medicação (copo plástico).

Fita adesiva para identificação.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.

Colocar a medicação em recipiente apropriado.

Identificar o recipiente com o nome do paciente, número do quarto e do leito e horário da medicação.

Explicar o procedimento ao paciente.

Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

Colocar o paciente em posição confortável.

Oferecer o comprimido ao paciente.

Solicitar que o paciente coloque o comprimido sob a língua.

Orientar o paciente que permaneça com o medicamento sob a língua, até sua diluição.

Observar as possíveis reações do paciente.

Lavar as mãos.

Checar o horário da medicação em prescrição médica.

Anotar qualquer anormalidade observada

Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

Prevenir o aparecimento de doenças.

Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

POP Nº: ENF. 063: Administração Via Auricular.

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Gazes.

Algodão.

Luvas de procedimento.

Sanito branco.

Frasco de medicação com conta-gotas.

Fita adesiva para identificação.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.

Explicar o procedimento ao paciente.

Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

Calçar as luvas de procedimento.

Posicionar o paciente em decúbito lateral (com o ouvido a ser medicado para cima).

Tracionar o lobo da orelha para cima e para trás.

Abrir o frasco e aspirar a quantidade prescrita ou virar o frasco conta-gotas para baixo.

Instilar a medicação, evitando que entre em contato com a pele do paciente.

Proteger o orifício auricular com algodão.

Limpar com gaze a região auricular externa, se necessário.

Desprezar a gaze suja em sanito branco.

Solicitar ao paciente que permaneça por alguns minutos nesta posição.

Fechar o frasco de medicação.

Retirar as luvas de procedimento.

Desprezar as luvas em sanito branco.

Lavar as mãos.

Checar o horário da medicação administrada em prescrição médica.

Identificar o frasco de medicação com o nome, número do quarto e leito, e data de abertura.

Manuseio de Material

Segurar o conta-gotas pelo bulbo de borracha, evitando que a solução suba e entre no bulbo.

O frasco de medicação, com via de administração auricular, é de uso individual.

Evitar sempre o contato do conta-gotas com a pele do paciente.

Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

POP Nº: ENF. 064: Administração Via Nasal.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Gazes.

Luvas de procedimento.

Sanito branco.

Frasco de medicação com conta-gotas.

Fita adesiva para identificação.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e o leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.

Explicar o procedimento ao paciente.

Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

Calçar as luvas de procedimento.

Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça inclinada para trás, favorecendo a visualização as narinas.

Abrir o frasco e aspirar a quantidade prescrita ou virar o frasco conta-gotas para baixo.

Instilar diretamente na cavidade nasal, evitando que o conta-gotas ou a ponta do frasco toque na mucosa nasal.

Limpar o excesso de medicamento com gaze.

Desprezar as gazes sujas no sanitócio.

Solicitar ao paciente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal.

Realizar a limpeza do conta-gotas com água corrente e sabão.

Recolocar o conta-gotas no frasco.

Retirar as luvas de procedimento.

Desprezar as luvas no sanitócio.

Lavar as mãos.

Checar o horário da medicação administrada em prescrição médica.

Identificar o frasco de medicação com o nome, número do quarto e leito, e data de abertura.

Manuseio de Material

Segurar o conta-gotas pelo bulbo de borracha, evitando que a solução suba e entre no bulbo.

O frasco de medicação, com via de administração nasal, é de uso individual.

Evitar sempre o contato do conta-gotas com a mucosa nasal.

Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

Prevenir o aparecimento de doenças.

Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

POP Nº: ENF. 065: Administração Via Ocular.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Gazes.

Luvas de procedimento.

Sanito branco.

Frasco de medicação com conta-gotas.

Fita adesiva para identificação.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.

Explicar o procedimento ao paciente.

Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

Calçar as luvas de procedimento.

Posicionar o paciente em decúbito dorsal.

Limpar as pálpebras e os cílios do paciente com gaze, se necessário.

Desprezar as gazes sujas no sanitário branco.

Abrir o frasco e aspirar a quantidade prescrita ou virar o frasco conta-gotas para baixo.

Expor a conjuntiva inferior, colocando o indicador próximo à margem da pálpebra inferior, abaixando os cílios e exercendo pressão para baixo.

Segurar o conta-gotas próximo ao olho, evitando encostá-lo nas pálpebras e cílios.

Solicitar o paciente que olhe para cima.

Instilar a medicação no centro do saco conjuntival.

Solicitar o paciente que feche as pálpebras e mova os cílios, permitindo o escoamento sobre as superfícies conjuntivais do globo ocular.

Enxugar o excesso do medicamento com gaze com movimentos da parte interna do olho para a parte externa.

Desprezar as gazes em sanitário branco.

Observar as reações do paciente.

Posicionar o paciente confortavelmente.

Retirar as luvas de procedimento.

Desprezar as luvas em sanitário branco.

Lavar as mãos.

Checar o horário da medicação administrada em prescrição médica.

Identificar o frasco de medicação com o nome, número do quarto e leito, e data de abertura.

Manuseio de Material

Segurar o conta-gotas pelo bulbo de borracha, evitando que a solução suba e entre no bulbo.

O frasco de medicação, com via de administração ocular, é de uso individual.

Evitar sempre o contato do conta-gotas com as pálpebras e cílios do paciente.

Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Preparar o paciente para a cirurgia oftalmológica.

Ações Corretivas

Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

POP Nº: ENF. 066: Administração Via Retal.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Recipiente para colocar o supositório.

Biombo.

Fita adesiva para identificar o recipiente.

Gazes.

Luvas de procedimento.

Sanito branco.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação e o horário da droga.

Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica.

Colocar a medicação em recipiente apropriado.

Identificar o recipiente com o nome do paciente, número do quarto e do leito e horário da medicação.

Explicar o procedimento ao paciente.

Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

Colocar biombo ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.

Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, com flexão da perna direita (Posição de Sims).

Calçar as luvas.

Retirar o invólucro do supositório.

Segurar o supositório com o auxílio de uma gaze.

Afastar as nádegas com a mão esquerda.

Observar presença de anormalidades em região perianal.

Introduzir o supositório delicadamente.

Orientar o paciente que retenha o supositório por alguns minutos, evitando que seja expelido.

Desprezar as luvas de procedimento e as gazes no sanito branco.

Lavar as mãos.

Checar o horário da medicação em prescrição médica.

Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

Garantir a privacidade do paciente com a colocação de biombos.

Quando o paciente for do sexo oposto ao do prestador da assistência de enfermagem, questionar em relação a preferência por outro funcionário do mesmo sexo para realização do procedimento.

Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Estimular a evacuação em situações de ressecamento das fezes.

Ações Corretivas

Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

Em caso de observação de anormalidades na região perianal, comunicar a enfermeira de plantão.

POP Nº: ENF. 067: Administração Via Oral.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bandeja.

Recipiente para colocar a medicação (copo plástico).

Água.

Fita adesiva para identificação.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar na prescrição médica a data, o nome do paciente, o número do quarto e do leito, o nome da medicação, o horário e a dosagem da droga.

Conferir o rótulo da medicação com a prescrição médica, antes de prepará-la.

Colocar a medicação em recipiente apropriado.

Identificar o recipiente com o nome do paciente, número do quarto e do leito e horário da medicação.

Explicar o procedimento ao paciente.

Informar ao paciente sobre a medicação a ser administrada.

Observar as condições de deglutição do paciente.

Posicionar o paciente favorecendo a deglutição do medicamento.

Administrar a medicação sem tocá-la diretamente com as mãos.

Oferecer copo com água ao paciente.

Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida.

Lavar as mãos.

Checar o horário da medicação em prescrição médica.

Anotar qualquer anormalidade observada.

Manuseio de Material

Toda a medicação em gotas, suspensão ou xarope será fornecida pela Farmácia em dose unitária. A dose de um medicamento prescrito só pode ser alterada pelo médico, devendo ser suspenso em prescrição e prescrito novamente com a dose, via de administração e horário a ser administrado.

Observar sempre os cinco itens antes de administrar a medicação: paciente certo, horário certo, medicação certa, dosagem certa e via de administração certa.

Sempre observar a dose prescrita pelo médico e a miligramagem do comprimido.

Apenas os comprimidos com sulcos podem ser divididos.

Se o paciente fizer uso de sonda nasoenteral, proceder ao tritramento do comprimido com o instrumento adequado e à diluição em água.

Resultados Esperados

Realizar tratamento medicamentoso conforme conduta médica.

Prevenir o aparecimento de doenças.

Proporcionar alívio de sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

Caso o paciente não tenha condições para deglutir, informar ao médico responsável para orientação de conduta.

Se a medicação for recusada, informar a enfermeira responsável, colocar um círculo no horário da medicação e anotar em prontuário.

Se cometer algum erro durante a administração da medicação, notificar imediatamente a enfermeira de plantão.

POP Nº: ENF. 068: Atuação em PCR.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

02 técnicos / auxiliares de enfermagem.

01 enfermeiro.

01 médico.

Monitor cardíaco.

Desfibrilador.

Carrinho de emergência.

Maca.

Torpedo de oxigênio.

Passos Críticos

Entrar no quarto do paciente.

Chamar o paciente pelo nome.

Tocar o paciente.

Avaliar a presença de movimentos respiratórios (ver, ouvir e sentir).

Verificar a presença de pulso, palpando a artéria carotídea.

Acionar a campanha para solicitar ajuda.

Colocar o paciente em decúbito dorsal abaixando cabeceira da cama e retirando o travesseiro.

Avaliar a cavidade oral, observando a presença de corpo estranho.

Retirar próteses dentárias.

Promover a hiperextensão do pescoço para abrir vias aéreas, com elevação da mandíbula e abaixamento do mento.

Iniciar compressões torácicas, até a chegada de ajuda.

Reavaliar pulso e movimentos respiratórios após um minuto.

Continuar as compressões torácicas, persistindo a ausência de pulso e movimentos respiratórios.

Comunicar o “código azul” (ou conforme a unidade) à chegada de ajuda, para que sejam providenciados, imediatamente, a tabua rígida e o ambú, e anúncio do “código azul” pela telefonista.

Atentar ao horário do chamado.

Colocar a tábua rígida sob o paciente.

Conectar o ambú a rede de oxigênio, ligando o fluxômetro com 10-12 litros por minuto.

Iniciar a manobra de compressão e ventilação na proporção de 30/2, sendo 5(cinco) ciclos em 2 (dois) minutos até a chegada do médico.

Reavaliar o paciente a cada minuto.

Providenciar um acesso venoso calibroso e instalar o monitor cardíaco no paciente, à chegada de uma terceira pessoa com o carrinho de emergência.

Preparar o material para intubação orotraqueal e montar o sistema de aspiração.

Comunicar ao médico todo o procedimento já realizado, resultados e o tempo dispensado desde o início do procedimento.

Auxiliar o médico na intubação orotraqueal e na administração de medicamentos.

Preparar a Unidade de Terapia Intensiva em relação a transferência do paciente.

Providenciar a maca e o torpedão de oxigênio.

Transferir o paciente para a Unidade de Terapia Intensiva.

Deixar a unidade organizada.

Solicitar o Serviço de Higiene para limpeza do quarto.

Anotar hora da detecção da parada cardiorrespiratória, procedimentos realizados, tempo dispensados para o procedimento, medicações utilizadas, processo de intubação, punção venosa, instalação de monitor cardíaco, oxímetro de pulso, aspiração de vias aéreas, e outros procedimentos, em prontuário hospitalar.

Relatar o resultado do procedimento – óbito ou encaminhamento do paciente para a UTI e em que condições – em prontuário hospitalar.

Anotar os materiais e as medicações utilizadas no atendimento da emergência em folha de prescrição médica.

Providenciar a reposição do carrinho de emergência, o mais rápido possível.

Encaminhar os materiais a serem esterilizados para a Central de Material.

Manuseio de Material

Nunca sair do quarto ou deixar o paciente sozinho.

O pulso carotídeo se palpa localizando a cartilagem cricóide e deslizando o dedo 2cm para o lado do avaliador.

A compressão torácica externa é realizada no ½ inferior do esterno com a região hipotênar das mãos, uma sobre a outra, e braço reto num ângulo de 90° em relação ao paciente.

Ao final a enfermeira deverá reunir a equipe e discutir sobre o atendimento, fazendo uma avaliação dele.

Se após um minuto de compressão torácica, o paciente apresentar pulso e movimentos respiratórios, monitorizar o paciente e instalar oxigenoterapia.

Não interromper as compressões torácicas.

Em caso de PCR, o funcionário do setor deverá solicitar a telefonista que anuncie o plantonista da Clínica Médica e a enfermeira de plantão.

Sempre utilizar equipamentos de proteção individual m situações que são requeridos.

Manter o carrinho de emergência na Ala de internação onde se localizar o paciente com maior instabilidade do quadro clínico.

Todas as Alas de internação devem dispor de uma tábua rígida e de um ambú.

Os torpedos de oxigênio devem estar com uma carga superior a 50.

A conferência do carrinho de emergência é de responsabilidade da enfermeira do plantão.

O painel de gases deve estar sempre montado com o nebulizador, fluxômetro, frasco de vácuo e extensão de látex.

Após a utilização do carrinho de emergência, o enfermeiro responsável pelo plantão deverá providenciar a reposição do material utilizado. Caso não seja possível, passar em plantão para o enfermeiro do turno seguinte a responsabilidade de repor os itens faltantes.

Resultados Esperados

Proporcionar um atendimento rápido e efetivo durante as emergências.

Treinar a equipe de enfermagem para atuação em emergências.

POP Nº: ENF. 069: Cardioversão Elétrica.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Cardioversor / Desfibrilador.
Tubo de gel condutor.
Monitor cardíaco.
05 Eletrodos.
Medicamentos prescritos (sedativos, antiarrítmicos).
Carrinho de urgência.
Kit de intubação traqueal.
Cateter nasal.
Fonte de oxigênio com umidificador.
Faixas de contensão.
02 Compressas não estéreis.
02 Panos de limpeza descartável.

Passos Críticos

Lavar as mãos.
Reunir todo o material.
Arrumar o material na mesa auxiliar e levar para o quarto do paciente.
Aproximar o carrinho de urgência e o kit de intubação próximo ao leito.
Checar e testar todo o material de urgência.
Instalar o cardioversor na rede elétrica (110volts).
Realizar o teste com as pás do cardioversor / desfibrilador para verificação de seu funcionamento.
Explicar o procedimento ao paciente, assegurar a tranquilidade, não usando o termo CHOQUE.
Avaliar o estado de conservação dos eletrodos no paciente.

Preparar o paciente: retirar próteses, colocar cateter nasal enriquecido com o O₂, expor o tórax do paciente, instalar o cabo de ECG do cardioversor no paciente, retirando o cabo do monitor cardíaco.

Garantir ou puncionar veia calibrosa para administração de medicamentos.

Garantir vias aéreas livres e boa oxigenação.

Sedar o paciente de acordo com a prescrição médica.

Retirar as pás do suporte e colocar o gel condutor na parte metálica de uma das pás e, depois, friccionar uma pá contra a outra, para espalhar a pasta de modo mais uniforme.

Acionar a tecla LIGA do painel dianteiro, ligando o aparelho.

Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro para a detecção automática do traçado cardíaco.

Acionar a tecla SINC, do painel dianteiro, para aquisição do sinal de sincronismo (ECG).

Pressionar a tecla CARGA, do painel dianteiro, observando o indicador de energia (Joules).

Aguarde a indicação de carga completa, através da luz indicadora no painel que deverá piscar e permanecer acesa.

Pressionar as pás firmemente no tórax do paciente, exercendo força de 10 a 20 kgf, com intuito de diminuir a impedância torácica.

Apertar os botões de ambas as pás para liberação da descarga elétrica, ou como segunda opção, um segundo elemento, pressiona a tecla DISPARO do painel dianteiro até ocorrer o disparo, quando então o indicador de energia retorna a zero. Se necessário, repetir o procedimento novamente com a opção de carga definida pelo médico.

Manter o cardioversor / desfibrilador próximo ao leito do paciente até que o médico considere a situação sob controle e a arritmia devidamente revertida.

Se for necessário cardioverter novamente o paciente colocar mais gel condutor nas pás.

Manter o paciente monitorado após a cardioversão por tempo indeterminado, até que o paciente esteja estável.

Realizar limpeza das pás com um pano descartável, retirando o gel de ECG. Em seguida, limpar o equipamento com um pano descartável com álcool a 70%.

Limpar o tórax do paciente, retirando excesso de gel com uma compressa úmida.

Manter a oxigenoterapia até o paciente acordar com um decúbito dorsal de 45º.

Deixar o quarto organizado.

Lavar as mãos.

Fazer anotação do procedimento no relatório de enfermagem, discriminando a quantidade de disparos e suas cargas respectivas.

Manuseio do Material

Manter oxigenoterapia ao paciente durante e após procedimento.

Observar se a posição dos eletrodos deixa livre a “área nobre” para o posicionamento das pás, que corresponde ao 4 espaço intercostal à direita e o ictus cordis (ápice cardíaco logo abaixo do mamilo esquerdo).

Se necessário, para melhor fixação dos eletrodos, raspe os no local de aplicação.

Garantir traçado cardíaco nítido, para que seja possível a cardioversão de forma que o choque não caia sobre a onda T.

Evitar curto-circuito e danificação do aparelho conectando o fio-terra.

O cardioversor / desfibrilador é dotado de fonte chaveada, com seleção de voltagem (110 volts), e não necessita ser alimentado por fonte elétrica devido à ausência de bateria interna recarregável.

Não espalhar gel condutor pelo tórax do paciente pois a mesmo poderá causar curto-circuito, diminuindo sensivelmente a eficiência da descarga e causando queimaduras.

Observar que o indicador luminoso da tecla SINC, altera sua intensidade sincronicamente com a onda R mostrada na tela do monitor ou com o sinalizador sonoro. Nestas condições o sinal é satisfatório para o disparo síncrono.

O choque inicial é de 160J até o máximo de 360J.

Ao realizar o disparo, estar sempre atento para que as pessoas ao redor do leito se afastem.

Nos casos de portadores de marcapasso definitivo, as pás dos eletrodos deverão ser colocadas afastadas da loja do gerador, devendo-se colocar um ímã sobre a loja do marcapasso para inibir o circuito de sensibilidade.

Observar atentamente as reações do paciente para detecção precoce de sinais de alterações hemodinâmicas.

Observar e constatar a conversão do ritmo cardíaco após a cardioversão e acompanhar o traçado cardíaco.

Verificar resultados da cardioversão aplicada, estado geral do paciente, sinais vitais pós-cardioversão nível de consciência e condições da pele.

Imprescindível anotar no relatório de enfermagem a quantidade de disparos elétricos e sua correspondente carga para efeito de cobrança dos convênios.

Para limpeza do cardioversor / desfibrilador utilizar um pano macio umedecido em álcool a 70%.

Resultados esperados

Conversão de arritmias cardíacas graves, tais como: taquicardia paroxística supraventricular, taquicardia ventricular, flutter atrial, fibrilação atrial.

Retorno e manutenção de ritmo cardíaco sinusal.

Garantir os parâmetros hemodinâmicos preservados do paciente.

Ações Corretivas

Se a pele do paciente apresentar hiperemia no local da cardioversão, comunicar enfermeiro de plantão para avaliação de região lesada e prescrição de condutas.

POP Nº: ENF. 070: Encaminhamento de Material para o Expurgo.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Passos Críticos

Transportar o material contaminado para o expurgo em recipiente fechado ou envolto em campo.

Fechar a porta do expurgo setorial.

Calçar luvas de procedimento.

Desprezar o lixo contaminado no sanito branco.

Desprezar material perfuro cortante no descartex.

Embrulhar com papel grau cirúrgico (o mesmo que continha o material estéril) o material a ser encaminhado à Central de Material Esterilizado.

Identificar, em saco separado, o material sem condições de uso ou que necessitam de reparo.

Colocar o pacote na caixa da CME.

Retirar as luvas.

Anotar em planilha de controle do setor o material enviado para a CME.

Resultados Esperados

Reduzir o risco de infecções cruzadas.

Evitar a tramitação de material contaminado no posto de enfermagem.

Manter a organização do setor.

Dispensar o material contaminado à Central de Material de maneira organizada.

Ações Corretivas

Em caso de falta de material estéril, comunicar a Central de Material para a reposição dele.

POP Nº: ENF. 071: Preparo do Corpo Pós Óbito.

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Máscara.

Avental.

Luvas de procedimento.

Atadura de crepe.

Esparadrapo.

Saco de óbito.

Biombos.

Lençol.

Maca sem colchão.

Hamper.

Chave do necrotério.

Passos Críticos

Solicitar e preparar o material.

Providenciar a chave do necrotério localizada na recepção de funcionários.

Buscar a maca localizada no necrotério.

Colocar o material na mesa de cabeceira.
Colocar o biombo ao lado do leito.
Vestir o avental, calçar as luvas de procedimento e colocar a máscara.
Desligar todos os equipamentos.
Posicionar a cama na horizontal.
Soltar os lençóis da cama e retirar o travesseiro.
Retirar as sondas, cânulas, drenos e desprezar no sanito branco.
Retirar e guardar todos os objetos pessoais em um saco plástico com etiqueta de identificação para entregar aos familiares.
Fazer higiene do corpo com água e sabão, se necessário.
Remover os curativos e refazê-los, se necessário.
Fechar as pálpebras prendendo-as com esparadrapo.
Sustentar a mandíbula prendendo-a com esparadrapo.
Unir as mãos sobre o tórax e amarrar com atadura de crepe.
Unir os pés e amarrar com atadura de crepe.
Amarrar o pênis com gaze.
Identificar o corpo com a etiqueta do paciente.
Colocar o corpo no saco de óbito.
Identificar o saco de óbito com nome do paciente, data e horário do óbito.
Transferir o corpo do leito para a maca.
Cobrir o corpo e a maca com um lençol no sentido do comprimento.
Colocar a roupa de cama no hamper.
Desprezar as luvas de procedimento e a máscara no lixo do quarto.
Encaminhar o corpo para o necrotério utilizando o elevador no.3.
Transferir o corpo da maca para a mesa situada no necrotério.
Devolver as chaves do necrotério e do elevador.
Retornar a unidade.
Desprezar o avental no hamper.
Lavar as mãos.
Preencher o aviso de alta, riscando a palavra "alta" e escrevendo "óbito".
Entregar o aviso de óbito à família e encaminhá-los a recepção.
Avisar a recepção da ocorrência do óbito, informando o nome do paciente, o horário do óbito, o médico que constatou o óbito, para o providenciamento do atestado de óbito.

Proceder às anotações no prontuário do paciente.

Checar na prescrição médica a constatação do óbito pelo médico.

Encaminhar a prescrição médica com a caixa de medicações do paciente para a farmácia.

Manuseio de Material

A retirada do saco de óbito é feita na farmácia mediante solicitação em prescrição médica.

Resultados Esperados

Preparação do corpo para deixá-lo higienizado e asseado.

Posicionamento do corpo antes da rigidez muscular e/ou da saída de gases, mau odor, sangue e secreções.

Transferência do corpo para o necrotério de maneira organizada.

Orientação adequada aos familiares em relação aos procedimentos pós-óbito.

Ações Corretivas

O corpo só poderá ser preparado após a constatação do óbito pelo médico.

O corpo não poderá permanecer na unidade após o óbito.

POP Nº: ENF. 072: Protocolo de Alergia ao Látex.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Etiquetas com a identificação "Alérgica ao látex".

Placa com a identificação "Paciente alérgico ao látex / borracha".

Caixa de luvas de vinil.

Materiais látex-livre (sistema interlink, equipo simples brasino, soro ecoflac).

Micropore ou Transpore 3M

Passos Críticos

Comunicar a condição de sensibilidade ao látex do paciente para todos os setores envolvidos na assistência.

Solicitar limpeza detalhada da acomodação para a retirada de pó/talco de luvas de látex, antes da internação do paciente.

Providenciar todo o material para a identificação de paciente alérgico ao látex.

Solicitar caixa de luva de vinil.

Identificar a pulseira de código de barras do paciente com a etiqueta "alergia ao látex", sem cobrir o nome.

Identificar todas as folhas do prontuário com a etiqueta "alergia ao látex".

Manter identificação na porta do quarto do paciente com a placa "Paciente alérgico ao látex".

Utilizar somente luvas de vinil, tanto de procedimento quanto estéreis, nas precauções padrão.

Separar um estetoscópio e um esfigmomanômetro para uso exclusivo deste paciente, livres de pó/talco de luvas.

Colar fita crepe nas partes de borracha do estetoscópio evitando o contato com a pele do paciente.

Envolver o braço do paciente com atadura antes de posicionar o manguito do esfigmomanômetro evitando o contato com a pele do paciente.

Separar o material de reanimação cardiopulmonar látex-livre.

Observar a presença de sinais e sintomas de reação alérgica, comunicando imediatamente o médico.

Manuseio de Material

O material utilizado no sistema interlink, como o injetor de borracha e a trava clip, é látex-livre.

O soro ecoflac é a única solução endovenosa que pode ser utilizada em pacientes alérgicos ao látex.

Atenção durante a manipulação da seringa devido ao êmbolo de borracha.

Na preparação de medicação contida em frasco-ampola, retirar a lâmina metálica e a borracha de vedação e proceder à diluição e/ou aspiração diretamente do frasco.

Substituir o garrote de látex por luva de vinil durante o procedimento para punção de acesso venoso.

Para a fixação de acesso venoso, utilizar somente micropore ou transpore 3M.

Para maior segurança, utilizar apenas o material contido na caixa de medicação do paciente.

Resultados Esperados

Promover o bem-estar do paciente.

Evitar complicações no quadro clínico do paciente desencadeadas pela sensibilidade ao látex.

Garantir a atuação correta e rápida em emergências, como o choque anafilático.

Identificar pacientes de risco para desenvolver reação alérgica ao látex.

Ações Corretivas

Em vigência de sinais e/ou sintomas indicativos reação alérgica, comunicar imediatamente a enfermeira ou ao médico responsável.

Em caso de dúvidas em relação à possibilidade do uso de determinados materiais e instrumentos, procurar a enfermeira responsável para melhor esclarecimento.

POP Nº: ENF. 073: Aplicação de Compressa Fria.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Gelo.

Bacia.

Água.

Compressas não estéreis ou toalha.

Forro impermeável.

Termômetro.

Prontuário médico.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar a indicação do tratamento.

Reunir todo o material necessário.

Colocar água com gelo na bacia.

Colocar as compressas não estéreis na bacia.

Orientar o procedimento ao paciente.

Posicionar o paciente adequadamente expondo a área que deve receber o tratamento.

Observar as características da região em tratamento.

Colocar forro impermeável sob o paciente.

Colocar as compressas embebidas na água gelada sobre a área delimitada.

Trocar as compressas a cada 5 minutos, por no mínimo 30 minutos.

Controlar a temperatura do paciente a cada 15 minutos.

Manter o paciente confortavelmente.

Lavar as mãos.

Checar a realização do procedimento em prescrição médica.

Anotar as observações realizadas em prontuário.

Manuseio de Material

O gelo para a realização das compressas frias é obtido na Copa do 1º andar.

Em cada posto de enfermagem existe um refratário isolante destinado à armazenagem do gelo.

Utilizar luvas de procedimento se a região em tratamento for uma área de descontinuidade da pele.

Antes de colocar as compressas sobre o paciente, comprimi-las retirando o excesso de líquido, não permitindo que estejam encharcadas.

Resultados Esperados

Reduzir hematoma após trauma.

Reduzir sangramentos localizados de pequena extensão.

Prevenir ou reduzir edema após trauma.

Auxiliar na redução da temperatura corporal.
Reduzir os sinais e os sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

Se o paciente apresentar hipotermia, cianose labial ou de extremidades, interromper a sessão, aquecer o paciente com cobertor e comunicar a enfermeira de plantão.

POP Nº: ENF. 074: Aplicação de Bolsa com Gelo.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bolsa térmica.
Gelo.
Toalha ou compressa não estéril.
Prontuário médico.

Passos Críticos

Lavar as mãos.
Verificar a indicação do tratamento.
Reunir todo o material necessário.
Colocar o gelo na bolsa térmica, até completar 1/3 de sua capacidade.
Comprimir a bolsa com gelo retirando o ar de seu interior.
Fechar a bolsa térmica.
Envolver a bolsa com compressa não estéril ou toalha.
Orientar o procedimento ao paciente.
Posicionar o paciente adequadamente expondo a área que deve receber o tratamento.
Observar as características da região em tratamento.
Deixar o quarto organizado.
Manter o paciente confortavelmente.

Lavar as mãos.

Checar a realização do procedimento em prescrição médica.

Anotar as observações realizadas em prontuário.

Manuseio de Material

O gelo para a realização das compressas frias é obtido na Copa do 1º andar.

Em cada posto de enfermagem existe um refratário isolante destinado à armazenagem do gelo.

Após a realização da compressa com gelo, a bolsa deve ser esvaziada, lavada, enxugada e completada com ar para evitar o colapamento das paredes.

Em pacientes inconscientes, observar com frequência o local sob a compressa de gelo evitando queimadura.

Aplicar a bolsa com gelo durante no mínimo 30 minutos.

Resultados Esperados

Reduzir hematoma após trauma.

Reduzir sangramentos localizados de pequena extensão.

Prevenir ou reduzir edema após trauma.

Reduzir as complicações após o extravasamento de determinados quimioterápicos.

Auxiliar na redução da temperatura corporal.

Reduzir os sinais e os sintomas desagradáveis ao paciente.

Ações Corretivas

Se o paciente apresentar hipotermia, cianose labial ou de extremidades, interromper a sessão, aquecer o paciente com cobertor e comunicar a enfermeira de plantão.

POP Nº: ENF. 075: Aplicação de Bolsa Quente.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Bolsa térmica.

Água quente.

Toalha ou compressa não estéril.

Prontuário médico.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Verificar a indicação do tratamento.

Reunir todo o material necessário.

Colocar água quente na bolsa térmica até atingir 1/3 de sua capacidade.

Comprimir a bolsa com água quente retirando o ar de seu interior.

Fechar a bolsa térmica.

Envolver a bolsa com compressa não estéril ou toalha.

Orientar o procedimento ao paciente.

Posicionar o paciente adequadamente expondo a área que deve receber o tratamento.

Observar as características da região em tratamento.

Deixar o quarto organizado.

Manter o paciente confortavelmente.

Lavar as mãos.

Checar a realização do procedimento em prescrição médica.

Anotar as observações realizadas em prontuário.

Manuseio de Material

A água quente deve ser solicitada à copa do andar de internação ou, se possível, nas torneiras presentes nas pias dos postos de enfermagem.

A temperatura da água deve ser quente, mas tolerável pelo paciente.

Sempre verificar a integridade da bolsa térmica antes de colocá-la sobre o paciente.

Se o paciente estiver inconsciente, observar com freqüência o local da aplicação da bolsa quente evitando queimaduras no local.

Após a realização da compressa quente, a bolsa deve ser esvaziada, lavada, enxugada e completada com ar para evitar o colapamento das paredes.

Resultados Esperados

Reduzir hematomas tardios, com mais de 24 horas.

Auxiliar no procedimento de punção venosa.

Estimular a micção espontânea.

Reduzir as complicações após o extravasamento de determinados quimioterápicos.

Estimular a drenagem de abscessos.

Reduzir o edema ocasionado por infiltração (soroma).

POP Nº: ENF. 076: Rotina para Checagem do Cardioversor
--

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Equipe de enfermagem

TESTE DE FUNCIONAMENTO DAS PÁS

Material Necessário

01 Aparelho de cardioversão

01 Tomada elétrica (110 volts)

01 Planilha de conferência

Passos críticos

O enfermeiro no início do plantão deverá realizar o teste de funcionamento do cardioversor.

Ligar o aparelho, através da chave liga/desliga.

Selecionar a energia de 10 joules.

Ressionar a tecla carga.

Aguardar a indicação de carga completa, a luz indicadora no painel piscará durante a carga, e permanecerá acesa ao término dela.

Manter as pás no conector das pás.

Acionar simultaneamente os dois botões de disparo das pás.

Observar a luz de teste de pás que deverá piscar.

Checar a planilha de conferência.

Manter o aparelho ligado à rede.

Colocar a capa no equipamento.

TESTE DE CARREGAMENTO EM CARGA MÁXIMA

Material Necessário

01 Aparelho de cardioversão.

01 Tomada elétrica (110 volts).

01 Planilha de conferência.

Relógio com ponteiros de segundos.

Passos críticos

O enfermeiro no início do plantão deverá realizar o teste de funcionamento do cardioversor.

Ligar o aparelho, através da chave liga/desliga.

Selecionar a energia de 360 joules.

Pressionar a tecla carga.

Realizar a contagem de segundos até a carga completa.

Aguardar a indicação de carga completa – tempo não deve ultrapassar 15 segundos – a luz indicadora no painel piscará durante a carga, e permanecerá acesa ao término dela.

Desligar o cardioversor através do botão liga/desliga.

Checar a planilha de conferência.

Manter o aparelho ligado à rede.

Colocar a capa no equipamento.

POP Nº: ENF. 077: Tratamento de Pediculose.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Solução indicada para o tratamento da pediculose.

Luvas de procedimento.

Avental impermeável.

Óculos de proteção.

Atadura de crepe.

Esparadrapo.

Forro impermeável.

Hamper.

Pente fino.

Biombo.

Prescrição médica.

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material.

Colocar o material na mesa de cabeceira do paciente.

Explicar o procedimento ao paciente.

Colocar biombo ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.

Abaixar a cabeceira do leito.

- Calçar as luvas de procedimento.
- Vestir o avental impermeável.
- Colocar óculos de proteção.
- Colocar o forro impermeável sobre o travesseiro.
- Dividir os cabelos em partes.
- Aplicar a solução terapêutica no couro cabeludo com o auxílio de gaze, realizando movimentos de fricção.
- Desprezar as gazes sujas no sanitário branco.
- Embeber toda a extensão dos cabelos com a solução.
- Prender o cabelo.
- Colocar a atadura de crepe ao redor da cabeça, formando um gorro.
- Fixar com esparadrapo.
- Orientar o paciente que a solução aplicada em sua cabeça permanecerá por 3 a 6 horas.
- Manter o forro impermeável sobre o travesseiro.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanitário branco.
- Levar a bandeja com o material e os óculos de proteção para o local de origem.
- Colocar o avental no hamper.
- Anotar o procedimento prestado e as observações em prontuário.
- Checar procedimento em prescrição médica.

Manuseio de Material

- Não permitir que a solução escorra nos olhos do paciente.
- Repetir o procedimento conforme orientação médica.
- Manter a solução para tratamento de pediculose no Posto de Enfermagem.

Resultados Esperados

Realizar tratamento efetivo contra a pediculose.
Evitar contaminação de outros pacientes.

Ações Corretivas

Caso a solução indicada para o tratamento da pediculose escorra nos olhos do paciente, proceder à lavagem copiosa com soro fisiológico 0,9%, com o fluxo do soro do canto interno para o canto externo do olho e comunicar o médico responsável.

POP Nº: ENF. 078: Colocação de Uripem.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
] Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Material para higiene íntima.

Uripem.

Bolsa coletora.

Luvas de procedimento.

Micropore (20 cm).

Passos Críticos

Lavar as mãos.

Reunir todo o material.

Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente.

Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.

Calçar as luvas de procedimento.

Posicionar o paciente em decúbito dorsal.

Realizar higiene íntima.

Estender o pênis verticalmente e, sem tracionar o prepúcio, introduzir o uripen segurando-o delicadamente com os dedos polegar e indicador da mão não dominante.

Desenrolar com a mão dominante o uripen até a raiz do pênis de modo que a abertura estreita na ponta do uripen coincida com o meato uretral.

Fixar o uripen com micropore, com atenção para não garrotear.

Conectar o uripen à extensão da bolsa coletora.

Manuseio de Material

Avaliar a necessidade de tricotomia para fixação adequada do micropore.

Realizar a troca do uripen a cada 24 horas.

Resultados Esperados

Proporcionar higiene e conforto.

Recuperar a integridade cutânea em quadros de dermatite por uso de fralda.

Coletar amostra de urina em pacientes com incontinência urinária.

POP Nº: ENF. 079: Colocação e Retirada de Comadre

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Luvas de procedimento.

Comadre.

Papel higiênico.

Bacia.

Toalha de rosto.

Sabonete individualizado.

Biombo.

Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar água na bacia.
- Calçar luvas de procedimento.
- Aquecer a comadre com movimentos de fricção em sua superfície ou com água morna.
- Solicitar ao paciente para levantar os quadris apoiando os dois pés na cama.
- Posicionar a comadre sobre os quadris.
- Cobrir o paciente com lençol.
- Orientar o paciente para que acione a campainha ao término.
- Permanecer próximo ao quarto.
- Atender rapidamente ao chamado.
- Entregar o papel higiênico ao paciente.
- Avaliar a necessidade de uma higiene íntima.
- Solicitar novamente que o paciente levante o quadril.
- Retirar a comadre.
- Oferecer a bacia com água e o sabonete ao paciente para a lavagem das mãos.
- Oferecer a toalha de rosto ao paciente para que enxugue as mãos.
- Encaminhar a comadre ao banheiro.
- Desprezar o conteúdo da comadre no vaso sanitário.
- Observar as eliminações fisiológicas e presença de anormalidades.
- Lavar a comadre.
- Colocar a comadre na parte inferior da mesa de cabeceira.
- Deixar o quarto organizado.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Anotar em folha de controle as características das eliminações fisiológicas e em prontuário, as anormalidades observadas.

Manuseio de Material

A comadre deve estar localizada na parte inferior da mesa de cabeceira ou dentro do banheiro privativo.

Caso o paciente não seja capaz de auxiliar no levantamento do quadril, solicitar a presença de mais um funcionário da enfermagem para a realização do procedimento.

Resultados Esperados

Garantir o bem-estar do paciente através da realização de uma necessidade humana básica.

Ações Corretivas

Se o paciente apresentar dificuldade para a micção, utilizar técnicas de estimulação como abertura da torneira ou irrigação da região pubiana com água morna.

Em caso de observação de sangue nas fezes, comunicar enfermeira de plantão.

Caso o paciente não apresente evacuação há alguns dias ou não apresente micção espontânea, comunicar a enfermeira de plantão ou ao médico responsável.

POP Nº: ENF. 080: Higienização das Mãos.
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Torneira.

Sabão líquido.

Papel toalha.

Passos Críticos

Retirar anéis, pulseiras e relógios.

Abrir a torneira umedecendo as mãos sem tocar na pia.
Aplicar na mão de 3 a 5 ml de sabão líquido.
Friccionar a palma das mãos com movimentos circulares, depois o dorso.
Lavar os interdedos deslizando uma mão sobre a outra.
Lavar as articulações de uma das mãos com o auxílio da outra.
Lavar o polegar de uma mão com o auxílio da outra.
Lavar as unhas e extremidades dos dedos.
Lavar os punhos de uma mão com o auxílio da outra.
Abrir a torneira.
Enxaguar bem as mãos e punhos sem deixar resíduos de sabão.
Enxugar as mãos, iniciando pela extremidade dos dedos em direção aos punhos.
Fechar a torneira utilizando o papel toalha, sem tocar na pia.

Manuseio do Material

O tempo de lavagem das mãos é importante, não só pela ação mecânica, mas também para se obter redução de contaminação.
O Uso do álcool glicerinado 70% é eficaz e substitui a lavagem das mãos quando essas não apresentarem sujidade visível.
A higienização das mãos deve ser feita corretamente, em todas as faces das mãos para que seja eficaz e medida preventiva no controle das Infecções Hospitalares.

Resultados Esperados

Redução de carga microbiana.
Prevenção de infecções cruzadas

POP Nº: ENF. 081: Punção de veia jugular externa
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Enfermeiros

Material Necessário

Bandeja,

Álcool à 70%

Clorexidina alcoólica 0,5%,

Bolas de algodão ou gazes,

Cateter venoso apropriado (Jelco),

Fita adesiva hipoalérgica, filme transparente ou esparadrapo,

Luvas de procedimento.

Seringa para Salinização.

Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso.

Manuseio do Material

Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;

Higienize as mãos

Prepare o material necessário para o procedimento numa bandeja

Leve o material ao quarto do paciente

Explique o procedimento ao paciente/acompanhante

Calce as luvas de procedimento.

Posicione-se na cabeceira do leito do paciente.

Posicione o paciente em decúbito zero ou até 15° e com hiperextensão lateral da cabeça (expondo o lado a ser puncionado).

Mantenha o algodão embebido em álcool à 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%, ao alcance das mãos.

Localize o vaso a ser puncionado por meio de visualização e palpação dela (devido à proximidade entre artéria carótida e veia jugular interna, avalie precisamente para evitar uma punção acidental. Na dúvida, peça auxílio a outro enfermeiro ou médico, ou interrompa a punção)

Faça a antisepsia da pele, no local e ao redor da punção, utilizando o algodão com álcool à 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%;

Tracione a pele para baixo, com o polegar abaixo do local a ser puncionado no sentido distal para proximal.

Introduza o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, num ângulo aproximado de 10° e, mantenha esse ângulo ou um ângulo menor, à medida que introduzir o cateter. Uma vez perfurada a pele, direcione e introduza o cateter na veia com o auxílio do mandril e, após introdução total do cateter, remova o mandril;

Observe o refluxo sanguíneo no canhão do cateter

Conecte o tubo extensor com o medicamento ou permeabilize com a solução de manutenção do cateter

Observe se há sinais de infiltração, extravazamento ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto anormal do paciente (se houver, retire o cateter imediatamente).

Fixe o dispositivo com adesivo hipoalergênico, filme transparente ou esparadrapo.

Retire as luvas de procedimento.

Higienize as mãos.

Anote data/hora de punção no curativo

Oriente o paciente/acompanhante sobre os cuidados para a manutenção do cateter

Deixe o paciente confortável.

Calce as luvas de procedimento.

Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada.

Descarte agulhas em caixa de perfurocortante e o restante em lixo adequado.

Retire as luvas de procedimento e descarte-as.

Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%.

Higienize as mãos.

Cheque e anote o procedimento realizado

Passos Críticos

A escolha do acesso venoso em jugular externa deve ser feita em consonância com o médico responsável pelo atendimento ao paciente.

Devido aos riscos, este tipo de punção não deve ser a punção de primeira escolha.

Em acesso venoso para infusão contínua ou intermitente, é necessário lavar o dispositivo com até 10 mL de solução fisiológica, antes e após a injeção de medicamentos.

Resultados Esperados

A punção deve ser executada por um profissional que tenha conhecimento, competência e habilidade

Troque a fixação do cateter diariamente e avalie sua inserção, caso ocorram sinais de flebite e infiltração / extravazamento, retire o cateter venoso imediatamente.

Não utilize drogas vesicantes no acesso venoso da jugular externa.

POP Nº: ENF. 082: Administração de hemocomponentes
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de enfermagem

Material Necessário

Termômetro clínico,

Esfigmomanômetro,

Estetoscópio,

Gaze,

Álcool à 70%,

Bolas de algodão;

Bandeja com hemocomponente (concentrado de glóbulos ou hemácias, plasma, plaquetas ou crioprecipitado)

Equipo específico para infusão de hemocomponente ou filtro leucodepletor,

Luvas de procedimento,

Maleta/caixa apropriada para transporte,

Seringa com solução fisiológica,

Fita adesiva,

Tubo seco e tubo roxo (com EDTA),

Material de coleta de sangue.

Manuseio do Material

Verifique na prescrição médica qual hemocomponente e volume (unidades) a ser administrado.

Certifique que o paciente concordou com a transfusão

Verifique no impresso de solicitação do hemocomponente, se está preenchido corretamente os dados do paciente e certifique-se quanto ao tempo programado para início da transfusão.

Separe o material para coleta de amostra de sangue.

Identifique individualmente cada tubo com Nome completo, Leito e RH do paciente

Higienize as mãos

Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado de coleta de amostra de sangue.

Explique o procedimento de coleta de amostra de sangue ao paciente.

Colete amostra de sangue suficiente para um tubo seco e um tubo roxo (com EDTA).

Higienize as mãos.

Encaminhe o impresso de solicitação de hemocomponentes à Agência Transfusional com as amostras de sangue identificadas.

Cheque na Agência Transfusional a disponibilidade do componente solicitado e tempo previsto de preparo.

Verifique as condições clínicas e infusionais do paciente: sinais vitais e disponibilidade/características do acesso venoso

Verifique a necessidade de infusão de medicamentos pré- transfusionais e solicite o mesmo (se prescrito).

Certifique-se da infusão da medicação pré transfusional (se prescrito).

Solicite a busca do hemocomponente na Agência Transfusional.

Na Agência Transfusional, confira o nome, RH, números das bolsas, identificação nominal em cada bolsa e tipo de equipo a ser usado. Anote os dados de recebimento. Receba a ficha de registros de transfusão. No transporte para o setor utilize caixa térmica rígida, apropriada para este procedimento.

Cheque os dados da pulseira de identificação do paciente com as informações contidas na bolsa, por dois profissionais, antes de iniciar o procedimento (dupla checagem). Se paciente consciente, também pergunte o nome dele

Anexe o impresso Requisição Transfusional (RT)/ Registros de Transfusão na prescrição médica.

Higienize as mãos.

Verifique sinais vitais antes do início da transfusão.

Higienize as mãos.

Anote os valores dos sinais vitais.

Calce as luvas de procedimento (posto de enfermagem)

Conecte o equipo apropriado à bolsa do hemocomponente.

Retire o ar e preencha todo o equipo.

Retire e descarte as luvas.

Higienize as mãos.

Leve o hemocomponente em uma bandeja ao quarto do paciente.

Oriente o procedimento ao paciente e forneça informações sobre possíveis reações transfusionais.

Higienize as mãos.

Calce as luvas de procedimento.

Realize a assepsia com gaze e álcool a 70% no conector do dispositivo venoso e instale a bolsa.

A via deve ser exclusiva.

Verifique o tempo de infusão e controle o gotejamento correspondente.

Retire e descarte as luvas e higienize as mãos.

Permaneça os 15 primeiros minutos ao lado do paciente após a instalação observando possíveis sinais de reação transfusional. Verifique os sinais vitais e anote na Ficha de registros de transfusão.

Observe o paciente a cada 30 ou 45 minutos durante a transfusão.

Ao término da infusão, com o uso de luvas de procedimento, permeabilize o acesso venoso com solução fisiológica.

Após a infusão, descarte a bolsa de sangue com equipo, em saco para resíduo infectante (branco) ou recipientes que evitem vazamentos/rupturas e estejam identificados para este fim.

Retire e descarte as luvas e higienize as mãos.

Ao término da transfusão, verifique os sinais vitais e anote na Ficha de registros de transfusão.

Higienize as mãos.

Realize a anotação de enfermagem contendo: horário de início e término, registro dos sinais vitais, intercorrências e providências envolvidas na transfusão. Checar na prescrição médica. Em pacientes com registro de balanço hídrico, incluir o volume no espaço referente à "Ganhos".

Passos Críticos

Os tipos de infusão são:

Programada: com dia e hora marcada, em geral cirurgias, transfusões ambulatoriais ou procedimentos (ex:aférese).

Rotina: transfusão de atendimento em até 24h.

Urgência: transfusão de atendimento em até 3 h da solicitação à Agência Transfusional.

Emergência: transfusão de atendimento imediato (deve ser acompanhado da ficha de corresponsabilidade, em que o médico assume os riscos de reações adversas transfusionais futuras, que possam decorrer desta). O tempo de infusão deve ser especificado em prescrição médica. •

Recomenda-se que a transfusão seja preferencialmente realizada durante o período diurno.

Tempo de infusão dos hemocomponentes:

Plaquetas – infusão rápida (máximo 30 minutos).

Crioprecipitado – infusão rápida.

Plasma - de 40 min a 1 hora, respeitando o tempo máximo de 4 h.

Concentrado de glóbulos ou hemáceas – de 1 a 2horas, respeitando o tempo máximo de 4h.

Caso a bolsa ultrapassar o período de 4h de infusão, interromper a infusão, anotar e comunicar o médico sobre o volume infundido e o volume desprezado.

Recomenda-se que o hemocomponente seja administrado em via exclusiva, desta forma, garantir uma nova via para ser exclusiva, ou suspender a administração de soroterapia, medicamentos ou NPT.

Em caso de acesso periférico, PREFERENCIALMENTE, puncionar veia calibrosa com dispositivo compatível com a finalidade e idade do paciente.

Observações

Em caso de sinais de reação transfusional (Todas devem ser notificadas);

Sinais e Sintomas: Aumento de um grau na temperatura corporal, calafrios, tremores, rush cutâneo, alterações respiratórias (dispneia, taquipnéia, hipóxia, sibilos), taquicardia, mudança na pressão arterial (hipotensão ou hipertensão), lesões de pele, prurido, dor torácica e abdominal, icterícia ou qualquer outra manifestação sistêmica, náuseas com ou sem vômito.

Avaliar a possibilidade de reação hemolítica, TRALI, anafilaxia e sepse relacionada à transfusão, situações nas quais são necessárias condutas de urgência. Condutas na presença de reação transfusional;

Interrompa imediatamente a administração.

Comunique o médico.

Preencha o formulário de Notificação de Reação Transfusional.

Colha amostra de sangue para prova cruzada (10 mL em tubo seco) e o coombs (5 mL em tubo roxo -com EDTA) do receptor de local (membro) diferente do utilizado para a infusão do hemocomponente.

Encaminhe à Agência Transfusional a bolsa (se não foi descartada) juntamente com o material coletado e o formulário de notificação de reação transfusional preenchido.

Em caso de falha na realização dos passos do POP, deve-se preencher o impresso da diretoria de Enfermagem de Notificação de Incidentes Relacionados à Medicamentos (que inclui hemocomponentes),

Encaminhar ao encarregado ou gerente do serviço ou supervisor.

Em eventos adversos graves, notificar em formulário específico a Diretoria.

POP Nº: ENF. 083: Documentação da Assistência - Evolução de Enfermagem
--

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Enfermeiros

Material Necessário

Impresso de evolução de enfermagem (manual ou eletrônica),

Caneta,

Prancheta.

Passos Críticos

A evolução deve ser: clara, objetiva, precisa, com letra legível e sem rasuras;

Realizada diariamente pelo enfermeiro para todos os pacientes internados ou em atendimento de enfermagem (observação; leito dia etc.);

Todas as informações sobre o paciente devem ser registradas em um único prontuário, seguindo a sequência cronológica das informações entre os profissionais.

A evolução deverá refletir as condições do paciente e possibilitar pela análise de sua documentação, a visualização do estado geral num período preestabelecido;

No caso de evolução manual, realizar as evoluções em tinta azul ou preta;

Utilizar somente as abreviaturas padronizadas e terminologia científica;

Evitar uso de termos genéricos Ex: “sem intercorrências”;

Após a evolução deve constar o nome completo e o carimbo;

O carimbo deve conter as seguintes informações: nome + número COREN-SP. Não deve conter desenhos ou símbolos;

As evoluções realizadas por graduandos de enfermagem devem conter na sua identificação: nome completo do aluno, ano de graduação, nome completo e carimbo do responsável pelo aluno no estágio;

Não deve ser utilizado corretivo. Na vigência de um registro errado, colocar entre vírgulas a palavra, “digo”, e anotar imediatamente após, o texto correto. No caso de evolução incorreta, escrever ao lado em letra tipográfica e maior que a cursiva “SEM EFEITO”, registrando na primeira linha subsequente com horário, que o registro anterior está errado ou não corresponde àquele paciente;

Manuseio do Material

A evolução deverá ser composta de: identificação do paciente, registro dos controles das últimas 24 horas, avaliação clínica, evolução dos diagnósticos de enfermagem, identificação das intervenções de enfermagem e o nome completo do profissional juntamente com o carimbo.

A evolução deverá ser realizada no impresso padronizado da Diretoria de Enfermagem

POP Nº: ENF. 084: Documentação da Assistência de Enfermagem
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Impresso de anotação de enfermagem padronizado para o serviço;

Caneta,

Prancheta.

Manuseio do Material

A anotação deve ser completa, clara, objetiva, com letra legível, sem rasuras, pontuais e cronológicas;

Devem ser precedidas de data e hora, conter nome completo e número COREN-SP ao final de cada registro. O carimbo deve conter as seguintes informações: nome completo + número COREN-SP. Não deve conter desenhos ou símbolos;

- Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;

Devem constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;

Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;

Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm etc.), quantidade (mL, L etc.), coloração e forma;

Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco etc.);

Realizar as anotações em tinta azul ou preta;

Escrever as palavras por extenso.

Utilizar somente abreviaturas padronizadas.

Utilizar terminologia científica;

Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico.

Não é correto, por exemplo, o técnico ou auxiliar de enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do paciente, como abdome distendido, timpânico; pupilas isocóricas etc. Visto que,

para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui ação privativa do enfermeiro.

Evitar uso de termos genéricos, por ex: “sem queixas”, “sem intercorrências”.

As anotações realizadas por graduandos de enfermagem devem conter na sua identificação: nome completo do aluno, ano de graduação, nome completo e carimbo do responsável pelo aluno no estágio;

No impresso de anotação de enfermagem, o cabeçalho deve conter as seguintes identificações: dados do paciente (nome, idade, sexo e RH), e complementado com data, número do leito e Unidade. Pode ser utilizado etiqueta impressa ou na sua falta preencher manualmente o cabeçalho do impresso com esses dados;

Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;

Não usar corretivo. Na vigência de uma anotação errada, colocar entre vírgulas a palavra, “digo” e anotar imediatamente após o texto correto. No caso de anotação incorreta e extensa, escrever ao lado da anotação em letra tipográfica e maior que a cursiva “SEM EFEITO”, registrando na primeira linha subsequente com horário, que a anotação anterior está errada ou não corresponde àquele paciente.

Passos Críticos

Fazer as anotações sempre que ações de assistência forem executadas, ou seja, ao término de cada procedimento. Ex: 8h A paciente foi encaminhada ao banho de chuveiro na cadeira de rodas. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).

Fazer as anotações relatando as medidas terapêuticas realizadas pelos diferentes membros da equipe de saúde. Ex: 9h passado cateter central em subclávia direita pelo Dr. Francisco Alves - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).

Fazer as anotações relatando as respostas ou reações do paciente à terapêutica prescrita pelo médico. Ex: 12h PA=190/110, medicado com 1 comprimido de Adalat conforme prescrito, com redução da PA para 150/90mmHg - Clara Silva Coren55555 (+carimbo).

Fazer as anotações relatando as respostas ou reações do paciente aos cuidados de enfermagem prescritos. Ex: 10h realizada a mudança de decúbito, de lateral direito para lateral esquerdo. Presença de hiperemia em região sacral. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).

Fazer as anotações relatando os comportamentos e queixas dos pacientes, assim como sinais e sintomas. (OBS: Sinal = manifestação objetiva da doença - pode-se observar; Sintoma =

manifestação subjetiva da doença - somente o paciente pode referir). Ex: 12h Paciente apresentou-se sonolento durante toda a manhã. Comunicado Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale. - Clara dos Santos, carimbar. Ex: 13h. Paciente aceitou o lanche, porém referiu que o leite estava muito doce. Comunicado Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).

Fazer as anotações relatando as respostas específicas do paciente à terapêutica e à assistência. Ex: 12h Paciente apresentou micção espontânea após retirada da sonda. Comunicado Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).

Fazer as anotações relatando os motivos pelos quais determinadas ações não foram executadas. Ex: 8h. O item 3 da prescrição médica não foi administrado, está sendo providenciado pela farmacêutica Anita. Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale cientes. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).

Fazer as anotações relatando as intercorrências com o paciente. Ex: 12h. Paciente apresentou queda da própria altura durante o banho de aspersão, sem presença de hematomas ou lesões aparentes. Comunicado o médico João Santos e a enfermeira Lúcia, que solicitaram observar alterações no nível de consciência. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).

Fazer as anotações e registrar cumprimento de orientação verbal. Ex: 16h. Retirado sonda nasogástrica (SNG) por orientação de Dr. Francisco Alves. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).

POP Nº: ENF. 085: Conferência do Carro de Emergência
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Planilha de Controle Diário do Lacre de Carro de Emergência.

Passos Críticos

Certifique-se do profissional responsável em conferir o carro de emergência no turno.

Confira o número do laque do carro de emergência no início do plantão.

Registre o número do laque, nome e COREN.

Manuseio do Material

Após a utilização do carro de emergência a reposição dos medicamentos deve ser realizada imediatamente, por meio do Sistema Informatizado da Dose de Medicamentos (em nome do paciente que as utilizou) ou pedido manual, em caso de óbito.

A planilhas de conferência do lacre e da validade dos itens devem ser guardadas na unidade por um período de 3 meses após a sua utilização.

A conferência mensal do carro de emergência, que inclui a data de validade dos itens do carro de emergência pelo enfermeiro ou técnico/auxiliar determinado pelo enfermeiro, deve ser registrado em impresso próprio.

Substituir o item com prazo de validade a vencer em até 2 meses, justificando o motivo: "medicamento do carro de emergência com validade a vencer".

Na ausência de qualquer item, o carro de emergência deverá ser repostado e lacrado. Caso não seja possível a reposição no momento da conferência, deve ser registrado na planilha o item em falta e a previsão para a sua reposição.

Comunicar prontamente a chefia de enfermagem a falta do item e registrar em relatório eletrônico de enfermagem e passar em plantão.

As maletas de emergência devem ser revisadas assim como os carros de emergência.

POP Nº: ENF. 086: Limpeza do carro de emergência
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Panos limpos,

Água,

Sabão,

Planilha de controle de materiais de emergência,

Luvas de procedimento.

Passos Críticos

Certifique-se do dia programado para a limpeza do carro de emergência (dia da revisão).

Higienize as mãos

Retire os medicamentos, materiais, soluções e equipamentos eletrônicos do carro de emergência.

Calce as luvas de procedimentos

Limpe internamente com pano com água e sabão, incluindo os trilhos das gavetas e, a seguir, retire o sabão com auxílio de pano umedecido com água.

Seque internamente com pano limpo e seco.

Friccione um pano embebido em álcool a 70% em toda parte interna.

Retire as luvas e higienize as mãos.

Guarde todos os medicamentos, soluções e materiais.

Calce as luvas de procedimento.

Limpe externamente o carro de emergência, o desfibrilador, a tábua de reanimação e o cabo de monitorização com pano umedecido em água e sabão (não molhe as partes eletrônicas).

Retire todo o excesso de sabão com outro pano limpo umedecido com água, quantas vezes forem necessárias.

Seque com um pano limpo e seco.

Friccione com pano embebido em álcool a 70% em todo o equipamento.

Retire as luvas de procedimento.

Higienize as mãos.

Guarde os cabos de monitorização no compartimento específico.

Afixe a tábua em seu compartimento específico.

Coloque o desfibrilador no local.

Calce as luvas de procedimento.

Encaminhe os resíduos ao expurgo e despreze em local apropriado

Retire as luvas de procedimento.

Higienize as mãos.

Registre no impresso próprio a data da limpeza, assine e carimbe.

Manuseio do Material

A limpeza do carro de emergência deve ser feita a cada 30 dias, planejada de acordo com o turno e deve ser preenchida na Planilha de Controle de materiais de emergência (espaço de observações).

A efetivação da limpeza do carro de emergência com a frequência necessária é de responsabilidade do enfermeiro, que determinará dia/período da limpeza, porém poderá delegar para a equipe de enfermagem.

Após o término do preenchimento da Planilha: Controle de materiais de emergência o mesmo deve ser guardado por um período de três meses.

POP Nº: ENF. 087: Teste do laringoscópio
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Luvas de procedimento,
Lâmina e cabo do laringoscópio,
2 pilhas médias comuns

Manuseio do Material

Certifique-se da responsabilidade em testar o laringoscópio no turno.

Higienize as mãos

Calce as luvas de procedimento.

Verifique a presença das duas peças do laringoscópio (lâmina e cabo).

Coloque as pilhas no compartimento do cabo, certificando de que estão do lado correto e feche a tampa.

Encaixe firmemente a lâmina do laringoscópio ao cabo

Certifique que a luz que está na lâmina acenda ao encaixá-la no cabo.

Após confirmar o funcionamento, desencaixe as duas partes.

Guarde-as junto ao equipamento na bandeja de intubação traqueal.

Retire as luvas de procedimento.

Higienize as mãos.

Registre a conferência e funcionamento do laringoscópio.

Passos Críticos

Sempre deixar duas pilhas novas de reserva no carro de emergência.

Este material deve ter seu funcionamento testado em cada plantão pelos profissionais de enfermagem.

Durante o teste de funcionamento do laringoscópio, se a luz não acender, confira o contato e/ou troque as pilhas do cabo. Se o problema persistir, encaminhe ao Cequip para conserto e comunique à chefia do setor. Solicite a troca ou aguarde o conserto imediatamente.

O registro do teste de funcionamento do laringoscópio deverá ser registrado na Planilha de Controle de materiais de emergência.

POP Nº: ENF. 088: Limpeza e desinfecção do laringoscópio
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

EPIs (luvas de procedimento, óculos e máscara),

Água,

Sabão,

Álcool a 70%,

Gaze não estéril.

Manuseio do Material

Higienize as mãos.

Coloque óculos, máscara e calce as luvas de procedimento.

Desmonte todo o conjunto do laringoscópio e retire as pilhas.

Limpe o cabo do laringoscópio com gaze umedecida em água e sabão.

Remova o sabão com gaze umedecida em água.

Seque o cabo com gaze seca. Seque o cabo com gaze seca.

Friccione com álcool a 70% no cabo por 20 a 30 segundos

Limpe a lâmina do laringoscópio com gaze umedecida em água e sabão

Enxágue abundantemente com água corrente.

Seque a lâmina com gaze seca sem deixar umidade ao redor da lâmpada.

Umedeça uma gaze com álcool a 70% e friccione na lâmina por 20 a 30 segundos.

Monte o laringoscópio, teste o seu funcionamento e certifique-se que não há sujidade ou umidade.

Guarde o laringoscópio protegido em saco plástico ou recipiente com tampa.

Retire as luvas, óculos e máscara e descarte os resíduos em local apropriado

Higienize as mãos

Registre no impresso próprio a data da limpeza, assine e carimbe.

Passos Críticos

Durante o teste de funcionamento do laringoscópio, se a luz não acender, confira o contato e/ou troque as pilhas do cabo. Se o problema persistir, encaminhe para a Engenharia Clínica para conserto e comunique à chefia do setor. Solicite a troca ou aguarde o conserto imediatamente.

Deve-se fazer a limpeza e desinfecção do laringoscópio a cada uso dele.

O laringoscópio não pode ser deixado imerso em soluções.

O procedimento de limpeza e desinfecção do laringoscópio deve ser realizado no expurgo.

O registro da limpeza do laringoscópio deve ser feito na Planilha de Controle Diário de materiais de emergência no item OBSERVAÇÕES.

POP Nº: ENF. 089: Conferência de temperatura da geladeira
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Termômetro,

Impresso de Controle de Temperatura da Geladeira,

Caneta

Manuseio do Material

Elabore a escala do profissional que irá realizar a conferência da temperatura;

Confira a temperatura no início de cada plantão.

Verifique a temperatura a máxima e anote.

Verifique a temperatura mínima e anote.

Verifique a temperatura do momento e anote.

Dê o comando Reset para próxima conferência.

Registre seu nome e horário da conferência no impresso próprio.

Passos Críticos

A temperatura deve ficar entre 2º C e 8º C.

O instrumento (parte com o visor do termômetro) deve ser fixado na geladeira (em cima ou na lateral).

Manter o sensor dentro do refrigerador no ponto em que é necessária a medição (próximo da medicação). Evitar contato com qualquer objeto.

A geladeira deve ser exclusiva para medicamentos, NPP e papaína.

Os medicamentos e NPP não devem ser colocados dentro de caixa de isopor ou na porta da geladeira (a papaína pode ser mantida na porta da geladeira).

Avisar o enfermeiro caso haja qualquer alteração nos valores e anotar.

Em caso de temperatura inadequada corrigir a potência da geladeira, e caso persista a alteração, deve ser feita solicitação de revisão à Manutenção (Setor de Refrigeração).

Manter a geladeira afastada da parede e observar se a porta está completamente fechada.

Após o preenchimento do impresso, o mesmo deve ser guardado por um período de três meses.

POP Nº: ENF. 090: Limpeza da geladeira
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Pano limpo,

Água,

Detergente,

Planilha de controle de limpeza.

Manuseio do Material

Programe o dia de limpeza da geladeira de acordo com o turno.

Higienize as mãos

Retire os medicamentos e guarde em geladeira no setor previamente combinado.

Retire o termômetro.

Anote na passagem de plantão

Desligue a geladeira.

Após o degelo, retire o excesso de água

Calce as luvas de procedimento.

Limpe internamente com água e detergente, incluindo a borracha da porta e os puxadores, a seguir enxague com água

Seque internamente a geladeira.

Limpe externamente com água e detergente, a seguir enxague com água.

Seque externamente a geladeira.

Retire as luvas de procedimento

Instale o termômetro, religue a geladeira e aguarde alcançar a temperatura adequada (2 a 8º C).

Higienize as mãos.

Retorne os medicamentos na geladeira.

Registre no impresso próprio a data da limpeza, assine e carimbe.

Passos Críticos

A limpeza da geladeira deve ser feita a cada 15 dias, planejada de acordo com o turno e deve ser preenchida a Planilha de Controle de Limpeza da Geladeira, da Diretoria de Enfermagem do HSP.

A efetivação da limpeza da geladeira com a frequência necessária é de responsabilidade do enfermeiro, que determinará dia/período da limpeza, porém poderá delegar para a equipe de enfermagem ou para o Serviço de Higiene do HSP.

Verificar a temperatura da geladeira antes de guardar as medicações.

Os medicamentos não devem ser colocados dentro de caixa de isopor ou na porta da geladeira (exceto a papaína, que pode ser mantida na porta da geladeira).

Após o término do preenchimento do impresso, Controle de Limpeza da Geladeira (que é anual), o mesmo deve ser guardado por um período de três meses.

Caso seja optado por solicitar ao Serviço de Higiene, deve-se: - Programar com antecedência mínima de um dia, junto ao Serviço de Higiene o dia/período que deverá ser limpa a geladeira (tempo necessário para programar o profissional e material, evitando intercorrências). - Após o término do procedimento pelo Auxiliar de Limpeza, o profissional de enfermagem deve conferir se a limpeza da geladeira está de acordo, deve datar, assinar e carimbar a planilha "Controle de Limpeza da Geladeira" da Diretoria de Enfermagem.

A empresa de higienização da Unidade de Saúde utiliza materiais próprios para a limpeza de geladeira.

POP Nº: ENF. 091: Administração de Dieta Enteral
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Bandeja,

Luvas de procedimento,

Seringa de 20 mL,

Estetoscópio,

Saco plástico para descarte de resíduos.

Fornecidos pelo Setor de Dietas Enterais da Central de Nutrição e Dietética (CND): Frasco de dieta (por horário); Frasco de água (para lavar a sonda após cada dieta, recebido às 9hs e fracionar para as 24h- vide observação*);

Equipo para dieta enteral – azul (um equipo para as 24 hs recebido às 9h).

Manuseio do Material

Higienize as mãos.

Receba a dieta (água e equipo azul às 9h) da Central de Nutrição e Dietética (CND) e confira o rótulo do frasco com a prescrição médica: nome completo, leite, tipo e volume da dieta, data e horário de infusão.

Inspeccione o frasco quanto a presença alterações, caso haja alguma, comunique à funcionária da CND e devolva o frasco.

Assine a ficha de controle da CND, para confirmação de entrega da dieta no setor.

Leve imediatamente o frasco de dieta (água e equipo azul às 9h) para o posto de enfermagem para preparo antes da administração

Higienize as mãos.

Retire o equipo azul da embalagem, abra a tampa do frasco da dieta e conecte o equipo ao frasco.

Preencha com dieta a câmara de gotejamento e todo o equipo (retire bolha de ar, caso tenha alguma) e mantenha protegida sua extremidade com a tampa.

Reúna o material na bandeja, encaminhe ao quarto do paciente e coloque-a sobre a mesa de cabeceira.

Confira o nome completo do paciente que consta no frasco da dieta com a pulseira de identificação.

Explique o procedimento ao paciente e/ou acompanhante / cuidador.

Coloque o frasco de dieta no suporte.

Peça ao paciente para sentar-se ou eleve a cabeceira do leito (30° a 45°). Manter nessa posição durante toda a infusão da dieta.

Higienize as mãos.

Calce as luvas de procedimento.

Em paciente com gastrostomia- abra o cateter, conecte seringa de 10 mL vazia e aspire para verificar a permeabilidade e se está locada (pela presença de resíduo gástrico). - Em paciente

com sonda enteral, abra a sonda, conecte a seringa vazia e aspire. Caso não haja retorno de resíduo, injete 10 mL de ar e ausculte o quadrante superior esquerdo do abdome (em sonda pós pilórica pode não haver resíduo ao aspirar). Verifique também se a fixação da sonda está correta e se não há deslocamento da sonda. Qualquer dúvida não continue o procedimento e solicite avaliação de um enfermeiro ou médico.

Em pacientes críticos, siga o protocolo de resíduo gástrico do setor.

Conecte o equipo azul à sonda. ATENÇÃO! Observe para que seja o conector correto, nunca conecte em outro dispositivo. Siga a "linha" de infusão, ou seja, o trajeto do conector e local de inserção (Profissionais inexperientes devem ser acompanhados por profissional mais experiente na realização desta ação).

Inicie a infusão da dieta e calcule o gotejamento para término da administração no prazo de 90 a 120 minutos (obs- a dieta tem validade de até 180 min).

Deixe o paciente confortável, mantendo-o sob observação quanto a sinais de intolerância, tais como vômitos, diarreia, náuseas e distensão abdominal.

Higienize as mãos

Cheque e anote o procedimento realizado. Registre a verificação da fixação da sonda, o teste de refluxo e ausculta.

Ao término da dieta, higienize as mãos, calce as luvas de procedimento, desconecte o equipo do frasco de dieta e conecte-o ao frasco de água da CND, oferecendo volume conforme o fracionamento estabelecido (usualmente em pacientes sem restrição hídrica vol=50mL e com restrição hídrica vol=25mL) –vide observações*. OBS- o frasco de água da CND deve ser fracionado para ser utilizado nas 24hs, para a lavagem da sonda entre as dietas e o volume contabilizado no balanço hídrico.

Desconecte o equipo da sonda, protegendo a extremidade com a tampa (ele deve ser utilizado por 24 horas) e feche a sonda.

Retire as luvas de procedimento e descarte os resíduos em saco plástico apropriado.

Higienize as mãos.

Deixe o paciente confortável, mantendo-o sob observação quanto a sinais de intolerância, tais como vômitos, diarreia, náuseas e distensão abdominal. Mantenha a unidade organizada.

O paciente deve ser mantido em decúbito de 30o a 45o por pelo menos 30 minutos após a infusão da dieta, para facilitar o esvaziamento gástrico.

Recolha o material e despreze no expurgo em lixo para resíduo infectante.

Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%.

Higienize as mãos.

Cheque o horário da administração da dieta.

Registre o procedimento realizado na anotação de enfermagem. Incluir o volume administrado no balanço hídrico e intercorrências (se houver), assinar e carimbar.

Passos Críticos

Nutrição enteral é a utilização do trato gastrointestinal para realização de terapia nutricional mediante a inserção de sondas até o estômago ou o intestino, ou por estomas de alimentação. Os cuidados na administração da dieta são semelhantes, mas diferem quanto velocidade de infusão e à osmolaridade da dieta.

Ao receber a dieta, nunca a deixe sobre o balcão de atendimento. Quando o posto de enfermagem é no mesmo ambiente da recepção deixe numa bandeja limpa, na bancada do posto.

Qualquer mudança: suspensão, inclusão ou modificação da dieta deve ser comunicada ao setor de nutrição (Nutricionistas) pelo Ramal-4342 (7-21h) e Ramal-4114 (21-7h obs- neste horário não há nutricionista por isso a especificação da dieta a ser incluída deve ser encaminhada por escrito, feita pelo médico em receituário)

Nunca misture um medicamento com a dieta do paciente, ou com outro medicamento.

Nunca feche o dispositivo, sem antes lavar o sistema. Lavar o sistema conforme a orientação previne obstruções da sonda.

Caso ocorra obstrução da sonda somente tente desobstruí-la utilizando água morna.

Para a infusão em sonda com localização no estômago (pré-pilórica) ou gastrostomia, as dietas podem ser mais concentradas e oferecidas mais rapidamente. Para as sondas localizadas no intestino (pós-pilórica) a osmolaridade das dietas é baixa e deve-se infundi-las lentamente.

A dieta não deve ser suspensa caso ocorra diarreia. Se o paciente apresentar diarreia, a nutricionista e o médico devem ser comunicados, pois, a dieta é apenas uma das possíveis causas de diarreia e, muitas vezes, esta poderá ser corrigida sem prejuízo nutricional para o paciente.

Deve-se evitar interromper a infusão da dieta para procedimentos como aspiração traqueal, fisioterapia, reposicionamento do paciente no leito, cuidados e higiene corporal, oral, transporte e outros que envolvam movimentação do paciente. Essas atividades devem ser realizadas antes da administração da dieta.

Fórmulas lácteas são fornecidas pelo Lactário e não pelo Setor de Dietas Enterais.

Qualquer incidente deve ser notificado e entregue à chefia de enfermagem (Notificação de incidente relacionado ao procedimento) e notificado ao CND.

POP Nº: ENF. 092: Controle dos Psicotrópicos
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Impresso próprio,
Caneta,
Chave da gaveta de psicotrópicos

Manuseio do Material

Elabore escala do profissional que realizará a conferência dos psicotrópicos.

Higienize as mãos

Solicite a chave da gaveta ao profissional responsável por ela.

Abra a gaveta e confira os psicotrópicos de estoque, de acordo com a cota da unidade (nome, dose, apresentação, integridade e validade) e certifique-se da organização e limpeza da gaveta.

Registre a quantidade dos medicamentos e possíveis observações. Assine a planilha.

Feche a gaveta e devolva a chave ao profissional responsável por ela.

Higienize as mãos

Passos Críticos

Os psicotrópicos devem ser guardados em local seguro, exclusivo e fechado com chave.

A cota do setor não deve ser modificada sem anuência da Diretoria de Enfermagem e Farmácia.

A chave deve permanecer 24h no setor, junto ao enfermeiro (o técnico ou o auxiliar de enfermagem deve ficar responsável pela chave na ausência do enfermeiro).

A conferência do psicotrópico deve ser feita em cada plantão.

As planilhas preenchidas devem ser arquivadas por três meses.

Na utilização do psicotrópico do estoque, registrar nas observações da planilha e providenciar o medicamento para reposição. Caso não seja repostado no turno, passar em plantão esta pendência para que o medicamento seja providenciado.

Durante a conferência do psicotrópico, deve-se atentar para algumas situações: Se excesso de medicamento: retire o excedente para devolução, registre na observação da planilha e assine. Caso conferência por técnico/auxiliar, comunique ao enfermeiro. Se falta de medicamento: registre na observação da planilha. Caso conferência por técnico/auxiliar, comunique ao enfermeiro.

Cabe ao enfermeiro investigar o motivo da falta do medicamento e providenciar o mesmo de acordo com as rotinas da farmácia e do setor. Se o motivo não for identificado, comunicar o coordenador/gerente para conduta.

Em situação de óbito ou alta, em que não é possível solicitar a reposição do psicotrópico pelo sistema informatizado, ela será feita com pedido manual em nome do paciente e o receituário preenchido.

Em situação de falta do psicotrópico na farmácia para reposição do estoque, deve-se registrar na observação da planilha e guardar o receituário do medicamento (que tem validade por 30 dias). Quando estiver disponível na farmácia, a reposição do psicotrópico será feita com pedido manual em nome do paciente e o receituário.

Medicamentos que estão a 2 meses da data de validade poderão ser substituídos por outros levando para a farmácia a requisição manual com a justificativa e o medicamento a vencer.

Após abertura de frascos de medicamentos como gotas ou manipulados, identificar com etiqueta a data de abertura do mesmo e seguir a validade

POP Nº: ENF. 093: Aferição Glicemia Capilar
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Bandeja

Algodão

Álcool a 70%

Luvas de procedimento

Lanceta

Glicosímetro

Fitas reagentes

Manuseio do Material

Chamar o paciente, confirmando seu nome, apresentando-se e explicando o procedimento que será realizado, orientando e sanando eventuais dúvidas;

Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;

Higienizar as mãos

Calçar as luvas de procedimento;

Conectar a fita reagente ao glicosímetro;

Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antissepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;

Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;

Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;

Comprimir o local com algodão seco;

Aguardar o resultado pelo glicosímetro;

Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar as luvas de procedimento;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Resultados Esperados

Acompanhar glicemia capilar

Controlar as oscilações glicemia capilar em pacientes diabéticos.

Ações Corretivas

Em situações de hiperglicemia ou hipoglicemia, comunicar o médico responsável para a tomada de conduta frente ao quadro clínico alterado.

POP Nº: ENF. 094: Aspiração Vias Áreas
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

EPIs (luva estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção, gorro, máscara cirúrgica)

Fluxômetro para aspiração

Fonte de vácuo e oxigênio

Frasco de aspiração

Extensão de silicone

Sonda aspiração 14 ou 16 (adulto), 8 ou 10 (pediátrico)

Ampola de SF 0,9%

Ressuscitador manual de respiração

Gaze estéril

Cânula de Guedel

Oxímetro de pulso

Manuseio do Material

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Colocar o paciente na posição Fowler (45°) ou semi-Fowler, se não for contraindicado, promovendo o conforto, oxigenação, reduzindo o esforço para ventilação e prevenir vômitos e a aspiração;

Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo;

Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento;

Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;

Clampar a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e a orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;

Lavar a extensão com água destilada;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

Retirar os EPIs;

Deixar o paciente confortável;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar;

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Aspiração Traqueal:

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;

Posicionar o paciente com a cabeça em extensão para aspiração traqueal e posição semi-Fowler para aspiração nasal, promovendo o conforto, oxigenação, reduzir o esforço para ventilação e prevenir êmese;

Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo. Utilize o restante da embalagem para proteger a sonda, mantendo-a estéril;

Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas estéreis;

Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para realização de seis ventilações em 30 minutos, com auxílio de outro profissional, prevenindo hipoxemia;

Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência (carina), favorecendo remoção das secreções, e prevenir hipoxia;

Soltar o látex para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos;

Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos, favorecendo que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;

Se necessário, repetir o procedimento, entretanto é recomendado não realizar mais do que três aspirações por sessão;

Ao término da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada e gaze, e realizar aspiração das vias aéreas superiores;

Lavar a extensão do aspirador com água destilada e desprezar a sonda;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Retirar os EPIs;

Fechar fonte de vácuo;

Deixar o paciente confortável;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar; 20 Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Resultados Esperados

Manter as vias aéreas permeáveis.

Reestabelecer as trocas gasosas melhorando a oxigenação arterial e pulmonar.

Prevenir infecção.

Ações Corretivas

Instilação de SF 0,9% (até 5 ml) por via intrabronquica é indicada para promover fluidificação, mobilizar as secreções e estimular a tosse quando ocorrer formações de rolhas.

O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração.

Quando o paciente estiver em IOT, ficar atento aos dados vitais como SpO2, FR, FC, PA.

Deve-se observar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor).

Monitorar os parâmetros do ventilador, caso esteja em ventilação mecânica. Essa monitoração deve ser feita antes, durante e após procedimento.

POP Nº: ENF. 095: Realização Eletrocardiograma
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Eletrocardiógrafo;

Papel milimetrado;

Eletrodo Cardioclip (Braçadeiras de ECG);

Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção (eletrodo precordial - Pêra de ECG);

Álcool a 70%;

Algodão seco ou gaze;

Gel condutor;

Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);

Lençol;

Lençol descartável.

Manuseio do Material

Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente e explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Checar a prescrição/solicitação;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Checar o funcionamento do eletrocardiógrafo, verificando a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente e conectado à rede de energia (atentar para orientações do fabricante);

Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;

Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados, certificando-se que o paciente não esteja em contato com alguma parte metálica no leito;

Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;

Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que ele não fique totalmente exposto;

Inserir papel milimetrado no local indicado;

Ligar o aparelho e iniciar o ECG, seguindo as orientações do fabricante;

Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;

Efetuar a remoção de gordura, com algodão/gaze embebido em álcool a 70%, das faces internas dos punhos e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);

Instalar/colocar eletrodos em membros superiores e membros inferiores, (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (RA) em membro superior direito;

Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo;

Cabo preto (RL) em membro inferior direito;

Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.

Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;

Cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;

Cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4;

Cabo marrom (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular;

Cabo preto (V5) em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;

Cabo roxo (V6) em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.

Verificar, no aparelho, as luzes de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo solto, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;

Iniciar o exame;

Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;

Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;

Retirar todos os eletrodos cardioclip (braçadeira);

Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores;

Retirar e/ou destacar folha do ECG;

Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;

Desligar o aparelho, desconectando os cabos do paciente;

Auxiliar o paciente a levantar da maca, se necessário;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Resultados Esperados

Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

Ações Corretivas

Paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;

Realizar tricotomia, caso seja necessário;

Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos eletrodos Cardioclip (braçadeiras) e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;

Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;

Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25 mm/s, modo automático e derivação DII;

É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando elas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;

Em situações nas quais os eletrodos cardioclip (braçadeiras) não possam ser utilizados nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, devem ser utilizados eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;

Em crianças, dependendo da idade, devemos utilizar eletrodos descartáveis nos membros, em substituição ao eletrodo cardioclip (braçadeiras);

POP Nº: ENF. 096: Equipamento de Proteção Individual
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Definição

➤ Obrigatoriedade de uso dos Equipamentos de Proteção Individual nas Unidades de Saúde.

Objetivo








➤ Garantir a saúde e a proteção do servidor, minimizando e/ou evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho. O EPI também é usado para garantir que o profissional não será exposto a doenças ocupacionais, que podem comprometer a capacidade de trabalho e de vida durante e depois da fase ativa de trabalho.




Descrição

➤ Utilizar em todos os locais/ situações de trabalho que possuam riscos ambientais capazes de causar danos à saúde dos servidores e/ou nas áreas identificadas por aviso;

- A Prefeitura Municipal de Campinas deverá fornecer os EPI's gratuitamente aos seus servidores cuja atividade exija a sua utilização, sendo obrigatório o uso nas circunstâncias ou situações de trabalho definidas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRa;
- Os EPI's, por questão de organização e higiene, devem ser de uso individual, ou seja, cada servidor deve possuir o seu;
- Os servidores poderão solicitar informação/ treinamento específico sobre EPI quando necessário;
- O servidor deverá ser responsabilizado pela conservação e guarda dos EPI's distribuídos, no caso de dano, perda ou extravio deles, o servidor deverá receber outro em substituição;
- A recusa, por parte do servidor, da utilização de qualquer EPI estabelecido pela Prefeitura, o sujeitará as sanções legais;
- Medidas de controle a serem adotadas: - Os Equipamentos de Proteção Individual devem ser utilizados durante todo o período em que a atividade realizada ofereça risco a segurança e saúde do servidor, não podendo levá-los para a residência e tão pouco a trabalhos realizados fora do expediente.

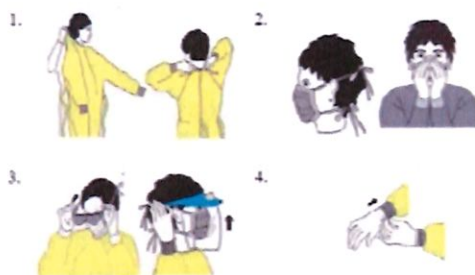
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL											
Atividade realizada/ EPI	Óculos de proteção	Máscara Cirúrgica descartável	Máscara N95 / PFF2	Luva térmica	Luva para proteção contra agentes químicos	Luva de procedimento (látex ou vinil)	Touca descartável	Bota em EVA ou PVC	Avental plástico	Avental descartável manga longa	Japona térmica
Vacina	X										
Expurgo / Lavagem de materiais	X	X			X	X	X	X	X		
Preparo e acondiciona/to. área limpa	X*	X				X	X				
Pequenas cirurgias	X	X				X Luva estéril	X			X	
Autoclave				X							
Assistência a pacientes com Tuberculose, Varicela (Catapora) e Herpes Zoster, Sarampo e Influenza.			X			X					
Limpeza da Unidade (uso de produtos domissanitários)					X			X			
Motonista material de coleta						X				X	
Atividades na câmara fria								X			X

EPI	OBJETIVO	MODELO
Avental descartável, manga longa	Proteger de respingos e contato com materiais biológicos tais como sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.	
Avental plástico	Proteger parte frontal do usuário contra riscos químicos, biológicos e físicos.	
Bota em PVC ou EVA	Proteger os membros inferiores contra umidade e produtos químicos.	
Luva de procedimento descartável (látex, vinil e/ou nitrilica)	Proteger as mãos contra riscos biológicos e químicos. Obrigatório quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, como mucosas ou áreas da pele não íntegra, ferimentos, escaras e feridas cirúrgicas, procedimentos ginecológicos, etc.. As luvas estéreis estão indicadas para procedimentos invasivos e assépticos.	
Luva em borracha nitrilica	Proteger as mãos do usuário contra riscos químicos.	
Luva térmica em silicone	Proteger as mãos do usuário contra agentes térmicos – temperatura até 250 C°.	
Máscara cirúrgica descartável	Proteger o servidor da Saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas à curta distância e pela projeção de sangue ou outros fluidos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias; minimizar a contaminação do ambiente com secreções respiratórias geradas pelo próprio servidor ou pelo paciente em condição de transporte.	

Respirador semifacial PFF2 / N95	Proteger as vias respiratórias para evitar contaminação por agentes biológicos e químicos. Deve ser usada na assistência a pacientes em Precauções Aéreas, ou seja, sempre que houver possibilidade de contato com partículas suspensas no ar ($\leq 5\mu\text{m}$), das seguintes doenças: Tuberculose, Varicela (Catapora) e Herpes Zoster, Sarampo e Influenza. (aerossóis)	
Óculos de segurança lente incolor	Proteger durante procedimentos que haja a possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, sendo indicados também durante a manipulação de produtos químicos em atividades no expurgo e desinfecção de materiais.	
Touca descartável	Proteger o servidor contra exposição a fluidos infectantes; prevenir de contaminação dos cabelos dos funcionários (no expurgo) e a queda dos cabelos no preparo de produtos para a saúde (no preparo, esterilização e arsenal).	

- Sequência de paramentação dos EPI's:

- 1 – Avental
- 2 – Máscara
- 3 – Óculos
- 4 – Luvas



- Retirada correta dos EPI's:

- 1 – Luvas
- 2 – Óculos
- 3 – Máscara
- 4 – Avental



Orientação higienização e conservação dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI's:

- Caso o EPI seja lavável, prefira sempre realizar a lavagem com sabão neutro;
- Esteja atento para EPI's que devem ser higienizados com produtos específicos;
- Seque os EPI's na sombra, pois eles podem ser danificados quando expostos ao sol;
- Tome cuidado para não derrubar o EPI durante a higienização, pois isso pode comprometer sua integridade;
- Assim que utilizar o EPI, guarde-o corretamente em local seguro e livre de fatores potencialmente prejudiciais ao material do equipamento — como calor ou umidade;
- Nunca guarde o EPI molhado ou úmido, pois ele pode criar mofo ou outras bactérias;
- Não utilize os calçados de segurança sem meias;
- Se o EPI foi descartável sempre faça o descarte em um local adequado.

Reutilização e guarda do respirador PFF2 / N95:

- As PFF podem ser reutilizadas pela mesma pessoa enquanto estiverem em bom estado, isto é, com vedação aceitável, tirantes elásticos íntegros e não estiverem sujas ou contaminadas por fluidos corpóreos.
- Para a guarda recomenda-se colocá-la em embalagem individual não hermética, de forma a permitir a saída da umidade (por exemplo, embalagem plástica perfurada). Não é recomendável o uso de embalagem de papel ou de outro material que absorva umidade ou sirva de substrato para a proliferação do patógeno.

Como colocar máscara cirúrgica descartável e PFF2 / N95:

Máscara cirúrgica descartável

Colocar sobre o nariz, boca e queixo;

Adaptar a peça flexível sobre o nariz;

Amarrar logo acima das orelhas e na nuca;



Respirador descartável PFF2/ N95

Colocação da máscara N95



POP Nº: ENF. 097: Lavagem Gástrica

Sugerido por: Equipe Técnica AHBB

Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

- EPI (luva de procedimento)
- Sonda nasogástrica calibrosa
- Gaze não estéril
- Gel hidrossolúvel
- Seringa de 20ml
- Soro Fisiológico 0,9%
- Equipo macro gotas
- Bolsa coletora

Manuseio dos Materiais

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Checar a prescrição;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Paramentar-se com o EPI;

Proceder à técnica de Sondagem nasogástrica, se o paciente não estiver sondado;

Se estiver com sonda, conectar o equipo da solução na sonda nasogástrica e infundir lentamente;

Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida, diminuindo a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;

Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;

Retirar a sonda e recolher o material;

Após a sondagem oferecer gargarejo para limpar a boca;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Resultados Esperados

Diminuir a exposição dos agentes tóxicos por medidas de esvaziamento gástrico ou pela diminuição da absorção intestinal.

Drenar secreções da cavidade gástrica.

Limpar e remover secreções irritantes.

Diagnosticar e tratar hemorragia gástrica.

Obter conteúdo gástricos para análise laboratorial.

Esvaziar o estômago para preparo de exame endoscópico.

Passos Críticos

Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.

Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.

Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.

Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode diminuir a frequência cardíaca do paciente.

POP Nº: ENF. 098: Organização de Salas e Setores
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Luvas de borracha

Álcool a 70%

Panos limpos

Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matéria orgânica)

Lista com os materiais a serem reabastecidos na sala ou setor

Manuseio dos Materiais

Descartar materiais com validade vencida ou com a qualidade comprometida;

Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor no início de cada plantão. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;

Higienizar as mãos;

Calçar as luvas;

Umedecer o pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;

Se houver locais com presença de matéria orgânica, proceder primeiro a limpeza com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após, secar a superfície e limpar com álcool a 70% conforme descrição no item anterior;

Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.

Resultados Esperados

Preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

Passos Críticos

As superfícies referidas neste protocolo compreendem: mobiliários, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores e outros com os quais o profissional e os materiais terão contato durante o trabalho.

Ao término do plantão a unidade deve estar limpa, organizada e com os materiais repostos. Nas situações em que isso não for possível, comunicar as pendências ao profissional a assumir a unidade e registrar os motivos no livro de ocorrência.

Após a realização de procedimentos em que haja contaminação da sala por secreções ou produtos, deve ser realizada uma limpeza sistemática, concorrente ou terminal de acordo com cada situação a ser definida pelo enfermeiro na rotina de cada serviço.

Enfermeiro deve ser responsável por determinar a execução e a periodicidade do procedimento de limpeza a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente e ao profissional.

POP Nº: ENF. 099: Realização de Curativos
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário:

Mesa auxiliar ou bandeja

Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly Cabo e lâmina de bisturi (se necessário)

Tesoura

Pacote de gazes esterilizadas

Atadura de rayon estéril

Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente

Agulha 25x12 ou 40x12

Seringa de 20 ml

Álcool 70%

Luvas de procedimento e/ou estéril

Micropore/ Esparadrapo

Atadura de crepe de largura adequada a extensão da lesão

Espátula

Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme as características da lesão

EPI (óculos, avental e máscara), se necessário

Papel Toalha

Manuseio dos Materiais

Chamar o paciente, confirmar o nome e o número do prontuário, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar a execução;

Conferir a prescrição médica ou de enfermagem, se não houver, solicitar avaliação;

Higienizar as mãos;

Reunir todo o material, conforme o ambiente;

Aquecer o soro;

Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;

Higienizar novamente as mãos;

Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários;

Observar o curativo anterior antes da remoção;

Remover o curativo anterior com cuidado, umedecendo com SF 0,9%, se houver aderência, removendo a cobertura sem traumatizar a lesão;

Caracterizar a ferida quanto ao tamanho (extensão e profundidade), evolução, tipo de tecido, exsudato, odor, bordas e pele ao redor, atentando-se a presença de sinais de infecção (edema, hiperemia, calor e dor). Solicitando reavaliação do caso pelo enfermeiro/médico se necessário;

Na presença de sujidades em áreas próximas da ferida ou ao redor, proceder a limpeza com sabonete neutro, água corrente tratada, e secar com gaze ou papel toalha;

1062

Descartar curativo anterior e luvas no lixo apropriado;
Abrir o pacote de curativo utilizando a técnica asséptica, arrumar as pinças no campo, abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%. Utilizar preferencialmente o frasco de SF0,9% de 250 ml ou seringa de 20 ml para realizar a irrigação;
Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%;
Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida. Evitar limpeza mecânica e/ou fricção onde houver tecido de granulação;
Na presença de tecido desvitalizado (leito/bordas, aderido/solto), solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento;
Secar apenas a região perilesional e bordas com gaze, a fim de evitar a maceração deles;
Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico (mediante autorização prévia do paciente), semanal ou quinzenalmente;
Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico*, e ocluir o curativo conforme a necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
Orientar o paciente quanto a periodicidade de troca de curativos primários/secundários conforme a prescrição do enfermeiro/médico, bem como os cuidados na manutenção do curativo e retornos programados a Unidade;
Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Passos Críticos

Os curativos crônicos devem ser avaliados pelo Enfermeiro desde o primeiro atendimento, contemplando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com a prescrição do cuidado a ser prestado, e se responsabilizando pelas subseqüentes evoluções e avaliações periódicas necessárias, sendo delegada aos profissionais de nível médio a execução do procedimento.

Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do paciente e local da realização do curativo. No domicílio recomenda-se a técnica limpa.

Na Unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomendase o uso de instrumentais estéreis (pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência deles.

A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.

A realização de curativo de imobilização ortopédica pode ser realizada por profissional de enfermagem capacitado (antes ou após a imobilização), sob indicação do médico (prescrição escrita do médico de referência para o procedimento ortopédico) e supervisão, direção e orientação do Enfermeiro, conforme parecer Coren 07/2015.

*O desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.

A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde. Consultar o Manual de Curativos Nov/2016 e o Guia de Tratamento de Feridas Nov/2016 no site da SMS.

Resultados Esperados

Manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas, manter a umidade no leito da ferida em proporções adequadas (absorver/controlar o excesso de exsudato) viabilizando o processo de cicatrização e cura.

Ações Corretivas

É importante verificar se há contraindicações específicas da cobertura indicada ao tipo de tecido e/ou etiologia da lesão, e se o paciente apresenta alergia a algum componente do material a ser utilizado.

1064

POP Nº: ENF.100: Retirada de pontos
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

EPIs: luvas de procedimentos e avental;

Pacote de retirada de pontos: Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocker;

Soro Fisiológico 0,9%;

Gazes (estéreis);

Passos Críticos

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Paramentar-se com os EPIs;

Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico;

Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris;

Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;

Cobrir a ferida se houver necessidade;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Manuseio dos Materiais

Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas.

Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro.

Retirada de pontos de curativos Pós-Operatórios devem ter a supervisão do Enfermeiro e a prescrição médica (Parecer nº 39/2013 COREN/SP).

Entendemos que o Parecer 39/2013 excetua a retirada de pontos de ferimentos leves cortos-contusos e sem sinais flogísticos.

Resultados Esperados

Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura)

Facilitar a cicatrização

Ações Corretivas

Sinais de processos inflamatórios ou infecciosos.

POP Nº: ENF.101: Terapia de Reidratação Oral
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Materiais Necessários

Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO

Água filtrada ou fervida (fria)

Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa)

Copo descartável

Passos Críticos

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Conferir prescrição de enfermagem ou médica;

1066

Higienizar as mãos;

Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;

Ofertar ao paciente em curtos intervalos toda vez que ele desejar;

Solicitar reavaliação do paciente após o término da terapia;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados garantindo a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, registrar a produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Manuseio dos Materiais

Crianças poderão receber o SRO no volume de 50 a 100 ml/kg de peso, por um período máximo de 4 a 6h.

Considera-se fracasso da reidratação oral se as dejeções aumentam, se ocorrem vômitos incoercíveis, ou se a desidratação evolui para grave.

Não apresentando melhora do quadro, solicitar a avaliação médica.

Durante a permanência do paciente ou acompanhante no serviço de saúde, orientar a reconhecer os sinais de desidratação, preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral, praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

Resultados Esperados

Corrigir o desequilíbrio hidroeletrolítico pela reidratação oral, prevenindo a desidratação e os seus agravos.

Ações Corretivas

Pacientes apresentando desidratação grave, impossibilitado de receber líquido por via oral na quantidade adequada, (íleo paralítico, abdômen agudo, alteração do estado de consciência ou convulsões e choque hipovolêmico), solicitar reavaliação médica e/ou enfermeiro.

POP Nº: ENF.102: Uso de Luva Estéril
Sugerido por: Equipe Técnica AHBB
Executor: Equipe de Enfermagem

Material Necessário

Luvas esterilizadas na numeração adequada.

Passos Críticos

Higienizar as mãos;

Abrir a embalagem externa pela borda de abertura até o final;

Retirar a embalagem interna, colocando-a sobre uma superfície limpa;

Abrir as dobras horizontais do envelope;

Abrir os dois lados das dobras verticais do papel pelas abas presentes nestas, expondo as luvas de forma a não contaminar o campo estéril;

Segurar com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura dela;

Unir os dedos da mão dominante, com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la na abertura da luva, tracionando a luva com a mão não dominante em direção ao punho, até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;

Ajustar os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona;

Colocar os dedos da mão enluvada por baixo da dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura;

Unir os dedos da mão não dominante e introduzir na abertura da luva com a palma da mão voltada para cima, tracionando a luva em direção ao punho até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;

Ajustar as luvas de ambas às mãos;

Manter a mão enluvada longe do corpo e outras superfícies;

Desprezar o papel envelope da luva apenas após término do procedimento asséptico a ser realizado.

1068
RETIRAR AS LUVAS

Segurar com o polegar e o indicador de uma das mãos a luva da outra mão, próximo ao punho desta;

Puxar a luva em direção aos dedos, virando-a para o lado avesso, à medida que vai sendo retirada;

Segurar a luva retirada com a mão que encontra-se com luva; permitir a retirada das luvas, evitando a contaminação das mãos e do ambiente;

Repetir o procedimento na outra mão, encapando a luva que era segurada;

Desprezar as luvas na lixeira correta (lixo comum ou infectante), dependendo da quantidade de sangue/secreção contida nestas;

Higienizar as mãos.

Manuseio dos Materiais

Higienizar as mãos antes e depois de calçar as luvas. As luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta higienização das mãos antes de calçar as luvas.

Utilizar luvas esterilizadas sempre que for manipular campos/materiais estéreis

Resultados Esperados

Evitar contaminação de procedimentos assépticos e contaminação das mãos na retirada da luva.

Contraindicação

Procedimentos que não necessitem de tal material.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde. Brasília/DF; ANVISA; 1ª ed.; 2009. 95 p. tab, ilus

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 6 – Equipamento de proteção individual

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

BRASILIA. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: Considerações sobre seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância. Brasília, n.2, abr-jun, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 545/2017. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Brasil, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasil, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

VASCONCELOS, C. C. C. S. Eletrocardiograma. Natal, 2010.

FISCHBACH, F. T. Manual De Enfermagem: Exames Laboratoriais E Diagnósticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SOUZA, L. P; LIMA, M. G. Atuação Do Enfermeiro Na Realização e Interpretação do Eletrocardiograma (ECG) Em Unidade De Terapia Intensiva (UTI). UNINGÁ n.37, p.173-194, 2013
Processo de Enfermagem Drº Wanda Aguiarb Horta

ANDRADE.O.B. de – A Manual of norms and predures of Public Health Nursing services. Rev. Saúde públ. S. Paulo, 9: 455-66,1975.

COFEN - Manual de Procedimentos para padronização das rotinas de atendimento aos profissionais de Enfermagem.

POTTER P. A.; PERRY A. G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

HESS, C. T. Tratamento de Feridas e Úlceras. Rio de Janeiro: Editora Reichmann & Affonso, 2002

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. Parecer 039/2013. Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de Enfermagem. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.

Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012

1070

Ministério da Saúde

Protocolos da Unidade de Emergência

Uma Experiência do
Hospital São Rafael – Monte Tabor
10ª Edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos


Brasília – DF
2002

Apresentação

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Nos últimos anos, o aumento dos casos de acidentes e da violência tem causado um forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o conjunto da sociedade.

Na assistência, esse impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, internação em UTI e alta taxa de permanência hospitalar desse perfil de pacientes.

Na questão social, ele pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que, por causas naturais, o mesmo índice encontra-se em queda.

Ciente dos problemas existentes, o Ministério da Saúde já adotou diversas medidas, das quais podemos destacar aquelas reunidas no Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento em Urgências e Emergências.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, está plenamente engajado, em parceria com estados e municípios, na efetiva organização e estruturação dos Sistemas de Referência dessa área assistencial. Além de realizar investimentos relativos ao custeio e à adequação física em equipamentos dos serviços integrantes dessas redes, tem investido também na promoção e capacitação dos recursos humanos dos serviços.

Dessa forma, iniciativas como a do Hospital São Rafael, em Salvador, Bahia, que visam a aprimorar o atendimento de Urgência e Emergência por meio da melhor capacitação dos profissionais envolvidos nessa tarefa, são louváveis e merecem todo o nosso apoio.

Com a publicação de mais uma edição dos Protocolos da Unidade de Emergência, queremos oferecer aos profissionais de saúde do Estado da Bahia um precioso instrumento de trabalho, cuja utilização resultará em uma melhor qualidade na assistência prestada à população.

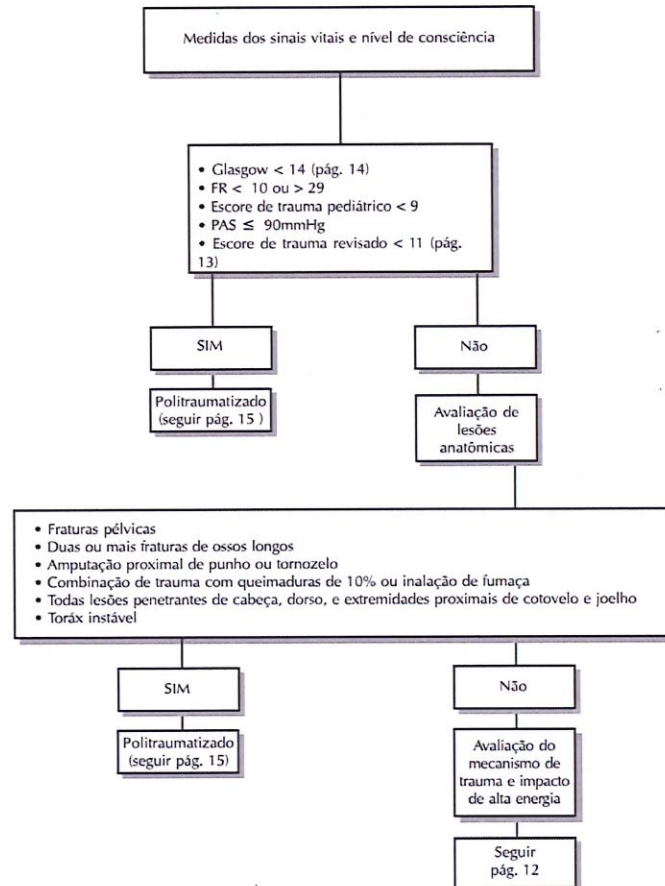
Renilson Rehem de Souza

Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde

1092



Politraumatizado - I (IDENTIFICAÇÃO)

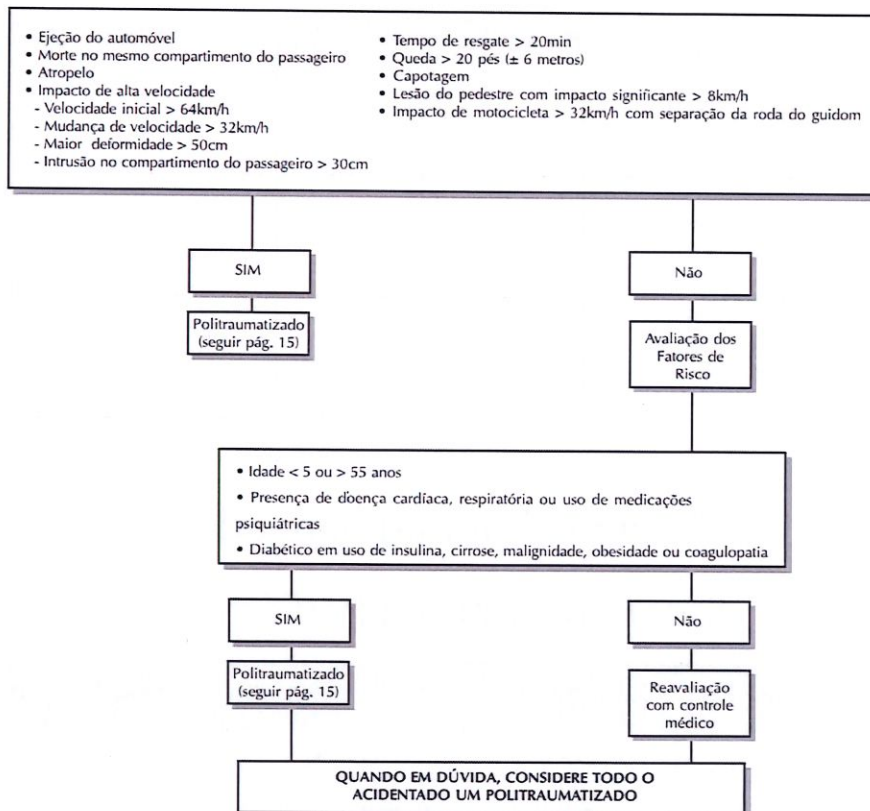


São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

FR = Frequência Respiratória
PAS = Pressão Sistólica



Politraumatizado - II (IDENTIFICAÇÃO)



ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e Fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdome total

10²⁴



Escore de Trauma Adulto

VARIÁVEIS		ESCORE
Frequência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow (vide escala pág. 14)	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a 08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

Paciente Politraumatizado

Escore de Trauma Pediátrico

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20kg	< 10kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrante
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes

1095



Escala de Coma de Glasgow

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ATENÇÃO

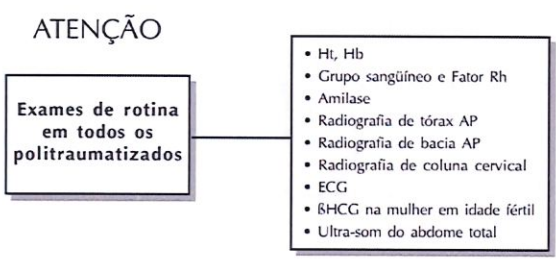
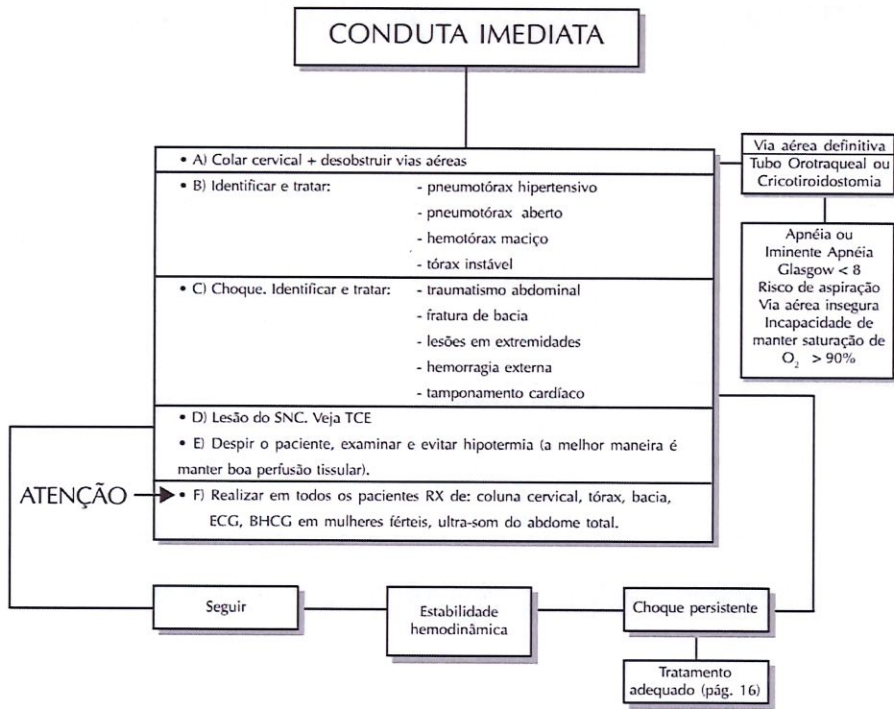
Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e Fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdome total

11076



Politraumatismo

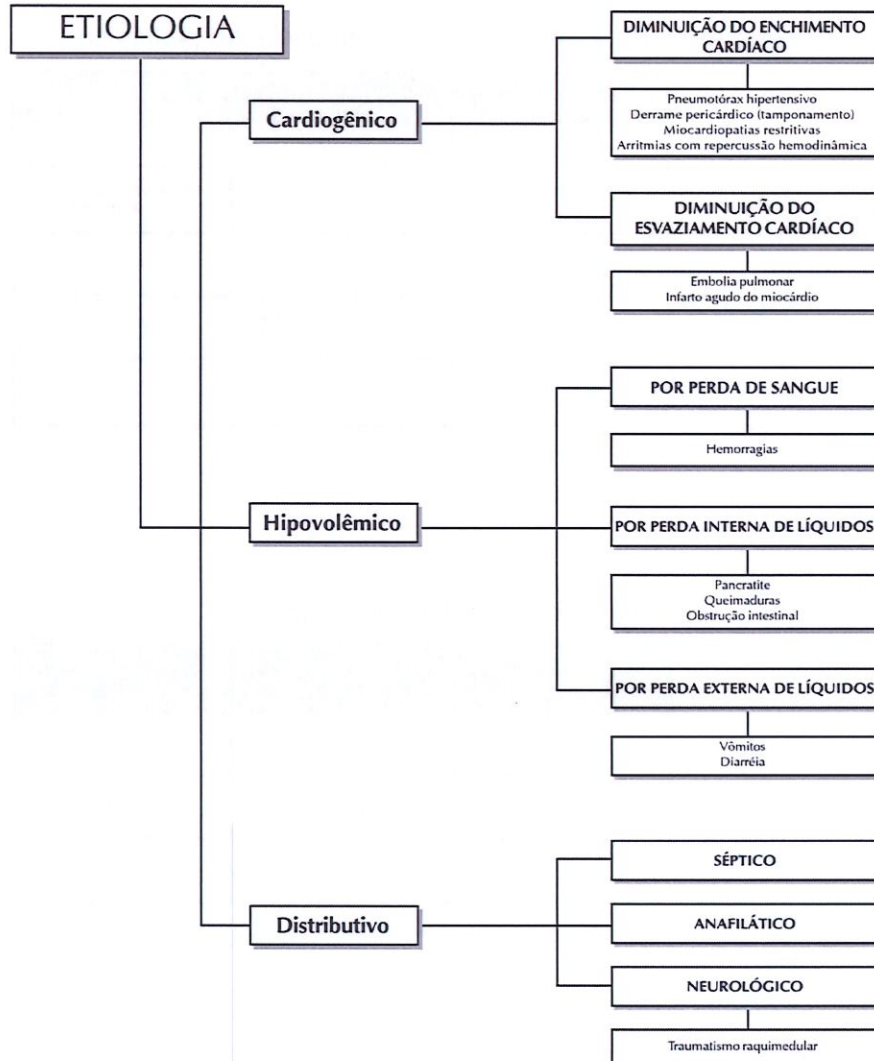


1122



Choque

Desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio em decorrência de má perfusão periférica





Paciente Politraumatizado

Resposta sistêmica à perda sangüínea em pacientes pediátricos

	PERDA DE VOLUME SANGÜÍNEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

Sinais Vitais Normais em Crianças

	Frequência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmhg)	Frequência máxima respiratória (inc./min)
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

1120

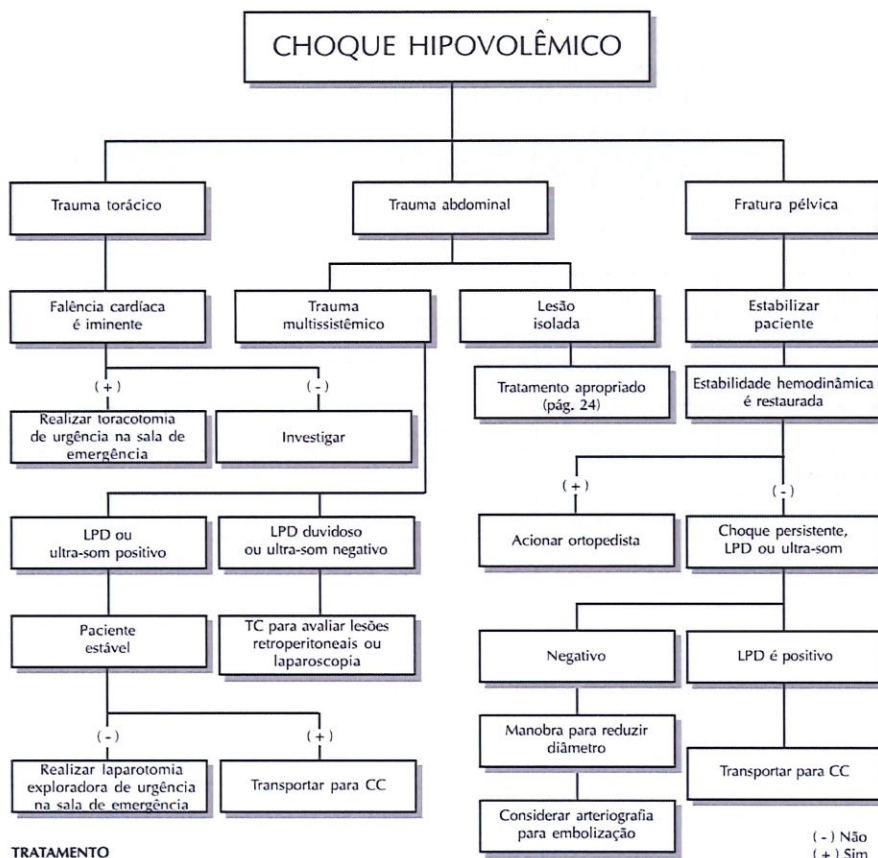


Politraumatismo (choque)

ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE
BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO

	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1.500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue(%)	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
Frequência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sangüínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Frequência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 3:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

- Regra 3:1 – reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sangüínea.

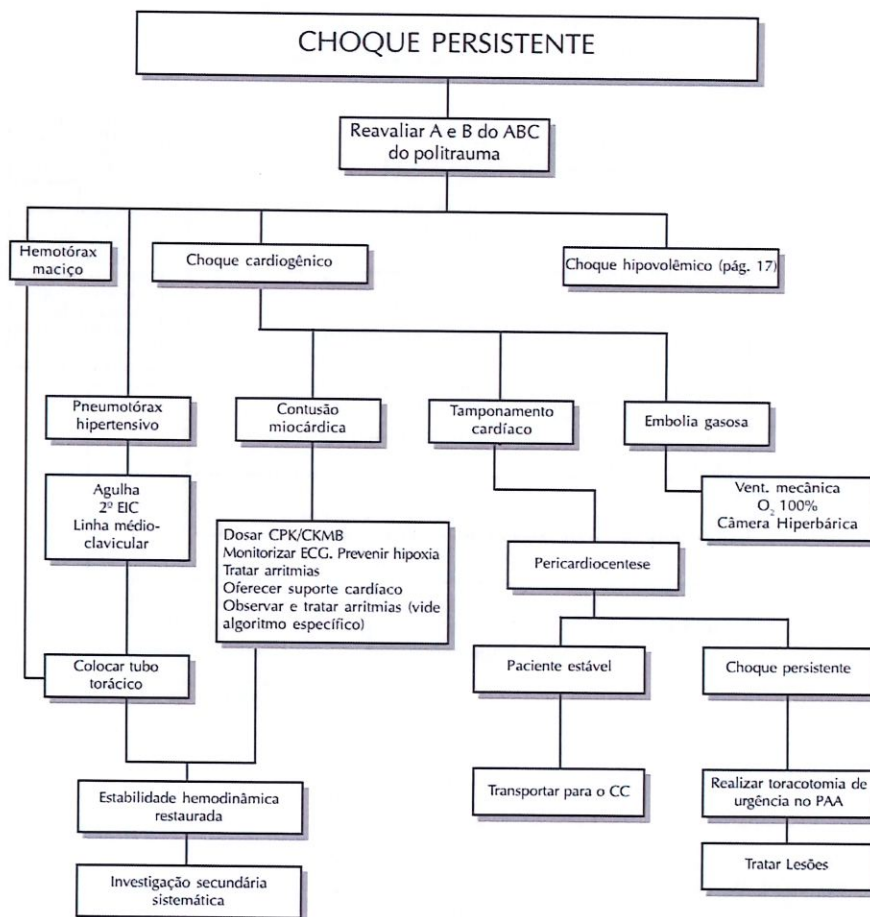


TRATAMENTO

- Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas
- Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto), se necessário infundir mais 3.000ml.
- Crianças – 20 a 40ml/kg da solução cristalóide
- Não melhorou, usar sangue

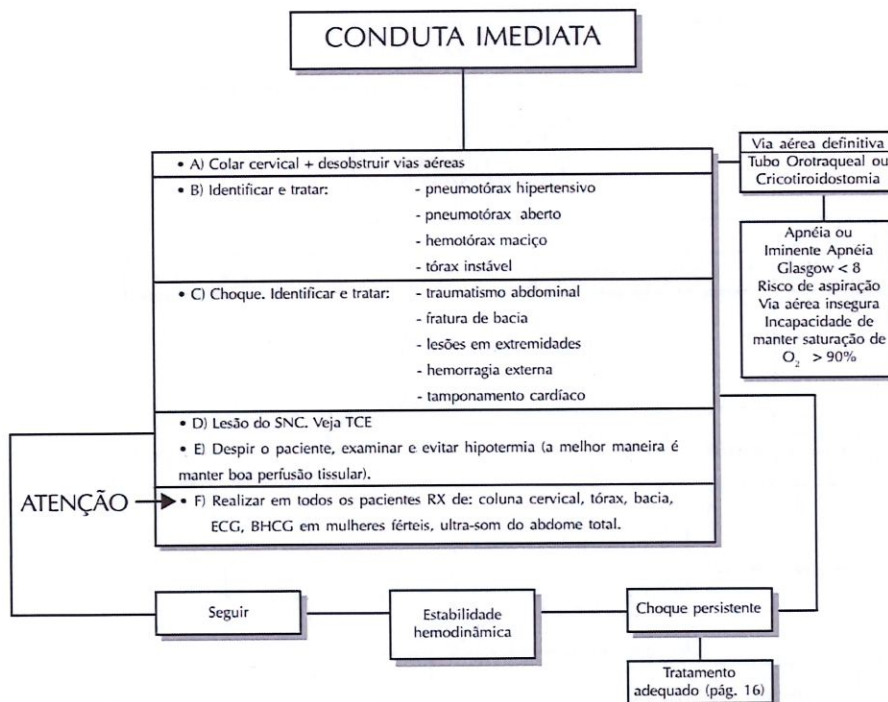
(-) Não
(+) Sim

1118





Politraumatismo



ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e Fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- BHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdome total

1116



Escala de Coma de Glasgow

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ATENÇÃO

Exames de rotina
em todos os
politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e Fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdome total



Escore de Trauma Adulto

VARIÁVEIS		ESCORE
Frequência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow (vide escala pág. 14)	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a 08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

Paciente Politraumatizado

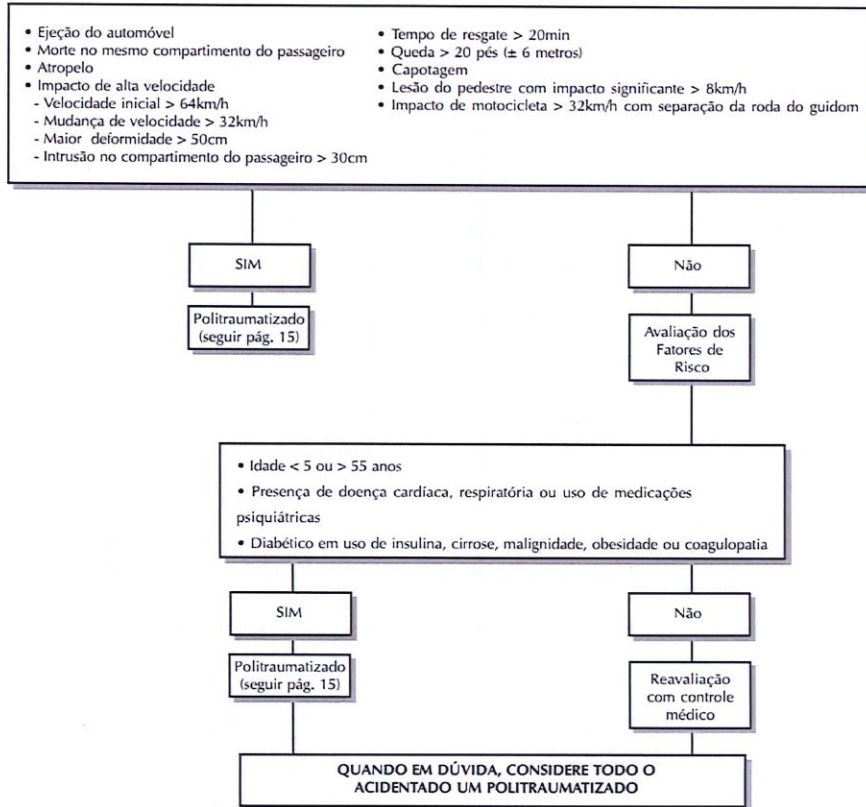
Escore de Trauma Pediátrico

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20kg	< 10kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrante
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes

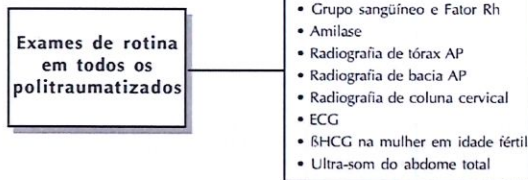
1114



Politraumatizado - II (IDENTIFICAÇÃO)

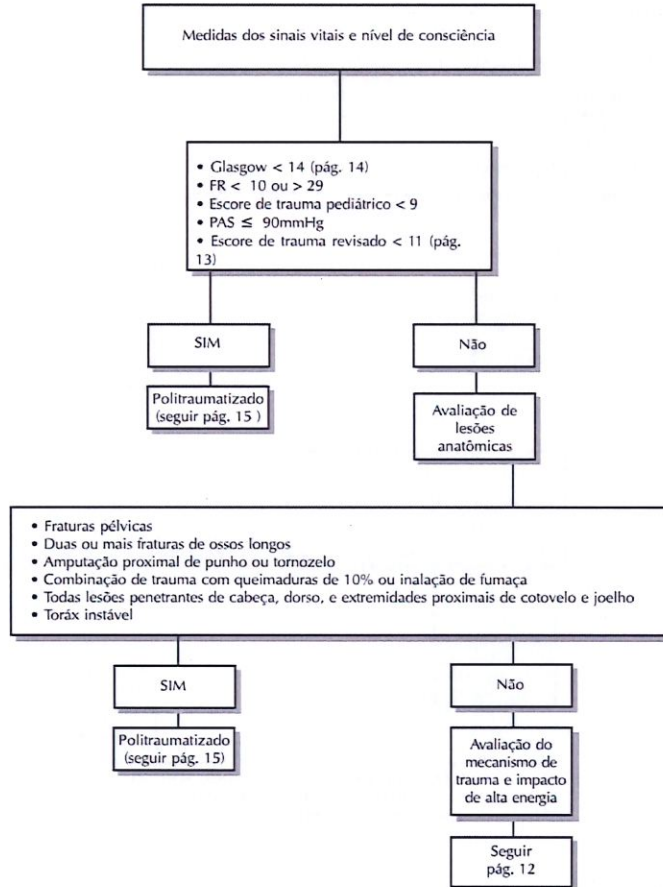


ATENÇÃO





Politraumatizado - I (IDENTIFICAÇÃO)



São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

FR = Frequência Respiratória
PAS = Pressão Sistólica

1112

Apresentação

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Nos últimos anos, o aumento dos casos de acidentes e da violência tem causado um forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o conjunto da sociedade.

Na assistência, esse impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, internação em UTI e alta taxa de permanência hospitalar desse perfil de pacientes.

Na questão social, ele pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que, por causas naturais, o mesmo índice encontra-se em queda.

Ciente dos problemas existentes, o Ministério da Saúde já adotou diversas medidas, das quais podemos destacar aquelas reunidas no Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento em Urgências e Emergências.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, está plenamente engajado, em parceria com estados e municípios, na efetiva organização e estruturação dos Sistemas de Referência dessa área assistencial. Além de realizar investimentos relativos ao custeio e à adequação física em equipamentos dos serviços integrantes dessas redes, tem investido também na promoção e capacitação dos recursos humanos dos serviços.

Dessa forma, iniciativas como a do Hospital São Rafael, em Salvador, Bahia, que visam a aprimorar o atendimento de Urgência e Emergência por meio da melhor capacitação dos profissionais envolvidos nessa tarefa, são louváveis e merecem todo o nosso apoio.

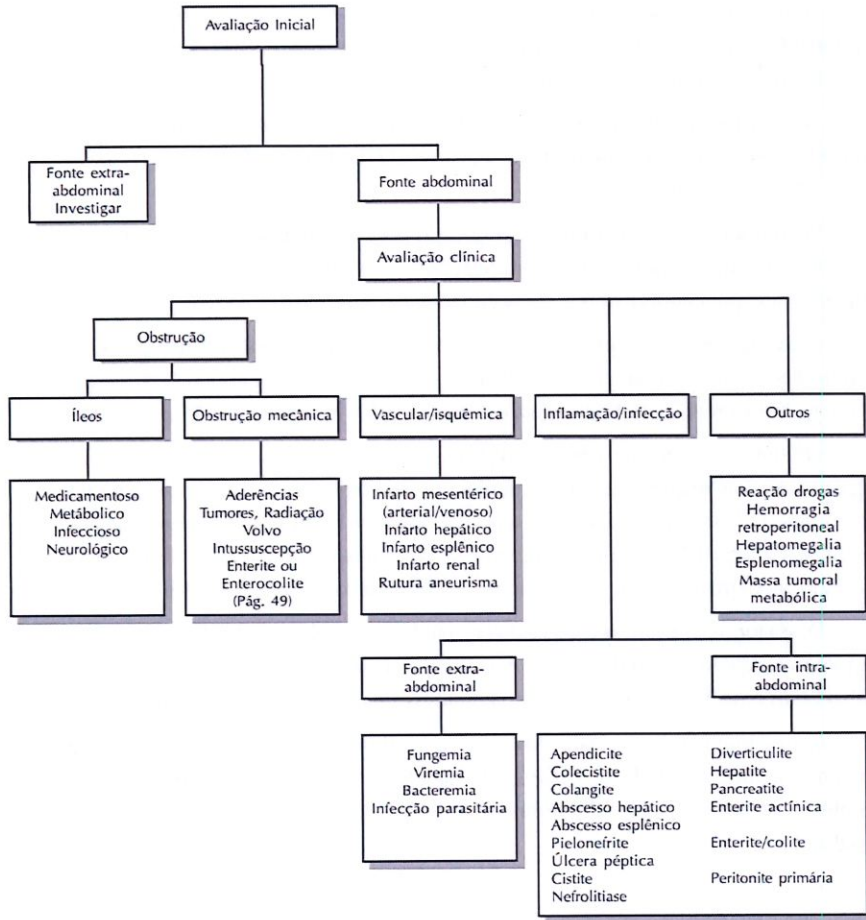
Com a publicação de mais uma edição dos Protocolos da Unidade de Emergência, queremos oferecer aos profissionais de saúde do Estado da Bahia um precioso instrumento de trabalho, cuja utilização resultará em uma melhor qualidade na assistência prestada à população.

Renilson Rehem de Souza

Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde

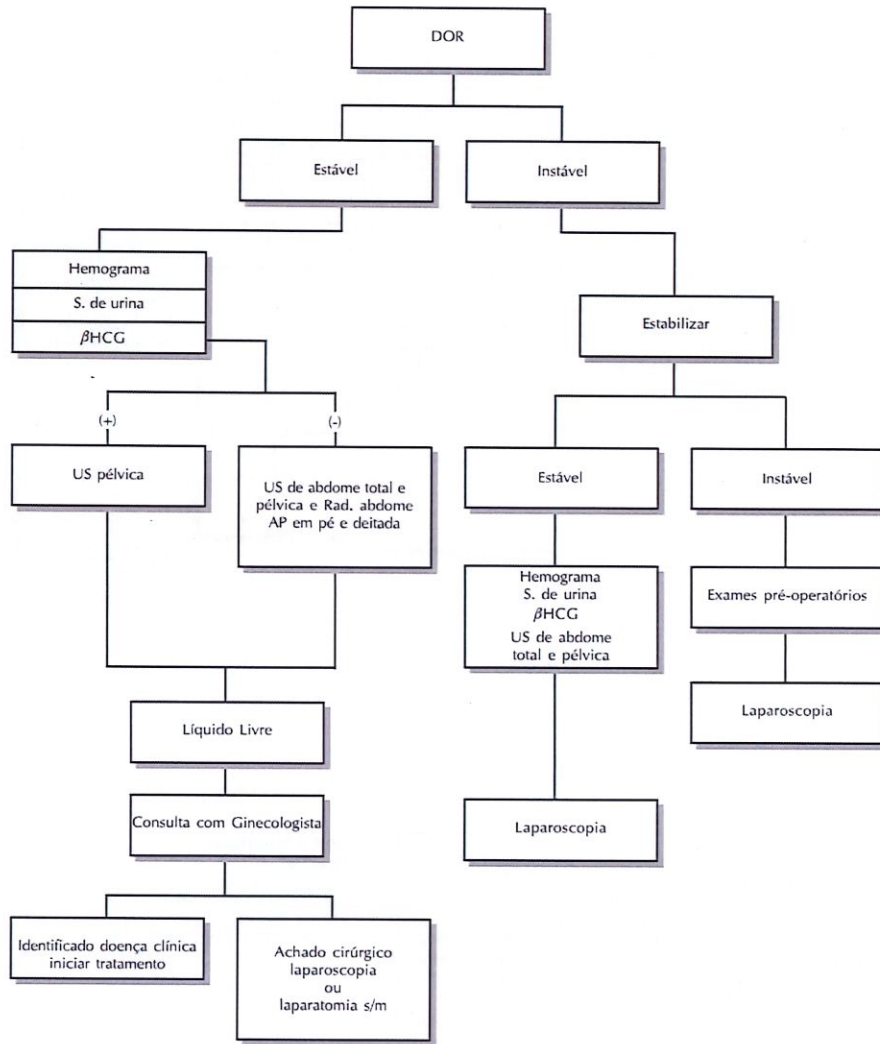


Dor Abdominal no Paciente Neutropênico



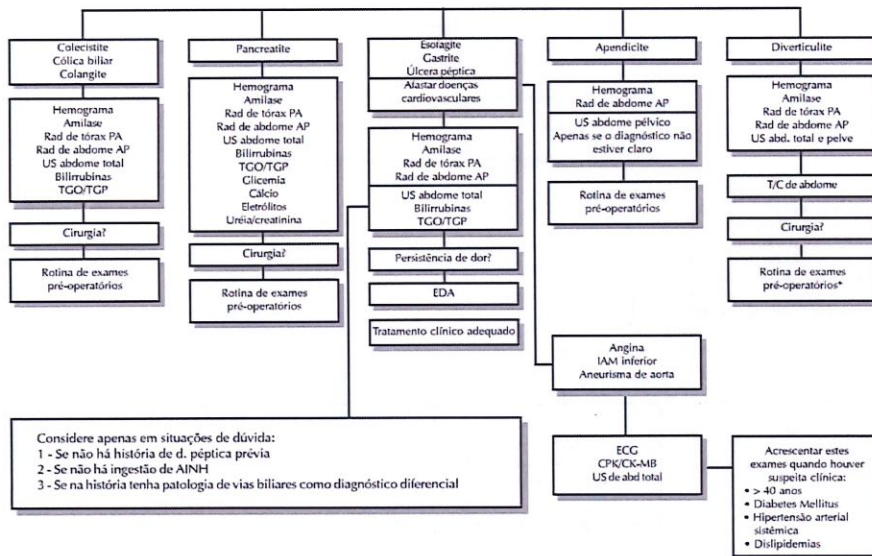


Dor Pélvica Espontânea





Rotinas de Exame na Dor Abdominal Localizada



Paciente com dor abdominal que fez uso de analgésico deverá ser mantido na unidade até passar o efeito do mesmo.

A rotina de exames visa a não deixar a descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento.
 Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar. A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

Dor Abdominal

Objetivos:

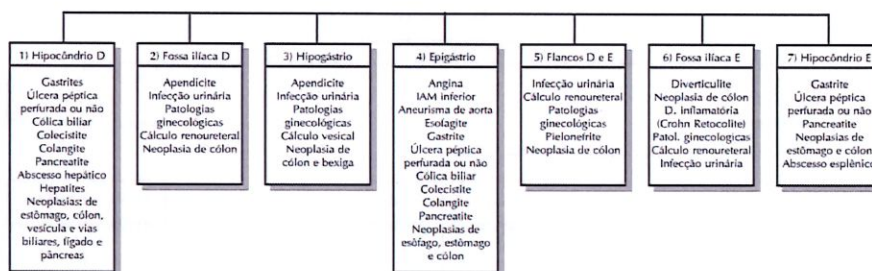
- Afastar abdome agudo cirúrgico.
- Afastar doenças clínicas que complicam com abdome agudo.
- Afastar doenças clínicas que matam.

* Veja página 191

1108



Causas da Dor Abdominal Localizada



A rotina de exames visa a não deixar a descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento. Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar. A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

Dor Abdominal

Objetivos:

- Afastar abdome agudo cirúrgico
- Afastar doenças clínicas que complicam com abdome agudo
- Afastar doenças clínicas que matam

* São diag. de exclusão na emergência:
 Neoplasias

- Abscesso hepático
- Abscesso esplênico
- D. inflamatória de cólon

Para as SD consulte algoritmos específicos:

- 1- ITU
- 2- Cálculo renoureteral
- 3- Patologias ginecológicas.

* Rotina de exames

Homem:

Hemograma; sumário de urina; amilase; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de Abdome AP de pé e deitado; US de abdome total (após ver rad.).

Mulher em idade fértil:**

Hemograma; amilase; sumário de urina; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); beta HCG se beta HCG neg.; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de abdome AP de pé.

Mulher fora da idade fértil:

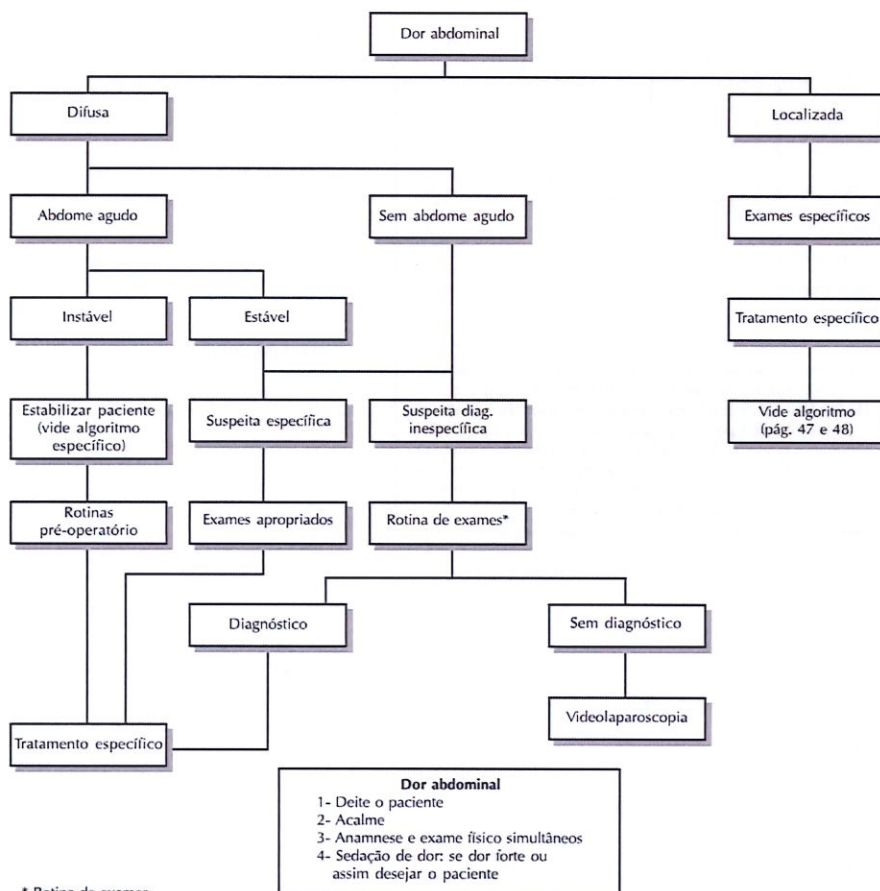
Rotina de exames p/ homem c/ US total e pelve.

** - até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo c/ laqueadura tubária.



Aparelho Gastrointestinal

Dor Abdominal Aguda



* Rotina de exames

Homem:

Hemograma; sumário de urina; amilase; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de abdome AP de pé e deitado; US de abdome total (após ver rad.).

Mulher em idade fértil:**

Hemograma; amilase; sumário de urina; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); beta HCGE se beta HCG neg.; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de abdome AP de pé.

Mulher fora da idade fértil:

Rotina de exames p/ homem c/ US total e pelve.

** - até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo c/ laqueadura tubária.



Diabetes Descompensada em Crianças até 12 Anos

HIDRATAÇÃO:

- Etapa 1 – Fase de Reparação:** com choque – 30 a 50ml/kg – SF a 0,9% – correr em 2 horas
sem choque – 20ml/kg – SF a 0,9% – correr em 2 horas
- Etapa 2 – Fase de Reposição:** 100ml/kg – SF a 0,9% (caso glicemia > 250mg/dl) – correr em 6 a 8 horas
solução 1:1 (caso glicemia < 250 mg/dl)
- Etapa 3 – Fase de Manutenção:** até 10kg – 100ml/kg – Solução 1:4 – correr em 24 horas
10 a 20kg – 1.000ml + 50ml/kg acima de 10
Acima de 20kg – 1.500ml + 20ml/kg acima de 20

Obs.: não deve ser ultrapassado o volume de 4 l/m²/dia
Lembrar de adicionar glicose à solução sempre que a glicemia cair para menos de 250mg/dl.

Insulinoterapia: Insulina regular

Vias de administração – Intravenosa contínua – 0,1 U/kg/hora (preparar uma solução na proporção de 100ml de SF a 0,9% para 10 U de insulina regular – infundir 1ml/kg/h).

Subcutânea: 0,1 a 0,2 U/kg de 1 em 1 hora até que a glicemia caia para menos de 300mg/dl.

A escolha da via de administração depende das condições estruturais do Serviço e da gravidade do quadro, ficando indicada a via intravenosa para os pacientes encaminhados à UTI. Não há diferenças entre a via subcutânea e a muscular.

No caso da opção ser a via subcutânea, deve-se aguardar a 2ª hora de hidratação para iniciar a insulino-terapia.

Quando o paciente está fazendo uso da via venosa e esta vai ser modificada para via SC, deve-se administrar uma dose de insulina por esta via e aguardar cerca de 30' para suspender a infusão.

Após o paciente encontrar-se mais hidratado e menos acidótico, a insulinoterapia é modificada para de 4 em 4 horas, via SC, na dose de 0,25 a 0,4 U/kg/dose. A insulina de ação intermediária só é introduzida após resolução da CAD e a aceitação de dieta por parte do paciente, na dose de 0,5 U/kg/dia.

REPOSIÇÃO HIDROELETROLÍTICA: Lembrar que o Na sérico deve ser corrigido a cada 100mg/dl de glicose acima do normal, acrescentamos 1,6mEq de Na. Ex.: glicemia = 400mg/dl → Na = 136 Na real = 140,8 (correção)

O potássio deve ser administrado de rotina em quantidades que variam de acordo com os níveis séricos de K na admissão:

K sérico na admissão		
< 3,5mEq/l	3,5-5,5mEq/l	> 5,5mEq/l
40mEq/l	20 a 30mEq/l	Monitorizar de 2 em 2 horas e só administrar
Etapa 1	Etapa 2	K quando este cair

A velocidade de infusão de potássio não deve ultrapassar 0,5mEq/kg/hora e a solução não deve conter mais do que 60mEq/l.

A reposição de fósforo não é obrigatória, mas está indicada quando há hipoxemia e/ou nível sérico de fósforo < 1ng/ml e deve obedecer à proporção de 1/3 de potássio sob a forma de fósforo e 2/3 de cloreto.

CORREÇÃO DOS DISTÚRBIOS ÁCIDO-BÁSICOS:

O uso do bicarbonato está indicado quando o pH é menor ou igual a 7 e não deve ser infundido em *bolus*.

pH < 6,9 pH 6,9 - 7,0
80mEq/m² 40mEq/m²

MONITORIZAÇÃO:

Clínica – sinais de desidratação, débito urinário, nível de consciência, dados vitais e perfusão periférica de 1 em 1 hora inicialmente e depois de 2 em 2 horas, espaçando a observação a partir de então para de 4 em 4 horas.

Laboratorial – glicemia capilar de 1/1 hora até que a mesma esteja abaixo de 300mg/dl, a partir daí a glicemia deve ser realizada de 4/4 horas, eletrólitos e gasometria venosa de 4/4 horas inicialmente e depois a cada 6 horas.

Obs.: o pH venoso é < 0,03 do que o arterial.

O hemograma inicial pode revelar leucocitose mas deve a contagem dos leucócitos baixar à medida que a CAD se resolve. A presença de leucocitose acima de 25.000 e desvio para a esquerda deve alertar para a possibilidade de infecção.

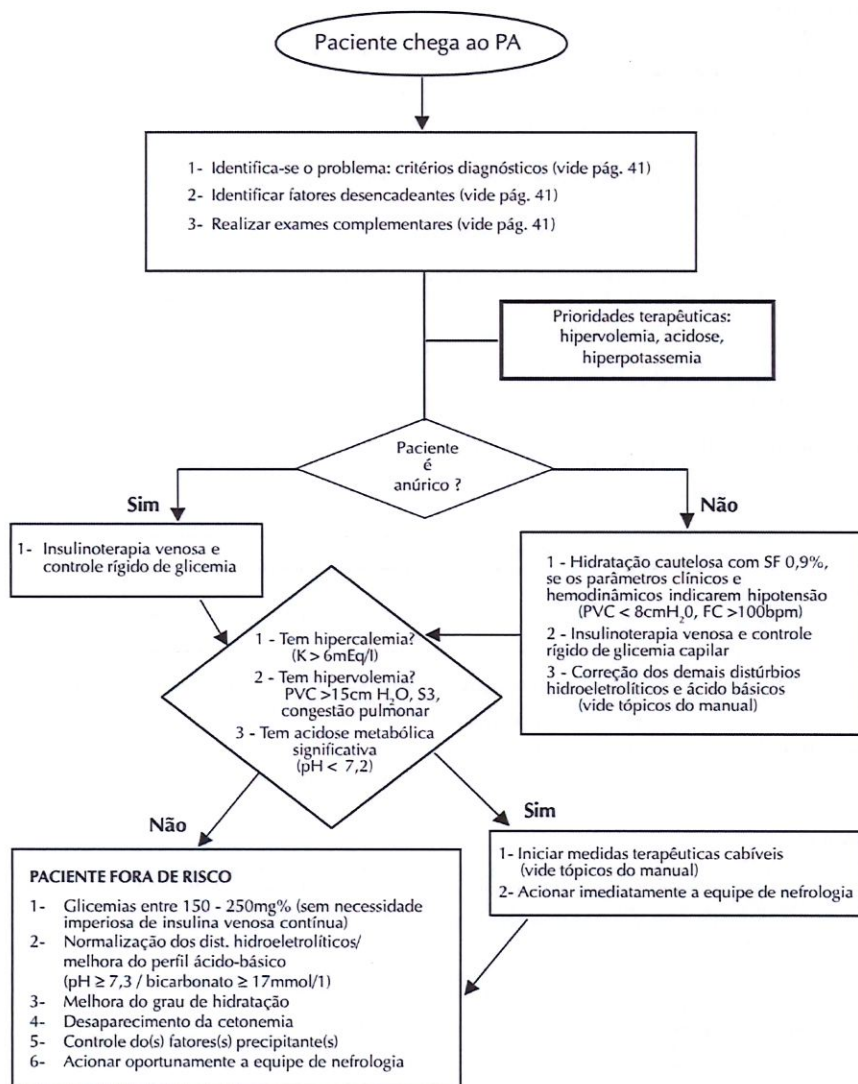
Indicações para Internação em UTI – crianças < 3 anos, distúrbios hidroeletrólíticos graves, alteração significativa do nível de consciência, instabilidade cardiovascular ou respiratória, osmolaridade sérica > 340mOsm, CAD não responsiva à terapêutica inicial.

Os demais casos poderão ser tratados em unidades intermediárias desde que exista monitorização médica e de enfermagem.

Complicações – hipoglicemia, hipocalcemia, hipocalemia, acidose hiperclorêmica, edema cerebral e arritmias.



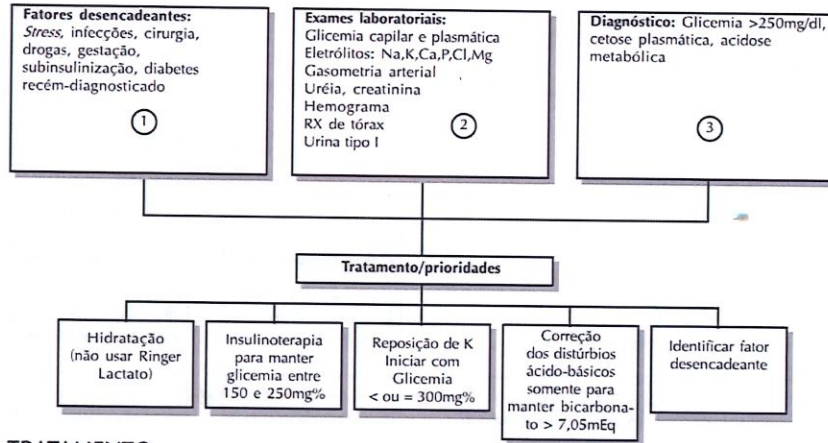
Cetoacidose/Síndrome Hiperosmolar em Pacientes com IRC



1104



Cetoacidose Diabética - II



TRATAMENTO

HIDRATAÇÃO:

1. Fase de **Reparação**: com choque: ver algoritmo de choque
 sem choque: 20ml/kg SF 0,9% em 2 horas

Crianças:

- Fase de **Reposição**: 100ml/kg SF 0,9%(caso glicemia > 250mg/dl) em 6-8h
 solução 1:1(caso glicemia < 250mg/dl)
 solução 0,45%(caso sódio sérico > 140mEq/l)
- Fase de **Manutenção**: até 10kg 100ml/kg – solução 1:4 em 24 horas
 10 – 20kg – 1.000ml + 50ml/kg acima de 10
 Acima de 20kg – 1.500ml + 20ml/kg acima de 20
 Obs.: não ultrapassar o volume de 4l/m²/dia
 Adicionar glicose à solução quando a glicemia <250mg/dl.

INSULINOTERAPIA:

Insulina regular

Via de administração:

Crianças:

- Intravenosa contínua:** 0,1U/kg/h
- Subcutânea:** 0,1-0,2U/kg de 1 em 1 hora até glicemia < 300mg/dl. Só iniciar administração após 2 horas de hidratação

Obs.: quando modificação de via EV para SC deve-se administrar uma dose de insulina SC e aguardar 30min para suspender administração EV.

Após o paciente encontrar-se mais hidratado e menos acidótico a insulina é modificada para 4/4horas SC na dose 0.250.4U/kg/dose. Insulina de ação intermediária só após resolução CAD e aceitação de dieta oral. Dose: 0,5U/kg/dia.

Insulina regular

Adultos:

- Só iniciar após ressuscitação
- 10 UI de insulina regular EV
- Repetir a glicemia com uma hora
- Se glicemia > 400 mg%, fazer 10 UI de insulina regular EV e aguardar novamente uma hora
- Repetir glicemia > 400 mg% mais 10 UI de insulina regular EV e assim sucessivamente.
- Em qualquer uma das dosagens, se a glicemia estiver entre 300 e 400mg%, fazer 8 UI subcutânea.
- Quando a glicemia < 250 mg%, iniciar solução polarizante.



Cetoacidose Diabética - I

(SE APRESENTAR INSUFICIÊNCIA RENAL, SEGUIR PÁG. 44)

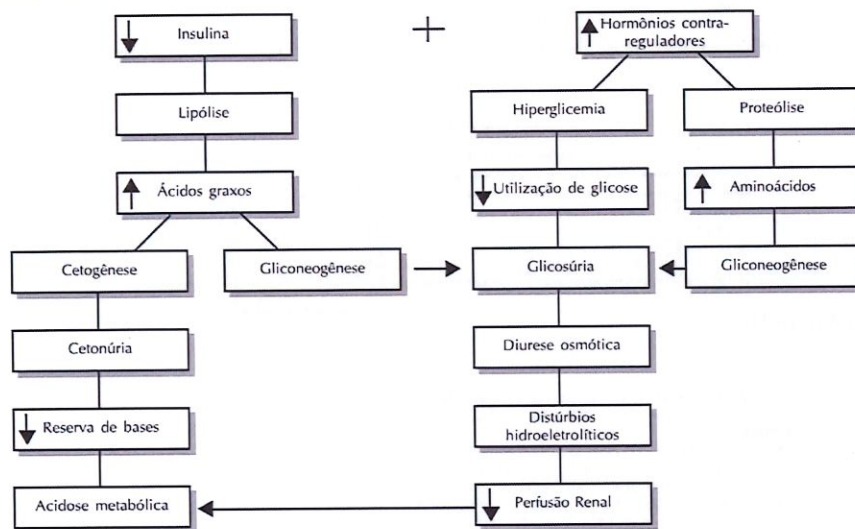
CONCEITO:

Distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia (glicemia acima de 250mg/dl), cetose (corpos cetônicos positivos em diluição 1:2) e acidose metabólica (pH abaixo de 7,3 e ou bicarbonato sérico menor que 15mEq/l).

FATORES DESENCADEANTES:

Stress, infecções, cirurgias, drogas, gestação, subinsulinização, diabetes recém-diagnosticado.

PATOGENIA:



DIAGNÓSTICO:

Clínico: história de poliúria, perda ponderal, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia.

Avaliar permeabilidade de vias aéreas, nível de consciência, dados vitais, grau de desidratação, ritmo cardíaco, respiração de Kussmaul, hálito cetônico, perfusão periférica, sinais de infecção (exame de genitália e região anal).

Laboratorial: solicitar glicemia capilar e plasmática, eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, fósforo, cloro, magnésio sérico), gasometria arterial, uréia, creatinina, rastreamento de infecção (hemograma, culturas e RX de tórax), sumário de urina.

Obs.: o sódio sérico deverá ser corrigido acrescentando-se 1,6mEq para cada 100mg de glicemia acima de 100mg/dl. A creatinina sérica sofre interferência dos cetos-ácidos e a sua elevação pode não corresponder fidedignamente à função renal do paciente.

Os sinais de desidratação costumam ser minimizados em virtude de tratar-se de desidratação hipertônica, mas a mesma é grave na grande maioria dos casos.

A amilase sérica poderá estar elevada sem que haja envolvimento pancreático.

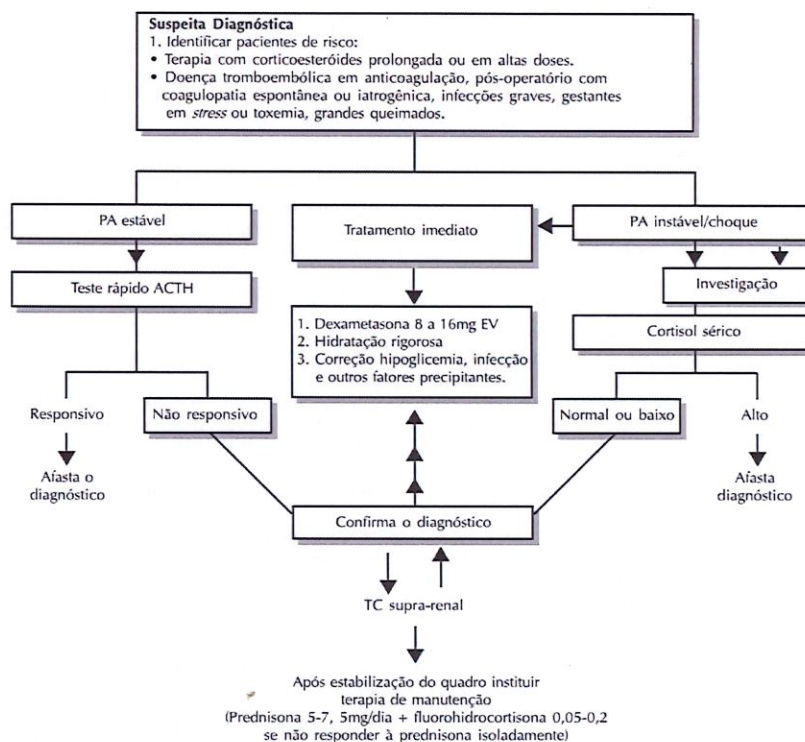
TRATAMENTO:

1. Identificar fator desencadeante
2. Hidratação
3. Insulinoterapia
4. Reposição eletrólítica
5. Correção dos distúrbios ácido-básicos



Emergências Endócrinas – II

Insuficiência Supra-Renal Aguda (Algoritmo)





Emergências Endócrinas – I

Insuficiência Supra-Renal Aguda (Adultos)

Independentemente de sua etiologia, a insuficiência supra-renal é uma situação clínica potencialmente letal, que precisa de um alto grau de suspeição para o diagnóstico. Devemos destacar a insuficiência supra-renal primária crônica agudizada (paciente sem diagnóstico em situação de estresse ou diagnosticado, mas mal orientado quanto à sua conduta nessas circunstâncias) e a hemorragia supra-renal bilateral volumosa (complicação de várias enfermidades críticas). Destaque igualmente importante deve ser dado à insuficiência supra-renal secundária, devido ao uso crônico de corticosteróides, cada dia mais freqüente.

A necessidade de tratar agressivamente o paciente, assim que se suspeita pela primeira vez do diagnóstico, torna importante integrar os procedimentos terapêuticos e diagnósticos com um objetivo duplo. Em primeiro lugar, a vida do paciente não deve correr riscos enquanto se aguardam resultados de testes de confirmação. O tratamento também não deve interferir na confirmação hormonal do diagnóstico.

Etapas básicas para o manejo da insuficiência supra-renal aguda na emergência:

1. Identificar pacientes de risco potencial para a complicação:
 - pacientes já em uso de doses de reposição ou em terapia prolongada com corticosteróides (mesmo já suspensas a até um ano antes do intercurso atual) em estresse;
 - doença tromboembólica em anticoagulação, pós-operatório com coagulopatia espontânea ou iatrogênica (cirurgia do coração aberto, substituição de articulação por prótese ou cirurgia vascular), infecções graves, gestantes em estresse ou toxemia, grandes queimados.
2. Identificar sinais e sintomas de comprometimento supra-renal agudo (muitas vezes similares aos das doenças críticas de base):
 - dor torácica ou abdominal, febre, hipotensão, fraqueza progressiva, náuseas, vômitos, letargia, confusão, torpor, aumento progressivo da uréia e K, queda na Hb/Ht, Na e HCO_3^- ;
 - hipotensão catastrófica;
 - ausência de resposta da PA à reanimação convencional.
3. Confirmação diagnóstica:
 - dosar a cortisolemia e nível de sódio (uma única dosagem de cortisolemia é um ótimo discriminante entre insuficiência supra-renal e outras causas de choque);
 - teste de estimulação rápida com ACTH (quando a PA estiver estável): administra-se 250 microgramas (25UI) de cortrosyn EV, com amostras de cortisol com 0 e 30 minutos. Sendo considerada resposta normal uma elevação de 7 microgramas/dl e um pico de pelo menos 20 microgramas/dl;
 - confirmação com TC supra-renal (particularmente na hemorragia supra-renal bilateral, com atenção especial para não perder o diagnóstico por cortes amplamente espaçados).
4. Terapia imediata:
 - administrar urgentemente esteróides (inicialmente preferir dexametasona 8-16 mg EV, por não interferir nos ensaios laboratoriais para o diagnóstico e, após serem colhidos, realizar o teste de estímulo rápido com ACTH; substituí-la por hidrocortisona 100mg EV de 6/6 h, de acordo com a evolução do paciente);
 - hidratação intravenosa vigorosa, com correção de depleção de volume e possível hipoglicemia;
 - avaliação e correção de infecções intercorrentes ou outros fatores precipitantes.



Emergências Endócrinas

Insuficiência Supra-Renal Aguda (Crianças)

CONCEITO:

- Emergência metabólica caracterizada por uma produção deficiente de corticoesteróides em resposta ao estresse.

ETIOLOGIA:

- Hiperplasia supra-renal congênita (Deficiência de 21 OH – forma mais comum), hemorragia de supra-renais, doença auto-imune, adrenoleucodistrofia, pan-hipopituitarismo, supressão do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (suspensão abrupta de corticoesteróides em corticoterapia prolongada).

QUADRO CLÍNICO:

- Anorexia, vômitos, apatia, hipotermia, hipotensão, sinais de choque, perda ponderal. Os portadores de hiperplasia supra-renal congênita – Def. de 21OH – apresentam-se com genitália ambígua no caso do sexo feminino e macrogenitossomia do sexo masculino, porém, a genitália normal não afasta esta patologia. Os pacientes com insuficiência supra-renal crônica podem apresentar hiperpigmentação de pele e mucosas.

DIAGNÓSTICO:

- Solicitar 17 OH progesterona, Na e K, glicemia capilar e plasmática, uréia, creatinina, gasometria, hemograma (eosinofilia), cortisol sérico, aldosterona sérica e renina plasmática. É sempre necessário o rastreamento de infecção como fator desencadeante do quadro.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Excesso de diuréticos, nefropatias perdedoras de sal, acidose tubular renal, fase poliúrica de necrose tubular renal, diurese pós-obstrutiva.

TRATAMENTO:

- Hidratação – choque: 20 ml/kg – SF a 0,9%
- Manutenção: dobre as necessidades basais hídricas e reponha com solução contendo glicose a 5% e soro fisiológico a 0,9% em partes iguais.
- Corticoterapia – hidrocortisona – 10mg/kg, seguido da manutenção de 5mg/kg a cada 4-6 horas por 48 horas. Os pacientes com a forma perdedora de sal necessitam da reposição de mineralocorticoide – flúorhidrocortisona (Florinef) na dose de 0,1 mg/dia-VO.
- As doses do glicocorticoide são reduzidas 1/3 a cada dia por 2 dias até chegar na manutenção diária: hidrocortisona: 15 a 20mg/m²/dia (2/3 pela manhã e 1/3 à noite) -> ou Prednisona (5mg/m²/dia).
- Os pacientes com sépsis ou trauma deverão receber doses de corticóides 6 vezes maior.



Profilaxia de Tromboembolismo Após-Trauma

Critérios de Inclusão com Pontuação

• Obesidade	2 PONTOS
• Doença neoplásica	2 PONTOS
• Alterações da coagulação	2 PONTOS
• Passado de tromboembolismo	3 PONTOS
• Acesso femural central por mais de 24 horas	2 PONTOS
• Mais que 4 unidades transfundidas nas primeiras 24 horas	2 PONTOS
• Cirurgias com mais de 2 horas de duração	2 PONTOS
• Reparo ou ligadura de grande lesão vascular	3 PONTOS
• AIS > 2 para o tórax	2 PONTOS
• AIS > 2 para o abdome	2 PONTOS
• Fratura de coluna	2 PONTOS
• AIS > 2 para o segmento cefálico	3 PONTOS
• Coma (Glasgow < 8 por mais de 4 horas)	3 PONTOS
• Fratura complexa de membro inferior	4 PONTOS
• Fratura pélvica	4 PONTOS
• Lesão medular com para ou tetraplegia	4 PONTOS
• Idade ≥ 40 e ≤ 60	2 PONTOS
• Idade ≥ 60 e ≤ 75	3 PONTOS
• Idade ≥ 75	4 PONTOS

Os pacientes que apresentarem a soma de critérios atingindo valor acima de 5 (cinco) são candidatos à profilaxia farmacológica, observando-se os seguintes critérios de exclusão:

- Hemorragia intracraniana à TAC de crânio
- Lesão de medula espinhal com déficit neurológico progressivo ou incompleto
- Lesões intra-oculares com risco de hífema
- Fraturas de bacia que necessitem de transfusão
- Manejo não operatório de lesões hepáticas e esplênicas
- Condições que requeiram terapêutica anticoagulante
- Antecedente de deficiência de antitrombina III
- Drenagem de tórax produtiva
- Gestantes evoluindo com choque
- Hemofílicos

Obs.: estes passam a ser candidatos à profilaxia mecânica (por compressão pneumática).

Dose recomendada para profilaxia: enoxaparina sódica
20mg SC de 12/12 horas

10590



Análise de Hemogasometria – III

Cálculo do Ânion GAP

$$\text{Na}^+ \text{ sérico} - (\text{HCO}_3^- \text{ sérico} + \text{Cl}^- \text{ sérico}) \text{ VN}^{(*)} = 12$$

^(*) Na⁺ = Sódio sérico em mEq/l

HCO₃⁻ = Bicarbonato sérico em mEq/l

Cl⁻ = Cloro sérico em mEq

Quando GAP maior que 12 – acidose metabólica devido a circulação de ácidos (uremia, cetoacidose, intox. exógena, salicilato, metanol, etilenoglicol, ac. láctica).

Para cada 1 mEq de acúmulo no ânion GAP o HCO₃⁻ diminuiu de 1 mEq.

Compare o HCO₃⁻ medido com o HCO₃⁻ previsto pela fórmula (somente quando o paciente tem ânion GAP >12):

$$\text{HCO}_3^- \text{ (previsto)} = \text{HCO}_3^- \text{ (medido na hemogasometria)} + (\text{GAP} - 12)$$

Se HCO₃⁻ previsto for maior que o normal significa que o paciente estava em alcalose metabólica quando começou a ter alteração do ânion GAP causada por outras doenças.

Se HCO₃⁻ previsto for menor que o normal significa que o paciente estava em acidose metabólica causada por doença diferente da que causou a alteração do ânion GAP.

(*) VN = Valor Normal

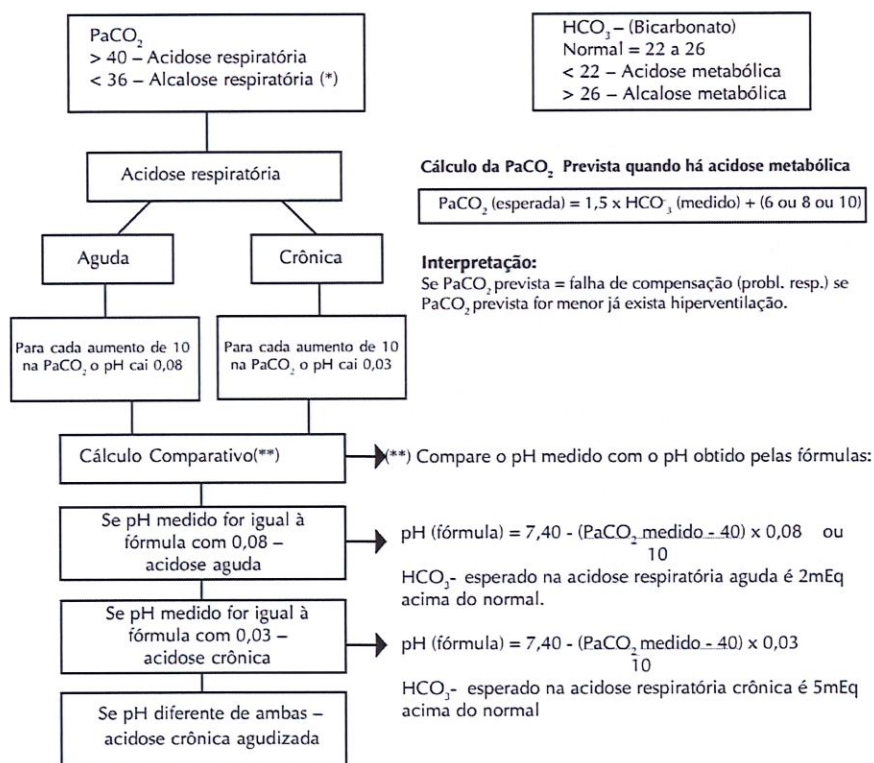


Análise de Hemogasometria – II

pH Normal = 7,40 ± 0,2

Se < 7,38 = Acidemia

Se > 7,42 = Alcalemia



Cálculo da PaCO₂ Prevista quando há acidose metabólica

PaCO₂ (esperada) = 1,5 x HCO₃⁻ (medido) + (6 ou 8 ou 10)

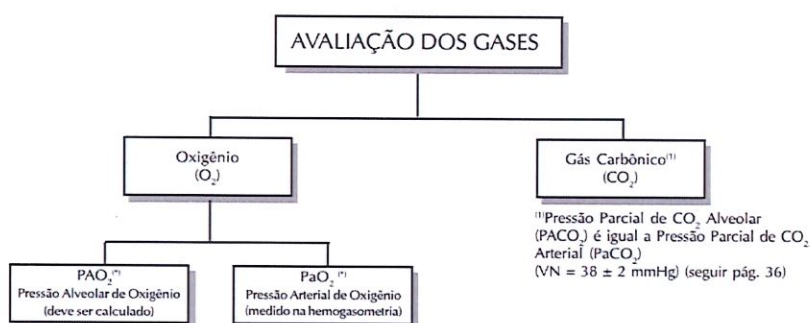
Interpretação:
 Se PaCO₂ prevista = falha de compensação (probl. resp.) se PaCO₂ prevista for menor já exista hiperventilação.

(*) Exceto na grávida no último trimestre (pois a PaCO₂ normal é igual a 36).

1056



Análise de Hemogasometria – I



Fórmulas:

- 1) PAO_2 Prevista = $(760-47) \times FiO_2^{(*)} - 1,25 \cdot PACO_2^{(**)}$
- 2) PaO_2 Prevista = $PAO_2 - 15$
 $PAO_2 - PaO_2$ = Diferença Alvéolo Arterial de Oxigênio (valor normal $\leq < 15$)

Hipoxemia: Quando a PaO_2 obtida na hemogasometria é menor que a obtida pela fórmula $\frac{100 - idade}{3}$

Distúrbio da oxigenação (é diferente de hipoxemia):

- 1) Quando a PaO_2 medida na Hemogasometria for menor que a calculada pela fórmula 2
Se $PAO_2 - PaO_2 > 15$ – Distúrbio da ventilação/perfusão
Se $PAO_2 - PaO_2 \leq 15$ – Não há distúrbio da ventilação/perfusão (hipoventilação)

(*) Apesar de calculado/medido podem ser previstos os valores a partir das fórmulas descritas.

(**) FiO_2 = Fração de Oxigênio Inalada (ar ambiente = 20%).

(***) Valor obtido na hemogasometria do paciente porque $PACO_2$ é igual a $PaCO_2$



ACUTE PHYSIOLOGY AND CHRONIC HEALTH EVALUATION (APACHE)

a. Variáveis Fisiológicas

Variáveis Fisiológicas	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4	
Temperatura (retal °C)	≥ 41	39-40,9			38,5-38,4	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	≤ 29,9
Pressão arterial média (mmHg)	≥ 160	130-159	110-129			70-109		50-69		≤ 49
Frequência cardíaca (bpm)	≥ 180	140-179	110-139			70-109		55-69	40-54	≤ 39
Frequência respiratória (rpm)	≥ 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9			≤ 5
Oxigenação										
a) FiO ₂ > 0,5 P(A-a)O ₂	≥ 500	350-499	200-349		< 200					
b) FiO ₂ > 0,5 PaO ₂					> 70	61-70		55-60		
pH arterial	≥ 7,7	7,6-7,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24		< 7,15
Sódio sérico (mEq/L)	≥ 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119		≤ 110
Potássio sérico (mEq/L)	≥ 7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9			< 2,5
Creatinina (mg%) (pontos x2 se IRA)	≥ 3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6			
Hematócrito (%)	≥ 60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9			< 20
Glóbulos brancos (/mm ³)	≥ 40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9			< 1
Escala Glasgow	15-(valor observado GCS)									

b. Pontuação para idade

Idade (anos)	Pontos
≤ 44	0
45-54	2
55-64	3
65-74	5
≥ 75	6

c. Pontuação para doença crônica

Se o paciente possui história de insuficiência orgânica severa ou é imunocomprometido, atribuir os seguintes pontos:

- a. para não-cirúrgico ou para pós-operatório de cirurgia de urgência – 5 pontos
- b. para pós-operatório de cirurgia eletiva – 2 pontos

Definições:

A insuficiência orgânica ou o estado de imunocomprometimento deve estar evidente anteriormente a esta internação hospitalar e seguir os seguintes critérios:

- a. **Hepática:** cirrose comprovada por biópsia e hiper-

tensão portal documentada, episódios progressos de sangramento gastrointestinal alto devido a hipertensão portal ou episódios progressos de insuficiência hepática/encefalopatia/coma

- b. **Cardiovascular:** Grupo IV da classificação da *New York Heart Association*

c. **Respiratória:** doença crônica restritiva, obstrutiva ou vascular resultando em restrição severa ao exercício (ex.: impossibilidade de subir escadas ou realizar atividades domésticas) ou hipóxia crônica, hipercapnia, policitemia secundária, hipertensão pulmonar severa (>40mmHg) ou

dependência respiratória

- d. **Renal:** paciente em programa de diálise crônica

e. **Imunocomprometimento:** paciente recebeu terapêutica que suprime resistência às infecções, por exemplo, imunossupressão, quimioterapia, radiação, uso a longo prazo ou em altas doses de esteróides ou paciente tem uma doença suficientemente avançada que suprime resistência à infecção (ex.: leucemia, linfoma, AIDS).

Apache = soma de a+b+c

1094



CORAÇÃO		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Contusão cardíaca com pequena anormalidade ao ECG (alteração inespecífica de st ou onda t, sístoles atriais ou ventriculares prematuras ou taquicardia sinusal persistente)	3
	Contusão cardíaca ou lesão penetrante do pericárdio sem ferimento cardíaco, tamponamento ou hemiação	3
2	Contusão cardíaca com bloqueio ou alterações isquêmicas sem insuficiência cardíaca	3
	Ferimento cardíaco penetrante tangencial que não se estende ao endocárdio, sem tamponamento	3-4
3	Contusão cardíaca com extra-sístoles sustentadas ou multifocais	3-4
	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com ruptura de septo, insuficiência das válvulas tricúspide ou pulmonar, dos músculos papilares ou oclusão distal de artéria coronariana sem insuficiência cardíaca	3-4
	Laceração cardíaca por contusão com hemiação	3-4
	Contusão cardíaca com insuficiência	3-4
	Ferimento cardíaco penetrante tangencial que não se estende ao endocárdio, com tamponamento	3
4	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com ruptura de septo, insuficiência das válvulas tricúspide ou pulmonar, dos músculos papilares ou oclusão distal de artéria coronariana com insuficiência cardíaca	3
	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com	3
	Insuficiência de válvulas tricúspide e aórtica	5
	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante do ventrículo direito ou átrio, direito ou esquerdo.	5
5	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com oclusão proximal de artéria coronariana	5
	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com perfuração de ventrículo esquerdo	5
	Lesões estelares com perda de tecido do ventrículo direito, átrio direito ou esquerdo menores que 50%	5
6	Avulsão do coração por trauma contuso	6
	Ferimento penetrante que produz perda maior que 50% de uma câmara cardíaca	6

Obs.: avance um grau quando houver lesões penetrantes múltiplas a uma ou mais câmaras cardíaca



VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Artéria e veia intercostal	2-3
	Artéria e veia mamária interna	2-3
	Artéria e veia bronquica	2-3
	Artéria e veia esofágica	2-3
	Artéria e veia hemiaórgicos	2-3
	Artéria e veia inominada	2-3
2	Veia ázigos	2-3
	Veia jugular interna	2-3
	Veia subclávia	3-4
	Veia inominada	3-4
3	Artéria carótida	3-5
	Artéria inominada	3-4
	Artéria subclávia	3-4
4	Aorta torácica descendente	4-5
	Veia cava inferior intratorácica	3-4
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar	3
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	3
5	Aorta torácica ascendente e arco	5
	Veia cava superior	3-4
	Artéria pulmonar, tronco principal	4
	Veia pulmonar, tronco principal	4
6	Transseção total incontinida da aorta torácica	5
	Transseção total incontinida do hilo pulmonar	4

Obs.: avance um grau quando houver múltiplas lesões do grau III ou IV se a lesão for maior que 50% da circunferência. Recue um grau nas lesões dos graus IV e V se a lesão for menor que 25% da circunferência.

1092



RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	contusão	hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
	hematoma	subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2
2	hematoma	hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitônio renal	2
	laceração	profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2
3	laceração	profundidade no parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	laceração	laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
	vascular	lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
5	laceração	destruição renal total	5
	vascular	avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Ramos inominados das artéria e veia mesentérica superior		0
	Ramos inominados das artéria e veia mesentérica inferior		
	Artéria e veia frênicas		
	Artéria e veia lombar		
	Artéria e veia gonadal		
	Artéria e veia ovariana		
	Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura		
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda		3
	Artéria e veia esplênicas		3
	Artéria gástrica esquerda ou direita		3
	Artéria gastroduodenal		3
	Artéria e veia mesentérica inferior		3
	Ramos primários da artéria e veia mesentérica		3
	Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura		3
3	Artéria mesentérica superior		3
	Artéria e veias renais		3
	Artéria e veias ilíacas		3
	Artéria e veia hipogástricas		3
	Veia cava infra-renal		3
			3
4	Artéria mesentérica superior		3
	Eixo celiaco		3
	Veia cava supra-renal, infra-hepática		3
	Aorta infra-renal		3
5	Veia porta		3
	Veia hepática extraparenquimal		3-5
	Veia cava retro ou supra-hepática		5
	Aorta supra-renal subdiafragmática		5



DIAFRAGMA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Contusão	2
2	Laceração de 2cm ou menos	3
3	Laceração de 2 a 10cm	3
4	Laceração maior que 10cm com perda de tecido maior que 25cm quadrados	3
5	Laceração com perda de tecido maior que 25cm quadrados	3

Obs.: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

FÍGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
	Laceração	Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
	Laceração	Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão Maior que 3cm de profundidade	3
4	Laceração	Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Couinaud em um lobo	4
5	Laceração	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Couinaud em um lobo	5
	Vascular	Lesões justahepáticas, i.é., veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
	Laceração	Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
	Laceração	Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto Hematoma intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (> 25% do baço)	4
5	Laceração	Destruição total do baço	5
	Vascular	Lesão do hilo vascular com desvascularização do baço	5

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

1050



PAREDE TORÁCICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão	Qualquer localização	1
	Laceração	Pele e subcutâneo	1
	Fratura	Menos de 3 costelas, fechada	1-2
		Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração	Pele, subcutâneo e músculo	1
		3 ou mais costelas, fechada	2-3
	Fratura	Clavícula aberta ou desalinhada	2
		Esterno alinhada, fechada	2
		Corpo da escápula	2
3	Laceração	Total, incluindo pleura	2
		Esterno, aberta, desalinhada ou instável	2
	Fratura	Menos de 3 costelas com segmento instável	3-4
4	Laceração	Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costelas	4
	Fratura	3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	3-4
5	Fratura	Tórax instável bilateral	5

Obs.: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima.

PULMÃO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão	Unilateral, in lobo	3
	Laceração	Pneumotórax simples	3
3	Contusão	Unilateral, mais que in lobo	3
	Laceração	Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
		Intraparenquimatoso sem expansão	
	Hematoma		3-4
4	Laceração	Escape de via aérea maior (segmentar ou lobar)	4-5
	Hematoma	Intraparenquimatoso em expansão	4-5
	Vascular	Rutura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
5	Vascular	Rutura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs.: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima.
 Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos



Escala Abreviada de Lesões (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO COM A GRAVIDADE:

- 1 = menor
- 2 = moderado
- 3 = sério
- 4 = severo (ameaça a vida)
- 5 = crítico (sobrevida incerta)
- 6 = não sobrevivente

URETRA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão	Sangue no meato uretral uretrografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na uretrografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento de contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para próstata ou vagina	4

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trígono	4

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

URETER			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

1008



Escores de Trauma

Obs.: servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospitalar e na comparação de resultados de protocolos e atendimentos

Escore de Trauma Revisado

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13-15	>89	10-29	04
09-12	76-89	>29	03
06-08	50-75	06-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:

$$*ETR = 0,9368 \times GCS + 0,7359 \times BPM + 0,2908 \times FR$$

Para um valor total máximo de 7,84

- *GCS = Glasgow
- *BPM = Batimentos por minuto
- *FR = Frequência Respiratória
- *ETR = Escore de Trauma Revisado

Importância:

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevivida.

Escala abreviada de lesões (AIS – Abreviate Injury Scale)

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

Índice de gravidade da lesão (ISS – Injury Severity Score)

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (AIS – Abreviate Injury Scale).
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.
- Os valores variam de 3 a 75.
- Se o AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

Cálculo do ISS:

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	4	-
Tórax	1	4
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	4
Geral	1	-

$$\text{Cálculo do ISS} = 4 + 4 + 4 \rightarrow \text{ISS} = 16 + 16 + 16 = 48 \rightarrow \text{ISS} = 48$$

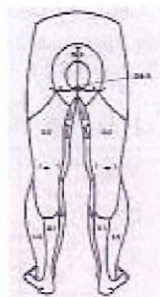
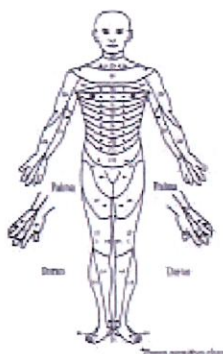
Limitações:

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade ao aproveitar apenas a lesão mais grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0,0) e p/ ISS = 19 é de 6,8% (3,3,1))

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognóstica quando do trauma.

Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

10892



Índices Sensitivos e Motores Níveis



ESCALA DE DEFICIÊNCIA AIS

NÍVEL: _____

A – Completa

Não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5

B – Incompleta

Há função sensitiva porém não motora preservada abaixo do nível neurológico estendendo-se até os segmentos sacros S4-S5

C – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chave abaixo do nível neurológico tem um grau muscular inferior a 3

D – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos a metade dos músculos chaves abaixo do nível neurológico tem um grau muscular maior ou igual a 3

E – Normal

As funções sensitivas e motoras são normais

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis: 7 – Independência Total 6 – Independência Total Aparelhada 5 – Supervisão 4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +) 3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +) 2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +)	Controle dos Esfínteres Admissão Alta		Locomoção Admissão Alta		
	Controle vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminhar	<input type="checkbox"/>
	Controle esfínter anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>
				Escada	<input type="checkbox"/>
	Mobilidade Admissão Alta		Comunicação Admissão Alta		
	Transferência:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compreensão	<input type="checkbox"/>
	Cama, Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expressão	<input type="checkbox"/>
	Banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cogitação social	<input type="checkbox"/>
	Banheira, Chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interação social	<input type="checkbox"/>
Cuidados Pessoais Admissão Alta				Solução problemas	<input type="checkbox"/>
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memoria	<input type="checkbox"/>
Cuidados com aparência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Banhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vestir parte superior do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vestir parte inferior do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asseio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	MIF TOTAL: _____				

1006



Padronização da Classificação Neurológica da Lesão Medular

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3º Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Apice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							½ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé – 3º art. Metatarsofalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplíteia
S3							Tuberosidade Isquiática
S4S							Área Perianal
TOTAL							

(Máximo)	(50)	(50)	(56)	(56)	(56)	(56)
Índice Motor			Índice Sensitivo com Agulha		Índice Sensitivo com Toque	

(Máximo)	(100)		(112)	(112)
Contração voluntária anal (sim/não)	<input type="checkbox"/>		Qualquer sensibilidade anal (sim/não)	<input type="checkbox"/>

MOTOR

0 – Paralisia total
 1 – Contração visível ou palpável
 2 – Movimento ativo sem oposição da força da gravidade
 3 – Movimento ativo contra a força da gravidade
 4 – Movimento ativo contra alguma resistência
 5 – Movimento ativo contra grande resistência
 NT – Não testável

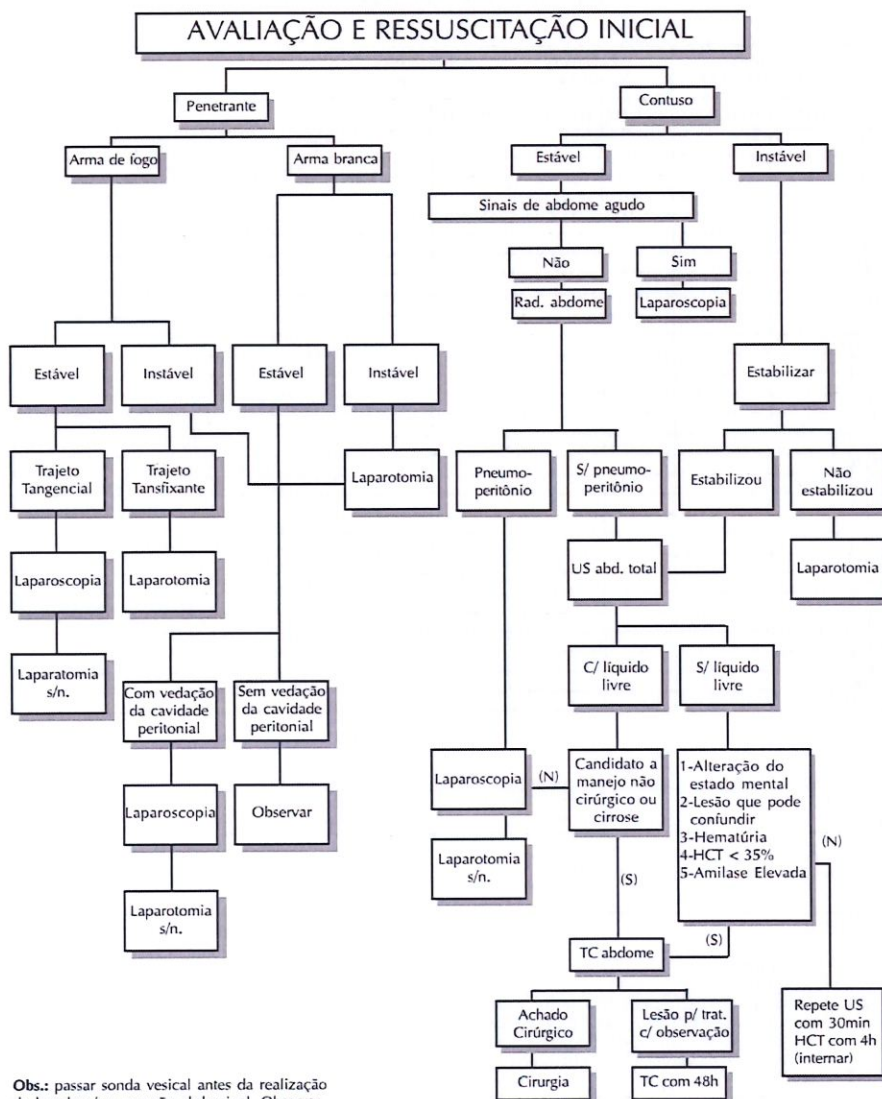
SENSIBILIDADE

0 – Ausente
 1 – Comprometido
 2 – Normal
 NT – Não testável

1086



Traumatismo Abdominal



Obs.: passar sonda vesical antes da realização de lavado e/ ou punção abdominal. Observar contra-indicações para passagem de sonda vesical.

1004



Risco Relativo de Lesão Intracraniana

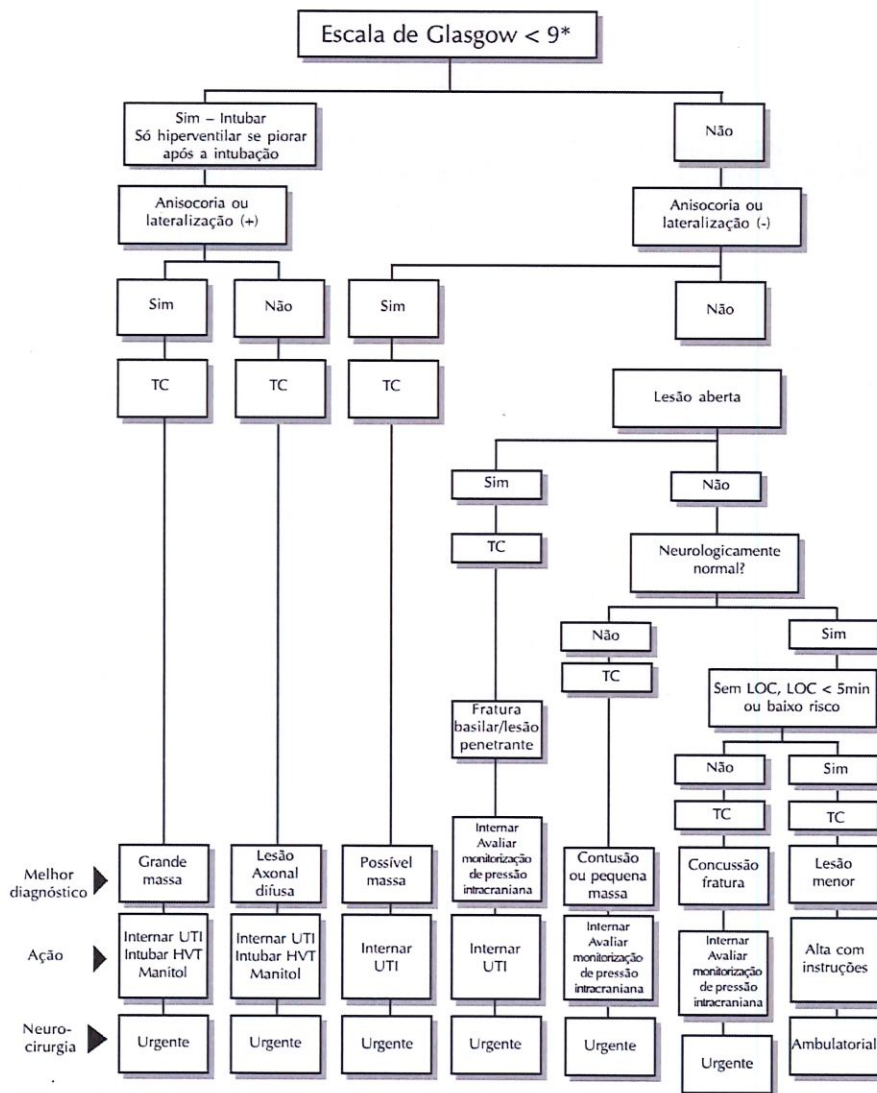
Grupo de Risco

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático Cefaléia Tontura Consciência deprimida Laceração de couro cabeludo Contusão de couro cabeludo Ausência de critério moderado a alto risco	Mudança de consciência Cefaléia progressiva Intoxicação por álcool ou outras drogas Idade < 2 anos Convulsão Vômito Amnésia Trauma múltiplo Lesão facial séria Sinais de fratura basilar Possível penetração cerebral Possível fratura com afundamento Suspeita de agressão infantil	Consciência deprimida Sinal focal Fratura com afundamento

1003



Traumatismo Crânioencefálico (TCE)



* Intubar, hiperventilar se Glasgow cair após intubação mantendo PaCO₂ entre 25 e 35.

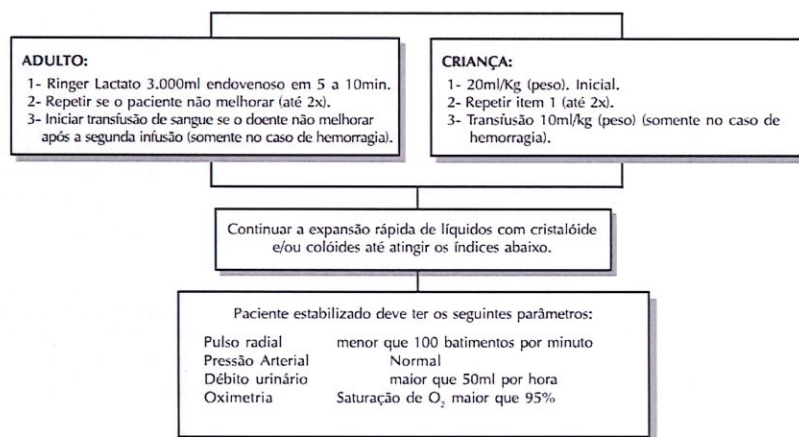
• LOC - Perda de consciência
 • HVT - Hiperventilação

1000



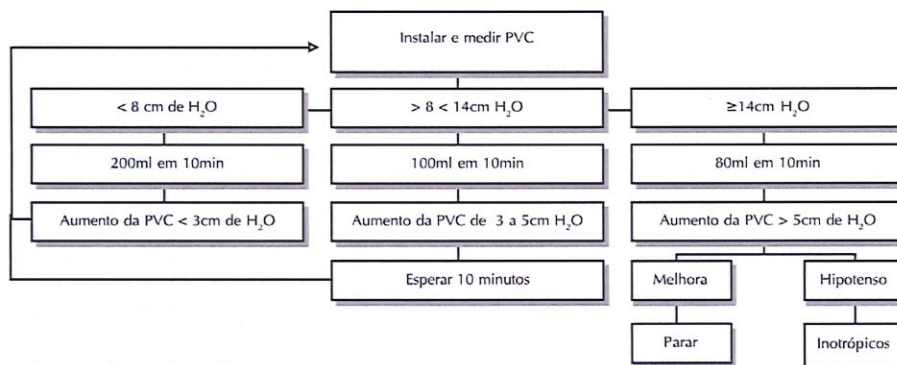
Choque Hipovolêmico

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO



REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

Pressão coloidomóstica deve estar normal



ATENÇÃO:

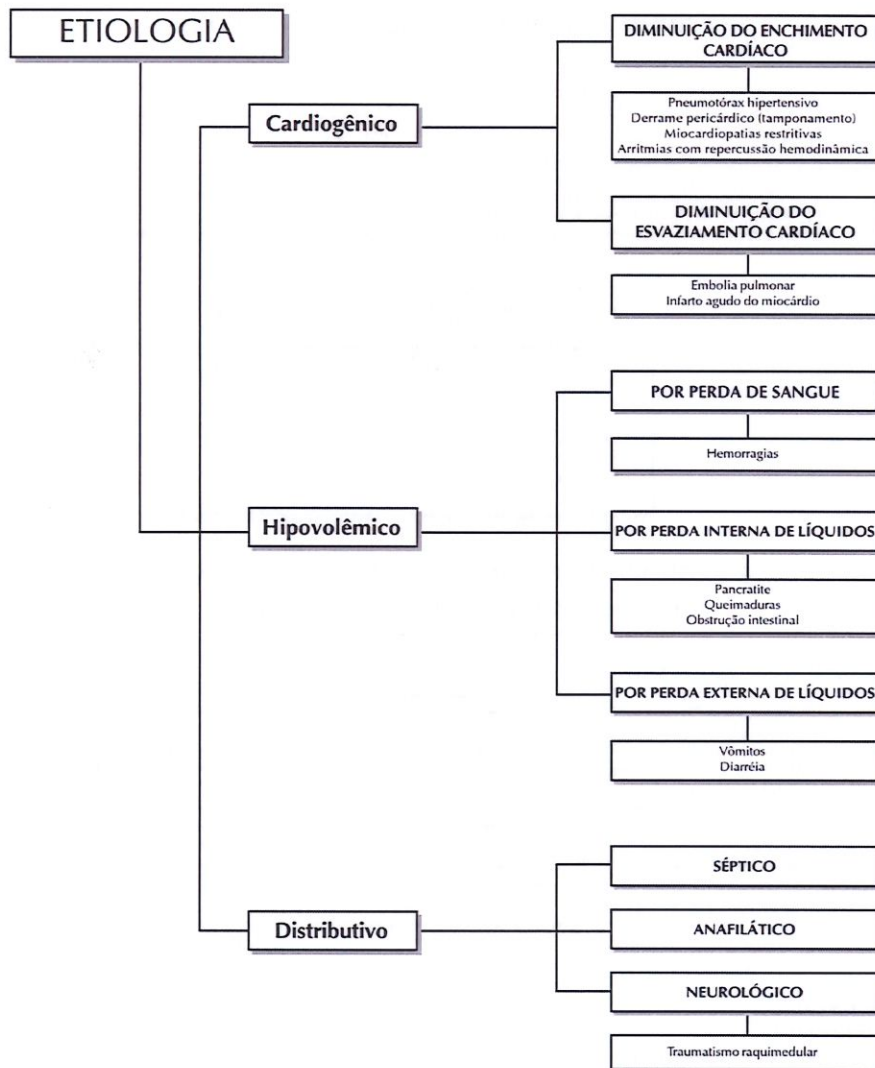
OBSERVAR:

- 1- Dois (2) acessos venosos periféricos com jelo 14.
- 2- Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
- 3- Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
- 4- Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
- 5- Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.



Choque

Desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio em decorrência de má perfusão periférica



1000



Paciente Politraumatizado

Resposta sistêmica à perda sangüínea em pacientes pediátricos

	PERDA DE VOLUME SANGÜÍNEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

Sinais Vitais Normais em Crianças

	Frequência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmhg)	Frequência máxima respiratória (inc./min).
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20



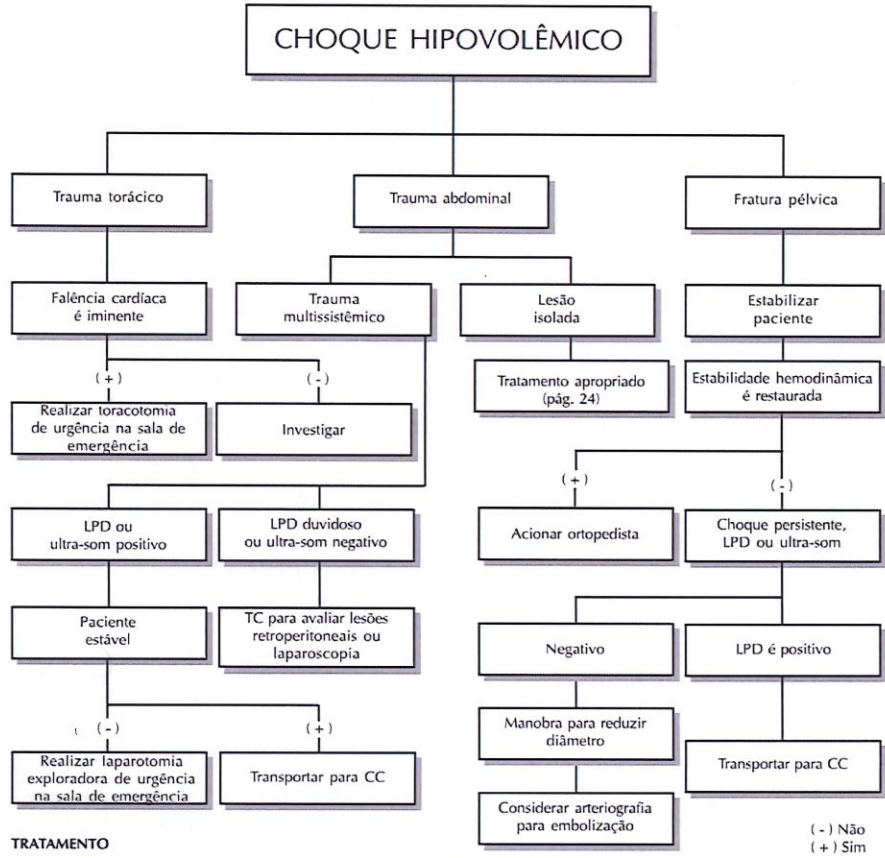
Politraumatismo (choque)

ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE
BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO

	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1.500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue(%)	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
Frequência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sangüínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Frequência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 3:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

• Regra 3:1 – reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sangüínea.

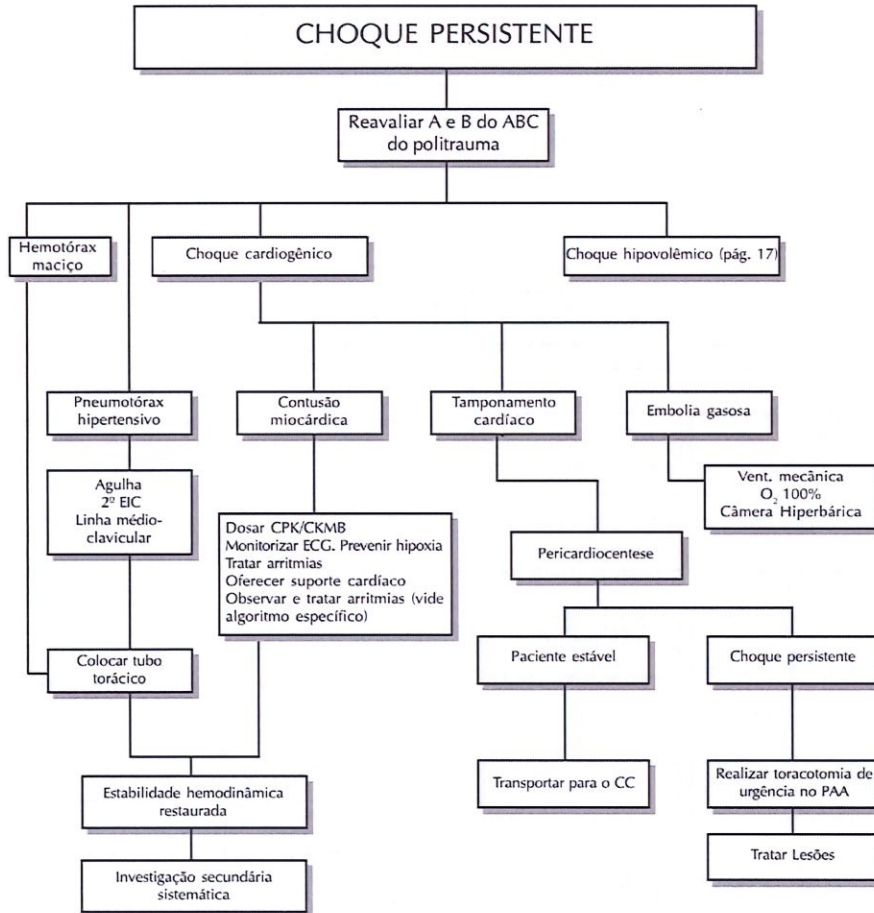
1078



TRATAMENTO

- Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas
- Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto), se necessário infundir mais 3.000ml.
- Crianças – 20 a 40ml/kg da solução cristalóide
- Não melhorou, usar sangue

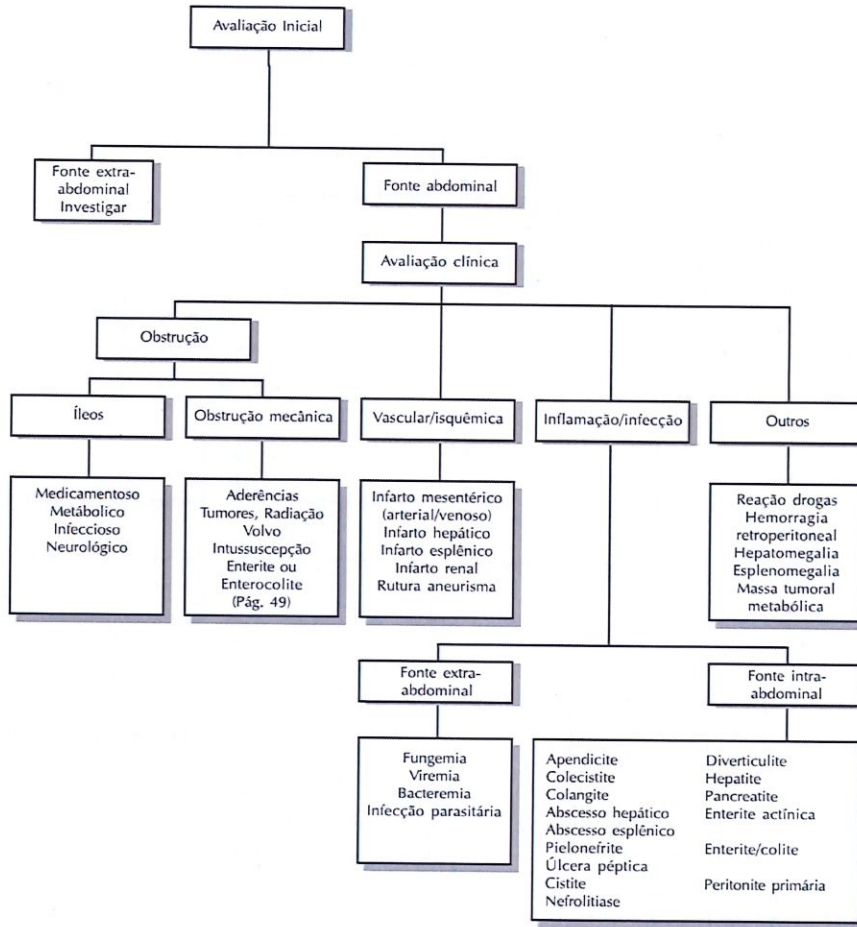
(-) Não
 (+) Sim



1152

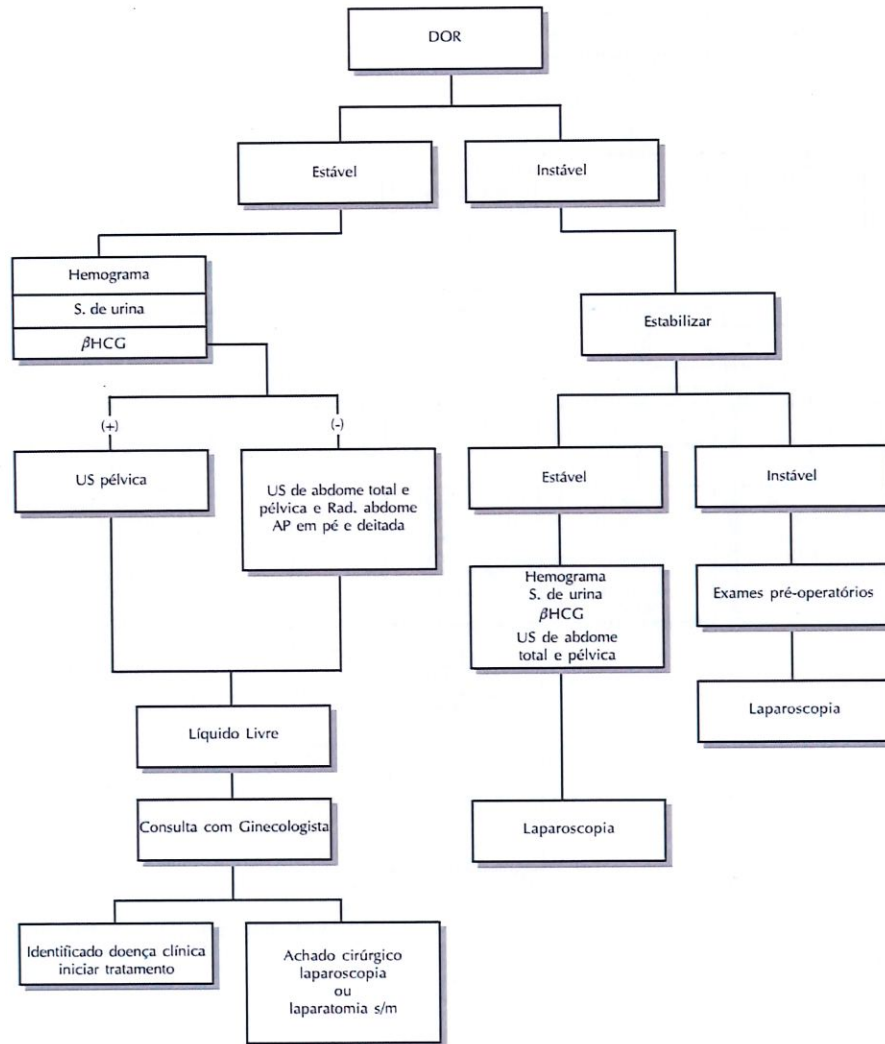


Dor Abdominal no Paciente Neutropênico





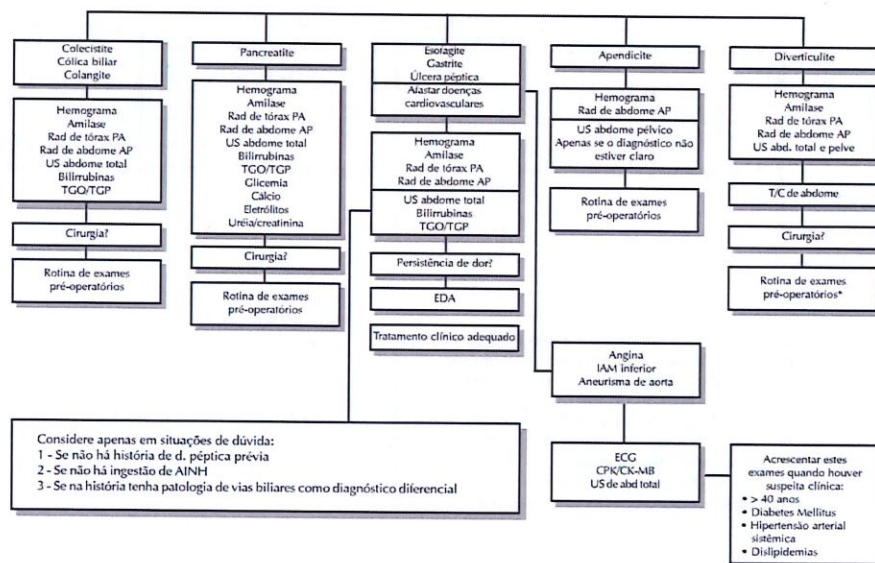
Dor Pélvica Espontânea



1160



Rotinas de Exame na Dor Abdominal Localizada



Paciente com dor abdominal que fez uso de analgésico deverá ser mantido na unidade até passar o efeito do mesmo.

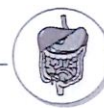
A rotina de exames visa a não deixar a descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento. Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar. A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

Dor Abdominal

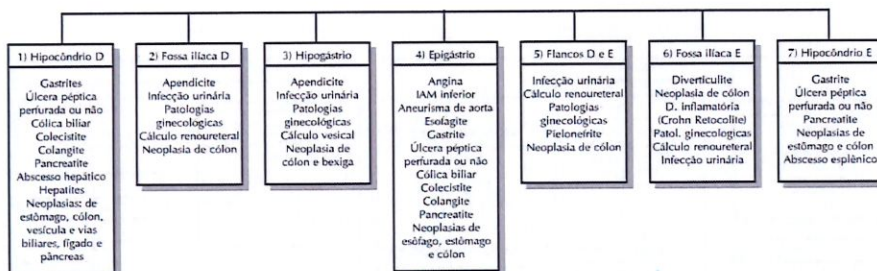
Objetivos:

- Afastar abdome agudo cirúrgico.
- Afastar doenças clínicas que complicam com abdome agudo.
- Afastar doenças clínicas que matam.

* Veja página 191



Causas da Dor Abdominal Localizada



A rotina de exames visa a não deixar a descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento. Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar. A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

Dor Abdominal

Objetivos:

- Afastar abdome agudo cirúrgico
- Afastar doenças clínicas que complicam com abdome agudo
- Afastar doenças clínicas que matam

* São diag. de exclusão na emergência:
Neoplasias
Abscesso hepático
Abscesso esplênico
D. inflamatória de cólon

Para as SD consulte algoritmos específicos:
1- ITU
2- Cálculo renoureteral
3- Patologias ginecológicas.

* Rotina de exames

Homem:

Hemograma; sumário de urina; amilase; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de Abdome AP de pé e deitado; US de abdome total (após ver rad.).

Mulher em idade fértil:**

Hemograma; amilase; sumário de urina; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); beta HCG se beta HCG neg.; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de abdome AP de pé.

Mulher fora da idade fértil:

Rotina de exames p/ homem c/ US total e pelve.

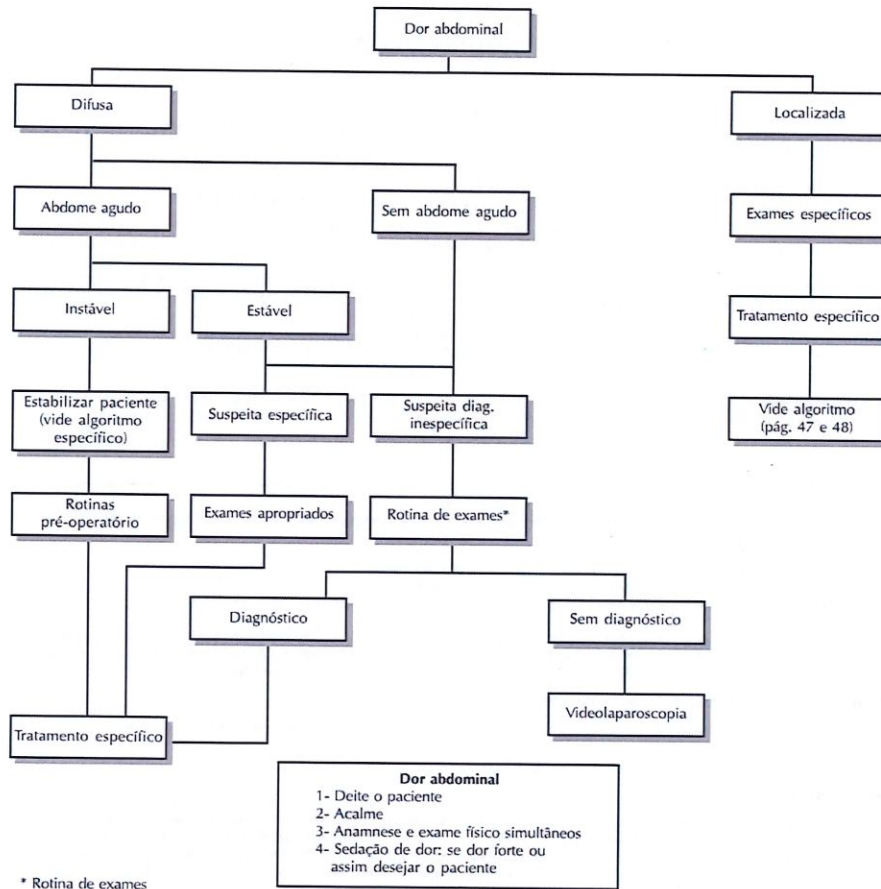
** - até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo c/ laqueadura tubária.

1148



Aparelho Gastrointestinal

Dor Abdominal Aguda



* Rotina de exames

Homem:

Hemograma; sumário de urina; amilase; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de abdome AP de pé e deitado; US de abdome total (após ver rad.).

Mulher em idade fértil:**

Hemograma; amilase; sumário de urina; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); beta HCGE se beta HCG neg.; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de abdome AP de pé.

Mulher fora da idade fértil:

Rotina de exames p/ homem c/ US total e pelve.

** - até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo c/ laqueadura tubária.



Diabetes Descompensada em Crianças até 12 Anos

HIDRATAÇÃO:

- Etapa 1 – Fase de Reparação:** com choque – 30 a 50ml/kg – SF a 0,9% – correr em 2 horas
sem choque – 20ml/kg – SF a 0,9% – correr em 2 horas
- Etapa 2 – Fase de Reposição:** 100ml/kg – SF a 0,9% (caso glicemia > 250mg/dl) – correr em 6 a 8 horas
solução 1:1 (caso glicemia < 250 mg/dl)
- Etapa 3 – Fase de Manutenção:** até 10kg – 100ml/kg – Solução 1:4 – correr em 24 horas
10 a 20kg – 1.000ml + 50ml/kg acima de 10
Acima de 20kg – 1.500ml + 20ml/kg acima de 20

Obs.: não deve ser ultrapassado o volume de 4 l/m²/dia
Lembrar de adicionar glicose à solução sempre que a glicemia cair para menos de 250mg/dl.

Insulinoterapia: Insulina regular

Vias de administração – Intravenosa contínua – 0,1 U/kg/hora (preparar uma solução na proporção de 100ml de SF a 0,9% para 10 U de insulina regular – infundir 1ml/kg/h).

Subcutânea: 0,1 a 0,2 U/kg de 1 em 1 hora até que a glicemia caia para menos de 300mg/dl.

A escolha da via de administração depende das condições estruturais do Serviço e da gravidade do quadro, ficando indicada a via intravenosa para os pacientes encaminhados à UTI. Não há diferenças entre a via subcutânea e a muscular.

No caso da opção ser a via subcutânea, deve-se aguardar a 2ª hora de hidratação para iniciar a insulino-terapia. Quando o paciente está fazendo uso da via venosa e esta vai ser modificada para via SC, deve-se administrar uma dose de insulina por esta via e aguardar cerca de 30' para suspender a infusão.

Após o paciente encontrar-se mais hidratado e menos acidótico, a insulinoterapia é modificada para de 4 em 4 horas, via SC, na dose de 0,25 a 0,4 U/kg/dose. A insulina de ação intermediária só é introduzida após resolução da CAD e a aceitação de dieta por parte do paciente, na dose de 0,5 U/kg/dia.

REPOSIÇÃO HIDROELETROLÍTICA: Lembrar que o Na sérico deve ser corrigido a cada 100mg/dl de glicose acima do normal, acrescentamos 1,6mEq de Na. Ex.: glicemia = 400mg/dl → Na = 136 Na real = 140,8 (correção)

O potássio deve ser administrado de rotina em quantidades que variam de acordo com os níveis séricos de K na admissão:

K sérico na admissão		
< 3,5mEq/l	3,5-5,5mEq/l	> 5,5mEq/l
40mEq/l	20 a 30mEq/l	Monitorizar de 2 em 2 horas e só administrar
Etapa 1	Etapa 2	K quando este cair

A velocidade de infusão de potássio não deve ultrapassar 0,5mEq/kg/hora e a solução não deve conter mais do que 60mEq/l. A reposição de fosfatos não é obrigatória, mas está indicada quando há hipoxemia e/ou nível sérico de fosfato < 1ng/ml e deve obedecer à proporção de 1/3 de potássio sob a forma de fosfato e 2/3 de cloreto.

CORREÇÃO DOS DISTÚRBIOS ÁCIDO-BÁSICOS:

O uso do bicarbonato está indicado quando o pH é menor ou igual a 7 e não deve ser infundido em *bolus*.
pH < 6,9 pH 6,9 - 7,0
80mEq/m² 40mEq/m²

MONITORIZAÇÃO:

Clínica – sinais de desidratação, débito urinário, nível de consciência, dados vitais e perfusão periférica de 1 em 1 hora inicialmente e depois de 2 em 2 horas, espaçando a observação a partir de então para de 4 em 4 horas.

Laboratorial – glicemia capilar de 1/1 hora até que a mesma esteja abaixo de 300mg/dl, a partir daí a glicemia deve ser realizada de 4/4 horas, eletrólitos e gasometria venosa de 4/4 horas inicialmente e depois a cada 6 horas.

Obs.: o pH venoso é < 0,03 do que o arterial.

O hemograma inicial pode revelar leucocitose mas deve a contagem dos leucócitos baixar à medida que a CAD se resolve. A presença de leucocitose acima de 25.000 e desvio para a esquerda deve alertar para a possibilidade de infecção.

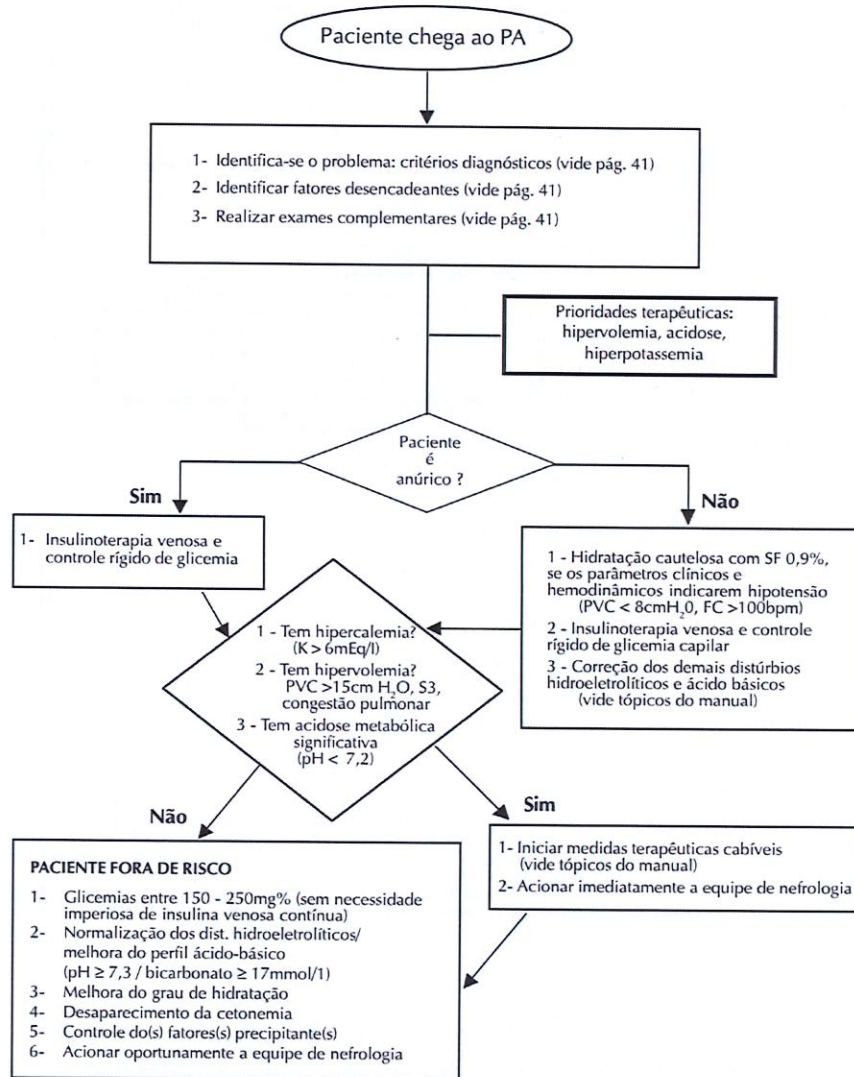
Indicações para Internação em UTI – crianças < 3 anos, distúrbios hidroeletrólitos graves, alteração significativa do nível de consciência, instabilidade cardiovascular ou respiratória, osmolaridade sérica > 340mOsm. CAD não responsiva à terapêutica inicial.
Os demais casos poderão ser tratados em unidades intermediárias desde que exista monitorização médica e de enfermagem.

Complicações – hipoglicemia, hipocalcemia, hipocalemia, acidose hiperclorêmica, edema cerebral e arritmias.

1146

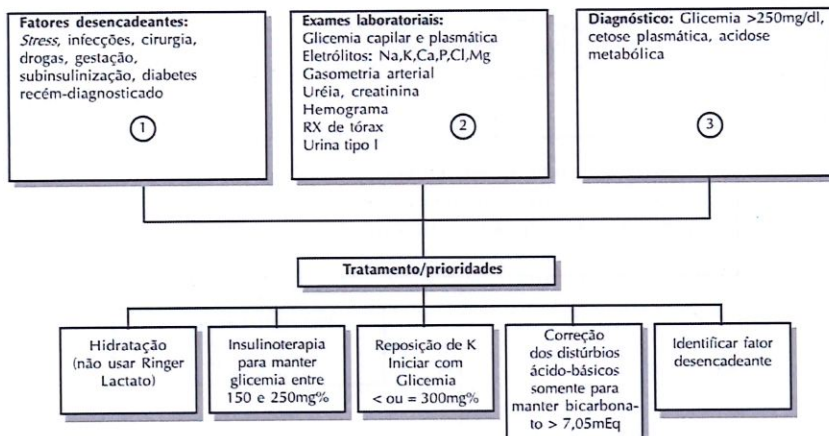


Cetoacidose/Síndrome Hiperosmolar em Pacientes com IRC





Cetoacidose Diabética - II



TRATAMENTO

HIDRATAÇÃO:

- Fase de Reparação:** com choque: ver algoritmo de choque
sem choque: 20ml/kg SF 0,9% em 2 horas
- Crianças:**
- Fase de Reposição:** 100ml/kg SF 0,9%(caso glicemia > 250mg/dl) em 6-8h
solução 1:1(caso glicemia < 250mg/dl)
solução 0,45%(caso sódio sérico > 140mEq/l)
- Fase de Manutenção:** até 10kg 100ml/kg – solução 1:4 em 24 horas
10 – 20kg – 1.000ml + 50ml/kg acima de 10
Acima de 20kg – 1.500ml + 20ml/kg acima de 20
Obs.: não ultrapassar o volume de 4l/m²/dia
Adicionar glicose à solução quando a glicemia <250mg/dl.

INSULINOTERAPIA:

Insulina regular

Via de administração:

Crianças:

- **Intravenosa contínua:** 0,1U/kg/h
- **Subcutânea:** 0,1-0,2U/kg de 1 em 1 hora até glicemia < 300mg/dl. Só iniciar administração após 2 horas de hidratação

Obs.: quando modificação de via EV para SC deve-se administrar uma dose de insulina SC e aguardar 30min para suspender administração EV.

Após o paciente encontrar-se mais hidratado e menos acidótico a insulina é modificada para 4/4horas SC na dose 0,250.4U/kg/dose. Insulina de ação intermediária só após resolução CAD e aceitação de dieta oral. Dose: 0,5U/kg/dia.

Insulina regular

Adultos:

- Só iniciar após ressuscitação
- 10 UI de insulina regular EV
- Repetir a glicemia com uma hora
- Se glicemia > 400 mg%, fazer 10 UI de insulina regular EV e aguardar novamente uma hora
- Repetir glicemia > 400 mg% mais 10 UI de insulina regular EV e assim sucessivamente.
- Em qualquer uma das dosagens, se a glicemia estiver entre 300 e 400mg%, fazer 8 UI subcutânea.
- Quando a glicemia < 250 mg%, iniciar solução polarizante.

1144



Cetoacidose Diabética - I

(SE APRESENTAR INSUFICIÊNCIA RENAL, SEGUIR PÁG. 44)

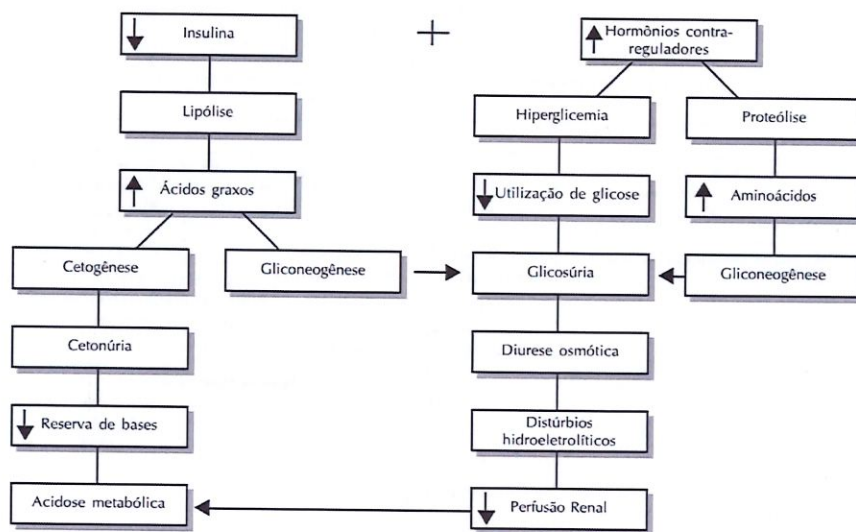
CONCEITO:

Distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia (glicemia acima de 250mg/dl), cetose (corpos cetônicos positivos em diluição 1:2) e acidose metabólica (pH abaixo de 7,3 e ou bicarbonato sérico menor que 15mEq/l).

FATORES DESENCADEANTES:

Stress, infecções, cirurgias, drogas, gestação, subinsulinização, diabetes recém-diagnosticado.

PATOGENIA:



DIAGNÓSTICO:

Clínico: história de poliúria, perda ponderal, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia.

Avaliar permeabilidade de vias aéreas, nível de consciência, dados vitais, grau de desidratação, ritmo cardíaco, respiração de Kussmaul, hálito cetônico, perfusão periférica, sinais de infecção (exame de genitália e região anal).

Laboratorial: solicitar glicemia capilar e plasmática, eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, íons fosfatos, clóretos, magnésio sérico), gasometria arterial, uréia, creatinina, rastreamento de infecção (hemograma, culturas e RX de tórax), sumário de urina.

Obs.: o sódio sérico deverá ser corrigido acrescentando-se 1,6mEq para cada 100mg de glicemia acima de 100mg/dl. A creatinina sérica sofre interferência dos cetos-ácidos e a sua elevação pode não corresponder fidedignamente à função renal do paciente.

Os sinais de desidratação costumam ser minimizados em virtude de tratar-se de desidratação hipertônica, mas a mesma é grave na grande maioria dos casos.

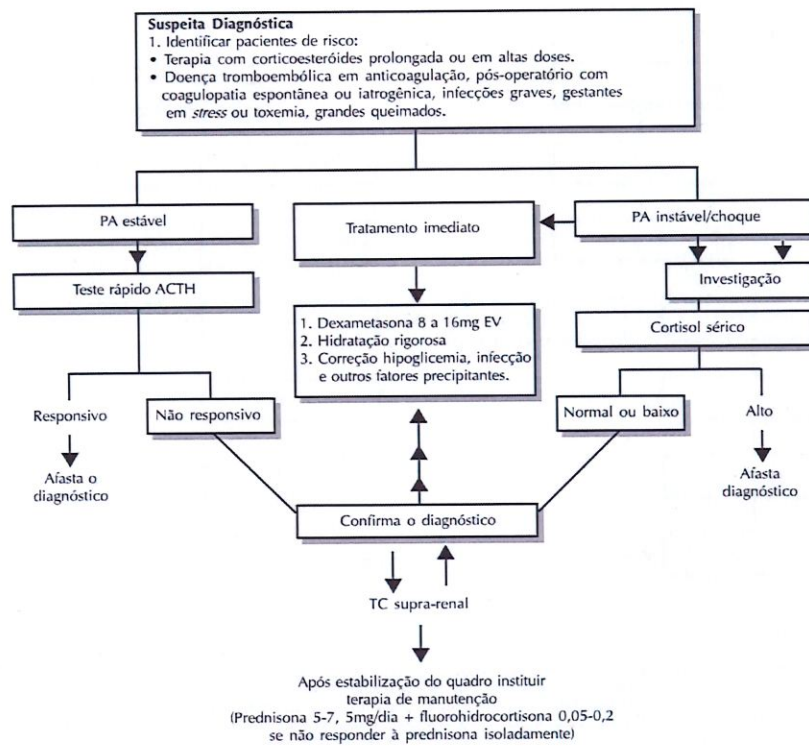
A amilase sérica poderá estar elevada sem que haja envolvimento pancreático.

TRATAMENTO:

1. Identificar fator desencadeante
2. Hidratação
3. Insulinoterapia
4. Reposição eletrolítica
5. Correção dos distúrbios ácido-básicos



Emergências Endócrinas – II Insuficiência Supra-Renal Aguda (Algoritmo)





Emergências Endócrinas – I

Insuficiência Supra-Renal Aguda (Adultos)

Independentemente de sua etiologia, a insuficiência supra-renal é uma situação clínica potencialmente letal, que precisa de um alto grau de suspeição para o diagnóstico. Devemos destacar a insuficiência supra-renal primária crônica agudizada (paciente sem diagnóstico em situação de estresse ou diagnosticado, mas mal orientado quanto à sua conduta nessas circunstâncias) e a hemorragia supra-renal bilateral volumosa (complicação de várias enfermidades críticas). Destaque igualmente importante deve ser dado à insuficiência supra-renal secundária, devido ao uso crônico de corticosteróides, cada dia mais freqüente.

A necessidade de tratar agressivamente o paciente, assim que se suspeita pela primeira vez do diagnóstico, torna importante integrar os procedimentos terapêuticos e diagnósticos com um objetivo duplo. Em primeiro lugar, a vida do paciente não deve correr riscos enquanto se aguardam resultados de testes de confirmação. O tratamento também não deve interferir na confirmação hormonal do diagnóstico.

Etapas básicas para o manejo da insuficiência supra-renal aguda na emergência:

1. Identificar pacientes de risco potencial para a complicação:
 - pacientes já em uso de doses de reposição ou em terapia prolongada com corticosteróides (mesmo já suspensas a até um ano antes do intercurso atual) em estresse;
 - doença tromboembólica em anticoagulação, pós-operatório com coagulopatia espontânea ou iatrogênica (cirurgia do coração aberto, substituição de articulação por prótese ou cirurgia vascular), infecções graves, gestantes em estresse ou toxemia, grandes queimados.
2. Identificar sinais e sintomas de comprometimento supra-renal agudo (muitas vezes similares aos das doenças críticas de base):
 - dor torácica ou abdominal, febre, hipotensão, fraqueza progressiva, náuseas, vômitos, letargia, confusão, torpor, aumento progressivo da uréia e K, queda na Hb/Ht, Na e HCO_3^- ;
 - hipotensão catastrófica;
 - ausência de resposta da PA à reanimação convencional.
3. Confirmação diagnóstica:
 - dosar a cortisolemia e nível de sódio (uma única dosagem de cortisolemia é um ótimo discriminante entre insuficiência supra-renal e outras causas de choque);
 - teste de estimulação rápida com ACTH (quando a PA estiver estável): administra-se 250 microgramas (25UI) de cortrosyn EV, com amostras de cortisol com 0 e 30 minutos. Sendo considerada resposta normal uma elevação de 7 microgramas/dl e um pico de pelo menos 20 microgramas/dl;
 - confirmação com TC supra-renal (particularmente na hemorragia supra-renal bilateral, com atenção especial para não perder o diagnóstico por cortes amplamente espaçados).
4. Terapia imediata:
 - administrar urgentemente esteróides (inicialmente preferir dexametasona 8-16 mg EV, por não interferir nos ensaios laboratoriais para o diagnóstico e, após serem colhidos, realizar o teste de estímulo rápido com ACTH; substituí-la por hidrocortisona 100mg EV de 6/6 h, de acordo com a evolução do paciente);
 - hidratação intravenosa vigorosa, com correção de depleção de volume e possível hipoglicemia;
 - avaliação e correção de infecções intercorrentes ou outros fatores precipitantes.



Emergências Endócrinas

Insuficiência Supra-Renal Aguda (Crianças)

CONCEITO:

- Emergência metabólica caracterizada por uma produção deficiente de corticoesteróides em resposta ao estresse.

ETIOLOGIA:

- Hiperplasia supra-renal congênita (Deficiência de 21 OH – forma mais comum), hemorragia de supra-renais, doença auto-imune, adrenoleucodistrofia, pan-hipopituitarismo, supressão do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (suspensão abrupta de corticoesteróides em corticoterapia prolongada).

QUADRO CLÍNICO:

- Anorexia, vômitos, apatia, hipotermia, hipotensão, sinais de choque, perda ponderal. Os portadores de hiperplasia supra-renal congênita – Def. de 21OH – apresentam-se com genitália ambígua no caso do sexo feminino e macrogenitossomia do sexo masculino, porém, a genitália normal não afasta esta patologia. Os pacientes com insuficiência supra-renal crônica podem apresentar hiperpigmentação de pele e mucosas.

DIAGNÓSTICO:

- Solicitar 17 OH progesterona, Na e K, glicemia capilar e plasmática, uréia, creatinina, gasometria, hemograma (eosinofilia), cortisol sérico, aldosterona sérica e renina plasmática. É sempre necessário o rastreamento de infecção como fator desencadeante do quadro.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Excesso de diuréticos, nefropatias perdedoras de sal, acidose tubular renal, fase poliúrica de necrose tubular renal, diurese pós-obstrutiva.

TRATAMENTO:

- Hidratação – choque: 20 ml/kg – SF a 0,9%
- Manutenção: dobre as necessidades basais hídricas e reponha com solução contendo glicose a 5% e soro fisiológico a 0,9% em partes iguais.
- Corticoterapia – hidrocortisona – 10mg/kg, seguido da manutenção de 5mg/kg a cada 4-6 horas por 48 horas. Os pacientes com a forma perdedora de sal necessitam da reposição de mineralocorticoide – flúorhidrocortisona (Florinet) na dose de 0,1 mg/dia-VO.
- As doses do glicocorticoide são reduzidas 1/3 a cada dia por 2 dias até chegar na manutenção diária: hidrocortisona: 15 a 20mg/m²/dia (2/3 pela manhã e 1/3 à noite) -> ou Prednisona (5mg/m²/dia).
- Os pacientes com sépsis ou trauma deverão receber doses de corticóides 6 vezes maior.

1140



Profilaxia de Tromboembolismo Após-Trauma

Critérios de Inclusão com Pontuação

• Obesidade	2 PONTOS
• Doença neoplásica	2 PONTOS
• Alterações da coagulação	2 PONTOS
• Passado de tromboembolismo	3 PONTOS
• Acesso femoral central por mais de 24 horas	2 PONTOS
• Mais que 4 unidades transfundidas nas primeiras 24 horas	2 PONTOS
• Cirurgias com mais de 2 horas de duração	2 PONTOS
• Reparo ou ligadura de grande lesão vascular	3 PONTOS
• AIS > 2 para o tórax	2 PONTOS
• AIS > 2 para o abdome	2 PONTOS
• Fratura de coluna	2 PONTOS
• AIS > 2 para o segmento cefálico	3 PONTOS
• Coma (Glasgow < 8 por mais de 4 horas)	3 PONTOS
• Fratura complexa de membro inferior	4 PONTOS
• Fratura pélvica	4 PONTOS
• Lesão medular com para ou tetraplegia	4 PONTOS
• Idade ≥ 40 e ≤ 60	2 PONTOS
• Idade ≥ 60 e ≤ 75	3 PONTOS
• Idade ≥ 75	4 PONTOS

Os pacientes que apresentarem a soma de critérios atingindo valor acima de 5 (cinco) são candidatos à profilaxia farmacológica, observando-se os seguintes critérios de exclusão:

- Hemorragia intracraniana à TAC de crânio
- Lesão de medula espinhal com déficit neurológico progressivo ou incompleto
- Lesões intra-oculares com risco de híema
- Fraturas de bacia que necessitem de transfusão
- Manejo não operatório de lesões hepáticas e esplênicas
- Condições que requeiram terapêutica anticoagulante
- Antecedente de deficiência de antitrombina III
- Drenagem de tórax produtiva
- Gestantes evoluindo com choque
- Hemofílicos

Obs.: estes passam a ser candidatos à profilaxia mecânica (por compressão pneumática).

Dose recomendada para profilaxia: enoxaparina sódica
20mg SC de 12/12 horas



Análise de Hemogasometria – III

Cálculo do Ânion GAP

$$\text{Na}^+ \text{ sérico} - (\text{HCO}_3^- \text{ - sérico} + \text{CL}^- \text{ - sérico}) \text{ VN}^{(*)} = 12$$

^(*) Na⁺ = Sódio sérico em mEq/l

HCO₃⁻ = Bicarbonato sérico em mEq/l

Cl⁻ = Cloro sérico em mEq

Quando GAP maior que 12 – acidose metabólica devido a circulação de ácidos (uremia, cetoacidose, intox. exógena, salicilato, metanol, etilenoglicol, ac. láctica).

Para cada 1 mEq de acúmulo no ânion GAP o HCO₃⁻ diminuiu de 1 mEq.
Compare o HCO₃⁻ medido com o HCO₃⁻ previsto pela fórmula (somente quando o paciente tem ânion GAP >12):

$$\text{HCO}_3^- \text{ (previsto)} = \text{HCO}_3^- \text{ (medido na hemogasometria)} + (\text{GAP} - 12)$$

Se HCO₃⁻ previsto for maior que o normal significa que o paciente estava em alcalose metabólica quando começou a ter alteração do ânion GAP causada por outras doenças.

Se HCO₃⁻ previsto for menor que o normal significa que o paciente estava em acidose metabólica causada por doença diferente da que causou a alteração do ânion GAP.

(*) VN = Valor Normal

1138



Análise de Hemogasometria – II

pH Normal = $7,40 \pm 0,2$

Se $< 7,38$ = Acidemia

Se $> 7,42$ = Alcalemia

PaCO₂
 > 40 – Acidose respiratória
 < 36 – Alcalose respiratória (*)

HCO₃⁻ (Bicarbonato)
 Normal = 22 a 26
 < 22 – Acidose metabólica
 > 26 – Alcalose metabólica

Acidose respiratória

Aguda

Crônica

Para cada aumento de 10
 na PaCO₂ o pH cai 0,08

Para cada aumento de 10
 na PaCO₂ o pH cai 0,03

Cálculo da PaCO₂ Prevista quando há acidose metabólica

$$\text{PaCO}_2 \text{ (esperada)} = 1,5 \times \text{HCO}_3^- \text{ (medido)} + (6 \text{ ou } 8 \text{ ou } 10)$$

Interpretação:

Se PaCO₂ prevista = falha de compensação (probl. resp.) se
 PaCO₂ prevista for menor já exista hiperventilação.

Cálculo Comparativo(**)

→(**) Compare o pH medido com o pH obtido pelas fórmulas:

Se pH medido for igual à
 fórmula com 0,08 –
 acidose aguda

pH (fórmula) = $7,40 - \frac{(\text{PaCO}_2 \text{ medido} - 40) \times 0,08}{10}$ ou
 HCO₃⁻ esperado na acidose respiratória aguda é 2mEq
 acima do normal.

Se pH medido for igual à
 fórmula com 0,03 –
 acidose crônica

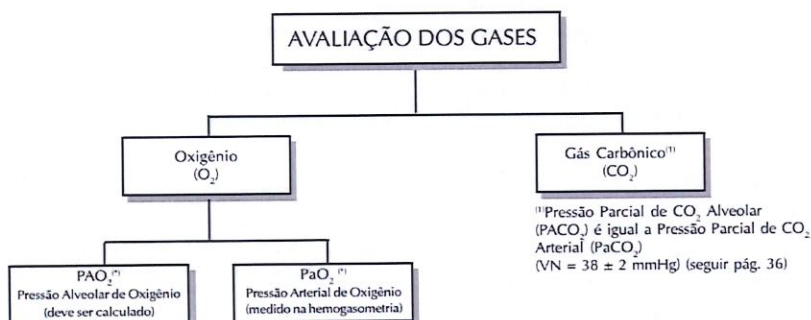
pH (fórmula) = $7,40 - \frac{(\text{PaCO}_2 \text{ medido} - 40) \times 0,03}{10}$
 HCO₃⁻ esperado na acidose respiratória crônica é 5mEq
 acima do normal

Se pH diferente de ambas –
 acidose crônica agudizada

(*) Exceto na grávida no último trimestre (pois a PaCO₂ normal é igual a 36).



Análise de Hemogasometria – I



Fórmulas:

- 1) $PAO_2 \text{ Prevista} = (760-47) \times FiO_2^{(**)} - 1,25 \cdot PACO_2^{(***)}$
- 2) $PaO_2 \text{ Prevista} = PAO_2 - 15$
 $PAO_2 - PaO_2 = \text{Diferença Alvéolo Arterial de Oxigênio (valor normal } \leq 15)$

Hipoxemia: Quando a PaO₂ obtida na hemogasometria é menor que a obtida pela fórmula $\frac{100 - idade}{3}$

Distúrbio da oxigenação (é diferente de hipoxemia):

- 1) Quando a PaO₂ medida na Hemogasometria for menor que a calculada pela fórmula 2
Se $PAO_2 - PaO_2 > 15$ – Distúrbio da ventilação/perfusão
Se $PAO_2 - PaO_2 \leq 15$ – Não há distúrbio da ventilação/perfusão (hipoventilação)

(*) Apesar de calculado/medido podem ser previstos os valores a partir das fórmulas descritas.

(**) FiO₂ = Fração de Oxigênio Inalada (ar ambiente = 20%).

(***) Valor obtido na hemogasometria do paciente porque PACO₂ é igual a PaCO₂

1136



ACUTE PHYSIOLOGY AND CHRONIC HEALTH EVALUATION (APACHE)

a. Variáveis Fisiológicas

Variáveis Fisiológicas	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura (retal °C)	≥ 41	39-40,9			38,5-38,4	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9 ≤ 29,9
Pressão arterial média (mmHg)	≥ 160	130-159	110-129			70-109		50-69	≤ 49
Frequência cardíaca (bpm)	≥ 180	140-179	110-139			70-109		55-69	40-54 ≤ 39
Frequência respiratória (rpm)	≥ 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤ 5
Oxigenação									
a) $FiO_2 > 0,5 P(A-a)O_2$	≥ 500	350-499	200-349		< 200				
b) $FiO_2 > 0,5 PaO_2$					> 70	61-70		55-60	
pH arterial	≥ 7,7	7,6-7,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Sódio sérico (mEq/L)	≥ 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤ 110
Potássio sérico (mEq/L)	≥ 7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina (mg%) (pontos x2 se IRA)	≥ 3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Hematócrito (%)	≥ 60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Glóbulos brancos (/mm ³)	≥ 40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Escala Glasgow	15-(valor observado GCS)								

b. Pontuação para idade

Idade (anos)	Pontos
≤ 44	0
45-54	2
55-64	3
65-74	5
≥ 75	6

c. Pontuação para doença crônica

Se o paciente possui história de insuficiência orgânica severa ou é imunocomprometido, atribuir os seguintes pontos:

- a. para não-cirúrgico ou para pós-operatório de cirurgia de urgência - 5 pontos
- b. para pós-operatório de cirurgia eletiva - 2 pontos

Definições:

A insuficiência orgânica ou o estado de imunocomprometimento deve estar evidente anteriormente a esta internação hospitalar e seguir os seguintes critérios:

- a. **Hepática:** cirrose comprovada por biópsia e hiper-

tensão portal documentada, episódios progressivos de sangramento gastrointestinal alto devido a hipertensão portal ou episódios progressivos de insuficiência hepática/encefalopatia/coma

- b. **Cardiovascular:** Grupo IV da classificação da New York Heart Association

c. **Respiratória:** doença crônica restritiva, obstrutiva ou vascular resultando em restrição severa ao exercício (ex.: impossibilidade de subir escadas ou realizar atividades domésticas) ou hipóxia crônica, hipercapnia, policitemia secundária, hipertensão pulmonar severa (>40mmHg) ou

dependência respiratória

- d. **Renal:** paciente em programa de diálise crônica

e. **Imunocomprometimento:** paciente recebeu terapêutica que suprime resistência às infecções, por exemplo, imunossupressão, quimioterapia, radiação, uso a longo prazo ou em altas doses de esteróides ou paciente tem uma doença suficientemente avançada que suprime resistência à infecção (ex.: leucemia, linfoma, AIDS).

Apache = soma de a+b+c



CORAÇÃO		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Contusão cardíaca com pequena anomalia de ECG (alteração inespecífica de ST ou onda T, sístoles atriais ou ventriculares prematuras ou taquicardia sinusal persistente) Contusão cardíaca ou lesão penetrante do pericárdio sem ferimento cardíaco, tamponamento ou hemiação	3 3
2	Contusão cardíaca com bloqueio ou alterações isquêmicas sem insuficiência cardíaca Ferimento cardíaco penetrante tangencial que não se estende ao endocárdio, sem tamponamento	3 3-4
3	Contusão cardíaca com extra-sístoles sustentadas ou multifocais Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com ruptura de septo, insuficiência das válvulas tricúspide ou pulmonar, dos músculos papilares ou oclusão distal de artéria coronariana sem insuficiência cardíaca Laceração cardíaca por contusão com hemiação Contusão cardíaca com insuficiência Ferimento cardíaco penetrante tangencial que não se estende ao endocárdio, com tamponamento	3-4 3-4 3-4 3-4 3
4	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com ruptura de septo, insuficiência das válvulas tricúspide ou pulmonar, dos músculos papilares ou oclusão distal de artéria coronariana com insuficiência cardíaca Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com insuficiência de válvulas tricúspide e aórtica Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante do ventrículo direito ou átrio, direito ou esquerdo.	3 3 5
5	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com oclusão proximal de artéria coronariana Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com perfuração de ventrículo esquerdo Lesões estelares com perda de tecido do ventrículo direito, átrio direito ou esquerdo menores que 50%	5 5 5
6	Avulsão do coração por trauma contuso Ferimento penetrante que produz perda maior que 50% de uma câmara cardíaca	6 6

Obs.: avance um grau quando houver lesões penetrantes múltiplas a uma ou mais câmaras cardíacas

1134



VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Artéria e veia intercostal	2-3
	Artéria e veia mamária interna	2-3
	Artéria e veia bronquica	2-3
	Artéria e veia esofágica	2-3
	Artéria e veia hemiaxiais	2-3
	Artéria e veia inominada	2-3
2	Veia ázigos	2-3
	Veia jugular interna	2-3
	Veia subclávia	3-4
	Veia inominada	3-4
3	Artéria carótida	3-5
	Artéria inominada	3-4
	Artéria subclávia	3-4
4	Aorta torácica descendente	4-5
	Veia cava inferior intratorácica	3-4
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar	3
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	3
5	Aorta torácica ascendente e arco	5
	Veia cava superior	3-4
	Artéria pulmonar, tronco principal	4
	Veia pulmonar, tronco principal	4
6	Transecção total inotida da aorta torácica	5
	Transecção total inotida do hilo pulmonar	4

Obs.: avance um grau quando houver múltiplas lesões do grau III ou IV se a lesão for maior que 50% da circunferência. Recue um grau nas lesões dos graus IV e V se a lesão for menor que 25% da circunferência.



RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	contusão	hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
	hematoma	subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2
2	hematoma	hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitônio renal	2
	laceração	profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2
3	laceração	profundidade no parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	laceração	laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
	vascular	lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
5	laceração	destruição renal total	5
	vascular	avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Ramos inominados das artéria e veia mesentérica superior	0
	Ramos inominados das artéria e veia mesentérica inferior	
	Artéria e veia frênicas	
	Artéria e veia lombar	
	Artéria e veia gonadal	
	Artéria e veia ovariana	
	Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda	3
	Artéria e veia esplênicas	3
	Artéria gástrica esquerda ou direita	3
	Artéria gastroduodenal	3
	Artéria e veia mesentérica inferior	3
	Ramos primários da artéria e veia mesentérica	3
	Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	3
3	Artéria mesentérica superior	3
	Artéria e veias renais	3
	Artéria e veias ilíacas	3
	Artéria e veia hipogástricas	3
	Veia cava infra-renal	3
4	Artéria mesentérica superior	3
	Eixo celiaco	3
	Veia cava supra-renal, infra-hepática	3
	Aorta infra-renal	3
5	Veia porta	3
	Veia hepática extraparenquimal	3-5
	Veia cava retro ou supra-hepática	5
	Aorta supra-renal subdiafragmática	5

1132



DIÁFRAGMA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Contusão	2
2	Laceração de 2cm ou menos	3
3	Laceração de 2 a 10cm	3
4	Laceração maior que 10cm com perda de tecido maior que 25cm quadrados	3
5	Laceração com perda de tecido maior que 25cm quadrados	3

Obs.: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

FÍGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90	
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
	Laceração	Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
	Laceração	Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão Maior que 3cm de profundidade	3
4	Laceração	Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Couinaud em um lobo	4
5	Laceração	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Couinaud em um lobo	5
	Vascular	Lesões justahepáticas, i.é., veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90	
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
	Laceração	Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
	Laceração	Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto Hematoma intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (> 25% do baço)	4
5	Laceração	Destruição total do baço	5
	Vascular	Lesão do hilo vascular com desvascularização do baço	5

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.



PAREDE TORÁCICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AI5 - 90
1	Contusão	Qualquer localização	1
	Laceração	Pele e subcutâneo	1
	Fratura	Menos de 3 costelas, fechada	1-2
		Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração	Pele, subcutâneo e músculo	1
		3 ou mais costelas, fechada	2-3
	Fratura	Clavícula aberta ou desalinhada	2
		Esterno alinhada, fechada	2
		Corpo da escápula	2
3	Laceração	Total ,incluindo pleura	2
		Esterno, aberta, desalinhada ou instável	2
	Fratura	Menos de 3 costelas com segmento instável	3-4
4	Laceração	Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costelas	4
	Fratura	3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	4
5	Fratura	Tórax instável bilateral	5

Obs.: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima.

PULMÃO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AI5 - 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão	Unilateral, in lobo	3
	Laceração	Pneumotórax simples	3
3	Contusão	Unilateral, mais que in lobo	3
	Laceração	Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
		Intraparenquimatoso sem expansão	3-4
4	Laceração	Escape de via aérea maior (segmentar ou lobar)	4-5
		Intraparenquimatoso em expansão	4-5
	Hematoma	Rutura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
	Vascular	Rutura de vaso hilar	4
5	Vascular	Rutura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs.: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima.

Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

1130



Escala Abreviada de Lesões (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO COM A GRAVIDADE:

- 1 = menor
- 2 = moderado
- 3 = sério
- 4 = severo (ameaça a vida)
- 5 = crítico (sobrevida incerta)
- 6 = não sobrevivente

URETRA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão	Sangue no meato uretral uretrografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na uretrografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento de contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para próstata ou vagina	4

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trígono	4

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

URETER			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.



Escores de Trauma

Obs.: servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospitalar e na comparação de resultados de protocolos e atendimentos

Escore de Trauma Revisado

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13-15	>89	10-29	04
09-12	76-89	>29	03
06-08	50-75	06-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:
***ETR = 0,9368 x GCS + 0,7359 x BPM + 0,2908 x FR**
 Para um valor total máximo de 7,84

- *GCS = Glasgow
- *BPM = Batimentos por minuto
- *FR = Frequência Respiratória
- *ETR = Escore de Trauma Revisado

Importância:

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevivência.

Escala abreviada de lesões (AIS – Abreviate Injury Scale)

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

Índice de gravidade da lesão (ISS – Injury Severity Score)

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (AIS – Abreviate Injury Scale).
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.
- Os valores variam de 3 a 75.
- Se o AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

Cálculo do ISS:

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	4	-
Tórax	1	4
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	4
Geral	1	-

Cálculo do ISS = 4 + 4 + 4 → ISS = 16 + 16 + 16 = 48 → ISS=48

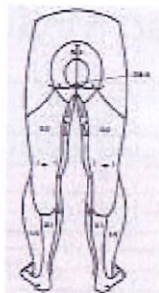
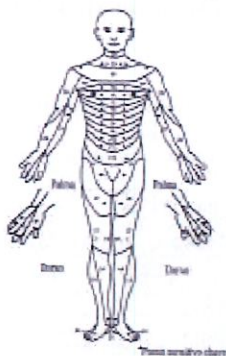
Limitações:

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade ao aproveitar apenas a lesão mais grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0,0) e p/ ISS = 19 é de 6,8% (3,3,1)

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognóstica quando do trauma.

Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

1128



Índices Sensitivos e Motores Níveis



ESCALA DE DEFICIÊNCIA AIS
NÍVEL: _____

A – Completa

Não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5

B – Incompleta

Há função sensitiva porém não motora preservada abaixo do nível neurológico estendendo-se até os segmentos sacros S4-S5

C – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chave abaixo do nível neurológico tem um grau muscular inferior a 3

D – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos a metade dos músculos chaves abaixo do nível neurológico tem um grau muscular maior ou igual a 3

E – Normal

As funções sensitivas e motoras são normais

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis: 7 – Independência Total 6 – Independência Total Aparentada 5 – Supervisão 4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +) 3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +) 2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +)		Controle dos Esfíncteres Admissão Alta Controle vesical <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Controle esfíncter anal <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						Locomoção Admissão Alta Caminhar <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Cadeira de rodas <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Escada <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																													
Cuidados Pessoais Admissão Alta Alimentação <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Cuidados com aparência <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Banhos <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Vestir parte superior do corpo <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Vestir parte inferior do corpo <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Asseio <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>														Mobilidade Admissão Alta Transferência: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Cama, Cadeira de rodas <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Banheiro <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Banheira, Chuveiro <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>										Comunicação Admissão Alta Compreensão <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Expressão <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Cognição social <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Interação social <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Solução problemas <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Memória <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>													
MIF TOTAL: _____																																					



Padronização da Classificação Neurológica da Lesão Medular

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3º Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Apice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							½ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé – 3ª art. Metatarsofalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplíteia
S3							Tuberosidade Isquiática
S4/5							Área Perianal
TOTAL							

(Máximo)	(50)	(50)	(56)	(56)	(56)	(56)
Índice Motor			Índice Sensitivo com Agulha		Índice Sensitivo com Toque	

(Máximo) (100) (112) (112)
 Contração voluntária anal (sim/não) Qualquer sensibilidade anal (sim/não)

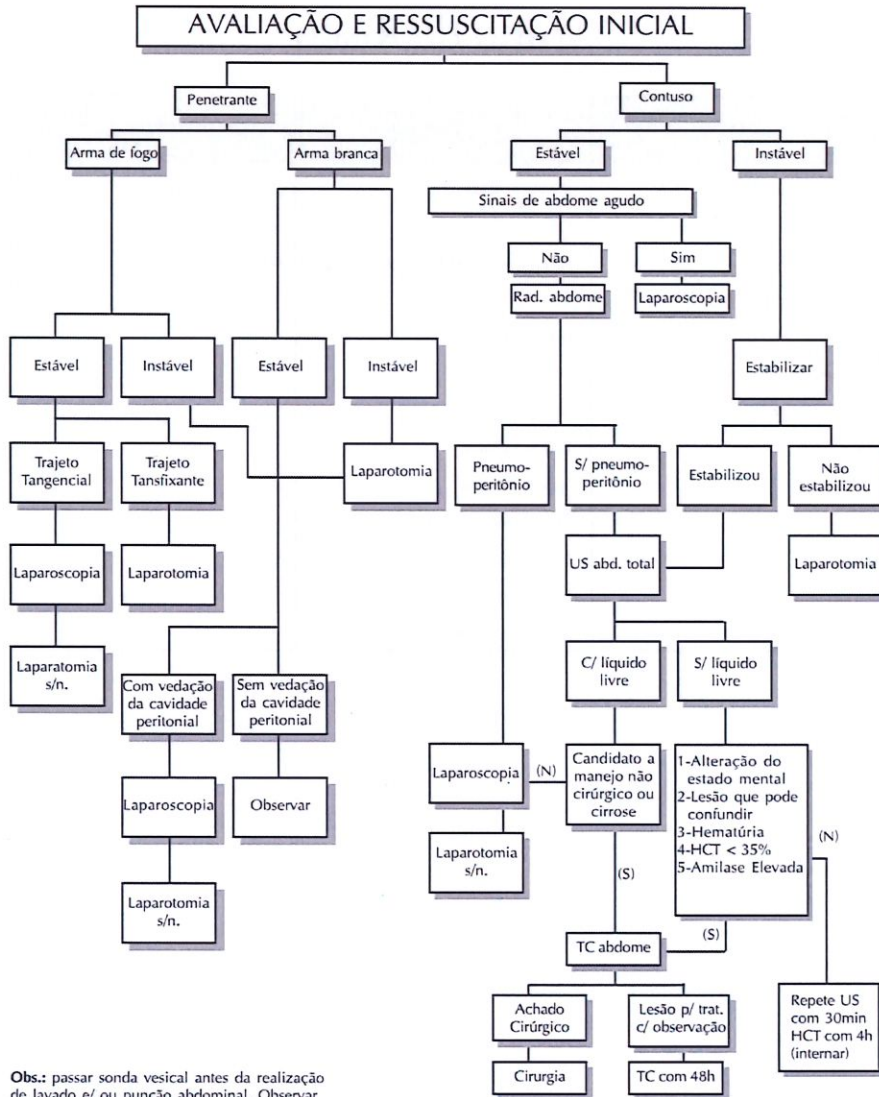
MOTOR
0 – Paralisia total
1 – Contração visível ou palpável
2 – Movimento ativo sem oposição da força da gravidade
3 – Movimento ativo contra a força da gravidade
4 – Movimento ativo contra alguma resistência
5 – Movimento ativo contra grande resistência
NT – Não testável

SENSIBILIDADE
0 – Ausente
1 – Comprometido
2 – Normal
NT – Não testável

1126



Traumatismo Abdominal



Obs.: passar sonda vesical antes da realização de lavado e/ ou punção abdominal. Observar contra-indicações para passagem de sonda vesical.



Risco Relativo de Lesão Intracraniana

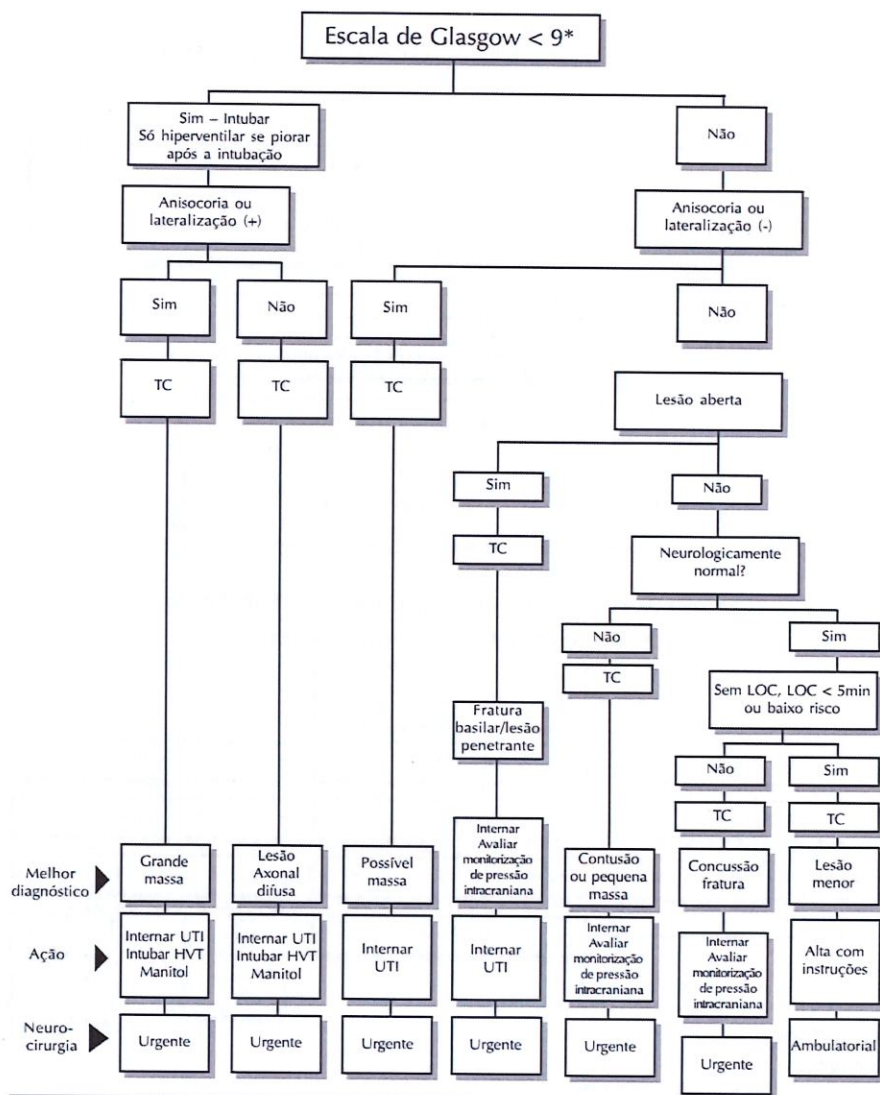
Grupo de Risco

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático	Mudança de consciência	Consciência deprimida
Cefaléia	Cefaléia progressiva	Sinal focal
Tontura	Intoxicação por álcool ou outras drogas	Fratura com afundamento
Consciência deprimida	Idade < 2 anos	
Laceração de couro cabeludo	Convulsão	
Contusão de couro cabeludo	Vômito	
Ausência de critério moderado a alto risco	Amnésia	
	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possível penetração cerebral	
	Possível fratura com afundamento	
	Suspeita de agressão infantil	

1124



Traumatismo Crânioencefálico (TCE)



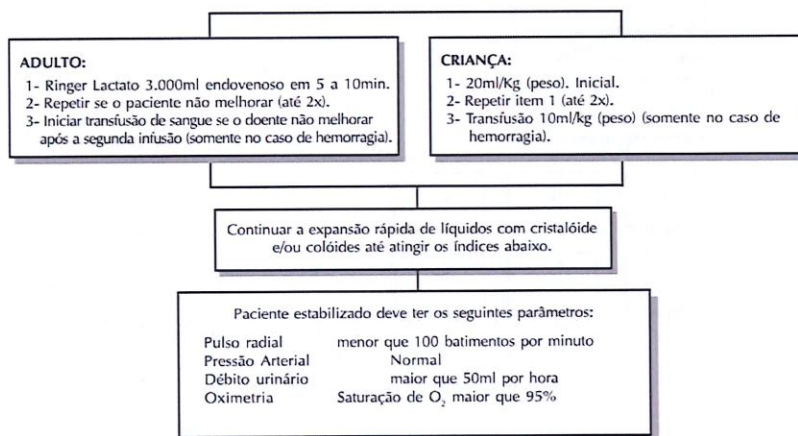
* Intubar, hiperventilar se Glasgow cair após intubação mantendo PaCO₂ entre 25 e 35.

• LOC – Perda de consciência
 • HVT – Hiperventilação



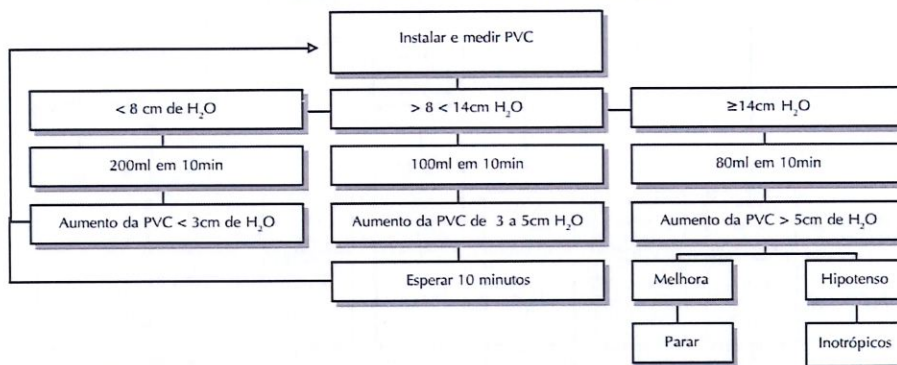
Choque Hipovolêmico

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO



REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

Pressão coloidomóstica deve estar normal



ATENÇÃO:

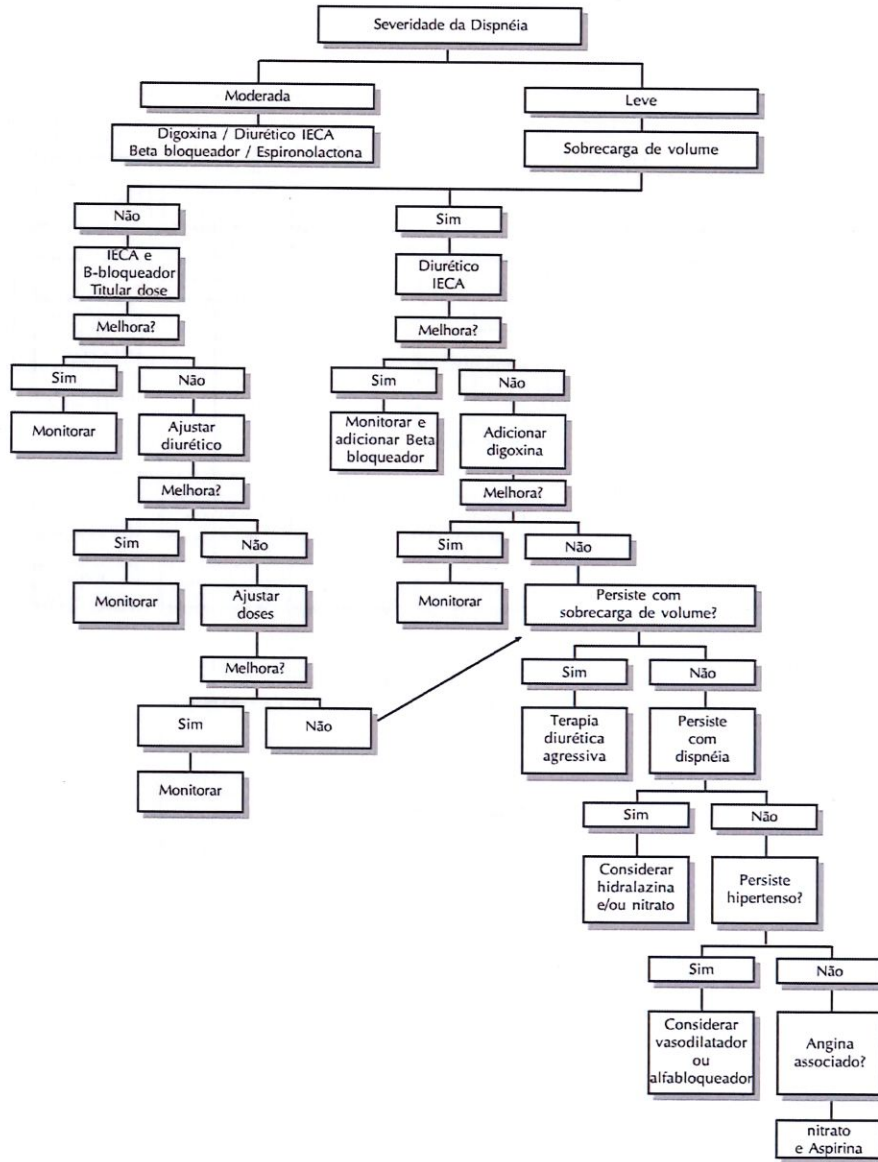
OBSERVAR:

- 1- Dois (2) acessos venosos periféricos com Jelco 14.
- 2- Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
- 3- Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
- 4- Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
- 5- Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

1192

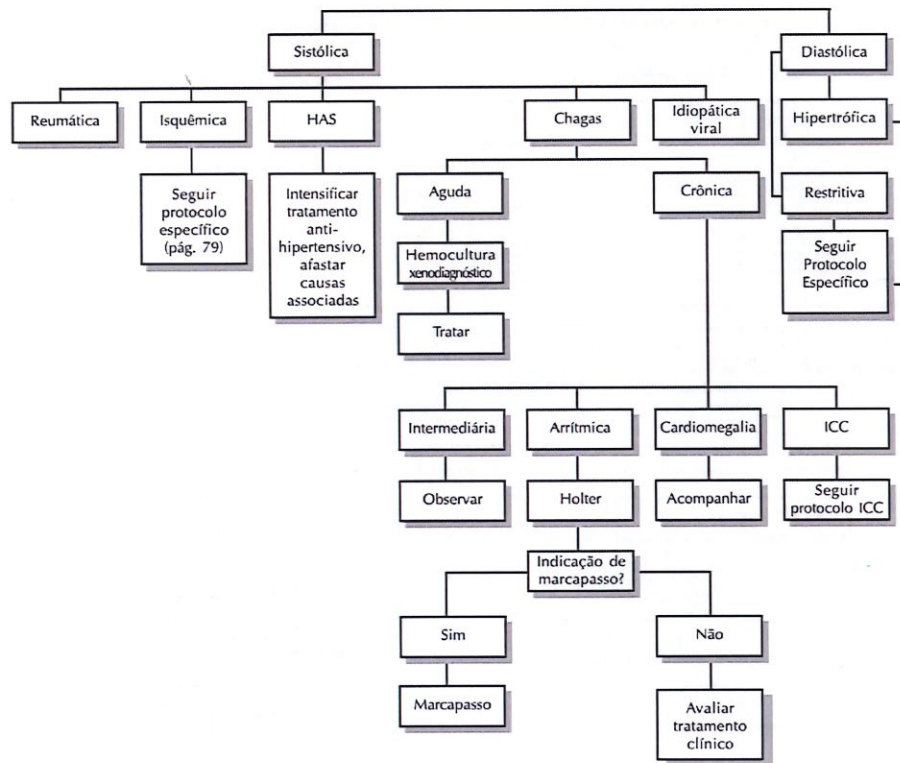


Protocolo de Tratamento ICC





Insuficiência Cardíaca





Classificação das Síndromes Anginosas

CLASSIFICAÇÃO DA SOCIEDADE CANADENSE DE CARDIOLOGIA (CCSC)

Classe	Ativ. que evoca angina	Limitação p/ as ativ. normais
I	Exercícios Prolongados	Nenhuma
II	Caminhar > 2 blocos	Discreta
III	Caminhar < 2 blocos	Marcada
*IV	Aos mínimos esforços ou em repouso	Severa

Fonte: American Heart Association In: Grding of Angina Pectori-Cirulation, 1976; 54 : 522-523

ESCALA MODIFICADA DA C.C.S.C* PARA CLASSE IV

Classe IVA	Angina instável resolvida com terapêutica médica intensificada e estabilizada com medicações orais.
Classe IVB	Angina Instável parcialmente resolvida com terapia oral, mas os sintomas retornam com os mínimos esforços.
Classe IVC	Angina instável requerendo imediata monitorização e terapia parenteral ou mecânica (E.G. balão intra-aórtica)

Fonte: COX, J.L. & Naylor, C.N. - Limitations of Canadian Cardiovascular Society Classification of Angina Pectoris - JACV74. August, 1994

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA ANGINA INSTÁVEL

- Angina de repouso dentro de 1 semana da apresentação
- Angina de início recente na CCSC classe III ou IV dentro de 2 meses da apresentação
- Angina em crescendo na CCSC para pelo menos classe III ou IV
- Angina variante (Prinzmetal)
- IAM sem onda Q (corrente lesão subendocárdia ao ECG)
- Angina pós-IAM (>24)

*CCSC - Canadian Cardiovascular Society Classification

Fonte: Braunwald et al. - Diagnosing and Managing Unstable Angina - Circulation. Vol. 90, nº1 July. 1994



Classificação de Angina Instável

(Braunwald)

GRAVIDADE

- Classe I Angina de início recente, grave ou acelerada
Paciente com angina a menos de dois meses, grave, ou ocorrendo mais de 3x ao dia.
Angina evidentemente mais freqüente ou desencadeada nitidamente com esforços.
Sem dor em repouso nas últimas 2 meses.
- Classe II Angina de repouso, subaguda
Pacientes com 1 ou mais episódios de dor em repouso durante o mês precedente.
Sem dor em repouso nas últimas 48 horas.
- Classe III Angina em repouso, aguda
1 ou mais episódios de dor em repouso nas últimas 48 horas.

CIRCUNSTÂNCIAS CLÍNICAS

- Classe A Angina instável secundária
Condição extrínseca ao leito coronariano, claramente identificável, que intensifique a isquemia miocárdica (anemia, infecção, febre, hipotensão, taquiarritmia, tireotoxicose, hipoxemia).
- Classe B Angina instável primária
- Classe C Angina pós-IAM
Dentro de 2 semanas após IAM documentado.

INTENSIDADE DO TRATAMENTO

- Classe 1 Ausência de tratamento ou tratamento mínimo.
- Classe 2 Ocorrendo na presença de tratamento padrão com doses convencionais de beta-bloq, nitrato e antag. de cálcio.
- Classe 3 Apesar de doses máximas toleráveis das 3 categorias, incluindo nitrato venoso.

1188



Marcadores Séricos no Infarto Agudo do Miocárdio

	Mioglobina	cTnl	cTnT	CK-MB	MB-isoformas
Peso Molecular	17	23	33	86	86
1ª hora detecção	1-2	2-4	2-4	3-4	2-4
Pico (h)	4-8	10-24	10-24	10-24	6-12
Duração (d)	0,5-1	5-10	5-14	2-4	0,5-1

Contra-indicações e precauções no uso da terapia trombolítica no Infarto Agudo do Miocárdio

Contra-indicações absolutas:

- . AVC hemorrágico prévio
- . Neoplasia intracraniana
- . Sangramento interno ativo (exceto menstruação)
- . Suspeita de dissecação aguda de aorta

Contra-indicações relativas/precauções:

- . Hipertensão severa não controlada (PA>180/110mmHg)
- . História prévia de AVC ou patologias intracerebrais exceto as mencionadas nas contra-indicações absolutas.
- . Uso atual de anticoagulantes em doses terapêuticas (INR> ou = 2-3); diátese hemorrágica conhecida.
- . Trauma recente (2 a 4 semanas), incluindo TCE ou ressuscitação cardiopulmonar prolongada (> 10min) ou grande cirurgia (< 3 semanas).
- . Punção vascular não compressiva.
- . Sangramento interno com 2-4 semanas.
- . Exposição prévia a estreptoquinase ou anistreplase (5 dias a 2 anos) ou reação alérgica prévia.
- . Gravidez.
- . Úlcera péptica ativa.
- . História de hipertensão arterial severa.



Tratamento do IAM

■ ESTABILIZAÇÃO INICIAL

- Verificar os sinais vitais, acesso IV, e ECG em no máximo 10 minutos
- Monitorização do ritmo cardíaco, PAMNI, Oximetria e O₂ 4 l/min
- Analgesia: morfina ou meperidina

■ TERAPIA DE REPERFUSÃO AGUDA (até 12h)

- Trombólise IV ou Angioplastia Transluminal Coronariana primária
- Reperusão química
 - Estreptoquinase
 - rt-PA acelerado

■ ANTIPLAQUETÁRIOS E ANTITROMBÓTICOS

- AAS 160 a 325mg na admissão na unidade de emergência.
- Heparina IV (obrigatório quando se usa o rt-PA) 70 a 100 UI/kg IV em bolus seguidos de 1.000 UI/h (vide normograma para ajuste da heparina). Nos pacientes de alto risco para embolizações sistêmicas: IAM anterior extenso, FA, trombo intra-cavitário, embolização prévia.
- Anticoagulantes orais => IAM anterior associados à FA, ICC, tromboembolismo e trombo intra-cavitários.
- Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 1mg/kg de 12/12h) (Não administrar em portadores de insuficiência renal ou em paciente com peso corporal total > 100kg).
- Clopidrogel em portadores de IAM sem supra ou angina instável de alto e médio risco, administrar dose de ataque de 300mg via oral dose de manutenção 75mg/d.
- Inibidor da Glicoproteína IIb/IIIa (GPIIb/IIIa):
 - Tirofiban em pacientes com IAM sem supra de ST ou angina instável de alto ou médio risco que não serão submetidos a angioplastia.
 - abciximab em pacientes com IAM sem supra ou angina de alto e médio risco que serão submetidos a angioplastia.

■ OUTRAS MEDIDAS TERAPÊUTICAS (respeitar as contra-indicações)

- Beta-bloqueadores IV (metoprolol 5mg IV de 5/5min até 15mg ou FC 50-55 ou PAS < 90mm Hg bpm e manter dose oral (100 a 200mg VO/dia), na ausência de contra-indicações.
- Nitroglicerina IV durante 24 a 48 horas ou mais, se isquemia recorrente ou congestão pulmonar.
- Magnésio IV, se hipomagnesemia ou arritmias ventriculares na dose de 2g IV/5 min + 8g IV/24 horas.
- Inibidores da ECA.
- Evitar rotineiramente lidocaína e bloqueadores dos canais de cálcio.

■ ANTES DA ALTA : Estratificação do risco

- Determinar a Fração de Ejeção do ventrículo esquerdo
- Teste funcional associado ou não a cardiologia nuclear ou eco-stress
- Cineangiogramiografia (caso indicado)

■ MEDICAÇÃO DA ALTA

- AAS, Beta-bloqueador, Inibidor da ECA, Estatina

■ MODIFICAR HÁBITOS DE VIDA E CORREÇÃO DOS FATORES DE RISCO

- Cessar o tabagismo, tratar dislipidemia, hipertensão, diabetes e iniciar a reabilitação cardíaca.

1186



Ocorrência de IAM em Pacientes com Outros Achados ao ECG

Alteração ao ECG	Taxa de IAM (%)
• Normal	3
• Padrão QS prévio, Isquemia ou Strain	5
• Alterações inespecíficas do ST-T	7

Classificação do quadro clínico e mortalidade no IAM (Killip)

Grupo de Killip	Quadro clínico	Mortalidade (%)
I	Ausência de ICC	6
II	ICC leve a moderada	30
III	Edema Agudo de Pulmão	44
IV	Choque cardiogênico	>81

Classificação Hemodinâmica do IAM (Forrester)

Grupo de Forrester	Definição	Mortalidade (%)
I	Hemodinâmica normal PCP<18 e IC>2,2	2
II	Congestão Pulmonar PCP>18 e IC>2,2	10
III	Hipoperfusão Periférica PCP<18 e IC<2,2	22
IV	Congestão pulmonar e hipoperfusão periférica PCP>18 e IC <2,2	56

IC = Índice Cardíaco
 PCP = Pressão Capilar Pulmonar

Fatores de risco para AVC, após a terapia trombolítica no IAM

Fator de risco	Infarto Cerebral	Hemorragia intra-cerebral
Idade	+++	+++
HAS Severa	-	+++
DVC	+++	+++
Peso corporal baixo	-	+++
História de HAS	+++	+++
Trombolítico (APSAC, Alteplase)	-	+++
Heparina	-	++
Dose da terapia trombolítica	-	+++
Fibrilação Atrial	+++	-
Comprometimento hemodinâmico	+++	-
Classe IV de Killip	+++	-
IAM prévio	+++	-

DVC = Doença Cérebrovascular
 +++ = Fatores de risco identificado em múltiplos estudos
 ++ = Fator de risco provável
 Os fatores de risco foram listados em ordem de importância para Hemorragia cerebral

Doses dos trombolíticos usados no IAM

Trombolítico	Dose
• Estreptoquinase	- 1.500/000 UI (infusão 30 - 60min)
• rt-PA (acelerado)	- 100mg (1,5mg IV em bolus, 0,75mg/kg em 30min, máximo de 50mg + 0,5 mg/kg em 60min, máximo de 35mg).



Infarto Agudo do Miocárdio Considerações Essenciais

Classificação eletrocardiográfica do IAM

Parede	Derivação	Alterações do ECG
· Anterior	V1 - V4	Complexos QS Onda R não progride
· Anterior Extenso	V1 - V6	Complexos QS Onda R não progride
· Lateral	DI - AVL	Onda Q
· Inferior	D2 -D3 - AVF	Onda Q
· Infero-dorso-lateral	D2 -D3 - AVF	Onda Q
· Ventrículo Direito	V5 - V6- V7 -V8 V3 e V4R	Onda Q Supra do ST-T > 1mm

Infarto Ventricular Direito

■ Critérios do ECG

- (1) Infradesnível associado do ST de V1-4
- (2) BAV do 3º Grau
- (3) Supradesnível de ST em V3 e V4R

■ Diagnóstico clínico - critérios essenciais

A incidência do IAM-VD>30% dos pacientes com IAM ínfero-dorsal

- (1) Hipotensão arterial com PS<100mmHg;
 - (2) Ausência de crépitos pulmonares
 - (3) PVC elevada
- Esta tríade clássica ocorre em 10% dos pacientes, podendo ser induzida em + 20%*

■ Diagnóstico hemodinâmico - critérios essenciais

- (1) Pressão de Átrio Direito > 10mmHg
- (2) PAD/PAE>0,86
- (3) Pressão Sistólica < 100mmHg

■ Diagnóstico Complementar

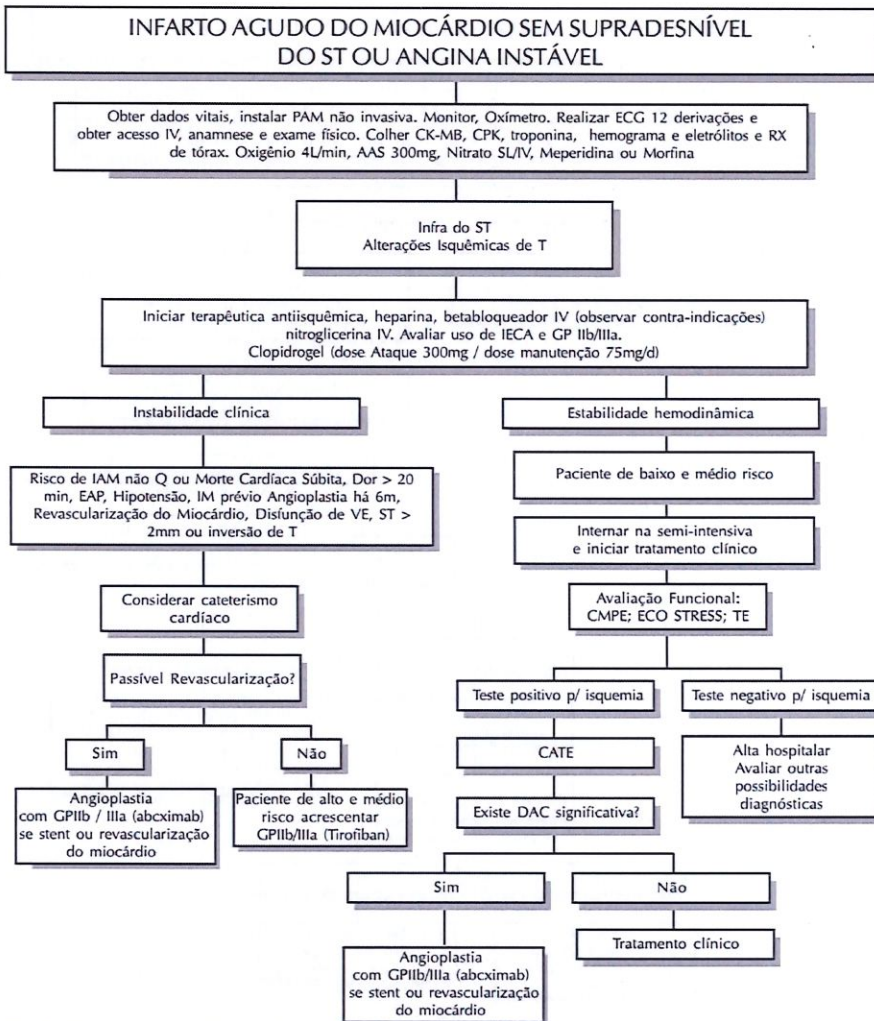
Incidência do IAM-VD>30% dos pacientes com IAM ínfero-dorsal

- (1) Eletrocardiograma de 12 D + V3 e V4R
- (2) Ecocardiograma transtorácico 2D
- (3) Cintilografia miocárdica com pirofosfato de Tc99m
- (4) Ventriculografia radioisotópica(GATED)

1184



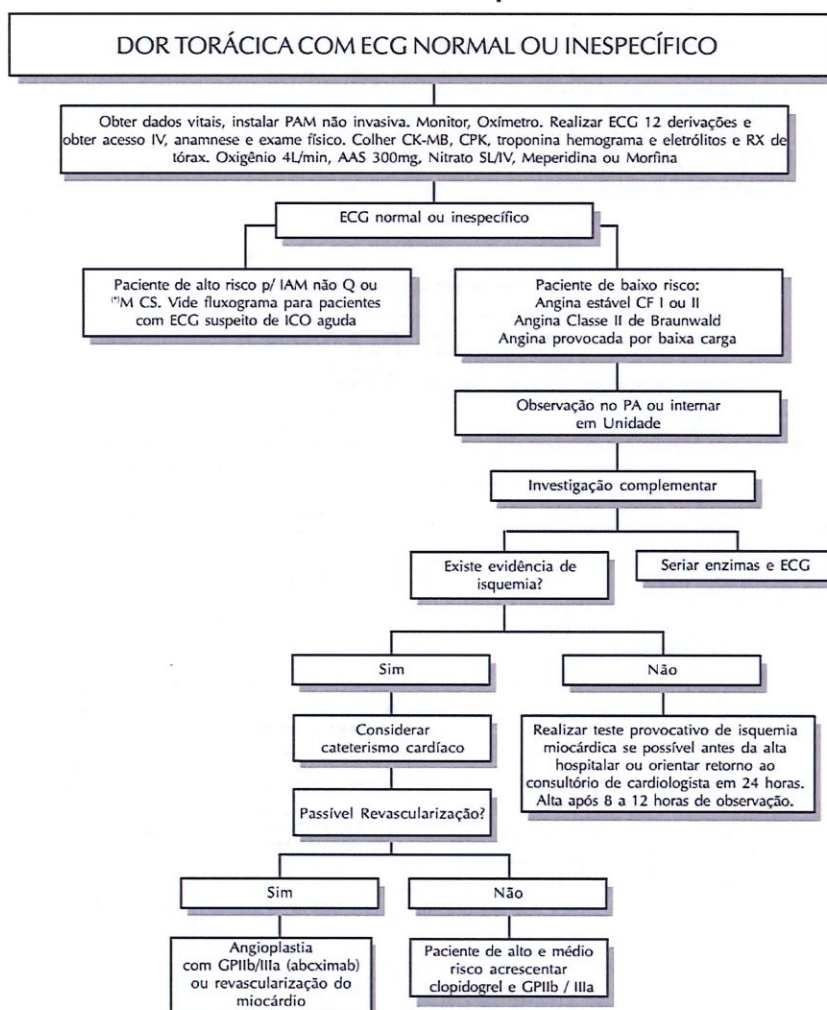
Estratégia Diagnóstica e Terapêutica do Paciente com Dor Torácica com Infradesnível ST ou Inversão de T



CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão
DAC = Doença Arterial Coronária



Estratégia Diagnóstica e Terapêutica do Paciente com Dor Torácica com ECG Normal ou Inespecífico



(*) MCS = Morte cardíaca súbita
GPIIb / IIIa = inibidor da glicoproteína IIb IIIa



Recomendações da *American Heart Association* para Realização de Angioplastia Primária – 1999

CLASSE I

1. Como alternativa à terapia trombolítica em pacientes com IAM e elevação do segmento ST ou novo BRE. Deverá realizar o procedimento de abertura da artéria relacionada ao infarto com no máximo 12 horas do início dos sintomas, sendo realizado em centro que realiza >200 angioplastias/ano e profissionais com >75 procedimentos/ano.
2. Pacientes com 36 horas de elevação do segmento ST ou novo BRE que desenvolvem choque cardiogênico, com idade < 75 anos, e nos quais a revascularização possa ser realizada com 18 horas do início do choque.

CLASSE IIa

1. Com estratégia de reperfusão em pacientes com contra-indicação para terapia trombolítica.

CLASSE IIb

1. Pacientes com IAM que não apresentam elevação do segmento ST mas que houve redução do fluxo (<TIMI fluxo 2) da artéria relacionada ao infarto, nos quais a angioplastia possa ser realizada com no máximo 12 horas do início dos sintomas.

CLASSE III – CONTRA - INDICAÇÃO

1. Pacientes com início dos sintomas > 12 horas sem evidência de persistência da isquemia.
2. Nos pacientes que receberam terapia trombolítica na ausência de sintomas de isquemia miocárdica.
3. Nos paciente que são elegíveis para trombólise e a angioplastia será realizada por profissional desabilitado.



Diagnóstico e Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do ST

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST

Obter dados vitais, instalar PAM não invasiva, monitor, oxímetro. Realizar ECG 12 derivações e obter acesso IV, anamnese e exame físico. Colher CK-MB, CPK, troponina, hemograma, eletrólitos e rad. de tórax. Oxigênio 4L/min, AAS 300mg, nitrato SL/IV, meperidina ou morfina

Supra do ST
BRE novo
BRE prévio

Iniciar terapia adjunta sem retardar reperfusão.
Nitroglicerina se PAS > 90mmHg, Beta bloqueador IV (observar contra-indicações) e IECA

Tempo do início dos sintomas

$\Delta T < 12h$

Definir a estratégia de reperfusão

Tem serviço de hemodinâmica disponível?

Sim

Não

O Serviço realiza > 200 angioplastias/ano ou profissionais com > 75 procedimento /ano?

Sim

Não

Possibilidade de realizar a angioplastia com tempo < 90 min da chegada do paciente à Unidade de Emergência?

Sim

Não

Angioplastia coronária primária (se uso stent - usar ABCXIMAB)

Trombólise

$\Delta T > 12h$
(Seguir para o fluxograma de ECG suspeito para ICO aguda)

Trombólise: STK 1.500.000 UI em 1h ou RTPa 15mg Bolus, 50mg/30min e 35mg/60min (checar contra-indicações)

Trombólise

Evidências de reperfusão

Sim

Não

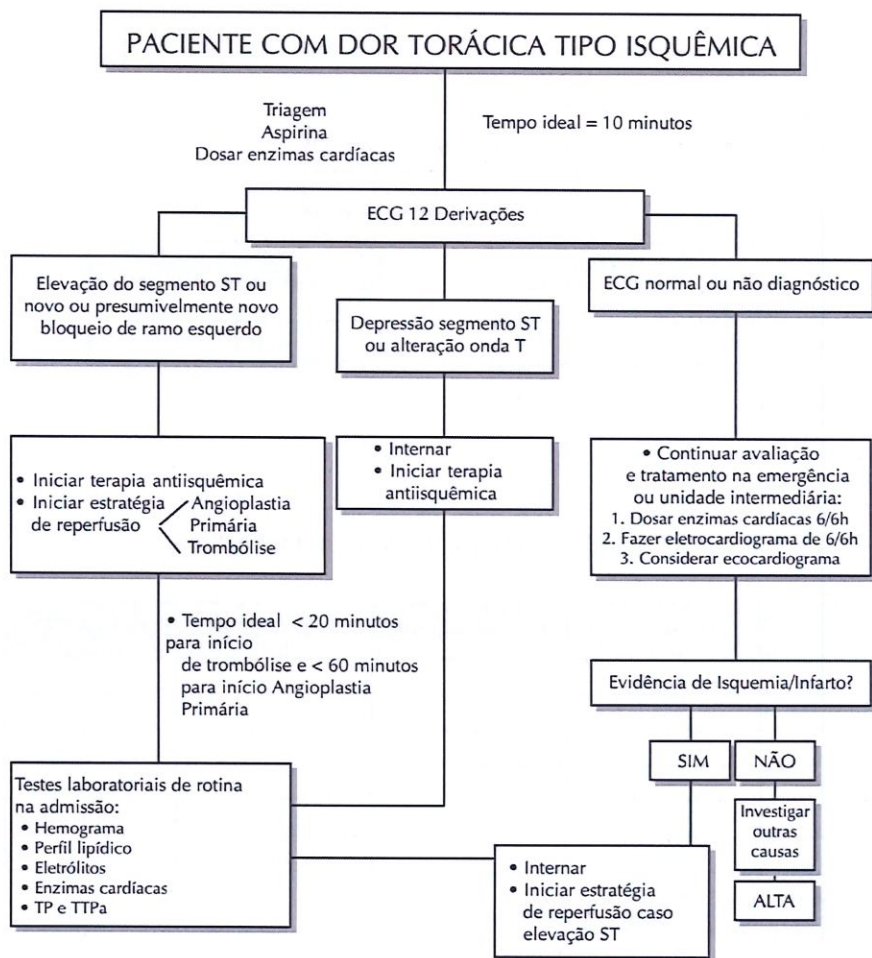
Internar na UTI-Cárdio

Angioplastia coronária de resgate

1180

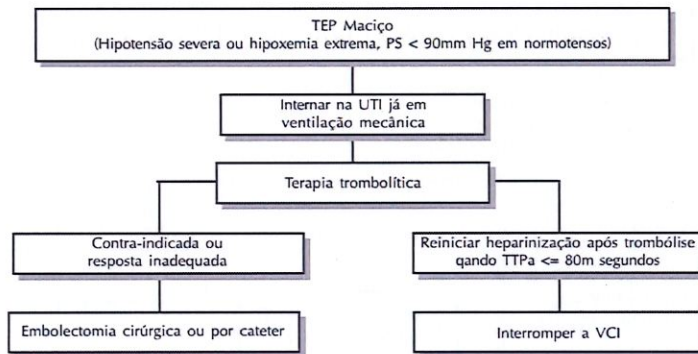


Paciente com Dor Torácica Tipo Isquêmica





Abordagem do TEP Maciço



PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA

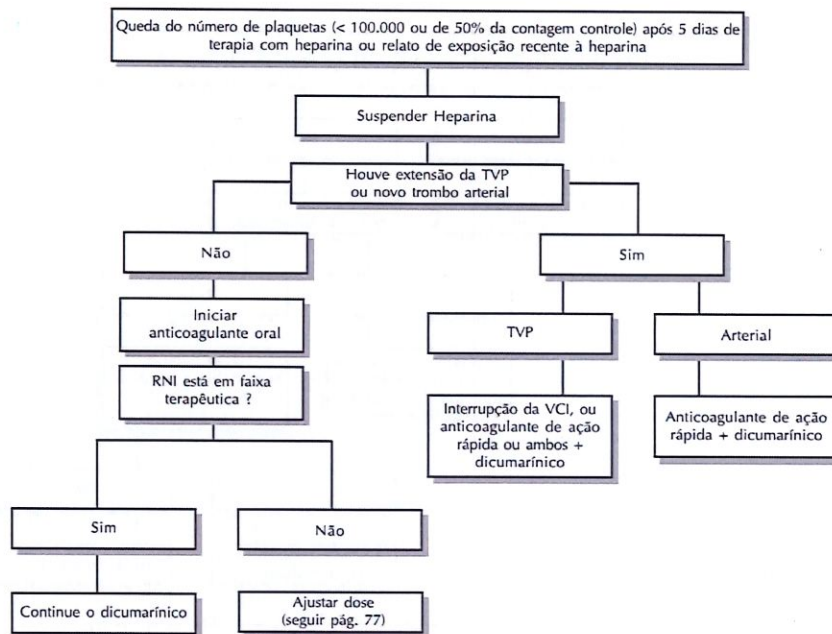
TTPa	Repetir Bolus	Parar Infusão (min)	Velocidade de Infusão ml/h	Próximo TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 - 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

TVP sem TEP ou com TEP maior
Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000)
Dose 80mg Kg IV bolus

11748



Manejo da Trombocitopenia Introduzida por Heparina



Trombólise no TEP - Indicações

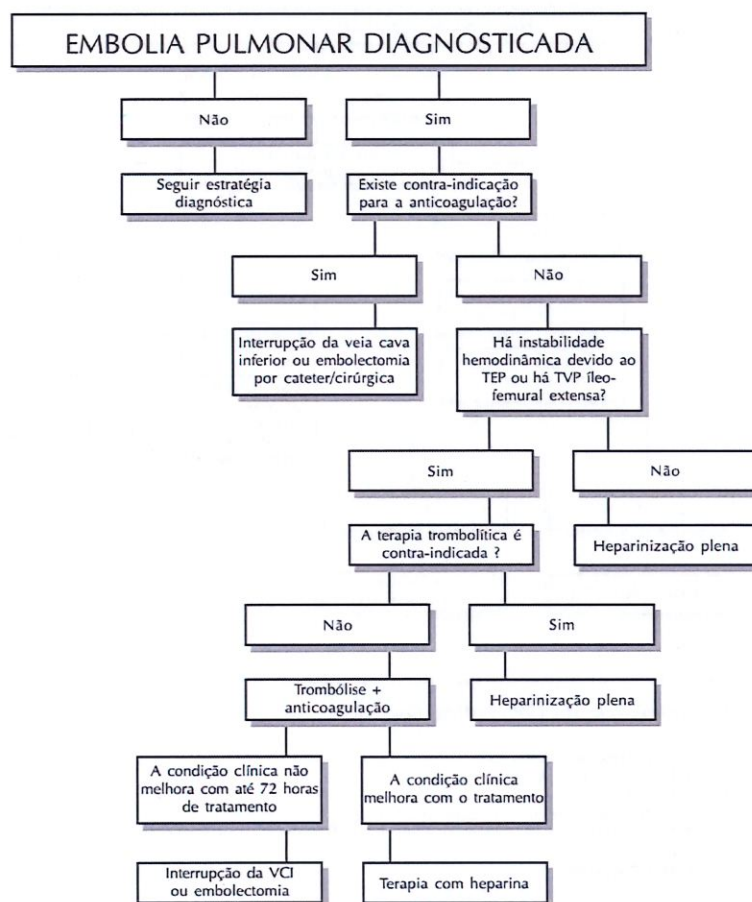
- Instabilidade Hemodinâmica.
- Disfunção Sistólica de VD.
- TEP Maciço.
- TEP com cardiopatia e pneumopatia prévias.
- TEP com diminuição de perfusão em 1 lobo ou múltiplos segmentos pulmonares.

Observações

- 1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.
- 2 - A heparina será reiniciada quando TTPa <= 80seg ou após 12 horas da Trombólise.
- 3 - Idade e câncer não são contra-indicações à trombólise.
- 4 - A trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno.
- 5 - A angiografia deve ser feita ou no MSE ou por punção femural, abaixo do ligamento inguinal.



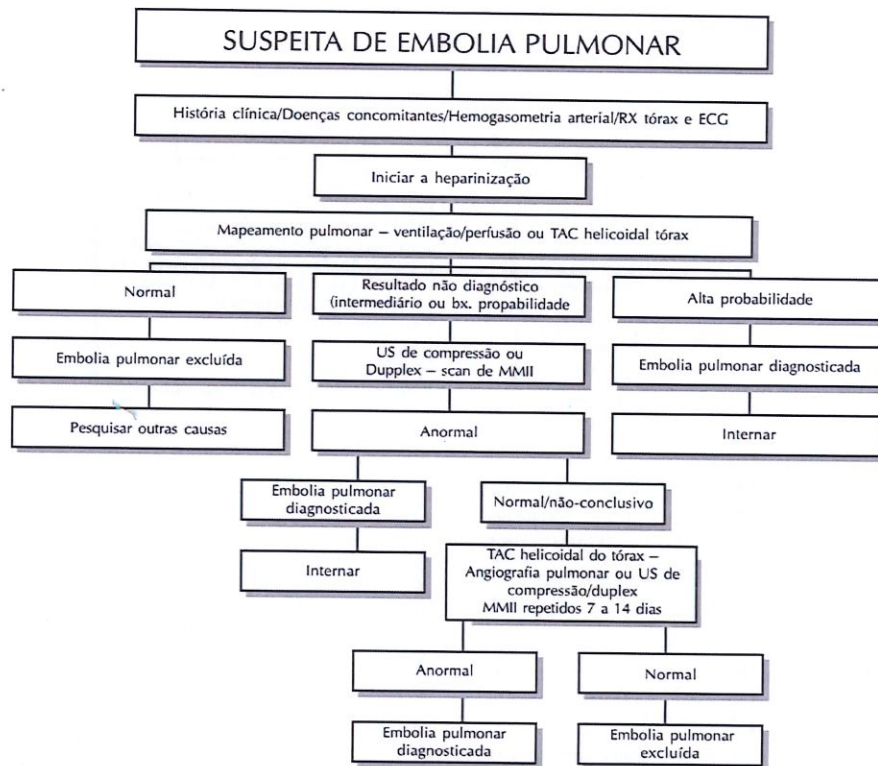
Estratégia Terapêutica para a Embolia Pulmonar



1176



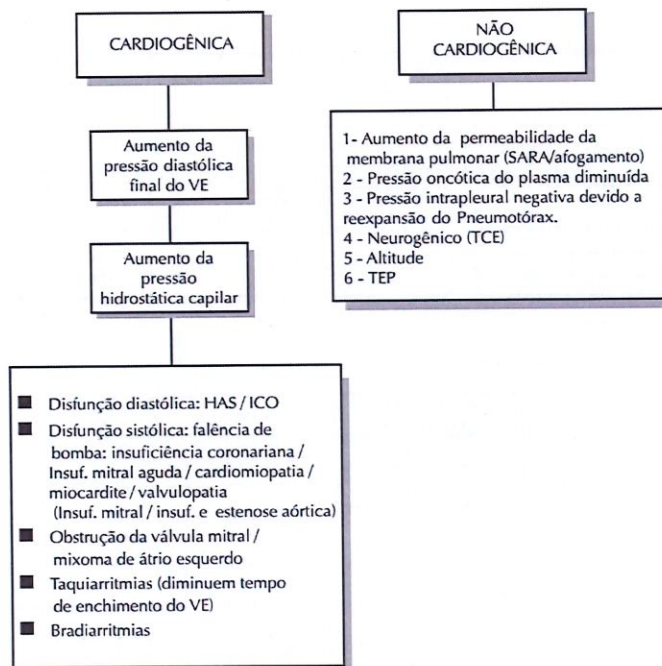
Estratégia Diagnóstica para a Suspeita de Embolia Pulmonar





1. Conceito: síndrome caracterizada pelo acúmulo de fluidos nos espaços alveolares e intersticiais dos pulmões – hipoxemia – redução da complacência pulmonar – aumento do trabalho respiratório.

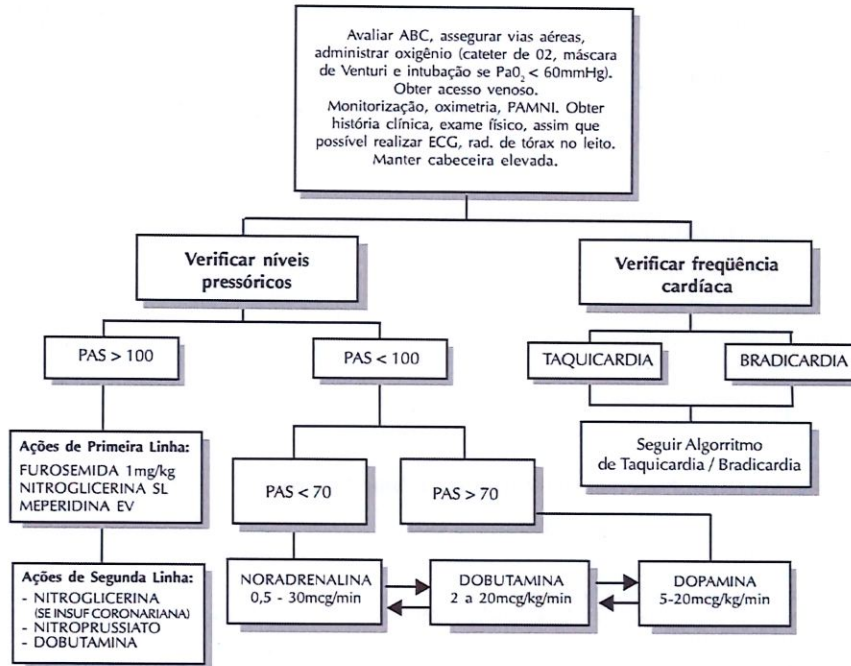
2. Etiologia:



1174



Edema Agudo de Pulmão



Obs.:

- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
- Se DOPAMINA > 20mcg/kg/min adicionar NORADRENALINA.
- Investigar causa de EAP para tratamento adequado como angioplastia no caso de IAM, heparinização se causa for TEP. Tratar taquiarritmias seguindo algoritmo adequado. Se taquicardia – cardioversão elétrica ou química. (Exceto taquicardia sinusal). Se Bradicardia – avaliar uso de marcapasso provisório.

EXAMES A SEREM REALIZADOS:

- ECG, rad. de tórax, gasometria, enzimas cardíacas, função renal, eletrólitos, hemograma.
- Em caso de não melhora dos sintomas, parada cardiorrespiratória, proceder intubação orotraqueal e transferir para UTI (após realização de medidas cabíveis para transferir com segurança).
- Observar critérios para intubação orotraqueal.
- Se FA com FV elevada usar Cedilanide.



Emergências Hipertensivas

♦ Emergência Hipertensiva

É definida como situação na qual ocorre elevação importante da PAS, associada ou não a lesão de órgão alvo irreversível.

♦ Urgência Hipertensiva

São situações em que a PAS está elevada, com PAD >120mmHg, porém são mínimas ou mesmo não se observam lesão de órgão alvo.

Abdelwahab -1995

Emergências Hipertensivas

- ♦ Encefalopatia hipertensiva
- ♦ Dissecção de aorta
- ♦ Edema agudo de pulmão
- ♦ Infarto agudo do miocárdio
- ♦ Hipertensão intracraniana
- ♦ Eclampsia
- ♦ Feocromocitoma

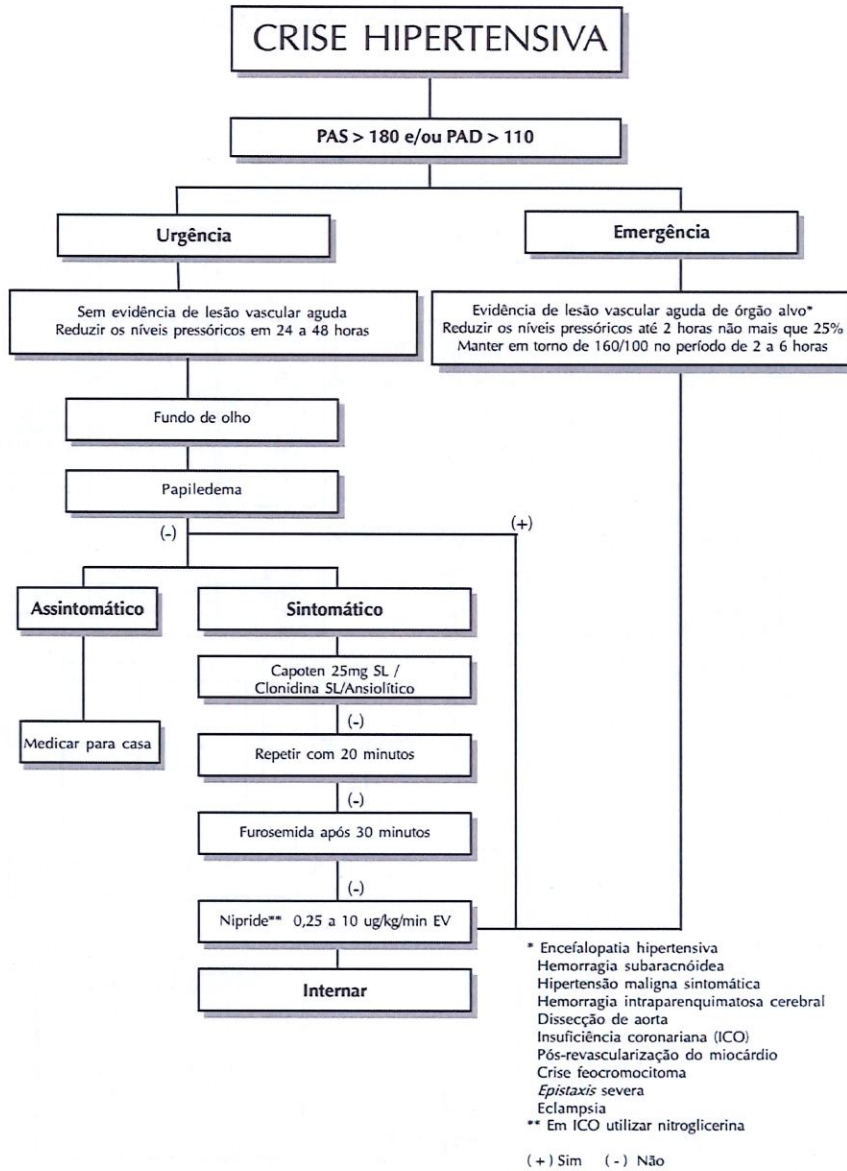
Conduta Inicial nos Pacientes com Emergências Hipertensivas

- ♦ Monitorização cardíaca, PAMI ou PAMNI e oximetria
- ♦ Acesso venoso
- ♦ Iniciar o tratamento farmacológico
- ♦ Tomografia computadorizada de crânio S/N
- ♦ Ecocardiograma transesofágico e US de abdome S/N
- ♦ Internamento em UTI

Conduta Inicial nos Pacientes

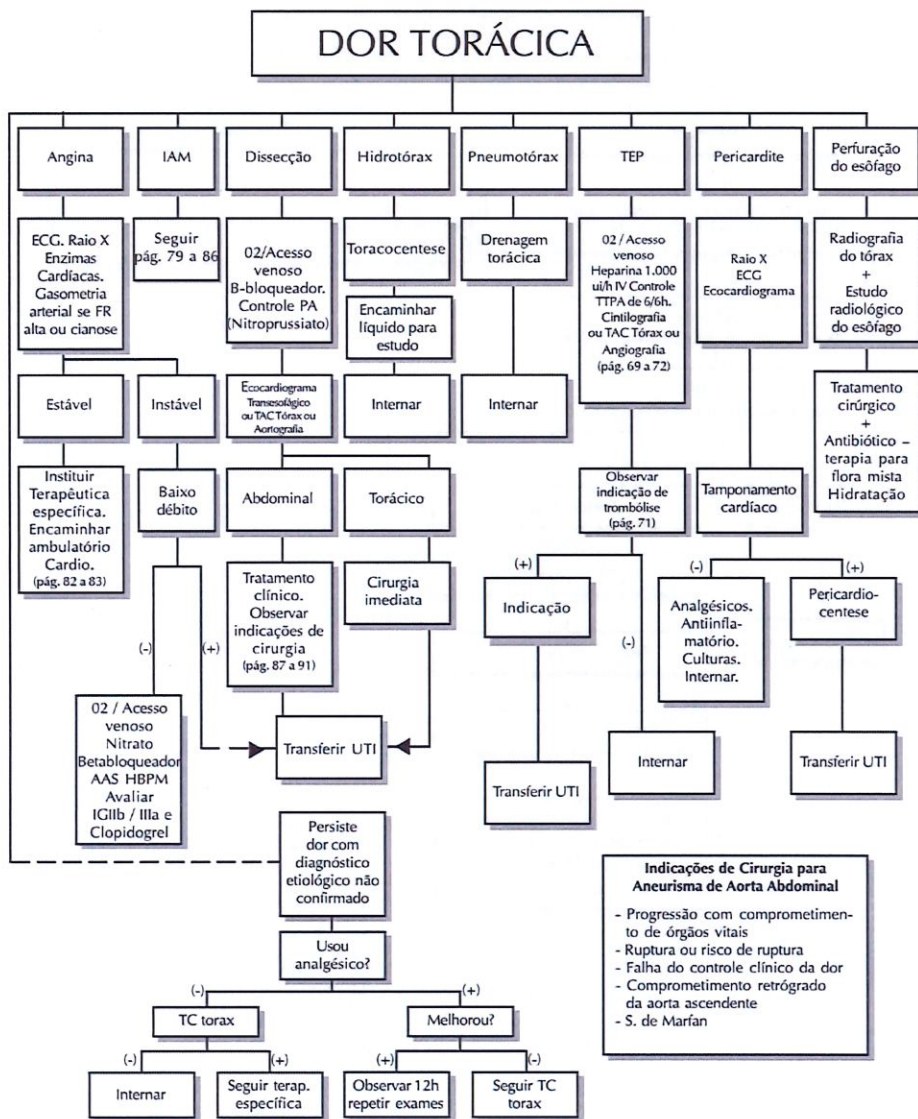
- ♦ Objetivo - **rápida e gradual redução da PAS. Nas emergências hipertensivas esta redução deverá ser obtida imediatamente, no máximo com 1 hora da chegada ao hospital.**
- ♦ Redução de 25% da PAM
- ♦ Redução da PAD para 100 a 110mmHg nas 2 a 6 horas iniciais do tratamento, até níveis de PAS normais em alguns dias
- ♦ Redução imediata em 15 a 20min da admissão na dissecção de aorta e/ou EAP
- ♦ Alcançar e manter a PAS 180X100mmHg em 6 a 12 horas da admissão no AVCI ou H

1172





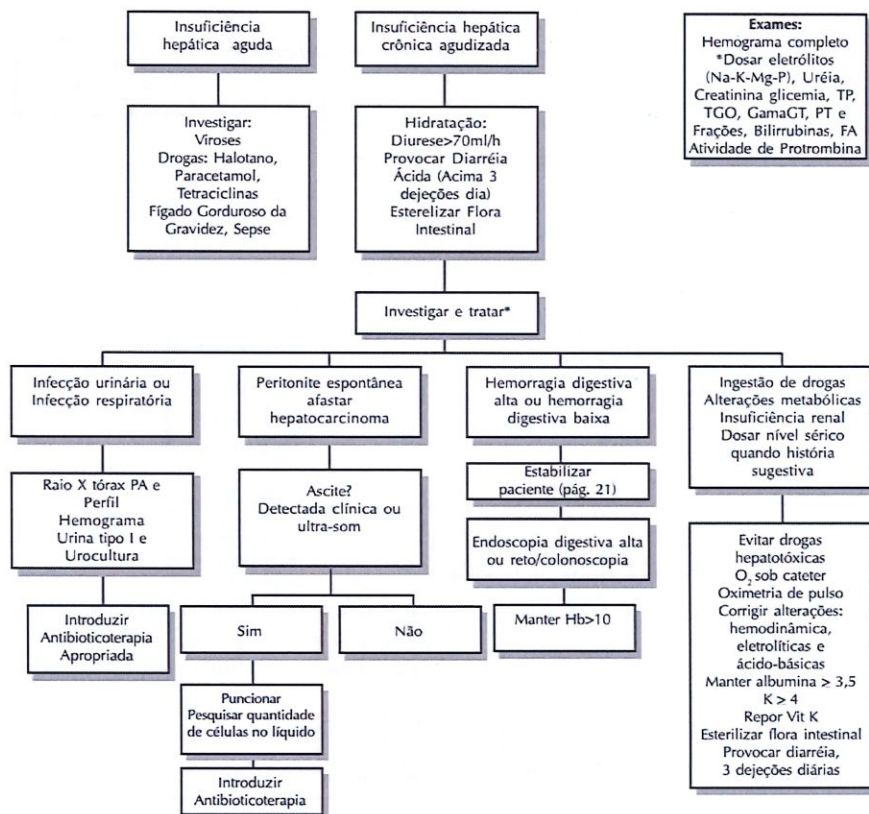
Aparelho Cardiovascular



1170



Insuficiência Hepática



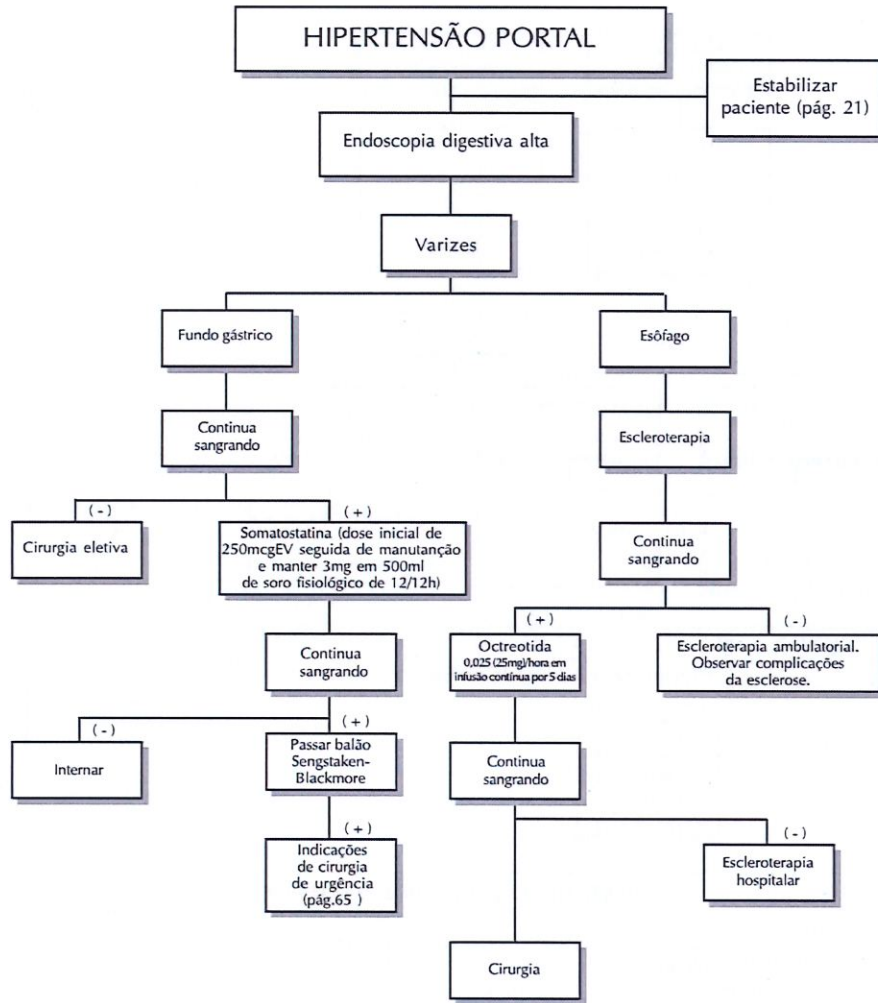
Exames:
 Hemograma completo
 *Dosar eletrólitos (Na-K-Mg-P), Uréia, Creatinina glicemia, TP, TGO, GamaGT, PT e Frações, Bilirrubinas, FA Atividade de Protrombina

CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE			
Grupos:	A	B	C
- Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
- Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
- Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
- Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
- Estado nutricional	Bom	Regular	Mau

*Paciente com hipoalbuminemia necessita utilizar colóides + cristalóides para estabilização hemodinâmica por sangramento.



Hemorragia Digestiva Alta

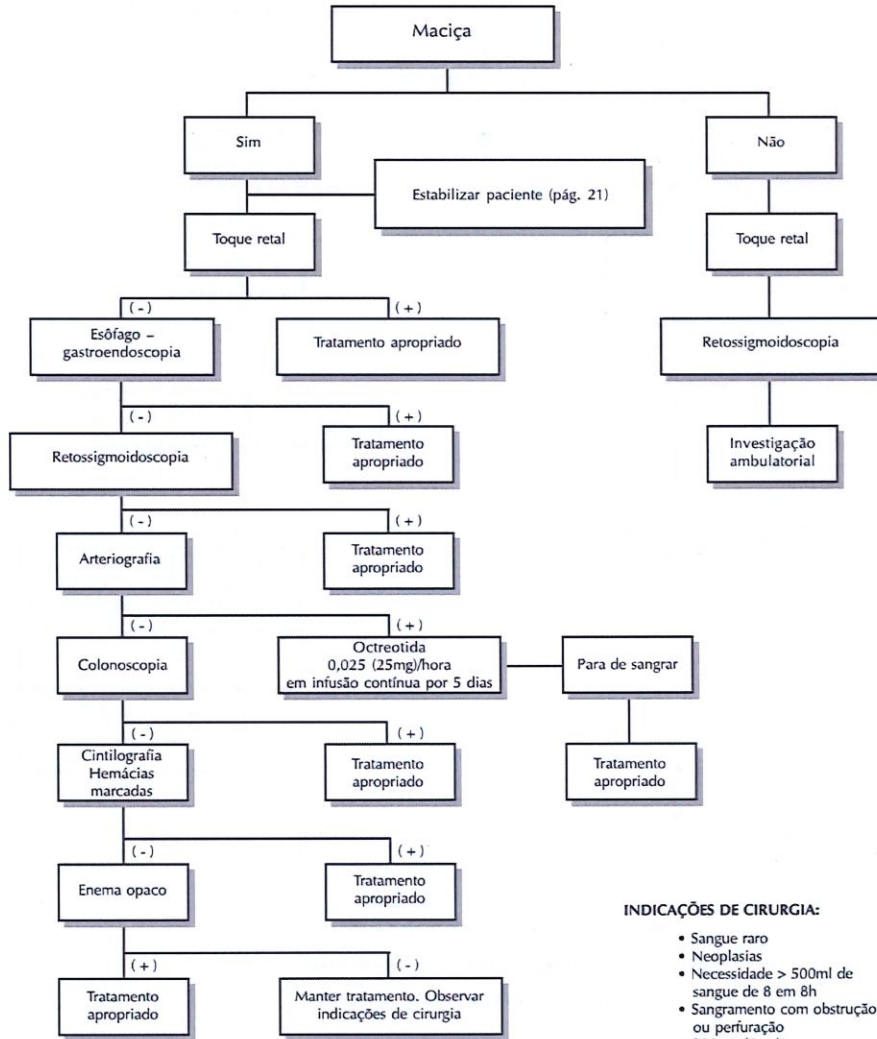


(+) persiste
(-) parou de sangrar

1168



Hemorragia Digestiva Baixa



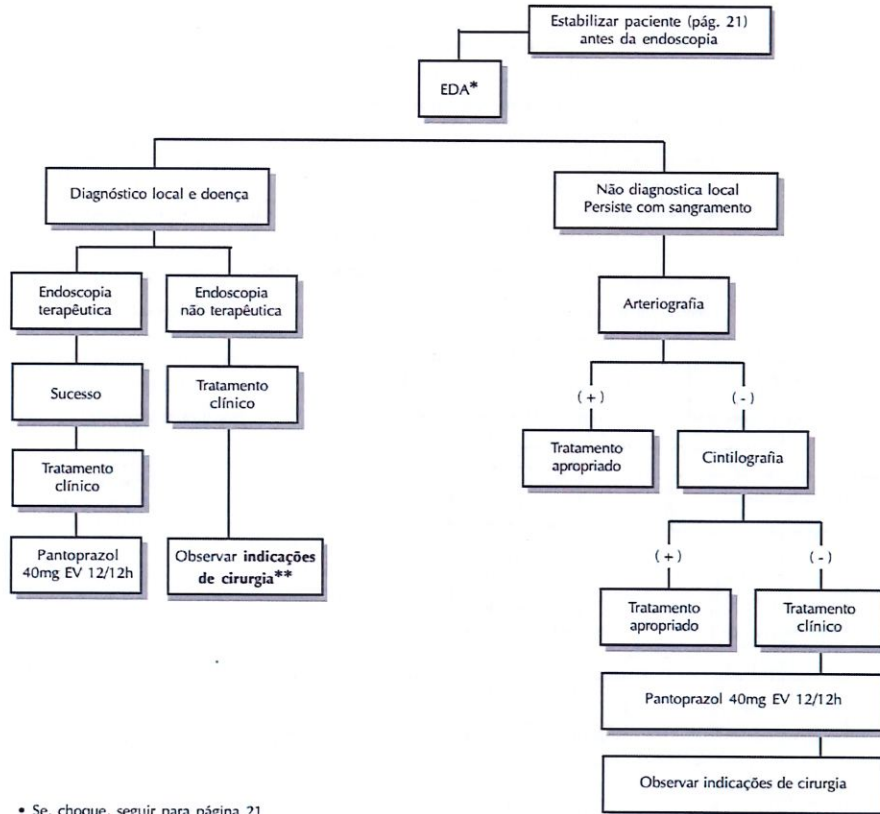
INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

- Sangue raro
- Neoplasias
- Necessidade > 500ml de sangue de 8 em 8h
- Sangramento com obstrução ou perfuração
- Sétima década
- Sangra, pára, sangra

(+) Encontrou o local do sangramento
 (-) Não encontrou



Hemorragia Digestiva Alta



• Se, choque, seguir para página 21

**Indicações de cirurgia:

- pac. portador de Ca com hemorragia
- pac. com hemorragias e obstrução ou perfuração
- pac. que sangra, pára e retorna a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
- pac. portador de sangue raro
- pac. que necessita de mais 500ml cada 8 horas, para manter Ht > 30 e Hb > 10
- pac. que sangrou durante tratamento clínico

• Caso sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostatina (STYLAMIN)

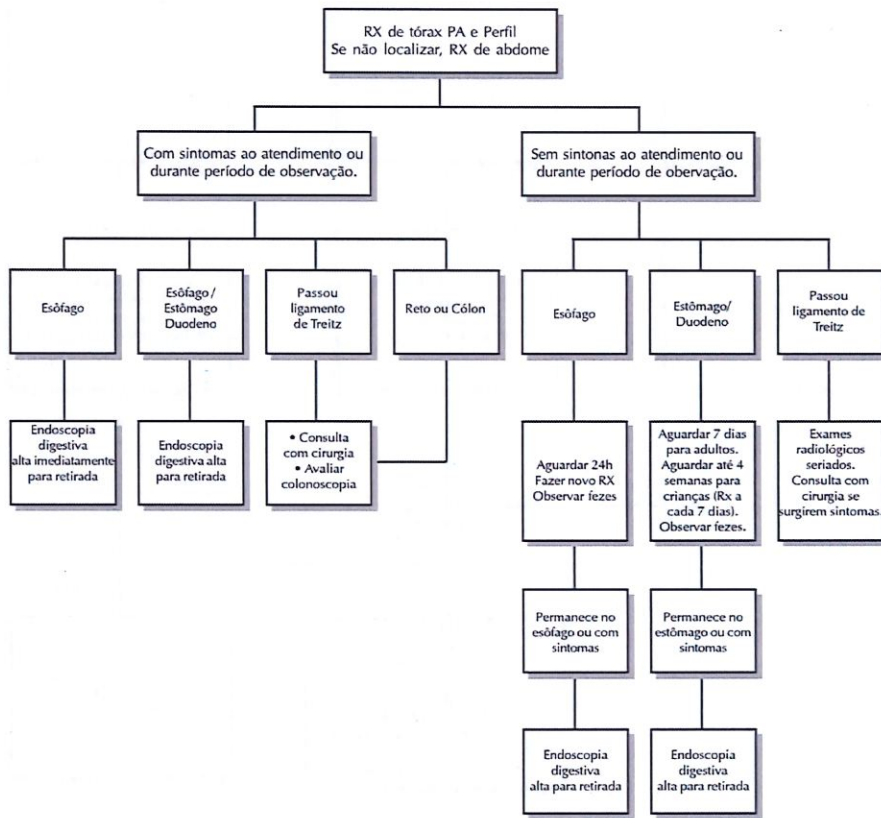
- dose inicial de 250 mcgEV seguida de manutenção - de 3mg em 250ml de soro fisiológico cada 12 horas.

(+) encontrou sangramento local
(-) não encontrou

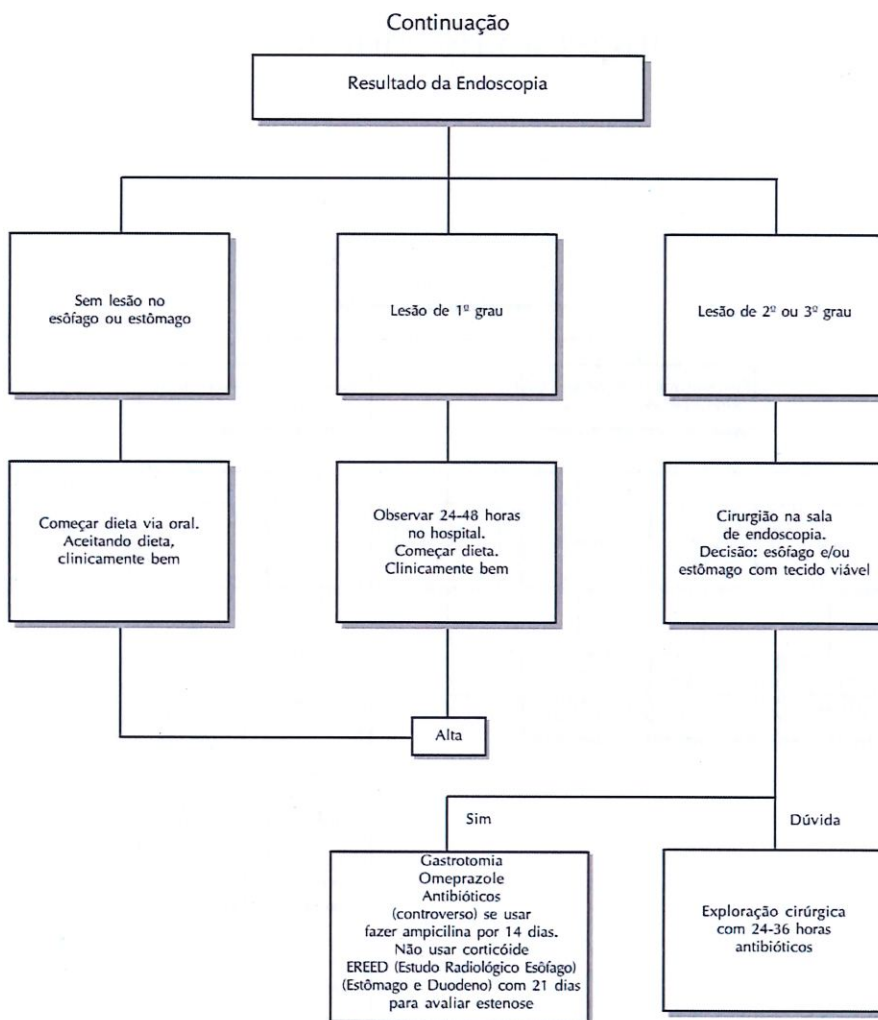
1166



Ingestão de Moedas *



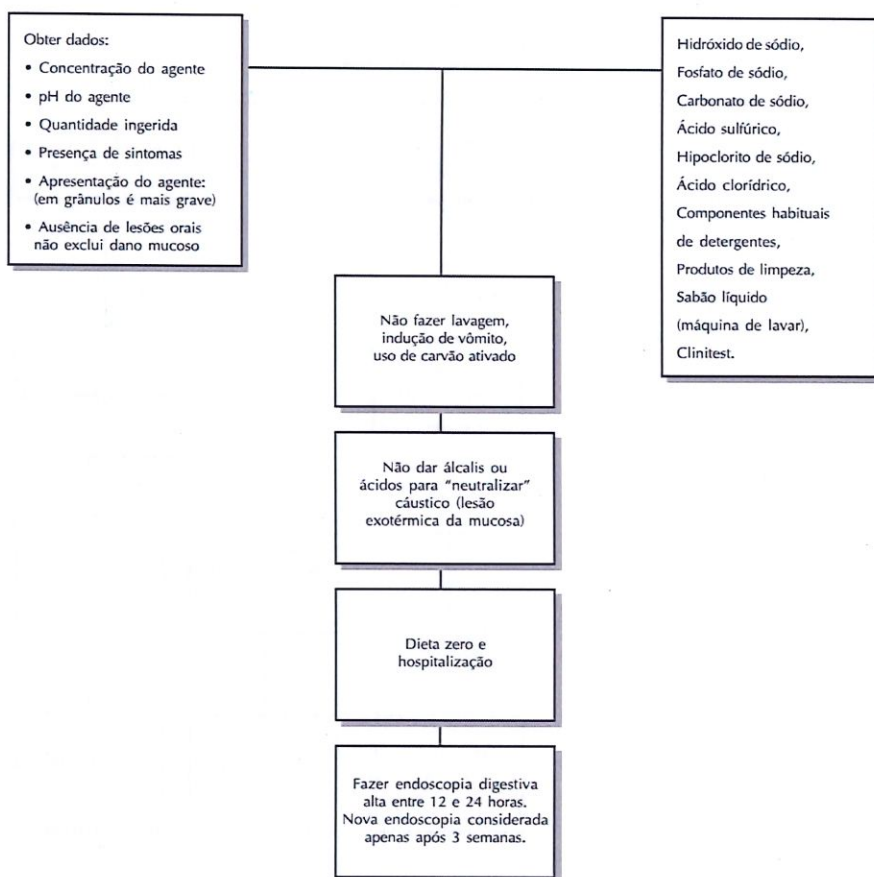
TGI = Trato Gastrointestinal
* (Habitualmente passam
pelo TGI se < 20mm.
Moeda de 25 centavos = 23mm.)



1164



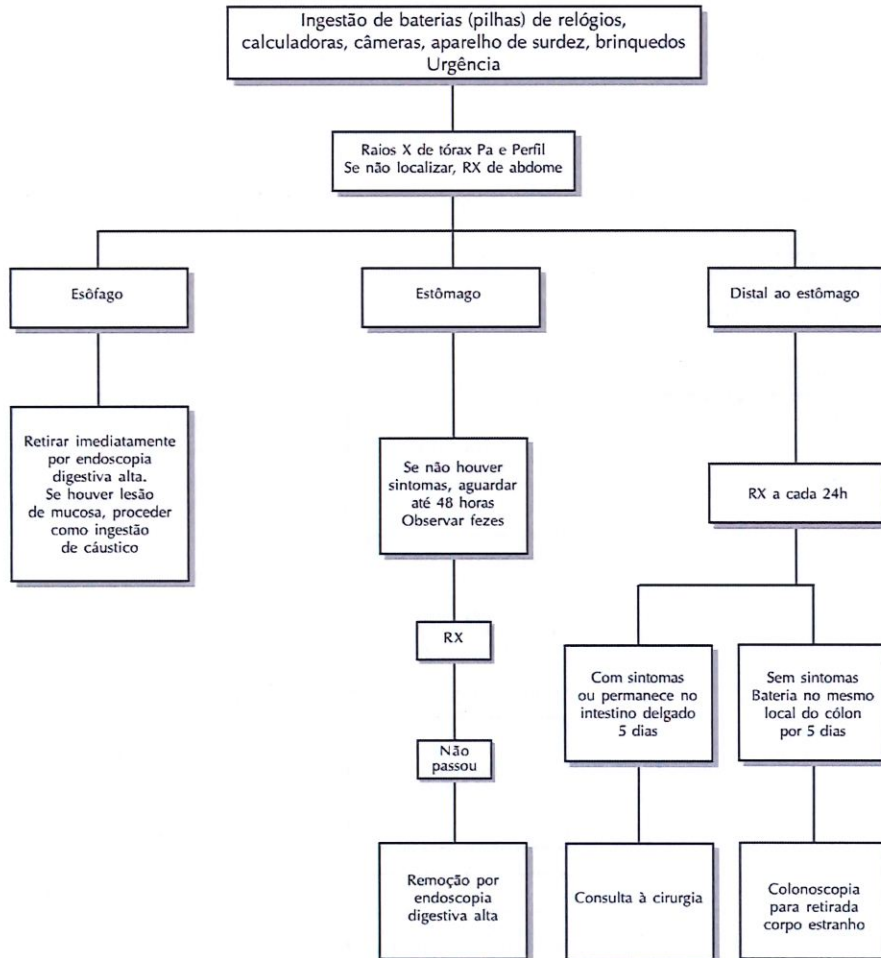
Ingestão de Cáusticos



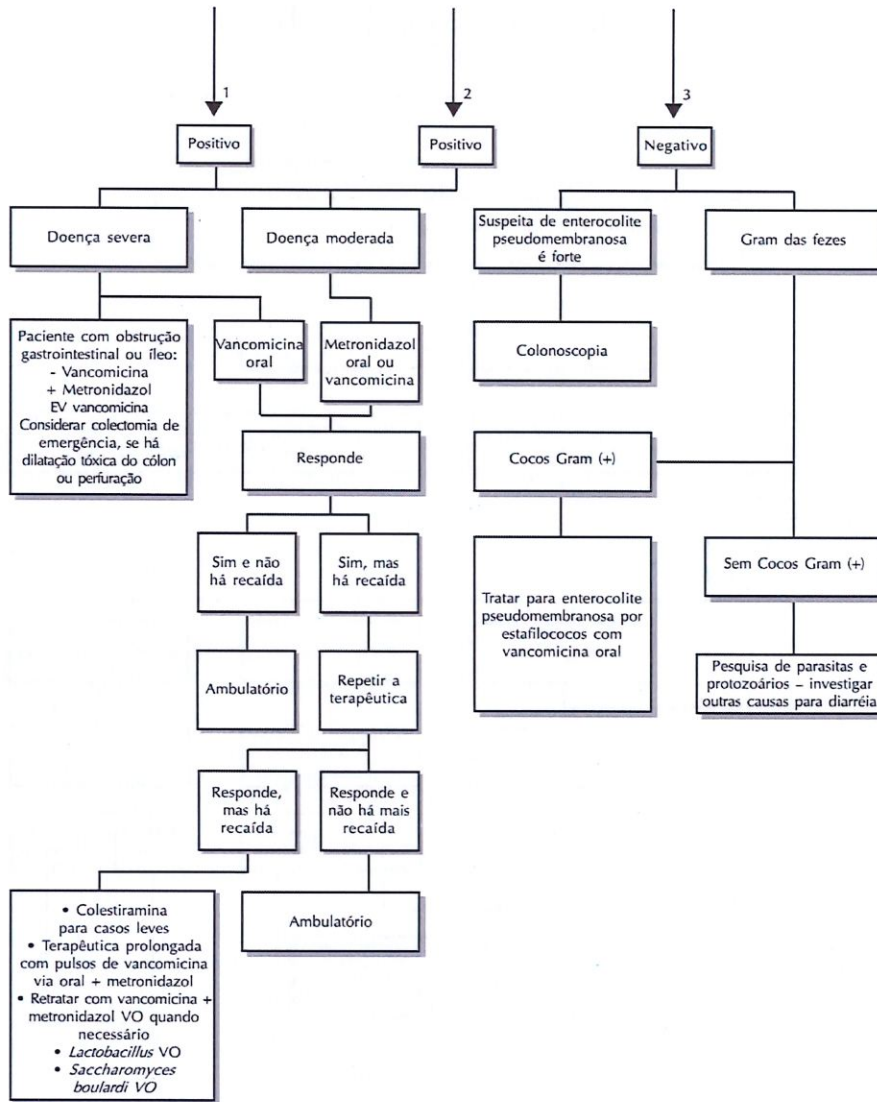
Continua na página 63

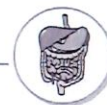


Ingestão de Corpo Estranho

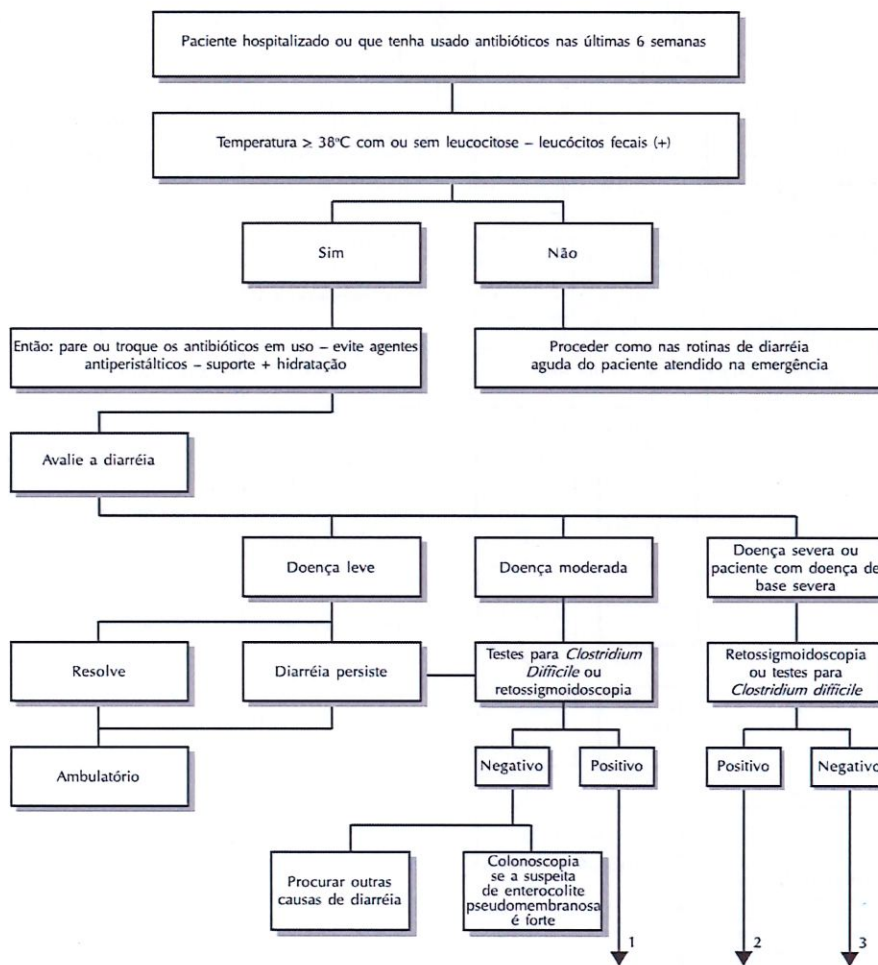


1162





Diarréia Aguda - II

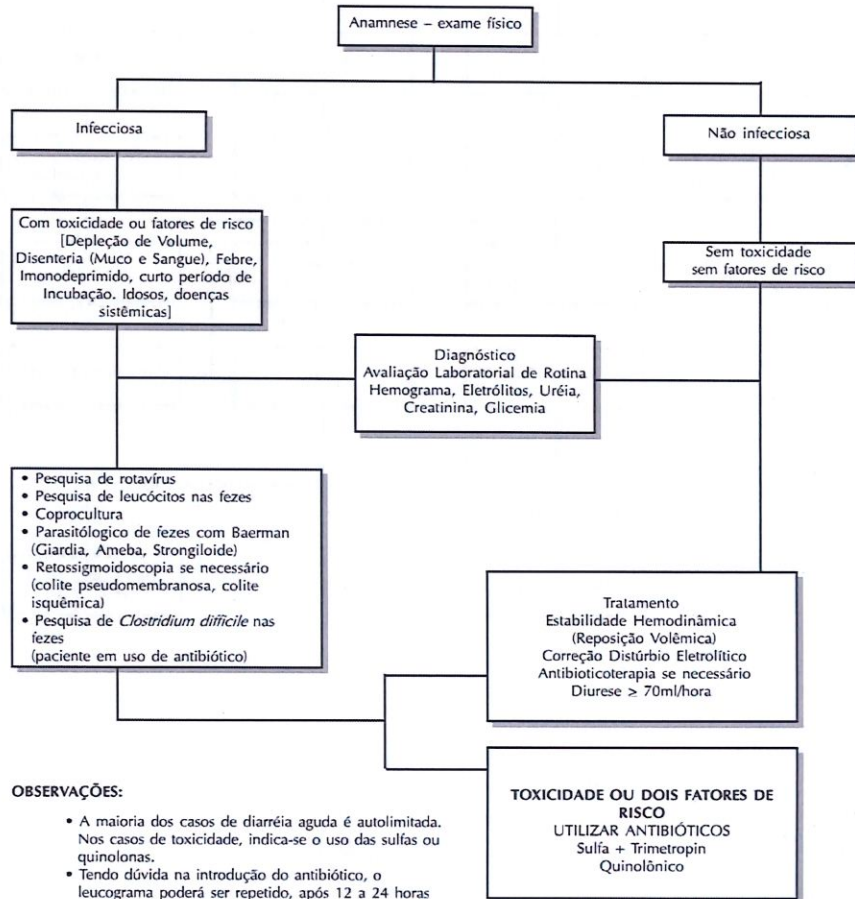


Seguir página 60

1160

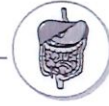


Diarréia Aguda - I

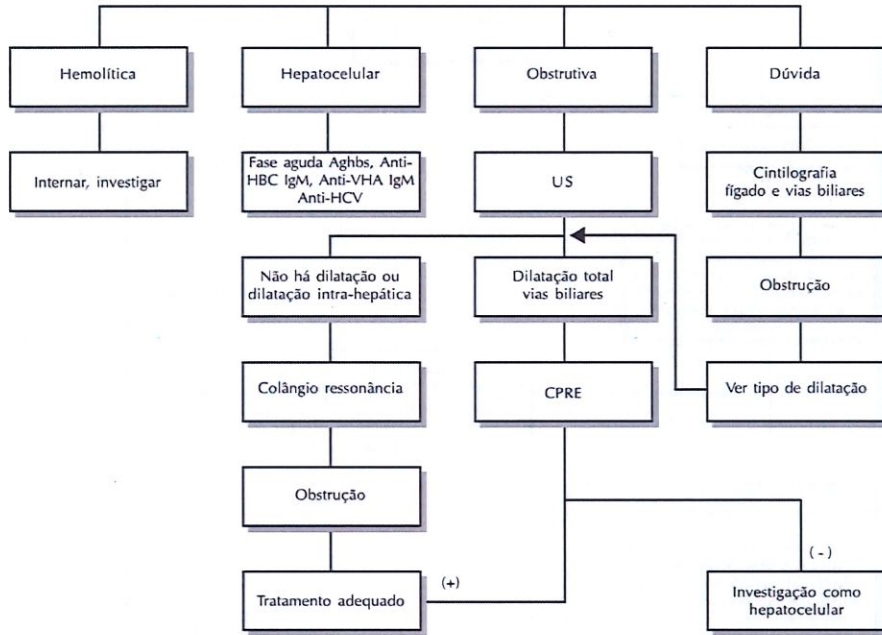


OBSERVAÇÕES:

- A maioria dos casos de diarréia aguda é autolimitada. Nos casos de toxicidade, indica-se o uso das sulfas ou quinolonas.
- Tendo dúvida na introdução do antibiótico, o leucograma poderá ser repetido, após 12 a 24 horas do primeiro.
- A Vancomicina nos casos de colite Pseudomembranosa – (vide algoritmo específico) deverá ser usada por via oral (125mg de 6 em 6 horas).
- Poderão ser usados antiespasmódicos e antieméticos.
- Paciente com toxicidade deverá ser internado por um período mínimo de 48 a 72 horas em Unidade Intermediária.
- Deverão ser internados na UTI os casos de Septicemia que necessitem de monitorização hemodinâmica invasiva e/ou ventilação mecânica.



Icterícia



(+) = Achado anormal
(-) = Normal

EXAMES

- RX de tórax
- RX de abdome, deitado e em pé
- Sumário de urina
- Amilase
- Tempo de protrombina
- Transaminases, Gama GT
- Proteínas totais e frações

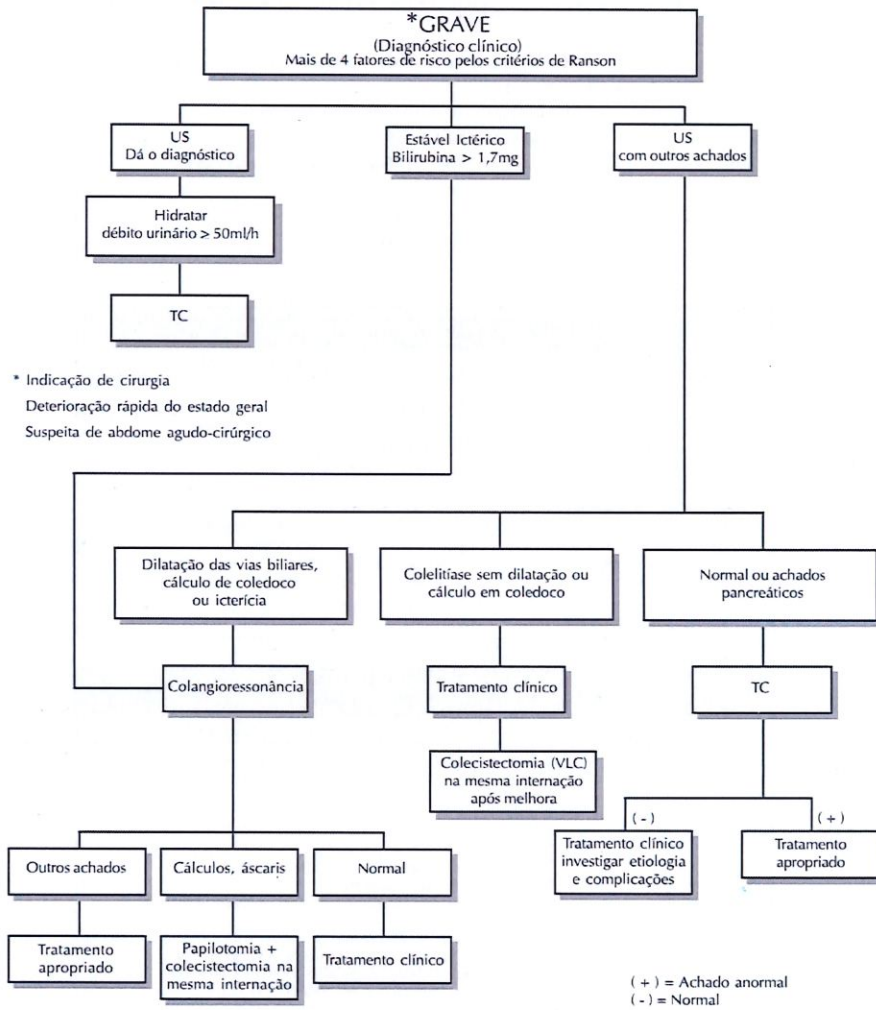
MEDIDAS GERAIS

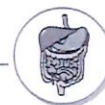
- Venoclise
- Sintomáticos
- Vitamina K 10mg/dia

1150



Pancreatite Aguda - II





Pancreatite Aguda - I

EXAMES	TRATAMENTO
Hemograma	Repouso absoluto
Uréia/Creatinina	Dieta zero
Sódio/Potássio	Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos
Glicemia	Sedar a dor
Transaminases	Tratamento de alterações hidroeletrólíticas
Fosfatase alcalina	Inibidores da bomba de prótons
Cálcio	Tratamento do choque ou hipovolemia com cristaloides
Proteínas totais e frações	Observar débito urinário e PVC
LDH	Identificar e tratar a hipovolemia
Amilase	Identificar e tratar a oligúria
Gasometria arterial	Antibióticos*

CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)

PANCREATITE NÃO-BILIAR	PANCREATITE BILIAR
À admissão 1. Idade > 55 anos 2. Número de leucócitos > 16.000mm ³ 3. Glicose > 200mg/dl 4. TGO > 250U/L 5. LDH > 350U/L Durante as 48 horas iniciais 6. Queda maior que 10% no hematócrito 7. Aumento no BUN > 5mg/dl 8. Cálcio sérico < 8mg/dl 9. PaO ₂ < 60mmHg 10. Déficit de base > 4mEq/L 11. Sequestração hídrica > 6 litros	À admissão 1. Idade > 70 anos 2. Número de leucócitos > 18.000mm ³ 3. Glicose > 220mg/dl 4. TGO > 250U/L 5. LDH > 250U/L Durante as 48 horas iniciais 6. Queda maior que 10% no hematócrito 7. Aumento do BUN > 2mg/dl 8. Cálcio sérico < 8mg/dl 9. Déficit de base > 5mEq/L 10. Sequestração hídrica > 4 litros

Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

PANCREATITE AGUDA GRAVE (Insuficiência de Órgãos e Sistemas)

ÓRGÃOS/SISTEMAS	DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA
Cardiovascular	PAM < 50mmHg ou PAM > 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC < 50bpm. Taquicardia ventricular/fibrilação. PCR.
Pulmonar	IAM. Ventilação mecânica ≥ 3 dias com FIO ₂ > 40% e/ou PEEP > 5cm H ₂ O.
Renal	Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.
Neurológico	Glasgow ≤ 6 (sem sedação).
Hematológico	Hematócrito < 20%. Leucócitos < 3.000. Plaquetas < 50.000.
Hepático	CIVD.
Gastrointestinal	BT > 3,0mg/dl, na ausência de hemólise. TGP > 100UL. LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite alitiásica. Enterocolite necrotizante. Perfurações intestinais.

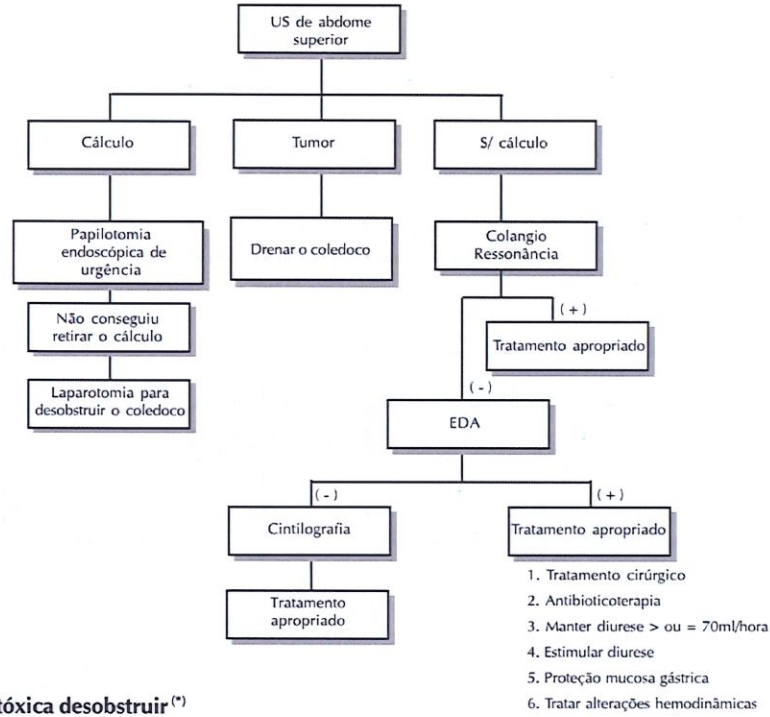
ANTIBIÓTICOS:

- *Casos muito graves.
- *Suspeita de infecções.
- *Colangite ou colecistite.
- *Pancreatite de etiologia biliar.

1156



Colangite



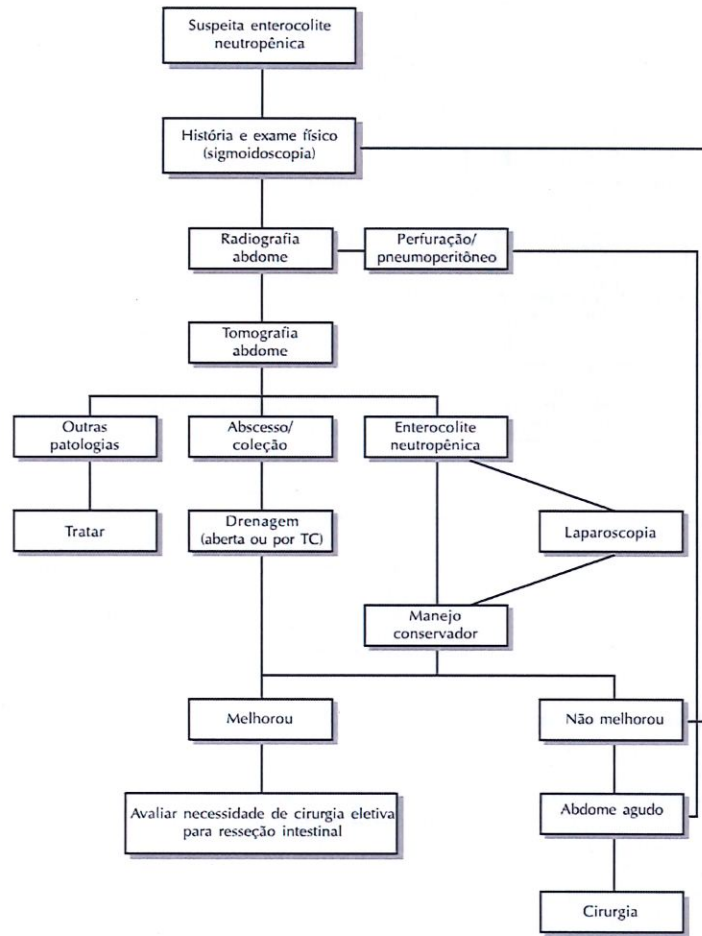
Colangite tóxica desobstruir^(*)

01. Após estabilização 12 a 24h:
 - cálculo e/ou áscaris ----- papilotomia
 - tumores e/ou estenoses ----- descompressão transparietal ----- Tratamento apropriado
02. Amicacina + Metronidazol + (Ciprofloxacina ou Ampicilina Subactan)
03. Reposição hídrica isosmolar + Dopamina Dopa + Diurético (Pam > 80)
05. Bloqueador H2
06. Intra-Cath – hidratação
07. SNG se indicado (distensão abdominal/vômitos)
08. Sonda vesical
09. Débito urinário > 70ml/h
10. Ht > 30 Hb > 10 Alb > 3,5
11. PaO₂ > 70
12. Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubinas, SU, Ur, Cr, Amilase, PT e frações.
13. Tratamento apropriado, drenagem

^(*) Desobstrução – CPRE – Derivação Cirúrgica – Punção



Enterocolite Neutropênica





Exames a Serem Solicitados no Abdome Agudo na Criança

1. Laboratoriais

- Hemograma
- GS e Fator Rh
- TP
- Tempo de Tromboplastina Parcial

Obs.: a depender da história clínica ou do exame físico que sugira alteração específica pedir exames mais específicos como: TGO/TGP, Ionograma, Teste de Falcemia, Urina tipo I, etc.).

2. Biomagem

- Rx tórax PA e Perfil (se suspeita de patologias do trato respiratório ao exame físico)
- Rx de abdome deitado e em ortostase (ou decúbito ventral com raios horizontais): antes do US e/ou outro exame mais específico como US ou TC
- US de abdome (após estudos radiológicos inconclusivos ou que indiquem patologia detectável pelo US como estenose hipertrófica de piloro, invaginação intestinal, apendicite aguda, por exemplo)
- TC de abdome: casos específicos
- RM: casos específicos

Conduta imediata (após **anamnese e exame físico** durante a admissão na emergência):

☛ DIETA ZERO (anotar horário da última refeição: horário, volume e tipo)

1. PESO (se possível, altura)
2. Acesso venoso (a depender da avaliação clínica)
3. Reposição de sangue e fluidos (se necessário)
4. Cuidados diferenciados para cada caso (passagem de sonda naso ou orogástrica, cateterismo vesical, etc.)
5. Observação e avaliação clínica repetida; sedação da dor após avaliação cirúrgica (a depender de cada caso)
6. Consulta com o cirurgião pediátrico (obs.: não é necessário fechar o diagnóstico para chamar o cirurgião pediátrico e sim quando houver a suspeita de patologia cirúrgica)

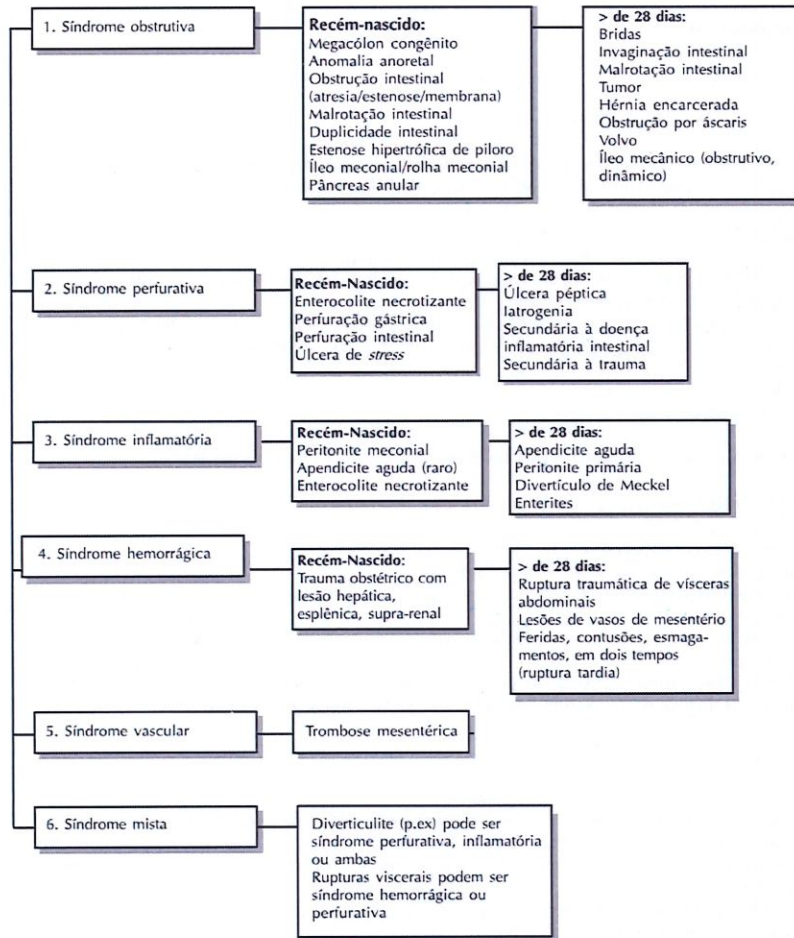
☛ ATENÇÃO!

Todo RN que:

- Vomita tem obstrução até prova em contrário;
- Não elimina mecônio nas primeiras 24 horas deve ser mantido sob investigação (eliminar mecônio nas primeiras 24 horas não afasta obstrução, no entanto);
- Quanto mais alta a obstrução, mais precoce será o vômito; quanto mais baixa for a obstrução, maior será a distensão;
- A configuração do abdome distendido sugere a altura da obstrução;
- Consultar o cirurgião pediátrico quando:
 - ♦ Dor aguda tipo cólica que aumenta com movimento;
 - ♦ Abdome distendido, RHA ausentes, tumoração abdominal palpável, contratura reflexa da parede abdominal;
 - ♦ Toque retal: ausência de fezes, evacuação sanguinolenta, fundo de saco de Douglas abaulado;
 - ♦ RX: ar livre na cavidade abdominal, ausência de sombra renal ou de psoas, cálculos, fecalito, níveis hidroaéreos, dilatação intestinal;
 - ♦ Vômitos biliosos persistentes associados a dor abdominal.

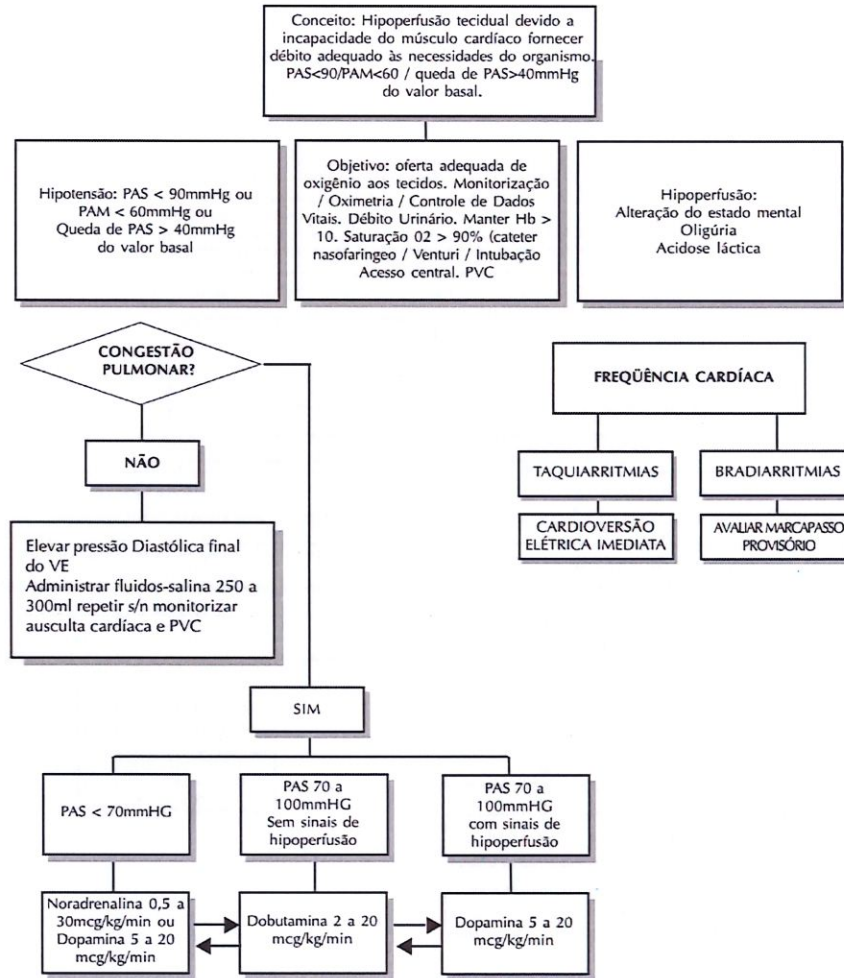


Abdome Agudo na Criança





Choque Cardiogênico



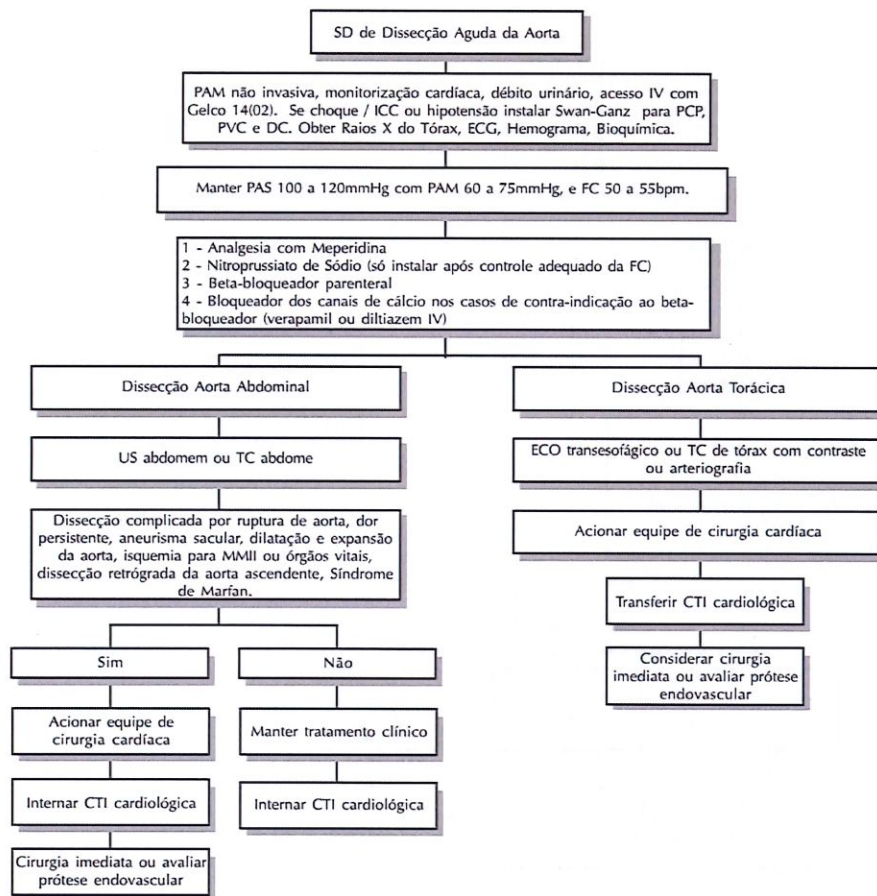
Obs.:

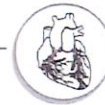
- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
- Se DOPAMINA > 20MCG/kg/min adicionar NORADRENALINA. Evitar Dobutamina se PAS<90mmhg
- Tratar causa básica
- Transferir para UTI. Avaliar necessidade de balão de contrapulsção intra-aórtica

1194



Dissecção Aguda da Aorta





Anatomia Topográfica e Classificação da Dissecção Aguda da Aorta

Classificação de Bakey Santford



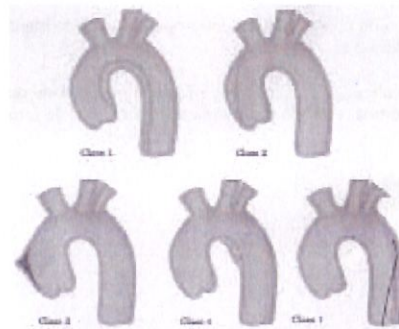
Classificação de Santford

Tipo A - Dissecção da aorta ascendente e descendente.
Tipo B - Dissecção da aorta descendente

Classificação de De Bakey

Tipo 1: Dissecção da aorta ascendente e descendente.
Tipo 2: Dissecção da aorta ascendente
Tipo 3: Dissecção da aorta descendente

Nova Classificação



Classe 1: Dissecção Clássica de aorta com flap entre o verdadeiro e o falso lumen
Classe 2: Ruptura da média com formação de hematoma ou hemorragia intramural
Classe 3: Dissecção discreta sem hematoma, protuberância excêntrica no local do rompimento.
Classe 4: ruptura da placa levando a ulceração na parede da aorta, úlcera aterosclerótica penetrante com formação de hematoma na camada subadventícia.
Classe 5: Dissecção aórtica atrogênica e traumática.

1196



Dissecção Aguda da Aorta

Terapêutica da Dissecção Aguda da Aorta

1. Nitroprussiato de sódio – dose inicial 0,1 – 10mcg/kg/min
2. Esmolol solução titular dose até FC 50 – 55bpm; ou,
3. Seloken 5mg IV de 5/5min até dmáx 15mg; ou,
4. Propranolol 1mg IV de 5/5min até dmáx de 6mg. Repetir de 2/2h ou ACM.
5. Verapamil* 2,5 a 5mg, seguidos de 5mg IV de 5/5min até dmáx de 15mg; ou,
6. Diltiazem**0,25mg/kg em 2min, seguidos de 0,35mg/kg em 15min. Manter infusão contínua com sol. 250ml SG5%+250mg, iniciar 10ml/h e alterar ACM para FC 50-55bpm e PS 100 A 120mmHg.

OBS.: * e ** - Os bloqueadores do Cálcio são indicados quando o paciente tem contra-indicação ao uso de beta-bloqueadores, se apesar do beta-bloqueio, a PS persistir > 130 ou a FC > 60bpm.

A Cineangiocoronariografia na Dissecção:

1. A DAC está presente em cerca de 25% dos casos de DAAo, sendo de pouca expressividade anatômica;
2. Em apenas 5% dos casos a DAC é anatomicamente significativa e pode interferir no tratamento definitivo;
3. Em 1 de cada 5 casos não é possível cateterizar uma ou ambas artérias coronárias;
4. O ECO TE no peri-operatório ou o exame direto intra-operatório pode identificar lesões ostiais graves, não vistas na RM ou TC de tórax; e,
5. Não há obrigatoriedade à realização de Cinecoronariografia na Unidade de Emergência para o tratamento cirúrgico da Dissecção Aórtica, estando a sua indicação a critério do cirurgião cardíaco.

DAC = Doença Arterial Coronária
ECO TE = Ecocardiograma Transesofágico



Dissecção Aguda da Aorta - mortalidade

Mortalidade da DAA	Evolução
25%	• Nas primeiras 24 horas
50%	• Na primeira semana
75%	• No primeiro mês
90%	• No primeiro ano

Classificação da Dissecção Aórtica

Classificação	Tipo	Tipo	Tipo
DeBakey	I	II	III
Dailly (Stanford)	A	A	B
Autor desconhecido	Proximal	Proximal	Distal

Sinais e Sintomas das Dissecções Agudas da Aorta, em percentuais aproximados

Sinais e sintomas	Tipo A	Tipo B
• Dor	90%	98%
• HAS	60%	80%
• Sopros diastólico aórtico	40%	0%
• Assimetria de pulsos	50%	30%
• AVC	15%	5%
• Síncope	10%	5%
• Tamponamento cardíaco	15%	0%
• Atrito pericárdico	5%	0%
• Febre	10%	10%
• Isquemia de membros	5%	10%
• Paresia/plegia de MMII	5%	5%
• Abdome agudo isquêmico	5%	10%
• IAM	5%	0%
• ICC aguda	10%	0%
• Choque	20%	10%

1150



Métodos de Imagem na Dissecção Aguda da Aorta

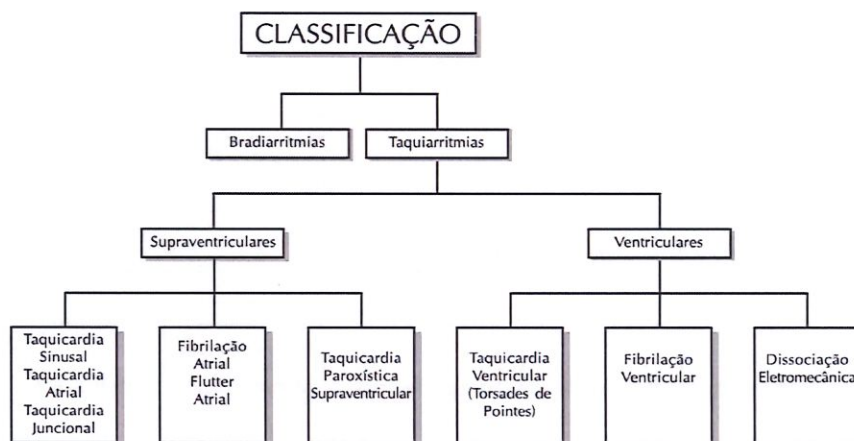
Método	Vantagens	Desvantagens	Sensibilidade (5)	Especificidade (%)
Radiografia de tórax PA/perfil	•Facilmente disponível	•Raramente diagnóstico	Baixa	Baixa
Aortografia	•"padrão ouro" •Insuficiência aórtica •Ramos e arco aórtico	•Invasivo •Uso de contraste •Risco de ruptura aórtica	77 - 88	94 - 100
TC Helcoidal	•Pouco Invasiva •Realização rápida	•Não detecta insuficiência aórtica •Uso de contraste	80 - 94	87 - 100
RNM	•Não Invasiva •Sem contraste •Insuficiência aórtica •Imagens digitais e oblíquas	•Problemas de transporte •Contra-indicada se próteses metálicas, ou marca-passos, ou ventilação mecânica •Realização demorada	98 - 100	98 - 100
Eco transtorácico	•Disponibilidade •Avaliação valvar, FSVE •Tamponamento	•Não visualização do arco aórtico e aorta descendente	59	83
Eco transesofágico	•Realização à beira do leito •Imagens do arco, óstios coronarianos, e Ao descendente	•Semi-invasivo	97 - 100	77 - 100

Tratamento definitivo das dissecções da aorta

•Tratamento Clínico	1 - Dissecção do tipo B sem complicações vitais 2 - Dissecção estável da croça da aorta 3 - Dissecção crônica do tipo A ou B não complicadas
•Tratamento Cirúrgico	1 - Dissecção aguda do tipo A 2 - Dissecção aguda do tipo B complicada por ruptura da Aorta, dor persistente, aneurisma sacular, dilatação e expansão da aorta, isquemia de membros, isquemia de órgãos vitais, dissecções retrógradas para a aorta ascendente 3 - Pacientes portadores de Síndrome de Marfan



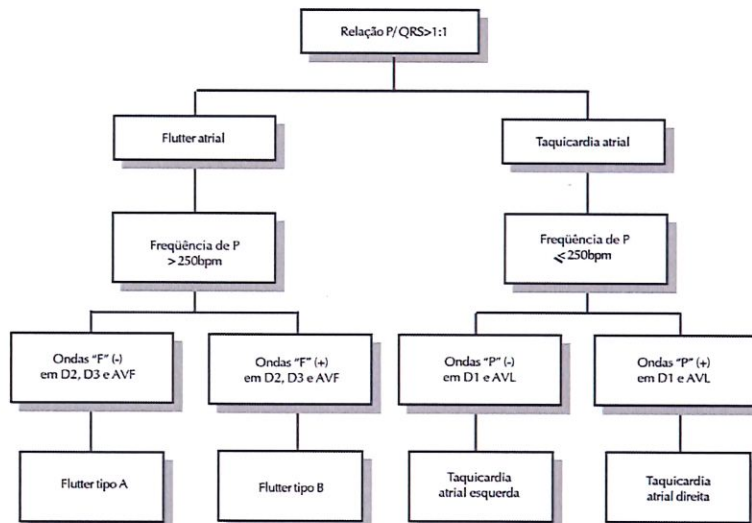
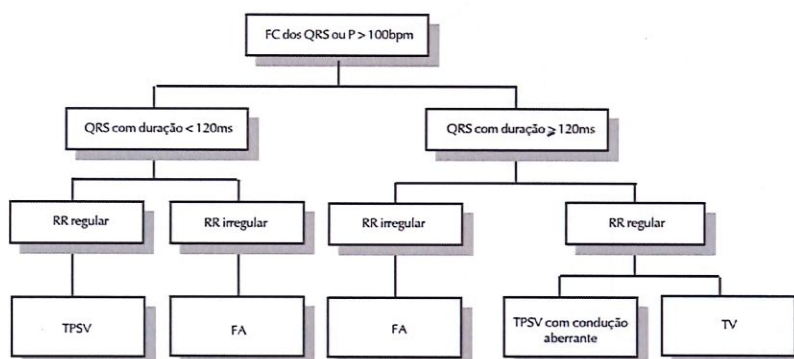
Arritmias Cardíacas

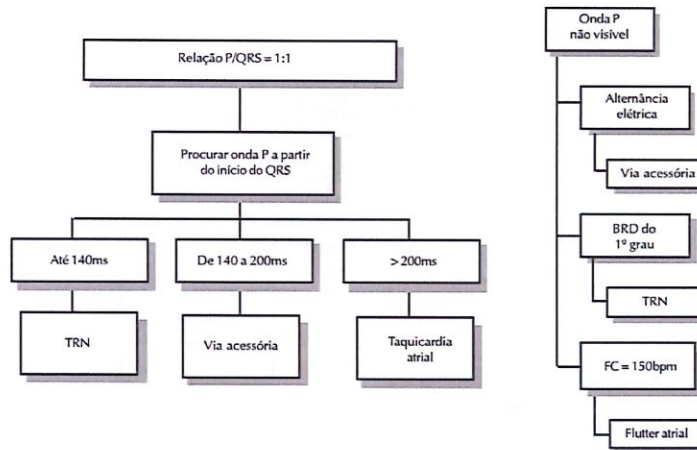


1200



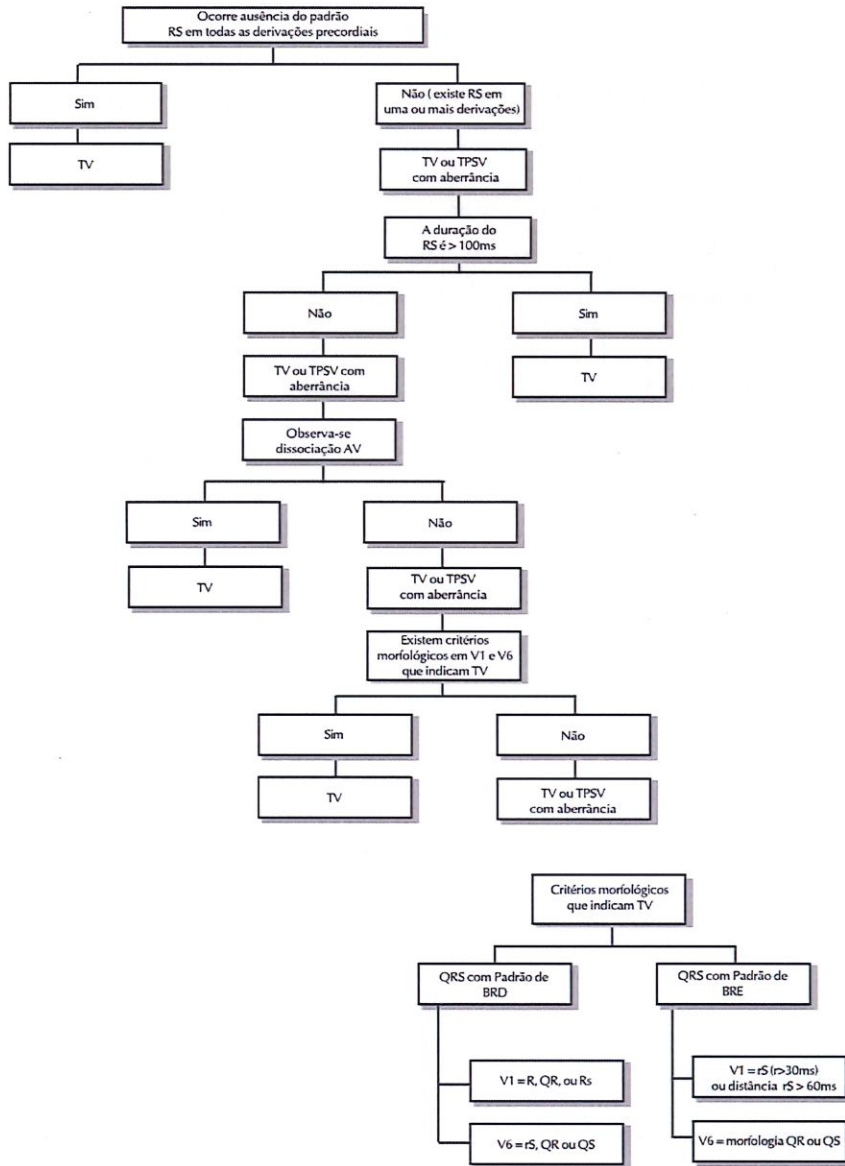
Estratégia Diagnóstica nas Taquiarritmias





TRN = Taquicardia por reentrada nodal

1202





ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA NAS TAQUIARRITMIAS

Critério de Brugada	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
• Ausência de RS em derivações precordiais	21	100
• RS > 100ms	66	98
• Dissociação A-V	82	98
• Morfologia de BRD/BRE em derivações s V1/V2-V5/V6		
■ Presente (TV)	98,7	96,5
■ Ausente (TPSV com QRS largo)	96,5	98,7

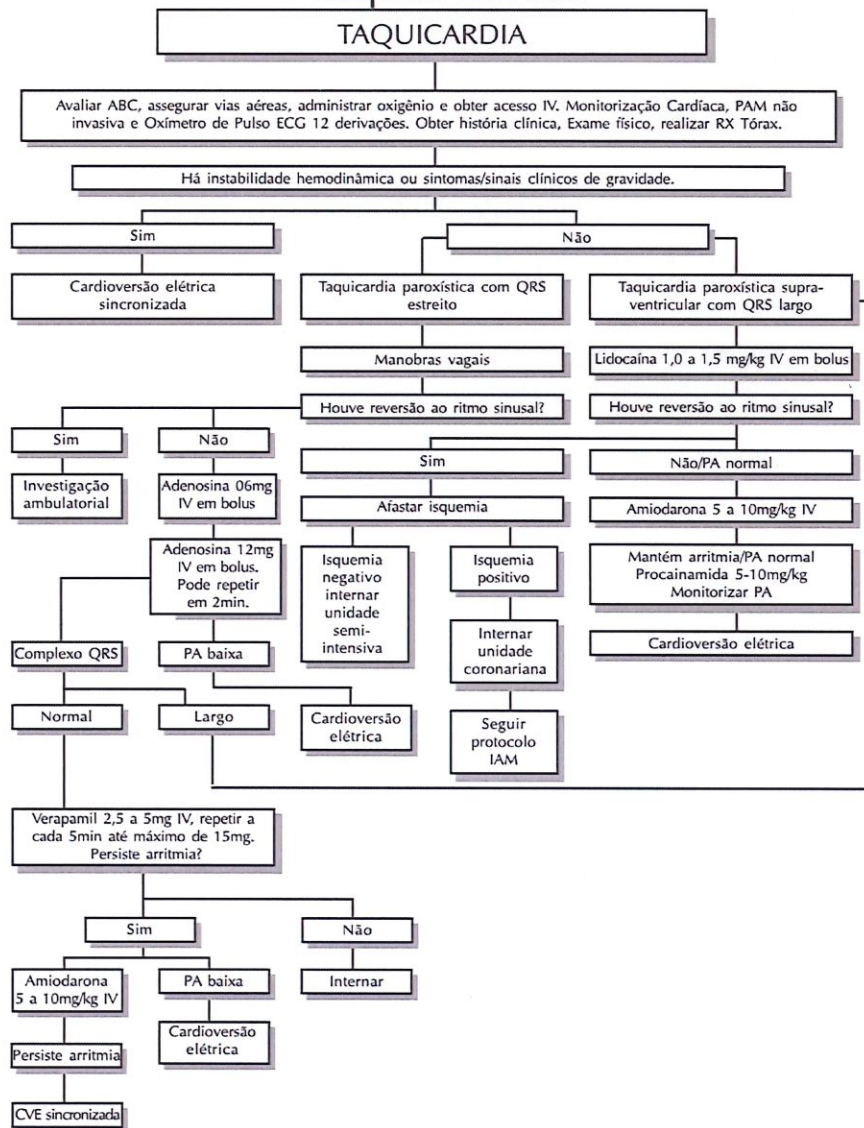
NÃO ESQUECER JAMAIS

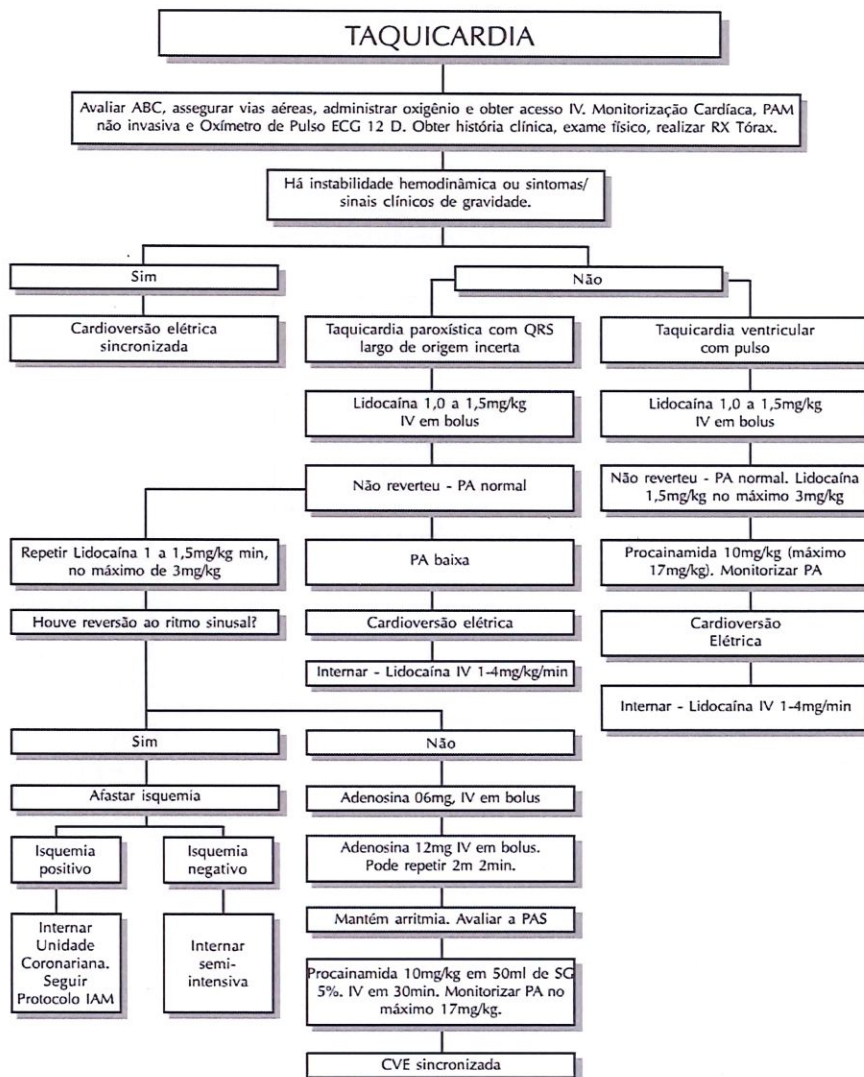
- As manobras vagais podem servir para o diagnóstico e terapêutica das taquicardias.
- A massagem do seio carotídeo é contra-indicada em pacientes portadores de sopros carotídeos ou história de doença vascular.
- Não indique verapamil em portadores de TPSV com QRS largo.
- A menos que o emergencista tenha experiência em interpretação do ECG, deve evitar o uso de critérios clínicos e eletrocardiográficos para o diagnóstico diferencial entre a TPSV com aberrância de condução da TV.
- Não esquecer de sincronizar a cardioversão elétrica nas TPSV e nas TV com pulso.
- Toda TV sintomática - dispnéia, precordialgia, tontura, hipotensão e alteração do nível de consciência, deve ser considerada, na abordagem inicial, a cardioversão elétrica.

1204



Estratégia Diagnóstica e Terapêutica das Taquiarritmias

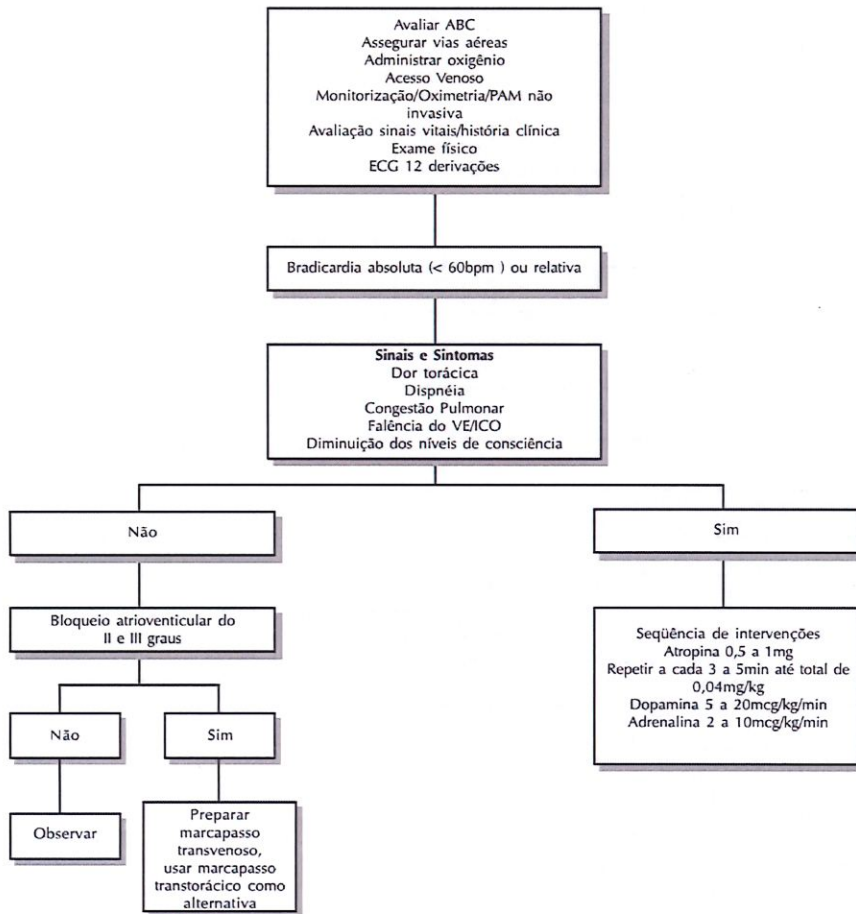




1206

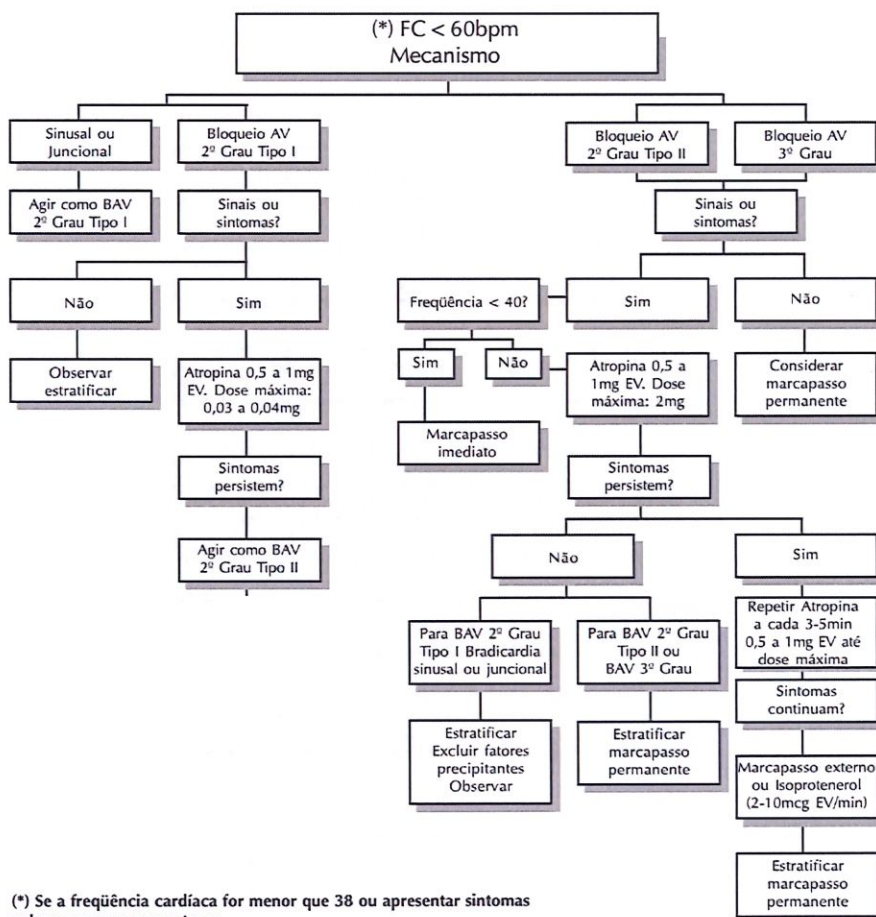


Bradicardia





Bradiarritmia



(*) Se a frequência cardíaca for menor que 38 ou apresentar sintomas colocar marcapasso externo.

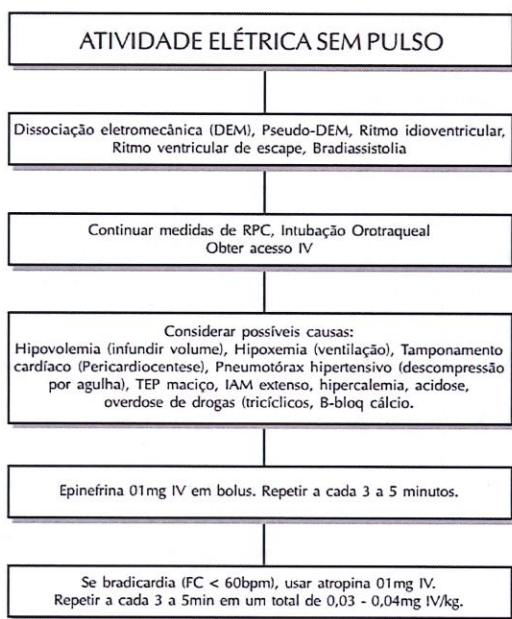
ATENÇÃO:

As extra-sístoles ventriculares no BAV de terceiro grau não são de risco e contribuem para manutenção do débito. O seu desaparecimento pode ser acompanhado de desestabilização do paciente e necessidade de marcapasso imediato.

1208



Estratégia Diagnóstica e Terapêutica da Atividade Elétrica sem Pulso

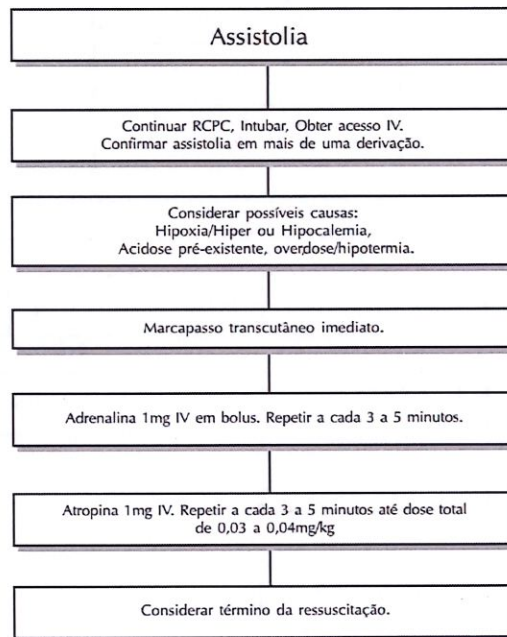


Causas de Atividade Elétrica sem Pulso (5Hs e 5Ts)	
Hipoxia	Tensão no tórax (Pneumotórax)
Hipovolemia	Tamponamento Cardíaco
Hipocalemia - hipercalemia	Tóxicos (Intoxicação)
Hipotermia	Trombose Coronária (IAM)
Hidrogênio (Acidose)	Tromboembolismo Pulmonar

CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada



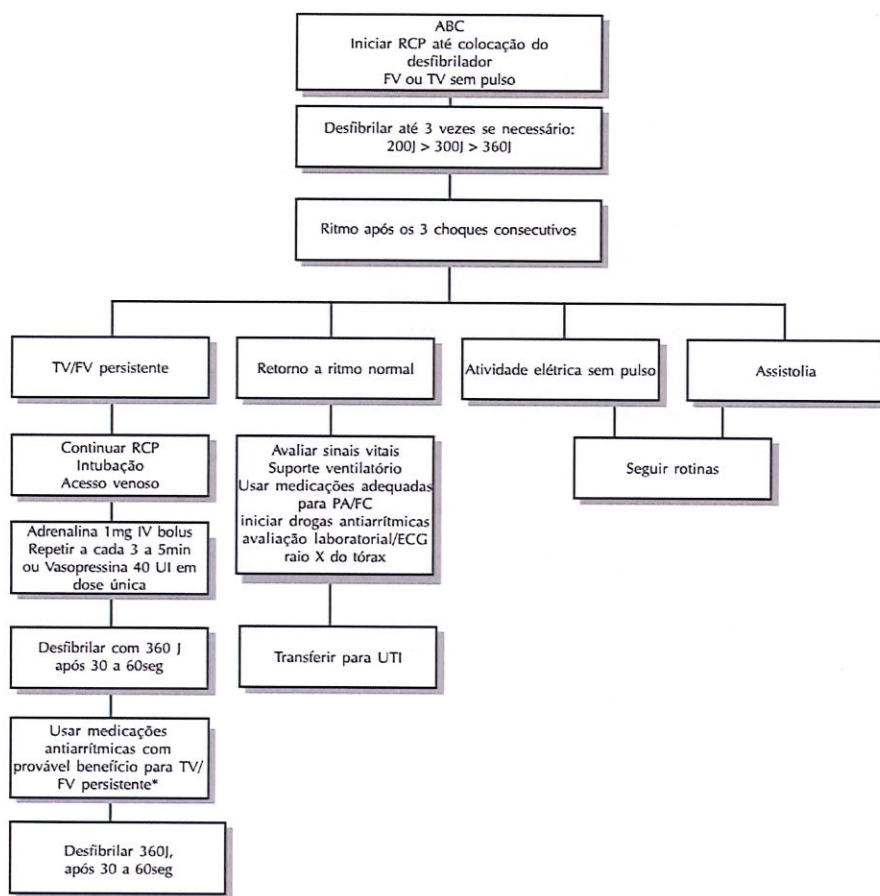
Assistolia



1210



Fibrilação Ventricular ou Taquicardia Ventricular sem Pulso

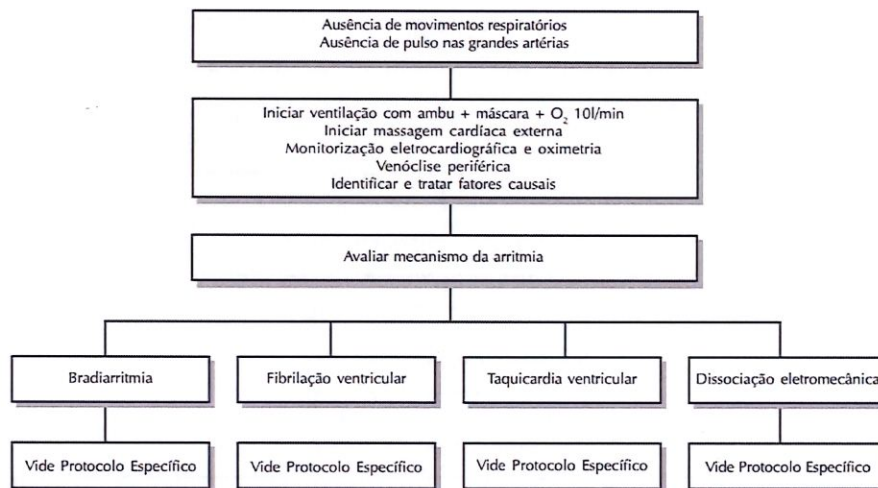


- * Drogas antiarrítmicas
- * Amiodarona 300mg em bolus. Repetir 150mg em bolus IV ou
- * Lidocaína 1 a 1,5mg/kg bolus
- Repetir a cada 3 a 5min (máx. 3mg/kg) ou
- * Procainamida 20 a 30mg/min até 17mg/kg

Atenção: as medicações IV devem ser administradas em bolus IV rápido seguido de 20ml de solução salina e elevação do membro superior (local de aplicação do fármaco).



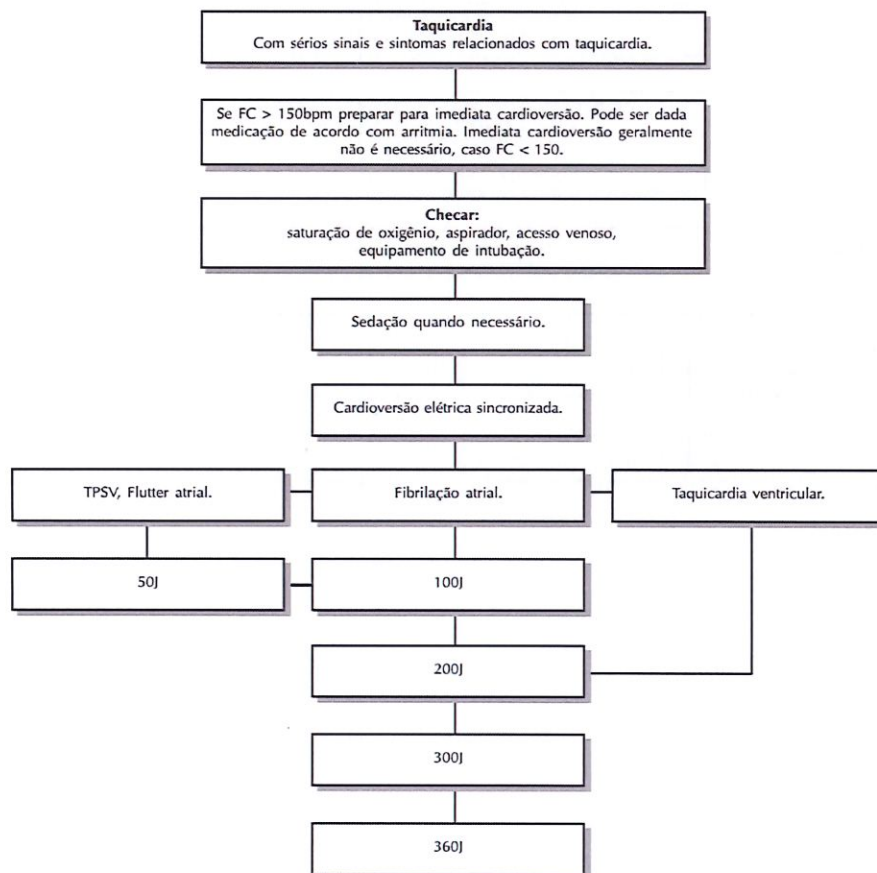
Parada Cardiorrespiratória



1212

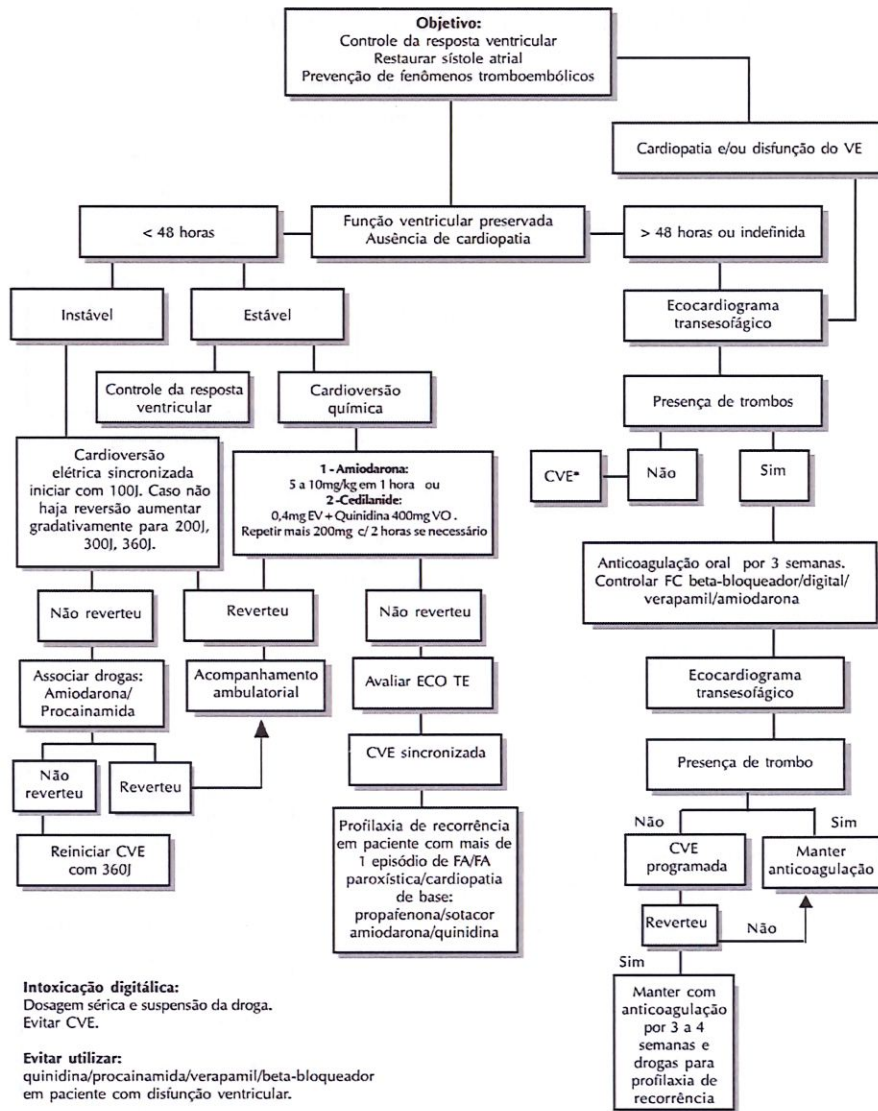


Cardioversão Elétrica





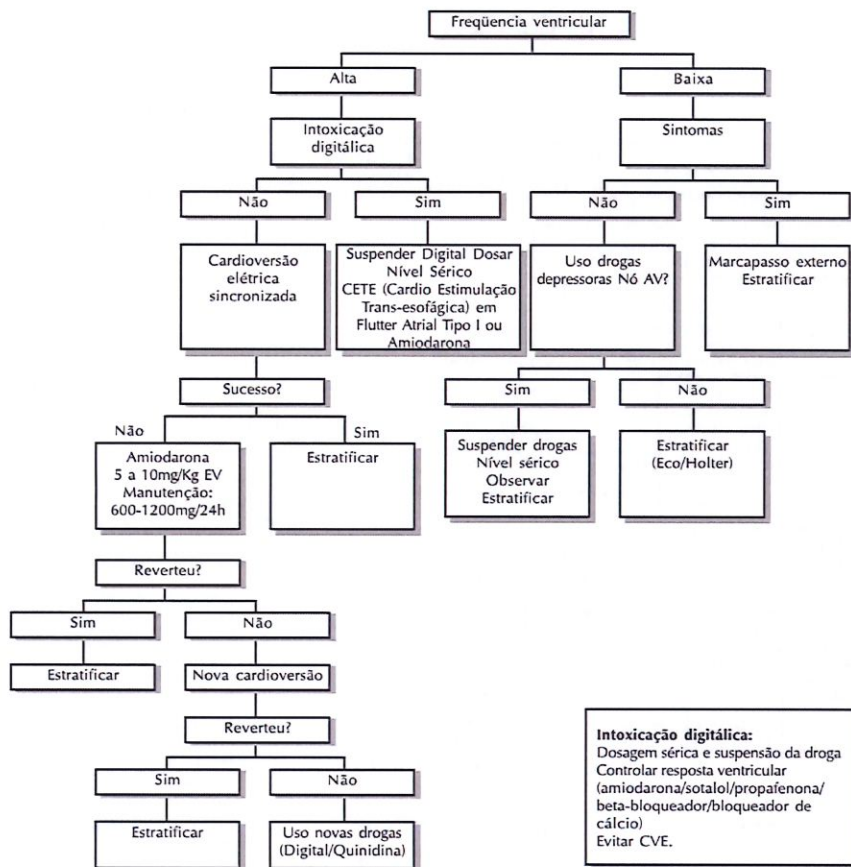
Fibrilação Atrial Paroxística



1214



Flutter Atrial Determinar Fatores Precipitantes



Intoxicação digitalica:
 Dosagem sérica e suspensão da droga
 Controlar resposta ventricular
 (amiodarona/sotalol/propafenona/
 beta-bloqueador/bloqueador de
 cálcio)
 Evitar CVE.

Etiologia
 DPOC
 Valvulopatia
 Miocardiopatia
 HAS
 Cardiopatia congênita
 ICO
 Pós-operatório de cirurgia cardíaca
 Miocardite
 Pericardite



Fibrilação Atrial e Flutter Atrial: considerações essenciais

Fatores de Risco que contribuem para aumentar a probabilidade de eventos embólicos

Fatores de Risco

Idade avançada
Presença de doença valvar reumática
Disfunção ventricular sistólica
Aumento atrial
IAM anterior prévio
Hipertensão Arterial Sistêmica
História prévia de Acidente Vascular Encefálico
Diabetes Mellitus

Agentes eficazes na redução da Frequência Ventricular Esquerda na FA e no Flutter (na ausência de pré-excitação)

Fármaco	Dose na fase aguda	Dose de manutenção
DIGOXINA	1,0 - 1,5mg IV ou VO/24h, em incrementos de 0,25 ou 0,50mg	0,125mg - 0,50mg diários
PROPRANOLOL	1 - 5mg IV (1mg IV a cada 2min)	10 a 120mg VO de 8/8h
ESMOLOL	0,5mg /kg/min IV	0,05 a 0,2mg/kg/min IV
VERAPAMIL	5 - 20mg (5mg IV a cada 30min)	40 a 120mg VO de 8/8h ou 120 a 360mg retard VO/dia
DILTIAZEM	20 -25mg ou 0,25 - 0,35mg/kg IV, seguidos de infusão de 10 - 15mg IV/h	60 a 90mg VO de 6/6h ou dose única 240 a 360mg retard

Abordagem terapêutica anti-trombótica em portadores de FA e/ou Flutter Atrial

Terapia Anti-trombótica na FA e/ou Flutter Atrial

- 1- FA crônica ou FA paroxística devem ser considerados como equivalentes na avaliação do risco para a ocorrência de AVC na FA.
- 2- Portadores de valvopatia mitral reumática ou valva protética devem receber anticoagulante oral (ACO)
- 3- Manter o RNI entre 2 - 3 com ACO nas seguintes situações:
 - História de AVC embólico ou AIT prévios
 - ICC clínica ou disfunção sistólica esquerda subclínica (FEVE < 40 %)
 - FA associada a tireotoxicose
- 4- AAS 325mg no mínimo (SPAF 1 e 2) para pacientes < 75 a sem cardiopatia estrutural e/ou de baixo risco para desenvolver AVC/AIT (pacientes sem DM, ICC, HAS, AVC/AIT prévios)
- 5- Em Pacientes > 65 a sem FR acima descritos com FA isolada (Lone Atrial Fibrillation), deve-se usar apenas AAS.
- 6- Nos pacientes maior ou igual a 75 anos, deve-se considerar o uso de ACO ou AAS, sendo a escolha baseada no risco de desenvolvimento de AVC versus hemorragia.

1216



● Causas de dificuldades no ajuste da dose terapêutica dos anticoagulantes orais (ACO)

- 1 - Não uso do RNI no controle da anticoagulação e a utilização de diferentes kits de fabricação de tromboplastinas com ISI diferentes;
- 2 - Flutuações na ingestão de vitamina K na dieta, com uso de saladas de forma abundante ou síndrome de má absorção; alimentos ricos em gordura animal;
- 3 - Drogas que interagem com o Warfarin
- 4 - Não adesão ao tratamento.
- 5 - Erro de técnica laboratorial.

Drogas que interagem com Warfarin aumentando ou diminuindo o RNI

Aumentam o RNI	Diminuem o RNI
Amiodarona, porpafenona, quinidina, fenitoína	Colestiramina
Cefalosporinas de 2ª e 3ª geração, SMZ-TMP, Eritromicina, Ketoconazol, Fluconazol, Metronidazol, Isoniazida, Sulfonpirazona, Carbenicilina	Carbamazepina
Cimetidina, Omeprazol, Clofibrato, Dissulfiram, Vitamina E (megadose), Tamoxifen, Heparina, Moxalactan	Sucralfato Barbitúrico
Esteróides anabolizantes, Piroxicam, Fenilbutazonas, Ticlopidian, Heparina e AAS	Uso crônico de Álcool Rifampicina e Naftilina

Reversão do Efeito Anticoagulante

- | | |
|--|--|
| • RNI 4 a 6 | • Suspender Warfarin |
| | • Repetir RNI 24/24h |
| | • Retornar Warfarin em doses pequenas quando RNI estiver normal |
| □ RNI 6 a 10 | □ Vitamina K 0,5 a 1mg SC |
| | □ RNI de 8/8h |
| | □ Repetir Vitamina K 24h e após, se necessário RNI normal - recomeçar Warfarin |
| > RNI 10 a 20 | > Vitamina K 3 a 5mg IV |
| | > RNI de 6/6h, considerar plasma |
| | > Repetir Vitamina K 12h e após, se necessário |
| * RNI > 20 ou RNI < 20 com sinais de sangramento | * Vitamina K 10mg IV |
| | * Plasma fresco 15ml/kg |
| | * RNI de 6/6h |
| | * Repetir Vitamina K 12h após, se necessário |

Obs.: se o retorno do Warfarin estiver indicado, iniciar Heparina até que os efeitos da Vitamina K tenham cessado.



● Indicações Clínicas da Anticoagulação Oral

- 1 - Profilaxia de TEP/TVP;
- 2 - Tratamento da TVP/TEP;
- 3 - Infarto Agudo do Miocárdio;
- 4 - Válvula mecânica;
- 5 - Fibrilação Atrial e Flutter Atrial Crônico;
- 6 - Cardiopatia Dilatada e ICC;
- 7 - Gestação (contra-indicado nos primeiros 3 meses da gestação, devendo-se optar por Heparina e manter o TTPa entre 1,5 a 2, 5 vezes o Valor Basal da paciente, com controle de 6/6h até atingir nível ótimo de anticoagulação).

Curto período de anticoagulação (definição)

Entende-se por curto período de anticoagulação o uso de Warfarin ou Feprocumon (marcoumar) por um período de 4 semanas antes da cardioversão eletiva, sendo que deve ser mantida a terapia com ACO até 3 a 4 semanas após o procedimento, naqueles pacientes considerados de baixo risco ou sem cardiopatia estrutural subjacente.



Sistema Nervoso Central

Doenças Cerebrovasculares na Emergência

1- Introdução

Doenças Cerebrovasculares (DCV) ou Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), são enfermidades freqüentemente atendidas nas Unidades de Emergência. No Brasil as DCV representam a primeira causa de morte, segundo as estatísticas do SUS. (Mortal. por DCV - 71 / 100.000 hab.) No mundo ocidental, correspondem à terceira causa de morte, a maior determinante de invalidez e a segunda doença causadora de demência. A mortalidade por DCV caiu acentuadamente no século XX, com maior queda nas décadas de 70 e 80. Entretanto, no final do século passado as taxas de incidência e mortalidade por DCV se mantiveram praticamente inalteradas. O percentual de morte por DCV em pacientes hospitalizados varia de acordo com a assistência médica. No Brasil, em alguns hospitais onde existe serviço de neurologia organizado, as taxas de letalidade assemelham-se às dos melhores centros do mundo (HSR-BA = 9% incluindo hemorragias cerebrais). Todavia, essa não é a realidade na maioria dos hospitais brasileiros.

O atendimento inicial é fundamental para o prognóstico. O ideal seria que fosse por neurologista experiente, logo nas primeiras horas. Nessas circunstâncias pode-se até utilizar trombolíticos para casos selecionados. Infelizmente a maioria dos pacientes chega à emergência muitas horas ou dias após o AVC. Acidentes Vasculares Cerebrais podem ocorrer em qualquer faixa etária, entretanto são muito mais freqüentes em indivíduos acima de 65 anos e a prevalência aumenta significativamente a cada década. Idade avançada é, pois, considerada um importante fator de risco.

Existem dois tipos de AVC, a saber: **1- Hemorrágico** – geralmente causado por hipertensão arterial, ruptura de aneurismas, malformações arteriovenosas, vasculites, vasculopatias e discrasias sanguíneas e **2 - Isquêmico** – causado por tromboembolismo arterial decorrente de embolias cardiogênicas ou de grandes vasos (ex. aorta, carótidas, vertebrais), oclusão de pequenos vasos intracranianos, distúrbios hemodinâmicos (hipotensão arterial grave) e coagulopatias. No jovem outras causas como vasculites, dissecação vascular, distúrbios da coagulação, enxaquecas e cardiopatias congênitas são mais freqüentes. Trombose venosa e dos seios intracranianos podem ocorrer em situações de hipercoagulabilidade (ex. gravidez e puerpério, desidratação e infecção) e por outros distúrbios hematológicos.

O diagnóstico de AVC é baseado na história clínica, que se caracteriza por um déficit neurológico **súbito**, no exame físico e nos exames complementares. Os sinais de alerta mais importantes são os seguintes: hemiparesia; hemihipoestesia; parestesias; alterações mentais, da linguagem, da memória, da fala, do nível de consciência, visuais ou de outros órgãos dos sentidos; tonturas, vertigens; desequilíbrio; distúrbios da marcha e cefaléia forte especialmente com vômitos. Chamam-se TIA/AIT (Acidentes Isquêmicos Transitórios) os casos de déficit neurológico também súbito de origem vascular que se resolvem completamente e espontaneamente em menos de 24 horas. Nessas circunstâncias a conduta para o diagnóstico deve ser semelhante à do AVC completamente estabelecido. Além da idade avançada, os fatores de risco mais importantes para DCV são hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, cardiopatias, distúrbios da coagulação, doenças hematológicas, fumo, álcool em excesso, drogas ilícitas e dislipidemias. É fundamental que diante de uma suspeita de DCV se investigue o diagnóstico diferencial (ex. hipoglicemia e outros distúrbios metabólicos e tóxicos do SNC; crises epilépticas; enxaquecas; esclerose múltipla; neoplasias; encefalites e trauma). É imperativo que nos casos de DCV chegue-se a um diagnóstico do tipo e subtipos etiológicos para que o tratamento seja adequado.

2- Elementos Teóricos

O Acidente Vascular Cerebral é uma emergência médica. A visão fatalista do AVC foi definitivamente substituída pela evidência concreta de que hoje é possível reduzir o déficit neurológico na fase aguda e prevenir eficazmente a ocorrência de novos eventos vasculares. O papel do emergencista nesse aspecto é crucial, pois a pronta estabilização do doente e o início precoce da investigação etiológica são determinantes no prognóstico final. Como qualquer emergência médica, a abordagem inicial do paciente com AVC passa pelo ABC da reanimação. Hipoxemia refratária a oxigênio suplementar, rebaixamento do nível de consciência e inabilidade de proteção das vias aéreas são indicações de intubação orotraqueal. Um acesso venoso calibroso e exames laboratoriais devem ser obtidos (Tabela 1).

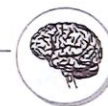


Tabela 1: Exames complementares iniciais na DCV

Hemograma completo, coagulograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, tipagem sanguínea, velocidade de hemossedimentação, tomografia computadorizada do crânio sem contraste, rad. Tórax e ECG.

O tratamento da hipertensão arterial, embora benéfico na fase subaguda como medida de prevenção secundária, pode ser deletério na fase aguda. O aumento da pressão arterial nesta fase pode ser uma forma compensatória para aumentar o fluxo sanguíneo na área de isquemia cerebral. A correção para níveis de pressão arterial normal está relacionada a pior evolução clínica. Por isso, o consenso é não tratar a hipertensão arterial nos primeiros 10 dias do AVC isquêmico exceto em casos de hipertensão extrema (>220x120mmHg) ou de lesão aguda de órgão-alvo (insuficiência coronariana aguda, dissecação aguda da aorta, insuficiência renal aguda, edema agudo do pulmão). Medicamentos para controle da hipertensão utilizadas previamente ao evento, podem ser mantidas. No caso do AVC hemorrágico pode-se reduzir cautelosamente a pressão arterial para níveis abaixo de 180x110mmHg. Nesse caso, dá-se preferência a drogas intravenosas de curta ação, que podem ser suspensas em caso de deterioração neurológica (Tabela 2).

Tabela 2: Anti-hipertensivos na DCV aguda.

Agentes intravenosos: nitroprussiato de sódio, esmolol, metoprolol, enalaprilato.
 Agentes orais: inibidores da ECA (captopril, enalapril, perindopril).

Após a estabilização do paciente, a prioridade é identificar a etiologia da DCV. Esta etapa é fundamental, pois define as escolhas terapêuticas. Dados simples da história e exames complementares iniciais podem ser úteis nessa definição (Tabela 3). Uma tomografia computadorizada (TC) do crânio deve ser realizada o mais precocemente possível para afastar hemorragia, outros diagnósticos (por exemplo, hematoma subdural) e identificar sinais precoces de isquemia cerebral.

Tabela 3: Pistas sugestivas para diagnóstico etiológico da DCV Isquêmica.

	Embólico	Aterosclerose de grandes artérias	Oclusão pequenas artérias	Outros (e.g., vasculopatias e coagulopatias,)
História	Déficit desproporcionado máximo no início; afasia isolada e súbita; cegueira cortical; Cardiopatia dilatada; Fibrilação atrial; Valvulopatia mitral; IAM prévio.	Déficit desproporcionado flutuante; HAS, DM, tabagismo, dislipidemias, obesidade.	Déficit sensitivo ou motor proporcionado isolado sem perda cognitiva; HAS, DM, tabagismo, dislipidemia, obesidade.	Pac jovem, história pessoal e familiar de trombozes, trauma, infecção recente; cervicalgia.
Exames complementares	ECG: fibrilação atrial; TC: infarto cortical.	Sopro carotídeo; TC: infarto cortical.	TC: infarto pequeno subcortical até 1,5cm.	Arteriografia, vhs ^o provas de coagulação, alteradas.

Pistas para o diagnóstico etiológico das hemorragias cerebrais (HCE).

Hipertensão Arterial (HAS)	Malformações arteriovenosas (MAV) e Aneurismas	Distúrbios da coagulação – Trombozes de seios	Outras causas inclusive vasculites, infecções, intoxicações neoplasias.	Trauma
HAS, síndrome nefrótica, órgãos-álvos atingidos.	HAS fumo, alcoolismo, hereditariedade.	Uso de anticoagulantes Gravidez puerpério.	Qualquer faixa etária inclusive crianças e idosos.	História de trauma, cirrose hepática
Hemorragia em núcleos da base, tronco cerebral e cerebelo. Hemorragias intraventriculares. Diagnóstico por TC de crânio	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância.	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância.	HCE atípicas inclusive corticais e podem ser múltiplas, uni ou bilaterais. Quadros mais leves. Doenças sistêmicas. Diag = TC e RMN e biópsia.	Hematomas sub e, extradurais, Eventualmente intraparenquimatosos múltiplos.

Obs.: incluímos as traumáticas para o diagnóstico diferencial.

1220



A administração de Heparina é instituída com intuito de prevenir a recorrência precoce de embolia ou a progressão de um trombo local. Portanto, o consenso é considerar heparinização plena (1.000UI/hora inicialmente, mantendo TTPA 1,5 a 2X o valor normal) nos casos de DCV isquêmica por embolias cardiogênicas, coagulopatias, dissecação arterial ou nos casos de piora progressiva do déficit neurológico sugerindo trombose em atividade. Deve-se ter cuidado, entretanto, nos casos de infartos extensos, onde o potencial de transformação hemorrágica pode sobrepujar o benefício da anticoagulação. Nesses casos, deve-se aguardar 48 horas para decisão terapêutica após nova TC. Nos demais casos, heparina subcutânea (5.000-7.500UI de 12/12 horas) ou Heparina de baixo peso molecular devem ser administrados como profilaxia de trombose venosa profunda.

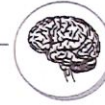
Antiplaquetários devem ser considerados nos demais pacientes onde não haja indicação ou haja contra-indicação para anticoagulação (ou seja, DCV isquêmica por aterosclerose de pequenos ou grandes vasos que não estejam piorando agudamente, ou DCV de causa desconhecida). A escolha inicial é a aspirina por haver dados concretos na literatura quanto à sua eficácia na fase aguda. A Aspirina deve ser iniciada o mais precocemente possível. Embora haja controvérsia quanto à dose, utilizamos rotineiramente 325mg ao dia. Nos casos de intolerância ou alergia à Aspirina, podem ser utilizados: o clopidogrel (75mg/dia) ou Ticlopidina (500mg/dia).

Manitol é medicação eficaz no controle da hipertensão intracraniana (HIC). Os efeitos colaterais desta droga incluem distúrbios hidroeletrólíticos, desidratação, insuficiência renal aguda, nefrite intersticial e hipotensão arterial. Dessa forma, o Manitol só deve ser utilizado, com critério, na vigência de sinais clínicos (papiledema, anisocoria, rebaixamento progressivo de consciência) e/ou tomográficos de HIC e não indistintamente em DCV. Como medida extrema podemos recorrer à craniectomia descompressiva em casos de hérnias transtentoriais decorrentes de HIC. Hipertensão intracraniana ocorre, com frequência, em hemorragias volumosas ou no 3º-5º dia de infartos extensos.

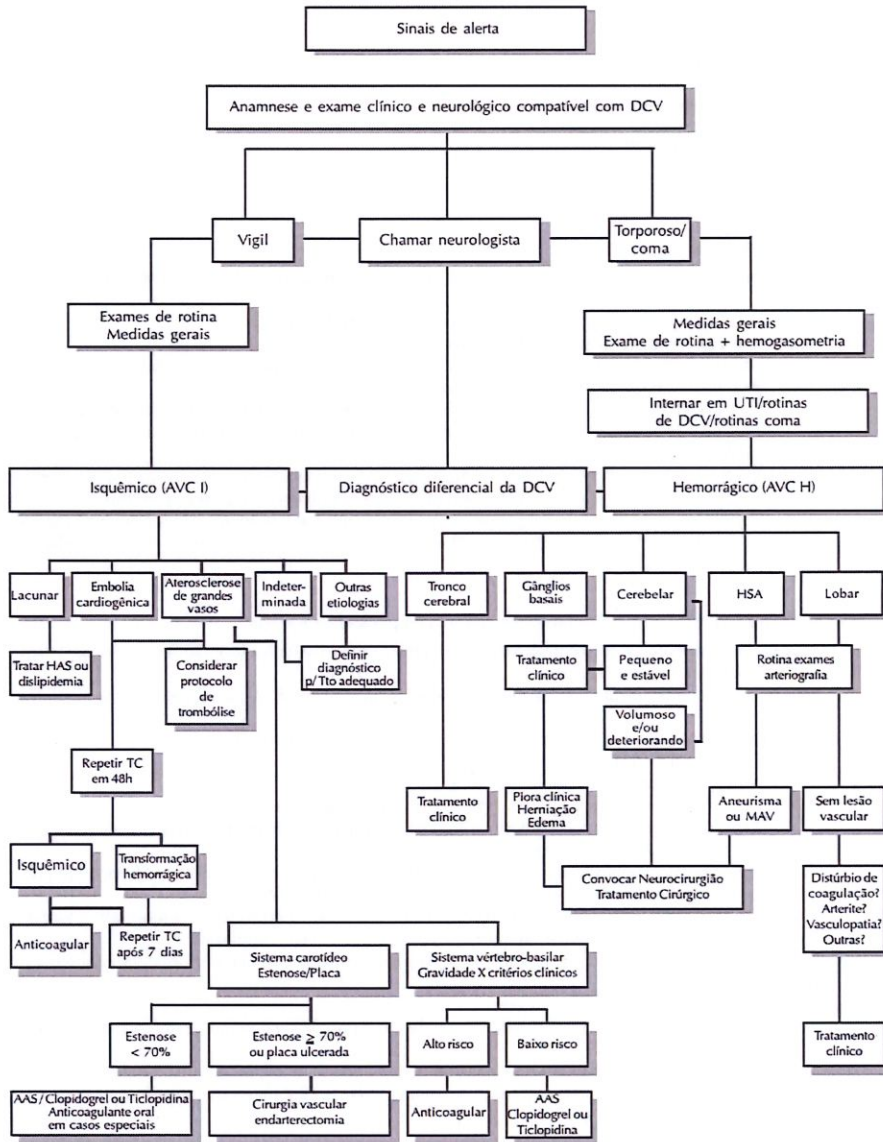
Cirurgia é opção terapêutica em hemorragia subaracnóidea (clipagem de aneurisma cerebral), em casos de hemorragias cerebelares volumosas ou infartos cerebelares extensos e também em alguns casos de hidrocefalia secundária. A grande maioria dos casos de hemorragia intraparenquimatosa não necessita de cirurgia. Na profilaxia de DCV isquêmica por aterosclerose extracraniana, a endarterectomia carotídea reduz substancialmente o risco de DCV recorrente. Sua indicação deve ser considerada em pacientes sintomáticos (imediatamente após um ataque isquêmico transitório ou após 4-6 semanas de um AVC isquêmico instalado) com estenose acima de 70% e em alguns assintomáticos ou com estenose menores, selecionados criteriosamente por neurologista experiente.

Febre e hiperglicemia aumentam o grau de lesão no tecido cerebral isquêmico. Quando presentes, ambos devem ser tratados agressivamente (i.e., antitérmicos, medidas físicas de resfriamento e insulina de demanda). Corticóides aumentam o risco de infecções, hiperglicemia e hemorragia digestiva sem afetar a evolução clínica da DCV hemorrágica ou isquêmica. Quando ocorre edema cerebral sintomático as opções são hiperventilação, Manitol ou diurético de alça. A única indicação de corticosteróide em DCV é para tratar vasculite do SNC.

Até o momento, nenhum estudo demonstrou efeito benéfico de neuroprotetores para DCV isquêmica. Portanto, medicações como Nimodipina, Citicolina, Tirilazad, Lubeluzole e Aptiganel não devem ser utilizadas para DCV isquêmica fora de protocolos de pesquisa. Em hemorragia subaracnóidea, a Nimodipina apresenta efeito benéfico na prevenção de déficit neurológico tardio por vasoespasm.



3 - Algoritmo do Atendimento ao Paciente com Doença Cerebrovascular Aguda



1222



Protocolo de Atendimento do Paciente em Coma

1- Considerações Gerais

2- Importantes Informações para diagnóstico e conduta

3- O Exame do Paciente em Coma

4- Algoritmo do Atendimento

1- Considerações Gerais

Essa é uma condição extremamente grave que exige uma abordagem clínica inicial com medidas gerais.

- A- Avaliação da ventilação, se necessário, intubar imediatamente.
- B- Correção de distúrbios hemodinâmicos.
- C- Venóclise e coleta de sangue para exames laboratoriais rotineiros e especiais.
- D- Administrar tiamina e glicose, conforme algoritmo.
- E- História clínica detalhada – com ênfase em questões sobre: trauma, intoxicações, alcoolismo, uso de drogas; doenças prévias como: diabetes, epilepsia, hipertensão, cardiopatias, cirrose, insuficiência renal.
- F- Exame clínico – sinais de trauma, infecções, lesões cutâneas por administração de drogas intravenosas, coloração da pele e da mucosas, sinais clínicos de doenças sistêmicas.
- G- Proteja os olhos, controle a agitação, instale sonda vesical e nasoenteral, evite complicações relacionadas com a imobilidade (profilaxia de trombose venosa profunda), inicie a profilaxia da úlcera de *stress*.

2- Importantes informações para o diagnóstico e conduta do paciente em coma

- 1- A avaliação neurológica do paciente em coma, requer uma sistemática que permita um diagnóstico rápido e um tratamento adequado.
- 2- Para que haja comprometimento do nível de consciência, é necessário que exista uma das seguintes alternativas:
 - a) Lesão anatômica ou funcional da formação reticular mesencefálica.
 - b) Disfunção bilateral dos hemisférios cerebrais.
 - c) Lesões associadas dessas duas estruturas.
- 3- As condições que produzem as alternativas acima são as seguintes:
 - a) Lesões supratentórias que comprimem ou deslocam o diencefalo ou o tronco encefálico (tumor cerebral, AVC, hematoma subdural e outras).
 - b) Encefalopatias metabólicas, tóxicas ou infecciosas, as quais comprometem difusamente ambos os hemisférios cerebrais (hipo/hiperglicemia, uremia e outras).
 - c) Lesões expansivas ou destrutivas infratentórias, que promovam dano ou compressão à formação reticular mesencefálica (hemorragia e infarto cerebelar, neoplasias e outras).
- 4- É importante o diagnóstico diferencial com os distúrbios psiquiátricos que cursam com ausência de resposta.
- 5- A chave para o diagnóstico consiste em:
 - a) Interpretação adequada dos sinais que refletem o comprometimento dos diversos níveis do encéfalo.
 - b) Determinar qual das condições citadas no item 3 pode ser a responsável pelo quadro atual do paciente. A tabela 1 indica os correspondentes sinais e sintomas característicos.

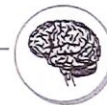


Tabela 1- Características clínicas das condições que determinam o estado de coma

1-Massas ou lesões supratentoriais que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou tronco cerebral:	2- Massas infratentoriais ou lesões que causam coma:
a) Sinais de disfunção progressiva "rostro-caudal". b) Sinais que traduzem o comprometimento de uma determinada região do encéfalo. c) Posturas assimétricas com ou sem estímulos.	a) História anterior de disfunção do tronco encefálico b) Rápida instalação do coma. c) Sinais de comprometimento do TE procedendo ou concomitante. (Paresias ou paralisias de nervos cranianos). d) Aparecimento precoce de disfunção neurovegetativa.
3- Coma de origem metabólica, tóxica ou infecciosa:	4- Distúrbios psiquiátricos causando falta de resposta aos estímulos:
a) Confusão mental e estupor precedendo os sinais motores. b) Sinais motores, quando presentes, freqüentemente simétricos. c) Reações pupilares usualmente conservadas. d) <i>Asterixis</i> , mioclonias, tremores e convulsões são comuns. e) Hiper ou hipoventilação são freqüentes.	a) Fechamento ativo das pálpebras. b) Pupilas reativas ou dilatadas (cicloplégicas). c) Reflexo óculo-vestibular fisiológico. d) Tônus motor inconsistente ou normal. e) Eupnéia ou hiperventilação são usuais. f) Nenhum reflexo patológico está presente. g) EEG normal.

c) Estabelecidos os prováveis mecanismos do estado de coma, o neurologista deve investigar a natureza etiológica. Estudos de imagem, laboratoriais, eletrofisiológicos e eventualmente testes terapêuticos são os recursos disponíveis. Na tabela 1, subitem 4, observe as características clínicas dos distúrbios psiquiátricos que mimetizam o estado de coma.

3- O Exame Neurológico do Paciente em Coma

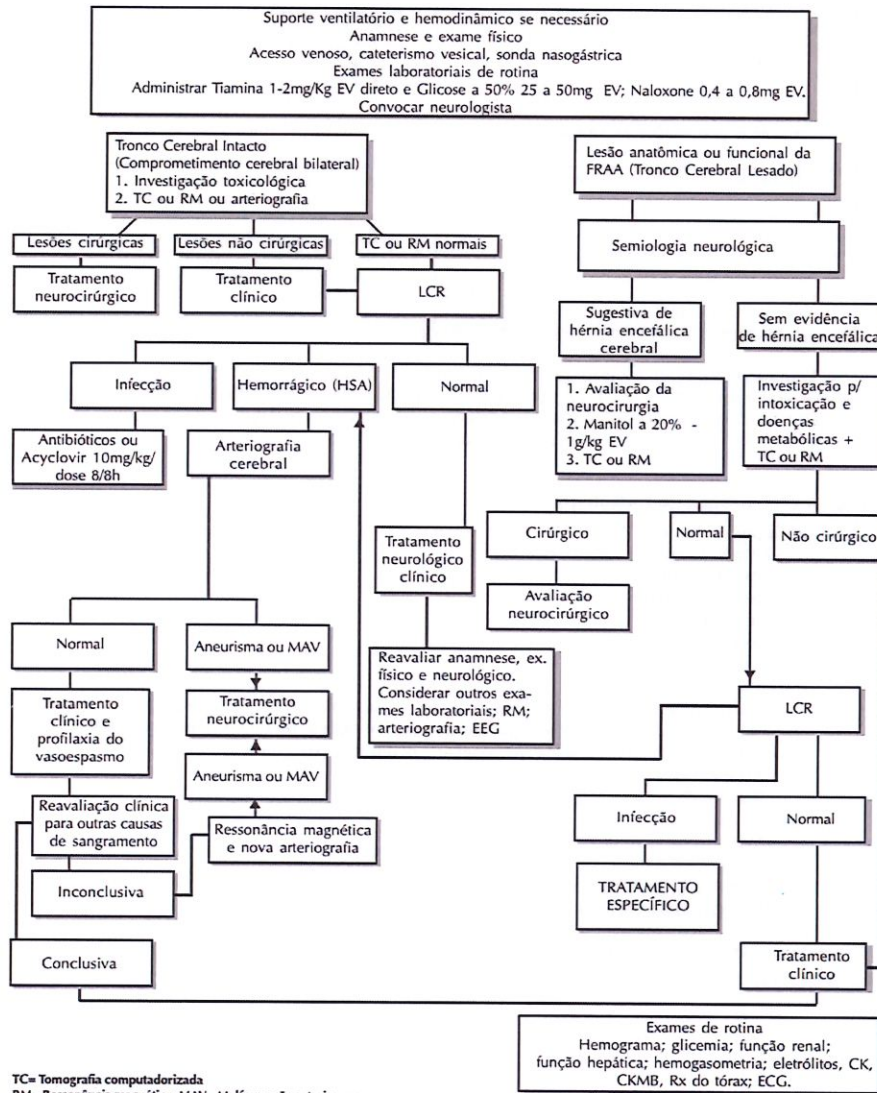
- a) Avaliação do nível de consciência (com e sem estímulo) – descrever com detalhes:
 - Resposta verbal
 - Abertura ocular
 - Resposta motora
- b) Ritmo respiratório
- c) Fundoscopia
- d) Nervos cranianos
 - Exame das pupilas
 - Motricidade ocular extrínseca: oftalmoplegias supranucleares, nucleares e internucleares; observação de movimentos espontâneos como nistagmo, opsoclonus, bobbing ocular.
 - Reflexo óculo-cefálico (olho de boneca) e óculo-vestibular (prova calórica).
 - Reflexo córneo-palpebral.
 - Reflexo de tosse
- e) Motricidade
 - Movimentos involuntários
 - Força muscular
 - Tônus e posturas anormais (decorticação, descerebração)
 - Reflexos profundos e superficiais
- a) Sinais de irritação meningo-radicular
- g) Avaliação autonômica (midríase, taquicardia e hipertensão à estimulação algica)

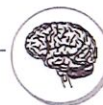
Obs.: referir o escore da escala de Glasgow.

1224



4 - Algoritmo do Atendimento ao Paciente em Coma





Protocolo de Estado de Mal Epiléptico

- 1-Apresentação do assunto
- 2-Algoritmo do atendimento
- 3-Estado de Mal Epiléptico Refratário

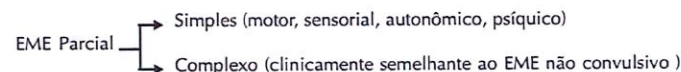
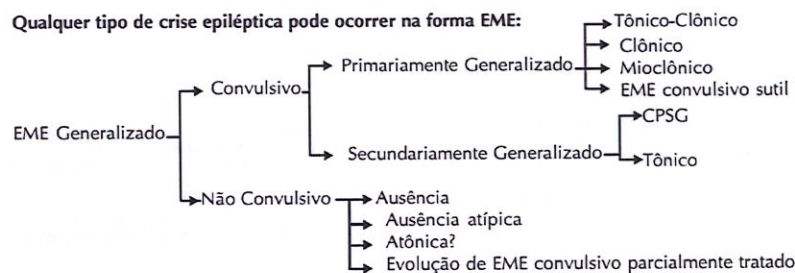
1- Apresentação do Assunto

Status Epilepticus ou Estado de Mal Epiléptico (E.M.E.): evento clínico caracterizado por crises epiléticas prolongadas (30 minutos ou mais) ou repetitivas sem recuperação da consciência entre as crises, determinando uma condição epilética fixa e duradoura. É uma intercorrência clínica, associada à agressão ao SNC, aguda e grave, de alta mortalidade (10 a 15%). O atendimento deve ser rápido e eficiente.

Principais fatores precipitantes:

- Álcool
- Suspensão de drogas antiepiléticas (DAE)
- Drogas ilegais (cocaína)
- Trauma
- Epilepsia refratária
- Metabólicos/Parada cardiorrespiratória
- Tumores,
- Infecções do SNC, incluindo as bacterianas, virais e parasitárias.
- Doenças cerebrovasculares.

Qualquer tipo de crise epilética pode ocorrer na forma EME:

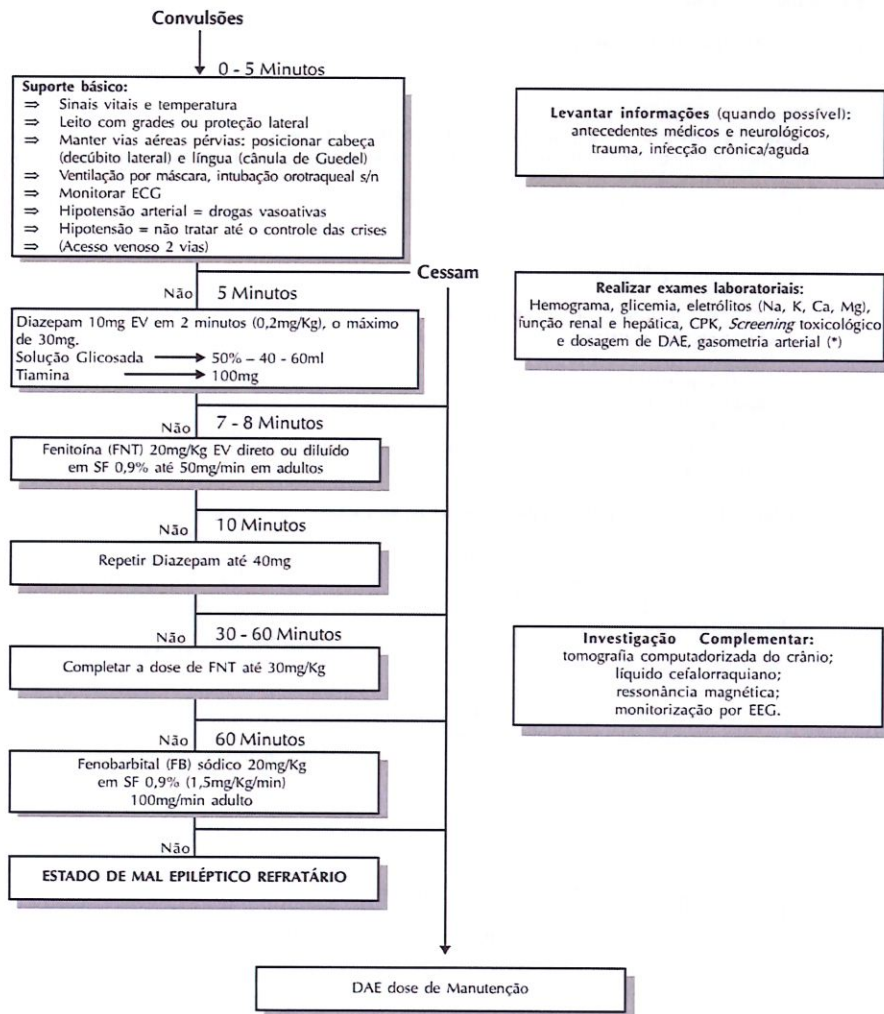


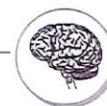
CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

1226

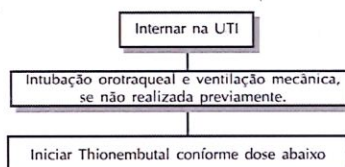


2- Algoritmo do Tratamento do EME





3 - Estado de Mal Epiléptico Refratário



Opções terapêuticas

Pentobarbital (Nembutal):

Ataque 6 - 25mg/Kg (15mg/Kg), Manutenção 1,5mg/Kg/hora a cada 10 - 15 minutos até controle das crises ou depressão acentuada no EEG



Tiopental Sódico (Thionembutal):

Ataque 3 - 4mg/Kg em 2 minutos e infusão contínua de 0,2mg/Kg/min em solução salina. Aumentar 0,1mg/Kg/min a cada 3 - 5 minutos até controle ou depressão do EEG

Ácido Valpróico (VA):

para EME Ausência até 1 - 2g

Lidocaína:

1 - 2mg/Kg em bolo seguido de 1,5 - 3mg/Kg/h (adultos) ou 6mg/Kg/h (crianças)

Halotano e Isoflurano

Propofol: dose de ataque - 2mg/kg – Dose de manutenção até o controle 5 a 10mg/kg/h. Após o controle reduzir para 1 a 3mg/Kg/h

Midazolam: ataque 0,15 - 0,2mg/Kg e manutenção de 0,08mg/Kg/h

Obs.: o desaparecimento das crises clínicas nem sempre significa o fim das crises eletrográficas com persistência de EME não convulsivo. Pacientes que não respondem a estímulos externos 15 minutos depois de cessadas as crises devem ser submetidos à monitorização por EEG.

Tratamento profilático para evitar recidiva do EME:

Ausência: VA ou Etossuximida

CTCG ou Focal: FNT, FB, Carbamazepina, Oxicarbazepina, VA.

Mioclônica generalizada: Clonazepam ou VA.

Complicações do EME:

- Rabdomiólise (hidratação vigorosa, diurético de alça, alcalinizar urina, bloqueio neuromuscular)
- Hipertermia (resfriamento externo, acetaminofen)
- Acidose (Hiperventilação)
- Leucocitose
- L.C.R. com pleocitose
- Hipertensão arterial (não tratar até o controle das crises)
- Edema pulmonar
- Hipoxemia cerebral, edema e lesão cerebral irreversível

Obs.: CTCG= Crise tônico-clônica generalizada.

1228



Avaliação e Conduta em Casos de Suspeita de Infecção Intracraniana

- 1- Aspectos clínicos
- 2- Algoritmo do atendimento
- 3- Tratamento

1- ASPECTOS CLÍNICOS:

Anamnese: idade, dados epidemiológicos.

História

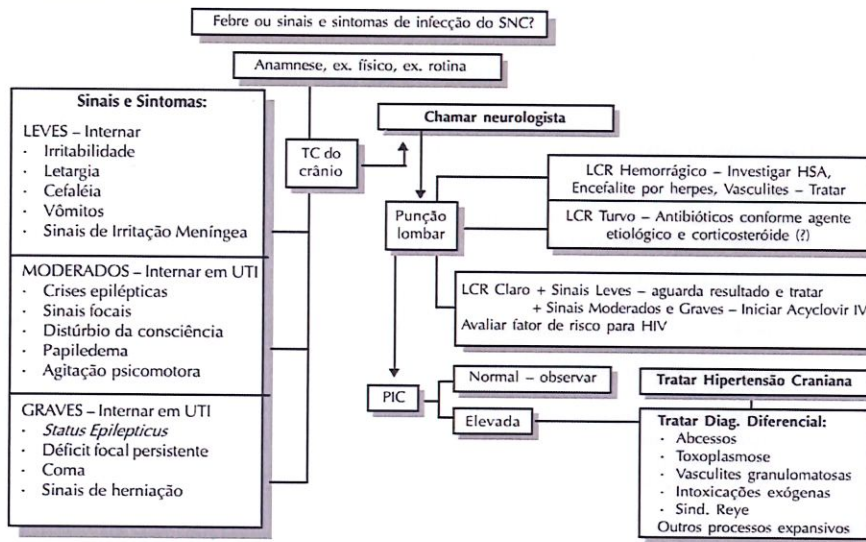
- Presença de sintomas meningoencefálicos (cefaléia, rigidez de nuca, fotofobia, letargia, vômitos repetidos, crises epilépticas, febre)
- Duração dos sintomas
- Infecções associadas (sinusite, mastoidite, celulite, pneumonia, endocardite)
- Fatores de risco (DM, alcoolismo, TCE recente, neurocirurgia, drogadição, hemoglobinopatias)
- Condições imunossupressoras (Aids, linfoma, leucemia, quimioterapia citotóxica, corticóides)
- História remota de infecção (BK, Lues, herpes labial e genital)

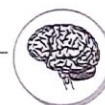
Exame físico:

- Nível de consciência, orientação, afasia.
- Petéquias ou *rush*.
- Sinais de mastoidite, sinusite ou pneumonia.
- Sopros cardíaco.
- Sinais de trauma.
- Paralisia de nervos cranianos, fraqueza muscular, déficit sensoriais, ataxia.

Exames Laboratoriais de Rotina
 Hemograma, eletrólitos, glicemia
 hemocultura; urocultura
 tempo de protrombina
 hemogasometria arterial;
 RX do tórax
 Guardar soro da fase aguda

2 - ALGORITMO DO ATENDIMENTO





3 - TRATAMENTO

Recém-Nascidos	Crianças	Adultos	Idosos
Bacilos Gram Negativos	Hemófilos (48%)	Pneumococos	Coliformes por
Streptococos grupo B	Meningococos (20%)	Meningococos	infecções pós TCE,
Listeria	Pneumococos (13%)	Hemófilos	Neoplasias ou DM

Tratamento Antimicrobiano

* para agente suspeito ou documentado

S. pneumoniae	Cefotaxime, Ampicilina, Penicilina G, Vancomicina
N. meningitidis	Penicilina G, Cefotaxima, Cloranfenicol
H. influenzae	Cefotaxime, Ceftriaxone
S. aureus (meticilina sensível)	Nafcilina, Oxacilina
S. aureus (meticilina resistente)	Vancomicina + Rifampicina
T. monocitogenes	Ampicilina
Streptococos (grupo A, B, etc)	Penicilina G, Ampicilina
Bacilos Gram Negativos	Ceftriaxone, Cefotaxime, TMP-SMZ
Enterobacterias	Ceftriaxone, Cefotaxime
P. aeruginosa	Aminoglicosídeo + Ceftazidime
S. epidermidis	Vancomicina + Rifampicina
Anaeróbios	Cefotaxime + Metronidazol + Rifampicina
Herpes vírus	Acyclovir
Citomegalovírus	Gancilovir

DOSES

Antibióticos	Crianças		Adultos	
	Dose total diária	Intervalo	Dose total diária	Intervalo
Acyclovir	10 mg/Kg/dose	8h	10mg/Kg/dose	8h
Ampicilina	300-400mg/Kg	8h	12g	4/4h
Cefotaxime	200mg/Kg	8h	8-12g	4/4h
Ceftriaxone	100mg/Kg	12h	8-10g	12h
Ceftazidime	150mg/Kg	8h	6-8g	8h
Cloranfenicol	50-100mg/Kg	6h	4-6g	6h
Gancilovir	10mg/Kg/dose	12h	10mg/Kg/dose	12h
Gentamicina	4mg/Kg	8h	200mg	8h
Metronidazol	30mg/Kg	12h	1,5g	6h
Nafcilin	200mg/Kg	6h	9-12g	4h
Oxacilina	400mg/Kg	4h	9-12g	4h
Rifampicina	20mg/Kg	8h	600mg	8h
Penicilina	400Ku/Kg	4h	24 milhões u	4h
TMP-SMZ	20mg/Kg	6h	20mg/Kg	6h
Vancomicina	60mg/Kg	6h	2g	12h

Duração do Tratamento: Adultos – 10 -14 dias; RN acima de 21 dias;
 Corticóides Crianças >2 meses - Dexametasona 0,6 mg/Kg/dia nos quatro primeiros dias de tratamento.

1230



Protocolo de Atendimento a Pacientes com Cefaléia na Unidade de Emergência

1- Introdução:

De todos os estados dolorosos que atingem os seres humanos a cefaléia é sem dúvida uma das queixas mais comuns nas unidades de emergência. A cefaléia pode estar associada a diversas condições, como trauma de crânio, intoxicação alcoólica, depressão, tumor cerebral ou representar uma cefaléia primária como a enxaqueca, havendo estimativas de que 90% dos homens e 95% das mulheres tenham cefaléias por ano. Estima-se que a cefaléia seria responsável por 1% a 16% de todas as visitas nas unidades de emergência. Em um estudo recente, do Serviço de Neurologia do Hospital São Rafael, onde foram selecionados randomicamente 1.200 fichas de pacientes com idade > 13 anos, atendidos na Unidade de Emergência durante o ano de 1996 (100/mês), mostrou a alta frequência de cefaléia nesta unidade de Salvador (10,9%).

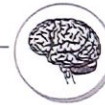
Determinar características da dor deve ser prioridade na anamnese dirigida, assim como obter informações sobre fenômenos premonitórios, padrão de início, localização, duração, intensidade, irradiação, frequência, sintomas associados, tipo de dor assim como fatores agravantes e de alívio, medicamentos já utilizados e seu padrão de consumo. Os demais elementos da anamnese também são importantes, como o interrogatório sistemático e os antecedentes. O exame físico e o neurológico podem confirmar o diagnóstico sugerido pela anamnese.

Existe uma classificação atual elaborada em 1988 pela Sociedade Internacional de Cefaléia que é abrangente, porém, ainda necessita de ajustes. A cefaléia pode estar na dependência de uma patologia orgânica intracraniana ou extracraniana, ou de uma doença sistêmica. Nesses casos, ela pode ser o primeiro sintoma e único por um certo intervalo de tempo e que se pode chamar de cefaléia sintomática. As cefaléias sintomáticas de doença primariamente neurológica são, habitualmente, de instalação aguda (hemorragias cerebrais e meníngeas, meningites e meningoencefalites) ou subaguda (abscessos cerebrais) e frequentemente estão associadas com vômitos e febre. Podem, contudo, ter um início insidioso, com aumento progressivo da intensidade da dor, o que é característico das neoplasias intracranianas.

Freqüentemente, a dor de cabeça decorre de mecanismos fisiopatogênicos nem sempre totalmente elucidados e que são desencadeados por fatores variados, às vezes múltiplos ou desconhecidos pelos pacientes. Nesses casos a dor de cabeça é a queixa principal, constituindo-se na própria doença. É o caso da enxaqueca, da cefaléia tensional e da cefaléia em salvas que tem características próprias.

Em crianças e adolescentes, o início abrupto de cefaléia severa é freqüentemente causada por infecção do trato respiratório superior ou por enxaqueca. Atenção especial deve ser dada em crianças com dor em região occipital. Tumores cerebrais e hemorragia intracraniana são raros em crianças e quando presentes são acompanhados de múltiplos sinais neurológicos.

Considerando sua elevada prevalência, poucos estudos foram conduzidos no Brasil, em particular no que diz respeito ao tratamento da cefaléia em emergências. Em nosso meio, boa parte dos hospitais públicos não conta com medicações específicas para o tratamento da crise enxaquecosa, como compostos ergotamínicos ou triptanos. Usam-se, em geral, analgésicos e antiinflamatórios não hormonais parenterais. Por outro lado, drogas de uso freqüente em nosso meio, tal como a Dipirona, não são rotineiramente utilizadas em outros países. Pelo fato da Dipirona não ser droga aprovada pelo FDA e os hospitais da América do Norte e Europa dispõem de drogas específicas para o tratamento das cefaléias primárias, praticamente não existem estudos sobre a eficácia dessa droga nesses países. No entanto, estudos retrospectivos no Brasil demonstram que a Dipirona promoveu alívio da dor em cerca de 80% dos casos em que foi utilizada. É, portanto, droga barata, eficaz e, a nosso ver, segura, sendo necessários estudos duplo-cegos, randomizados, adotando os critérios de melhora dos sintomas mais utilizados em pesquisas atualmente, para avaliação de seu real papel no tratamento das cefaléias agudas.



A associação Diclofenaco e Dipirona não conferiu eficácia adicional à Dipirona isoladamente. O Diclofenaco foi a segunda droga mais utilizada. Apresentou sua maior eficácia nos casos de cefaléia tensional em um estudo recente realizado no Brasil. Antieméticos parecem aumentar a eficácia analgésica, além de diminuir a morbidade causada por náuseas e vômitos. A Clorpromazina foi utilizada na maior parte das vezes em que os sintomas não cederam com outras drogas, tendo sido segura e eficaz nesses casos. Assim tais drogas apresentam perfis semelhantes em eficácia e custo, que justificam estudos mais aprofundados.

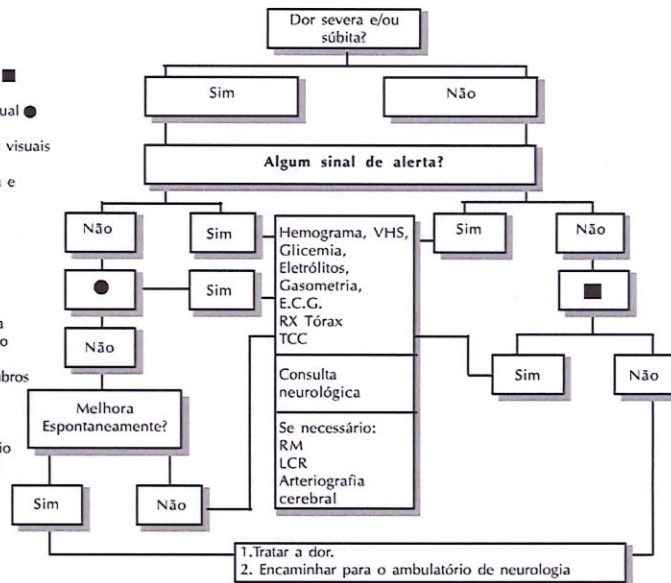
Queixa de Cefaléia

ANAMNESE (sinais de alerta)

Dor de início após 50 anos
 Instalação súbita
 Piora progressiva (duração, frequência e/ou intensidade) ■
 Piora com tosse, esforço excessivo e/ou atividade sexual ●
 Confusão mental
 Perda de memória, distúrbios visuais
 Tontura intensa, vômitos
 Dist. da coordenação motora e do equilíbrio

EXAME FÍSICO

Hipertensão e febre
 Alteração de consciência
 S.I.M. ●
 F.O: papiledema, hemorragia Anisocoria e/ou pupilas pouco reativas, queda da pálpebra.
 Hipostesia em face ou membros
 Fraqueza muscular
 Assimetria de ROT
 Resposta plantar anormal
 Incoordenação e desequilíbrio
 Alteração do pulso carotídeo



Obs.:

- Se o neurologista for disponível na emergência, deve fazer o primeiro atendimento. Em torno de 90% das cefaléias na unidade de emergência têm causa neurológica.
- Internação: para cefaléias secundárias de causa neurológica e para as seguintes primárias 1- Estado de Mal Enxaquecoso e 2- "Enxaqueca transformada"/cefaléia crônica diária.

Tratamento (sugestão do autor)

Cateter Heparinizado ou
 Infusão Venosa (a critério do plantonista)
 Dipirona 2ml + Glicose 25% 8ml, lentamente
 Metoclopramida 1 ampola EV
 AINH - EV

Obs.: *nos casos de migrânea (enxaqueca) utilize, se possível, um triptano.

R.O.T. = Reflexos osteotendinosos
 S.I.M. = Sinais de irritação meníngea
 F.O. = Fundo do olho
 AINH = Antiinflamatório não hormonal
 TCC = Tomografia computadorizada do crânio.
 RM = Ressonância magnética

1232



Protocolo de Atendimento a Pacientes com Fraqueza Muscular Aguda na Emergência

1- Considerações gerais

2- Informações importantes para a conduta

3- Algoritmo do atendimento

1- Considerações gerais

Essa é uma condição grave que requer uma abordagem rápida, prática e eficiente pois em muitas situações existe risco de paralisia definitiva, ou até morte por falência respiratória. A história clínica e o exame físico, sobretudo o neurológico, são os fatores mais importantes para o diagnóstico e o prognóstico desses pacientes.

2- Informações importantes para a conduta

- a) A anamnese deve constar, além dos dados rotineiros, os seguintes tópicos: modo de instalação (súbita, aguda, subaguda ou crônica); apresentação (focal, segmentar uni/bilateral ou generalizada), presença de dor, câibras, disestesias, disfunção esfíncteriana, febre, diplopia, disfagia, dispnéia, incoordenação; antecedentes: trauma, neoplasias (prostática, mama, pulmão, tímo), endocrinopatias, infecção recente, uso de drogas, etilismo, episódios prévios, claudicação intermitente.
- b) O exame físico deve ser completo detalhado, incluindo quando necessária a avaliação da função respiratória. O exame neurológico deve responder se a fraqueza é decorrente de miopatia, do envolvimento da placa mioneural, do comprometimento do SNP ou do SNC.
- c) Os exames complementares são utilizados para a definição etiológica.

d) Exames de rotina:
Hemograma com plaquetas, VHS,
glicemia, eletrólitos (Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺,
Mg⁺⁺), CPK, aldolase, TGO, uréia,
creatinina, sumário de urina, Rad.
do tórax, ECG.

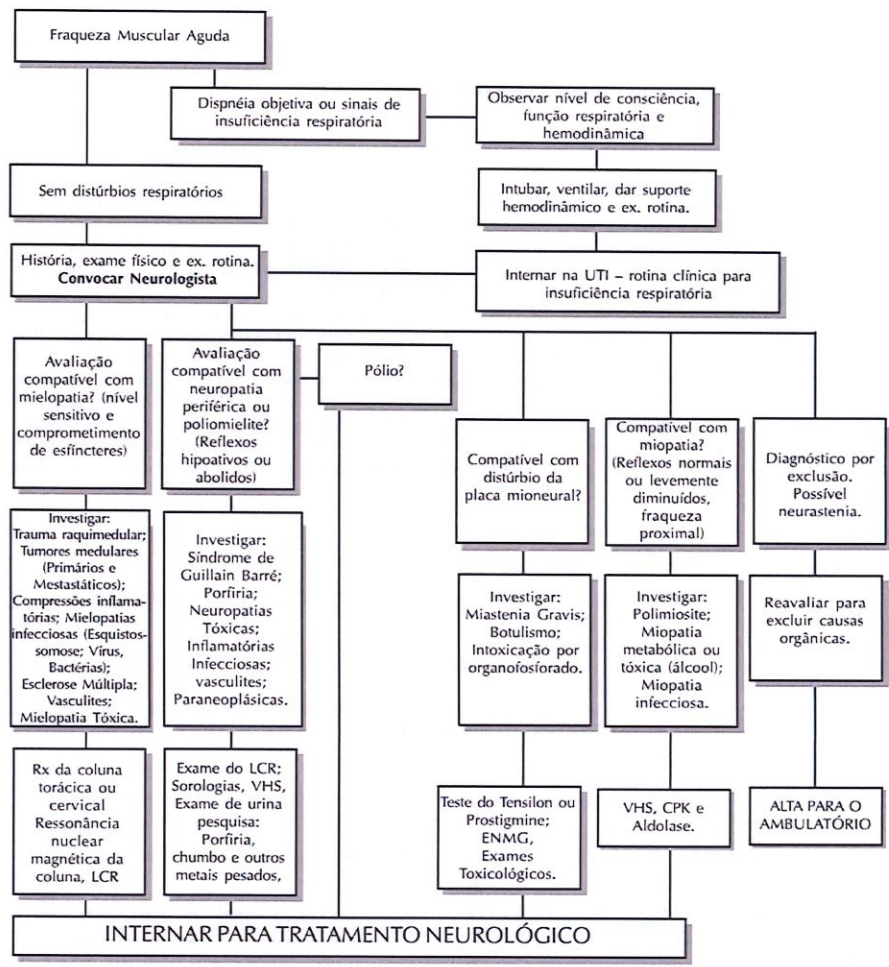
Obs.: guardar soro da fase aguda.

SNC = Sistema Nervoso Central

SNP = Sistema Nervoso Periférico



3 - Algoritmo do Atendimento na Fraqueza Muscular Aguda



DNM = Doença do Neurônio Motor
 M.G. = Miastenia Gravis
 LCR = Líquido cefalorraquídeo
 ENMG = Eletroencefalografia



Atendimento ao Paciente com Crise Epiléptica na Unidade de Emergência

1- Introdução

2- Aspectos clínicos

3- Algoritmo de atendimento na unidade de emergência

1- Introdução

Epilepsia é a segunda mais freqüente condição clínica neurológica. Só suplantada pela cefaléia. A epilepsia acomete entre 1 a 2 % da população, e cerca de 1 em cada 20 indivíduos experimentam crise epiléptica ou convulsão em alguma época da vida. Tem importância sob o ponto de vista clínico, neurológico, social e psicológico. Embora crises epilépticas sejam, na maioria das vezes, autolimitadas, podem eventualmente evoluir para o estado de mal epiléptico.

Crises epilépticas são usualmente tratadas a nível ambulatorial, entretanto por diversas razões esses pacientes podem ser atendidos na unidade de emergência. Crises epilépticas são fenômenos que não ocorrem apenas em epilepsia primária. Essas crises podem ocorrer como evento isolado e único, em indivíduo previamente saudável, como manifestação de doença sistêmica (ex. hipoglicemia, hipóxia, distúrbio hidroeletrólítico, sépsis, insuficiência renal), como sintoma de doença neurológica aguda (AVC, encefalite, TCE) ou de epilepsia primária. Frequentemente são secundárias e eventualmente decorrentes de doenças graves e letais. A anamnese detalhada com a caracterização do evento, neurológico e os exames laboratoriais são fundamentais para o diagnóstico diferencial e conduta terapêutica.

2- Aspectos clínicos

Anamnese: idade; profissão; dados do nascimento: traumas, infecções do SNC, uso de drogas ou doenças da mãe no período de gestação;

História familiar; crises anteriores;

Doenças prévias: diabetes, distúrbios metabólicos, hepatopatia, uremia, neoplasias, vasculites, collagenoses, hipertensão arterial;

Uso de drogas; *stress*; distúrbios do sono; gravidez atual; cefaléia; febre; perda de peso; distúrbios visuais; alcoolismo e outros distúrbios do comportamento social.

Caracterização do evento:

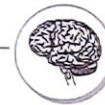
- 1- Manifestações Iniciais (pródromos e aura)
- 2- Manifestações críticas (crise)
- 3- Manifestações pós-crise.

Exame físico – dados vitais; sinais de doença crônica (Uremia, DPOC, hepatopatia);
Ex. neurológico; Funções Mentais; Pares Cranianos, Fundoscopia, Motricidade; Sinais de Irritação Meningea.

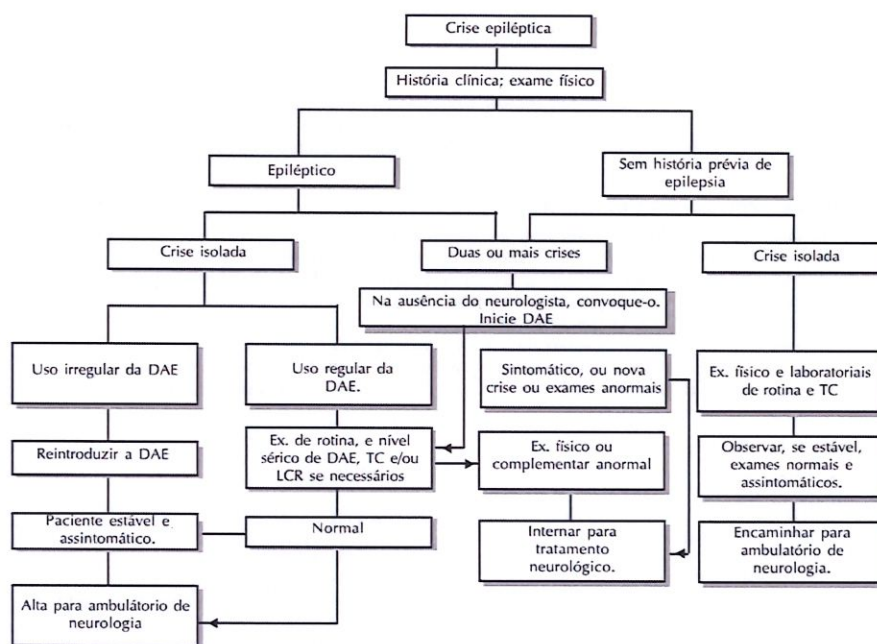
Exames complementares de rotina:

Hemograma com plaquetas; glicemia; eletrólitos.
Cálcio sérico; CPK, dosar a DAE; rad. de Tórax; ECG; EEG.

Obs.: para o diagnóstico de epilepsia se impõe história de duas ou mais crises epilépticas.



3 - Algoritmo do Atendimento de Crise Epiléptica na Unidade de Emergência



DAE = Droga antiepiléptica.
TC = Tomografia computadorizada
LCR = Líquido cefalorraquiano.



Protocolo do Atendimento de Emergência ao Paciente com Estado Confusional Agudo (E.C.A.)

1- Considerações gerais

2- Aspectos clínicos

3- Algoritmo do atendimento nos casos de ECA

1- Considerações gerais

Essa é uma situação relativamente freqüente nas unidades de emergências assim como em UTI. Determinada por causa isolada ou multifatorial decorre tanto de doenças sistêmicas como neurológicas, pelo uso de drogas e intoxicações. O neurologista deve ter uma abordagem rápida e criteriosa.

2- Aspectos clínicos – sinais e sintomas

Alteração do conteúdo de consciência de instalação súbita

Agitação psicomotora: alucinações, delírios, hiperatividade simpática

Ausência de anormalidades em nervos cranianos (exceto na síndrome de Wernicke por paralisias extra-oculares; e nas intoxicações por tricíclicos com pupilas fixas)

Ausência de sinais focais persistentes

Movimentos involuntários anormais (Mioclonias, *asterixis*, tremores)

Achados eletrencefalográficos altamente sugestivos de encefalopatias metabólicas (atividade delta rítmica bissincrona, ondas triásicas, lentificação e/ou supressão da atividade de base)

Causas de E.C.A:

■ Sistêmicas

- Sepsis
- Uremia aguda
- Insuficiência hepática
- Insuficiência cardíaca
- Insuficiência respiratória
- Infecção respiratória
- Infecção urinária
- Distúrbios hidroeletrólitos
- Porfirias
- Síndrome carcinóide

■ Endocrinopatias

- Tireóide
- Paratireóide
- Disfunção adrenal
- Disfunção hipofisária
- Pâncreas (hiperglicemia/encefalopatia pancreática)

■ Deficiências nutricionais

- Tiamina (encefalopatia de Wernicke)
- Niacina
- Vitamina B12
- Folato

■ Síndromes de abstinência

- Álcool
- Drogas

■ Intoxicações

- Drogas ilícitas
- Álcool
- Metais pesados
- Medicamentos (anticolinérgicos em idosos)

■ Infecções do SNC

- Encefalite

■ Lesões intracranianas

- TCE
- Lesões agudas (parietal, occipital bilateral, talâmica e frontal mesial)
- Hematoma subdural
- Abscesso cerebral

■ Encefalopatia hipertensiva

■ Psiquiátricas

- Mania
- Esquizofrenia
- Depressão

■ Outros



Algoritmo – Estado Confusional Agudo

História
 Antecedentes médicos
 Suporte básico de vida
 Sinais vitais
Exame físico completo
 Vias aéreas pèrvias
 Acesso venoso (2 vias)
 Escala de Glasgow

Medidas Iniciais

Glicose 50% 25 a 50mg EV
 Tiamina 100mg EV
 O₂ sob cateter via nasal 2/min
 Monitorizar E.C.G
 Hemograma, glicemia, eletrólitos
Screening para intoxicação e etanol
 Gasometria arterial
 Radiografia de Tórax
 Tomografia computadorizada do crânio
 Acionar neurologista.



Drogas Utilizadas na Fase Aguda			
	Dose	Indicação	Observações
Meperidina	10-30mg IV	Agitação/dor	Depressão respiratória
Naloxone	0,4-0,8mg IV	Usuários de narcóticos	
Diazepam	10-40mg IV	Irritados, impulsivos e abstinência alcoólica	- Evitar em idosos, demenciados e acometidos por encefalopatia hepática - Depressão respiratória - Efeito paradoxal
Haloperidol	5-10mg IM 1-5mg IV (repetir 30/30min até 40mg SN)	Agitados, violentos e TCE	- Diminui limiar epiléptico - Efeitos extrapiramidais (contra-indicado em doença de Parkinson) - Risco de síndrome neuroléptica maligna
Clorpromazina	25-50mg IM (máx. 200mg/dia em 4 aplicações) 50-200mg VO (máx. 800mg/dia em 4 tomadas)	Psicóticos, agressivos	- Diminui limiar epiléptico - Efeitos extrapiramidais (contra-indicado em doença de Parkinson) - Risco de síndrome neuroléptica maligna - Efeito cardiovascular
Midazolam	0,15-0,2mg/kg IV	Irritados, impulsivos e abstinência alcoólica	- Evitar em idosos e demenciados e acometidos por encefalopatia hepática - Depressão respiratória - Efeito paradoxal - Taquifilaxia

1238



Atendimento ao Paciente com História de Síncope na Unidade de Emergência

- 1- Considerações gerais
- 2- Anamnese
- 3- Exame físico
- 4- Exames de rotina
- 5- Algoritmo

1- Considerações gerais

A síncope se caracteriza por uma breve perda da consciência, decorrente de redução súbita e temporária do fluxo sanguíneo cerebral e do tônus muscular. É comum em crianças e idosos. O espectro etiológico é amplo e varia desde as psicogênicas até graves como hemorragia subaracnóidea, choque cardiogênico (ex. no IAM) e insuficiência do sistema vertebrobasilar. O diagnóstico diferencial com crises epiléticas, AIT, disautonomia primária ou adquirida e síncope neurocardiogênica implica em uma avaliação neurológica detalhada na unidade de emergência.

2- Anamnese

História clínica – questionar: tonturas, antecedentes de síncope, diplopia, hemianopsia, cefaléia, jejum prolongado, palpitações, periodicidade das crises, pródromos, fatores desencadeantes (ambiente fechado, impacto com a visão de sangue, *stress*, mudança de decúbito, hemorragia, ansiedade, dor, micção, tosse, vômitos), fenômenos motores e neurovegetativos (sudorese, palidez, taquicardia) durante a síncope, tempo de recuperação e estado geral após a síncope; doenças prévias: cardiopatia, diabetes, hipertensão arterial e seu tratamento, uso de drogas (neurofármacos).

3- Exame físico

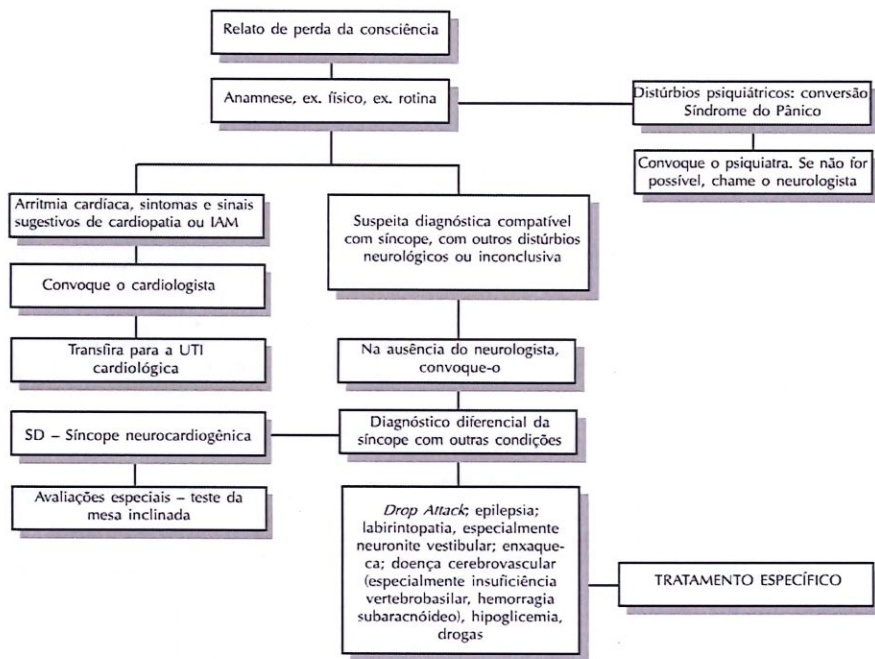
Avaliação de dados vitais (aferir tensão arterial em ambos membros superiores em decúbito e ortostase); sinais de trauma; disfunções neurovegetativas; exame neurológico.

4- Exames de rotina

Hemograma; glicemia; eletrólitos; CK; CKMB; LDH; ECG; EEG, rad. do Tórax.



5 - Algoritmo do Atendimento do Paciente com Síncope



1240

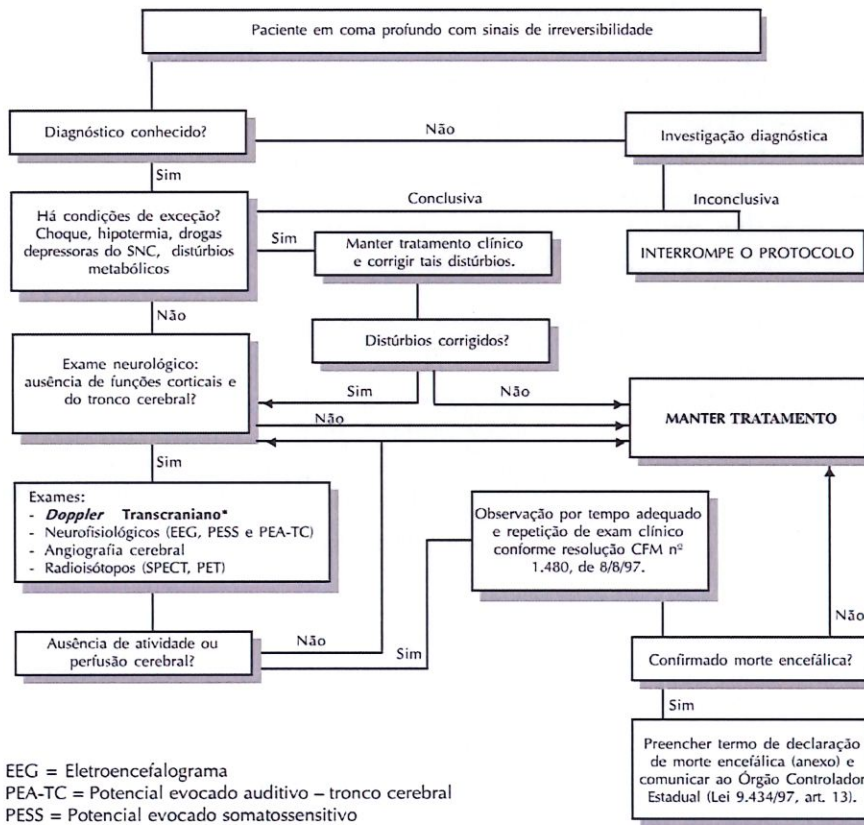


Protocolo para Diagnóstico de Morte Encefálica

1- Algoritmo

2- Termo de Declaração de Morte Encefálica

1- Algoritmo para diagnóstico de morte encefálica



EEG = Eletroencefalograma

PEA-TC = Potencial evocado auditivo – tronco cerebral

PESS = Potencial evocado somatossensitivo

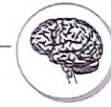
PET = Positron Emission Tomography**

SPECT = Single Photon Emission Computer Tomography***

* No HSR, o método mais adequado no momento é o Doppler transcraniano.

** Tomografia por emissão de pósitrons.

*** Tomografia computadorizada por emissão de fóton único.



Protocolo de Morte Encefálica

ANEXO
IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL
TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
(Res. CFM nº 1.480, de 8/8/97)

Nome: _____
Pai: _____
Mãe: _____
Idade: _____ anos _____ meses _____ dias Data de Nascimento: _____
Sexo: M F Raça: A B N Registro Hospitalar: _____

a. Causa do Coma:

- a.1. Causa do coma
a.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame
- a) Hipotermia Sim () Não ()
b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central Sim () Não ()
- Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

b. Exame Neurológico

Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

Idade	Intervalo
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	06 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. Obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

Elementos do exame neurológico	Resultados
1º exame 2º exame	
Coma apreceptivo	() Sim () Não () Sim () Não
Pupilas fixas e arreativas	() Sim () Não () Sim () Não
Ausência de reflexo córneo-palpebral	() Sim () Não () Sim () Não
Ausência de reflexos oculocefálicos	() Sim () Não () Sim () Não
Ausência de respostas às provas calóricas	() Sim () Não () Sim () Não
Ausência de reflexo de tosse	() Sim () Não () Sim () Não
Apnéia	() Sim () Não () Sim () Não

c. Assinaturas dos Exames Clínicos

(Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.)

1 – Primeiro Exame

Data: _____ Hora: _____
Nome do Médico: _____
CRM: _____ Fone: _____
End.: _____
Assinatura: _____

2 – Segundo Exame

Data: _____ Hora: _____
Nome do Médico: _____
CRM: _____ Fone: _____
End.: _____
Assinatura: _____

d. Exame Complementar

Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

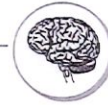
1. Angiografia cerebral	2. Cintilografia radioisotópica	3. Doppler transcraniano	4. Monitorização da pressão intracraniana	5. Tomografia computadorizada com xenônio
6. Tomografia por emissão de fóton único	7. EEG	8. Tomografia por emissão de pósitrons	9. Extração cerebral de oxigênio	10. Outros (citar)

1242

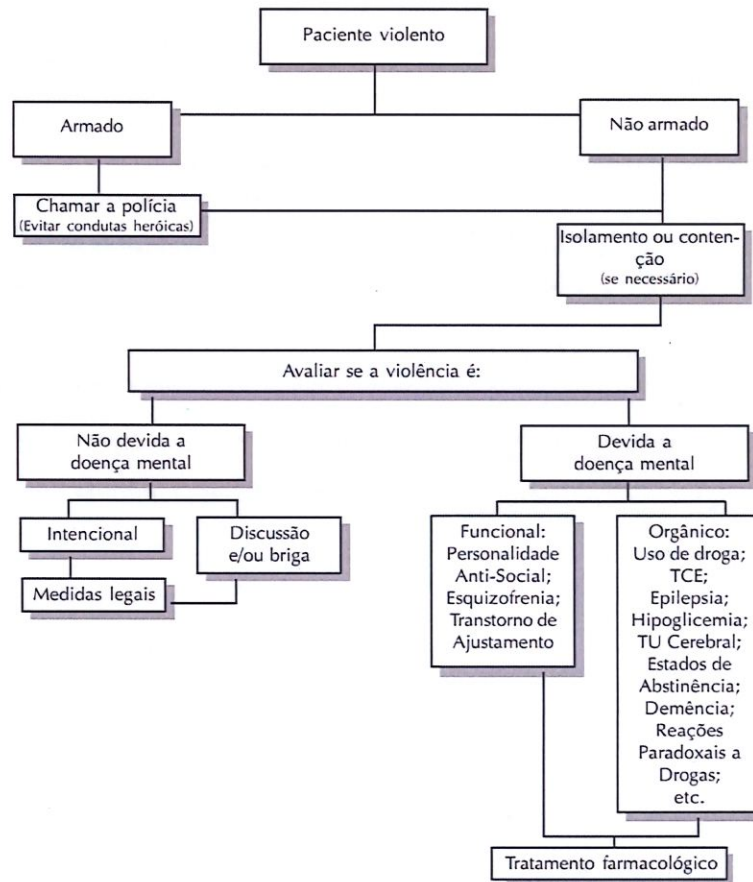


e. Observações:

- 1 Interessar, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supra-espinal. Conseqüentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infra-espinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos reflexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.
- 2 Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerúmen ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.
 - 2.2 Usar 50ml de líquido (soro fisiológico, água, etc.) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.
 - 2.3 Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.
 - 2.4 Constatar a ausência de movimentos oculares.
- 3 Teste da apnéia – no doente em coma, o nível sensorial de estímulos para desencadear a respiração é alto, necessitando-se da pCO₂ de até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região pontobulbar ainda esteja integrada. A provada apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:
 - 3.1 Ventilar o paciente com O₂ de 100% por 10 minutos.
 - 3.2 Desconectar o ventilador.
 - 3.3 Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.
 - 3.4 Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO₂ atingir 55 mmHg.
- 4 Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sanguínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.
- 5 Em pacientes com dois anos ou mais – 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:
 - 5.1 Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, *doppler* transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.
 - 5.2 Atividade elétrica: eletroencefalograma.
 - 5.3 Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.
- 6 Para pacientes abaixo de 2 anos:
 - 6.1 De 1 ano a 2 anos incompletos: dois eletroencefalogramas com intervalo de 12 horas.
 - 6.2 De 2 meses de idade a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.
 - 6.3 De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48h.
- 7 Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, art. 13).



Emergências Psiquiátricas Avaliação do Paciente Violento



1244



PACIENTE VIOLENTO

- Paciente com pensamentos homicidas, fantasias de violência, tortura e mutilação
- Pacientes que dizem estar com muita raiva, impulsos coléricos
- Fisicamente agitado, psicótico, encolerizado, paranóide, intoxicado ou delirante, voz alta, estridente ou gritada, comentários pejorativos, difamatórios ou sexualmente agressivos (considerar qualquer ameaça feita pelo paciente)
- Indicadores não verbais: olhos arregalados, comportamento exigente e tenso, postura inclinada para frente e em estado de hipervigilância
- História conhecida de atos violentos, baixa auto-estima ou paranóia
- Pacientes de maior risco: sexo masculino entre 14-24 anos, baixo nível educacional, história de abuso de drogas, violência familiar, registro de detenções, história recente de vários empregos.

Obs.: suspeitando de violência iminente ou estando o paciente agitado, considerar necessidade da presença de um segurança, da realização da entrevista com outra pessoa presente ou com a porta aberta e com os membros da equipe claramente visíveis.

Não permitir que os pacientes andem pelos corredores ou sejam deixados sozinhos em uma sala, quando agitados ou muito irritados.

CONTENÇÃO FÍSICA – PACIENTE INTENSAMENTE AGITADO

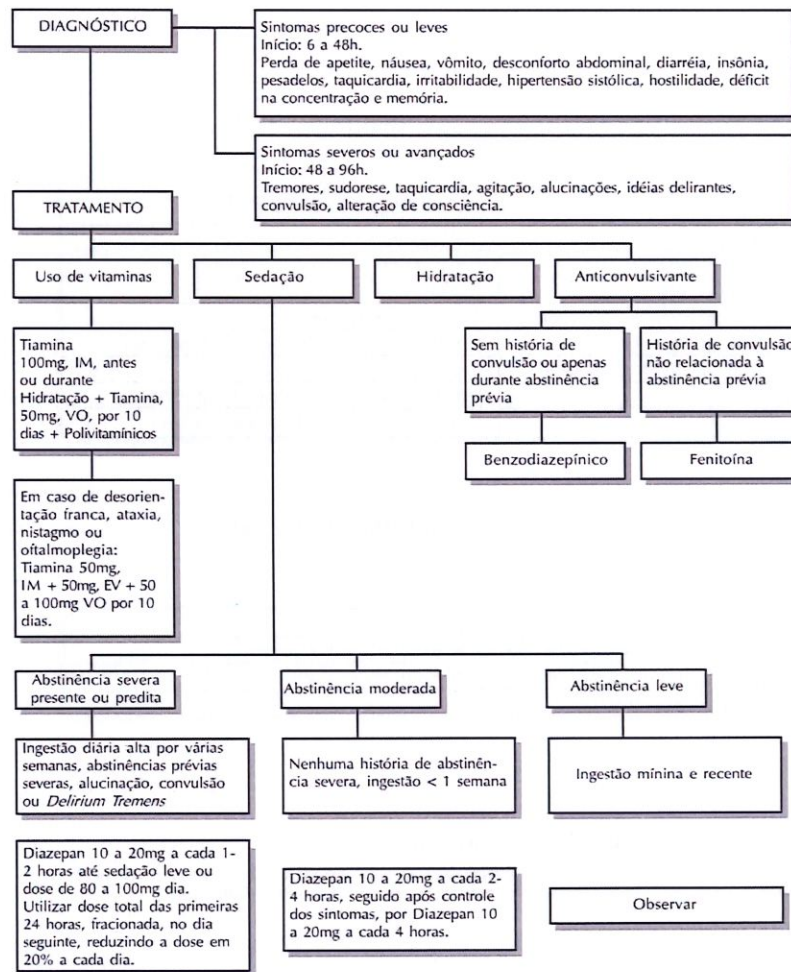
- Tentar contenção voluntária; pedir para deitar e explicar o propósito da contenção, não atendendo, não barganhar com o paciente;
- Utilizar cinco pessoas: uma para cada membro e uma para a cabeça;
- Após contenção, supervisão a cada 15 minutos e tentativa de falar com o paciente a cada 2 horas;
- Nova entrevista médica após contenção;
- Decidir pelo uso ou não de medicamentos (a contenção pode resultar em melhora da agitação sem uso de medicamento).

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Haldol, 05mg, im, a cada duas horas, associado ou não a Diazepam (como potencializador do efeito do Haloperidol), 05 a 10mg, ev, a cada duas horas.
- O Haloperidol pode ser substituído pela Clorpromazina (ampticil), 10mg, ev, a cada 1 hora (risco de hipotensão e diminuição do limiar convulsivo).
- Em paciente idoso com causa orgânica para a agitação: Haldol, 01 a 05mg ao dia (podendo chegar a doses habituais de 10 a 15mg ao dia, em alguns casos).



Tratamento de Abstinência Alcólica



- Obs.: 1. Lorazepam poderá ser usado no caso de cirrose, na dose de 02 a 04mg a cada 1-2 horas, até sedação leve;
 2. Se houver reação adversa ao Benzodiazepínico, usar Fenobarbital como substituto (100-200mg a cada 1-2 horas, até sedação leve);
 3. Observar a possibilidade de outra droga associada;
 4. Se o paciente tem história de convulsão durante abstinência, reduzir o benzodiazepínico de forma mais lenta.

1246



Avaliação do Paciente com Risco de Suicídio

Escala Sad Persons (Paterson, 1983)

Sexo	1 se masc.; 0 se fem.
Idade	1 se < 19 anos ou > 45 anos
Depressão	1 se presente
Tentativa anterior	1 se presente
Abuso de álcool	1 se presente
Perda do pensamento racional	1 se paciente psicótico
Perda do apoio social	1 se presente (principalmente perda recente)
Plano organizado de suicídio	1 se presente e método letal
Não casado	1 se divorciado, viúvo, separado ou solteiro
Doença	1 se doença crônica, debilitante e severa

Utilização da escala (Paterson, 1983)

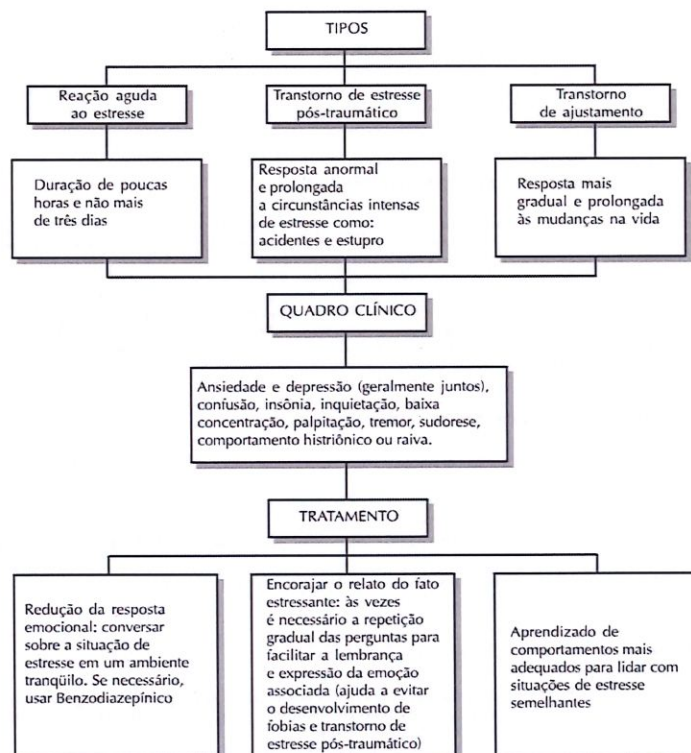
Total	
0 a 2	Não hospitalizar, acompanhamento ambulatorial
3 a 4	Acompanhamento estreito, considerar hospitalização
5 a 6	Hospitalização deve ser fortemente considerada
7 a 10	Hospitalização

FATORES PREDITORES DE SUICÍDIO APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO:

Evidência de intenção séria; transtorno depressivo; abuso de álcool e outras drogas; tentativas de suicídio prévia; isolamento social; idoso (mulher apenas), sexo masculino e sentimento de falta de esperança.



Reação a Experiências Estressoras



1248



Abordagem Psicológica do Paciente Terminal

Solicitação da família para não informar ao paciente sobre sua doença

Conduta: avaliar motivo da solicitação pela família, valorizando sua razão e a possibilidade dela estar correta. Solicitar entrevista com o paciente, sem intenção de revelar o diagnóstico, para sondar o nível do conhecimento do paciente sobre sua patologia. Caso o paciente saiba e questione o médico, relatar a verdade, dentro do limite de conhecimento desejado pelo paciente e conciliá-lo com a família.

Informação do diagnóstico ao paciente terminal

Conduta: sentar em local privativo com o paciente (permanecer em pé sugere pressa e dificuldade em lidar com a situação). Solicitar a presença de familiar ou amigo para ajudar na adaptação psicológica do paciente. Avaliar o quanto de informação o paciente deseja, observando sua reação ao anúncio da seriedade do seu estado ou relatar ao paciente que após o término dos exames voltará a se reunir com ele para informá-lo sobre seu quadro. Se o paciente expressar o desejo de não saber mais nada finalizar com uma colocação da conduta a ser realizada, utilizando-se de um eufemismo do tipo "será retirada uma massa do seu abdome". Caso deseje mais informações, fornecê-las de forma gradual, observando até que ponto o paciente deseja saber (isto também ajuda a uma adaptação psicológica progressiva). Se o diagnóstico for sugerido ou solicitado de forma direta pelo paciente, responder de forma breve, descrevendo o problema de forma a dar tempo ao paciente de expressar seus sentimentos. Assegurar a continuidade do atendimento e dos cuidados médicos.

Evitar táticas de distanciamento do tipo:

Normalização: o desconforto ou sofrimento do paciente é explicado como inevitável e normal naquela situação (prefira perguntar pela razão do sofrimento);

Apoio prematuro: logo após o paciente manifestar sua preocupação, mostrar uma solução positiva (interromper o diálogo, evitando que o paciente expresse seus sentimentos);

Informações prematuras: interrompem o diálogo evitando o aprofundamento da relação médico-paciente durante a entrevista;

Mudança de assunto durante abordagem de questões problemáticas para o paciente;

Oferecer falsas esperanças;

Minimizar a situação de sofrimento;

Modificação do protocolo para avaliação do paciente violento;

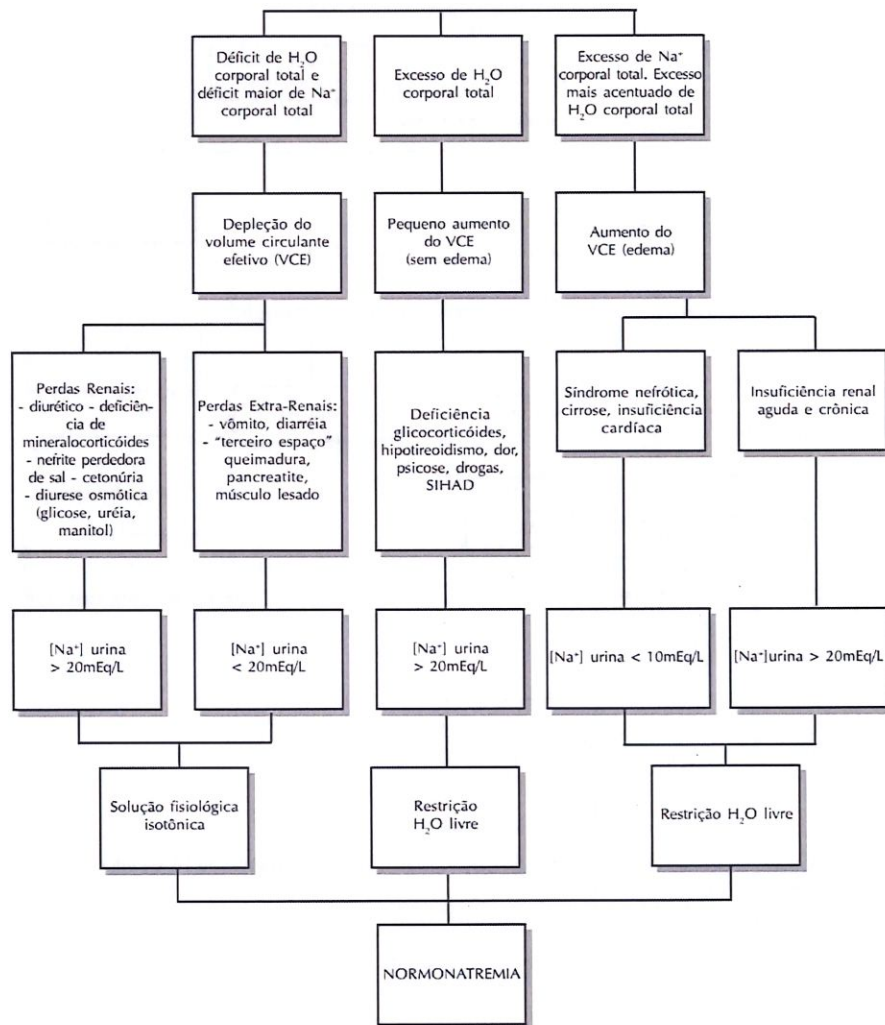
Manejo farmacológico;

Haldol, 05mg, ev, a cada duas horas, associado ou não ao Diazepam (como potencializador do efeito do Haloperidol), 05 a 10mg, ev, a cada duas horas. O Haloperidol pode ser substituído pela Clorpromazina (amplictil), 10mg, ev, cada 1 hora (risco de hipotensão e diminuição do limiar convulsivo).



Distúrbios Hidroeletrólíticos

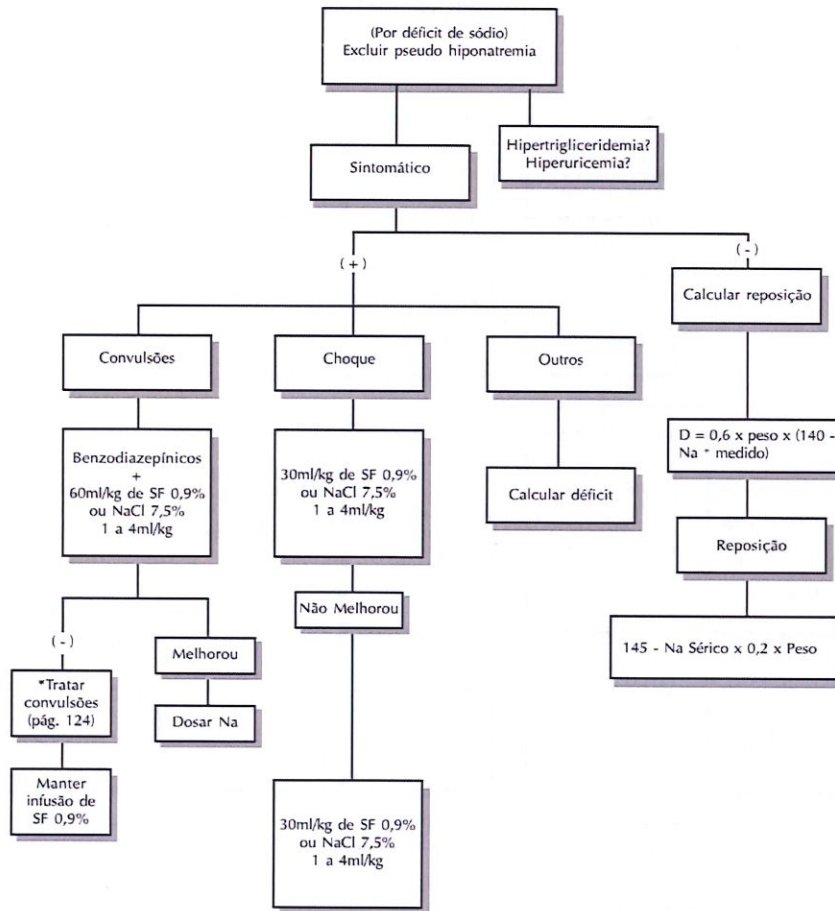
Hiponatremia - I



1250



Hiponatremia - II



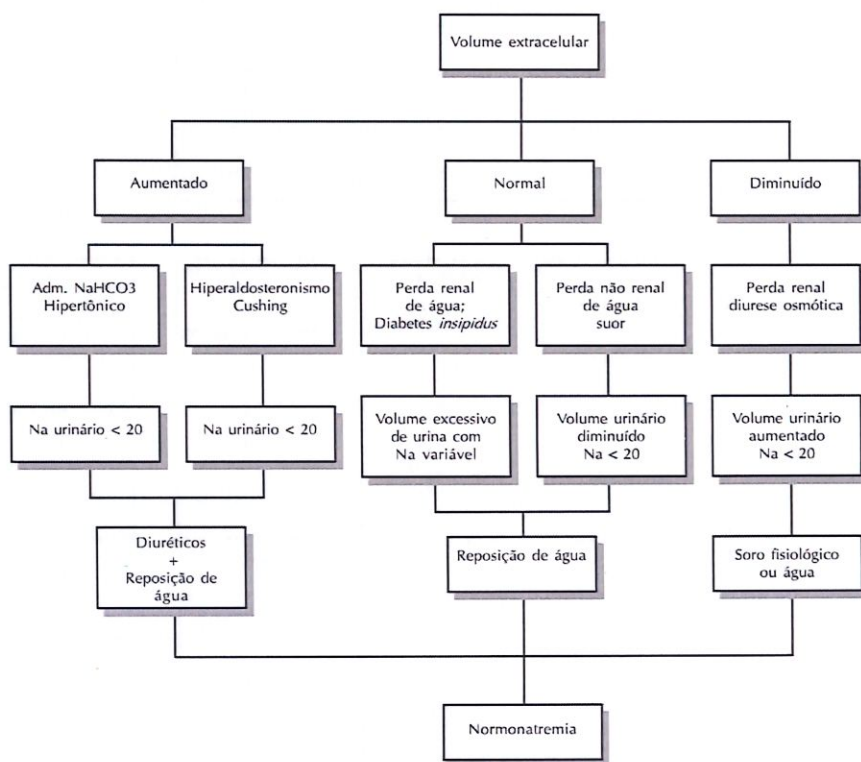
- Programar para não ultrapassar, na reposição, 1 mEq/h no nível sérico sódio ou 10 mEq/dia ou não exceder 130 mEq/l nas primeiras 48 horas.
- O tempo da reposição depende da duração da perda.

(+) Sim
 (-) Não

(*) Semelhante ao tratamento do Estado de Mal Epilético (EME) pág. 124.



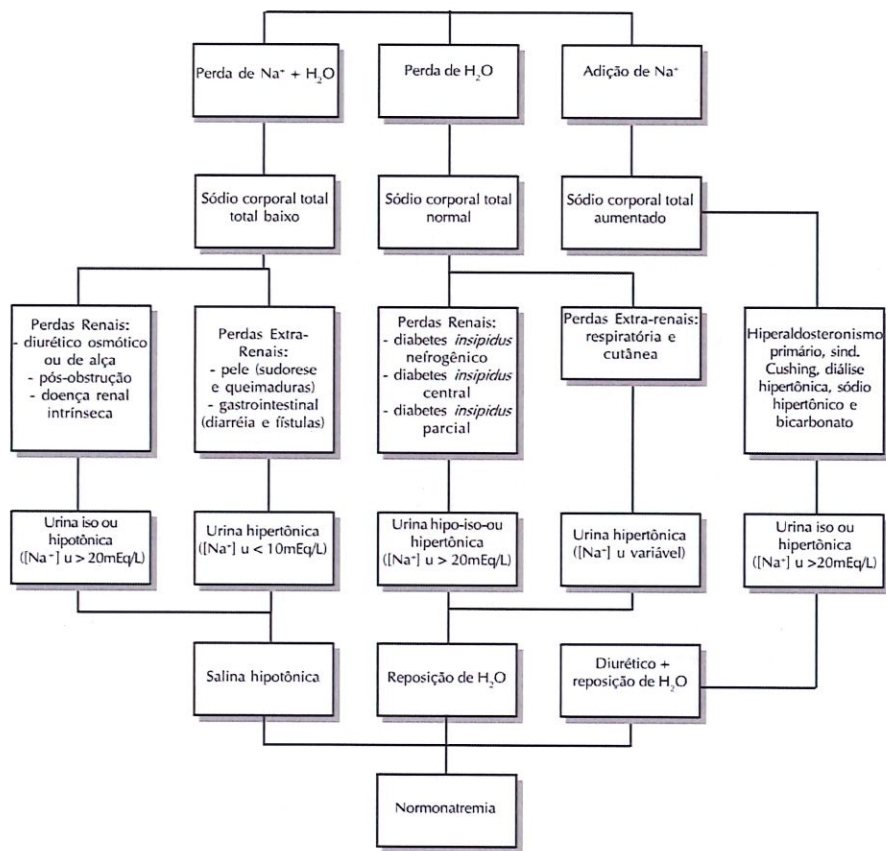
Hipernatremia - I



1252

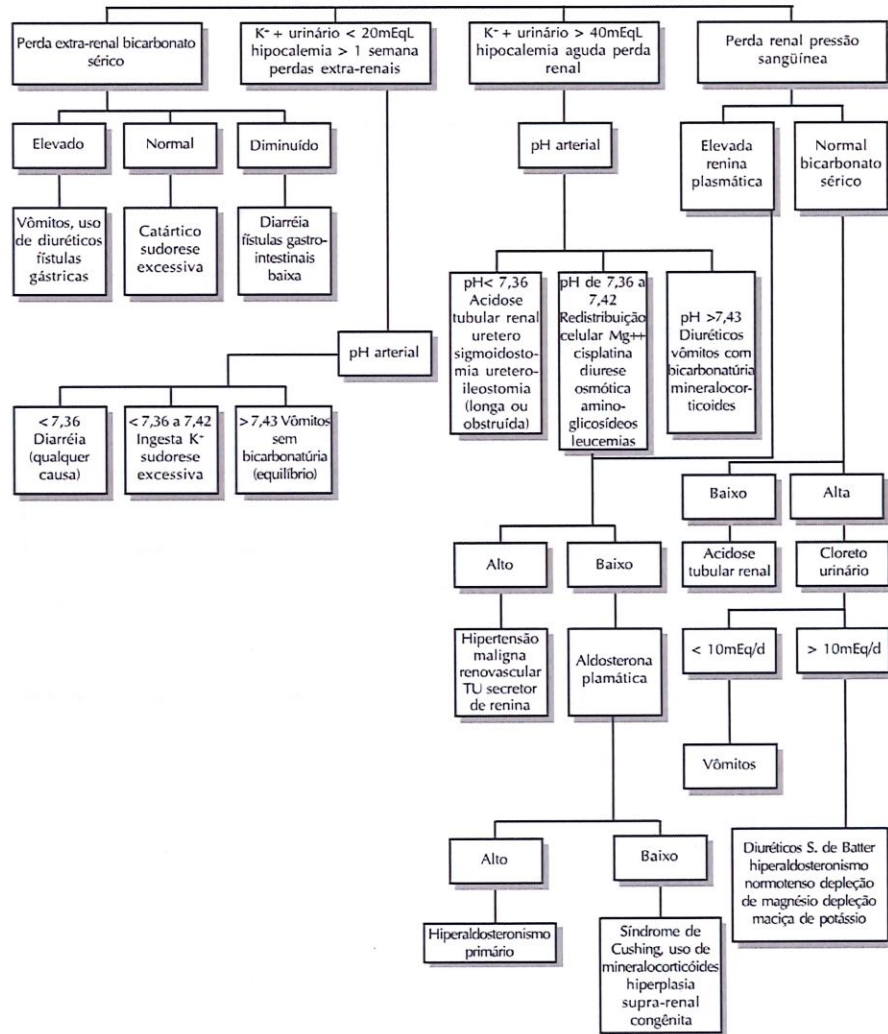


Hipernatremia - II





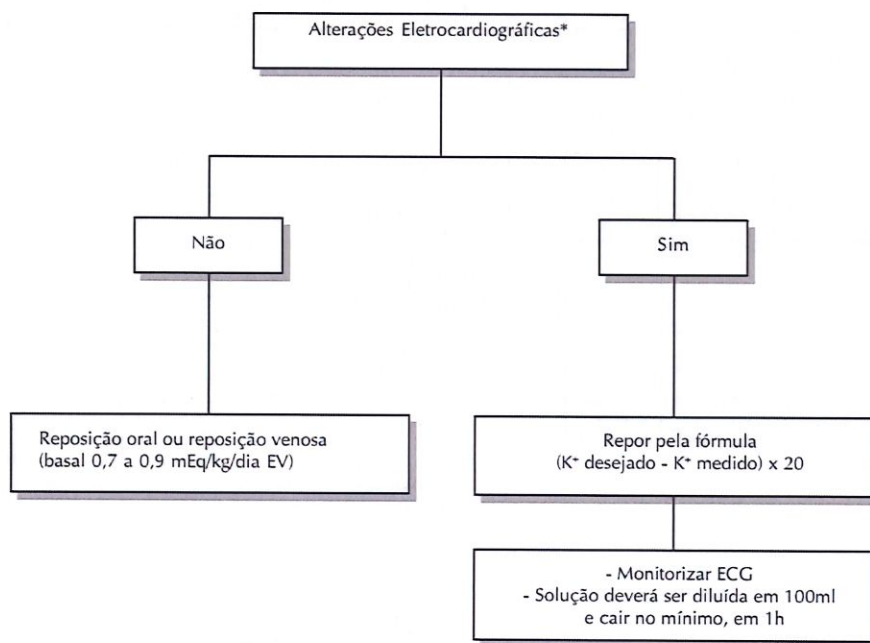
Hipocalemia - I



1254



Hipocalemia - II

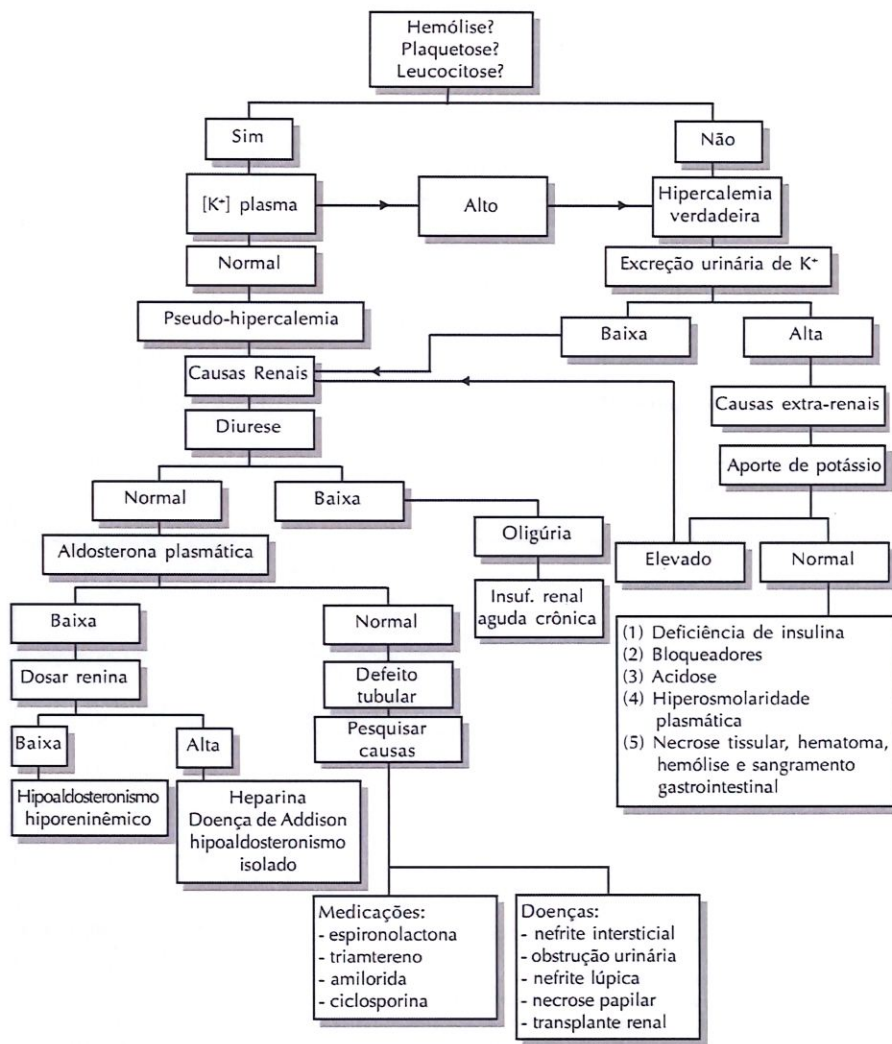


ALTERAÇÕES ST:

- infradesnívelamento ST
- onda T com duração acentuada
- onda U proeminente
- BAV I - II grau
- arritmias



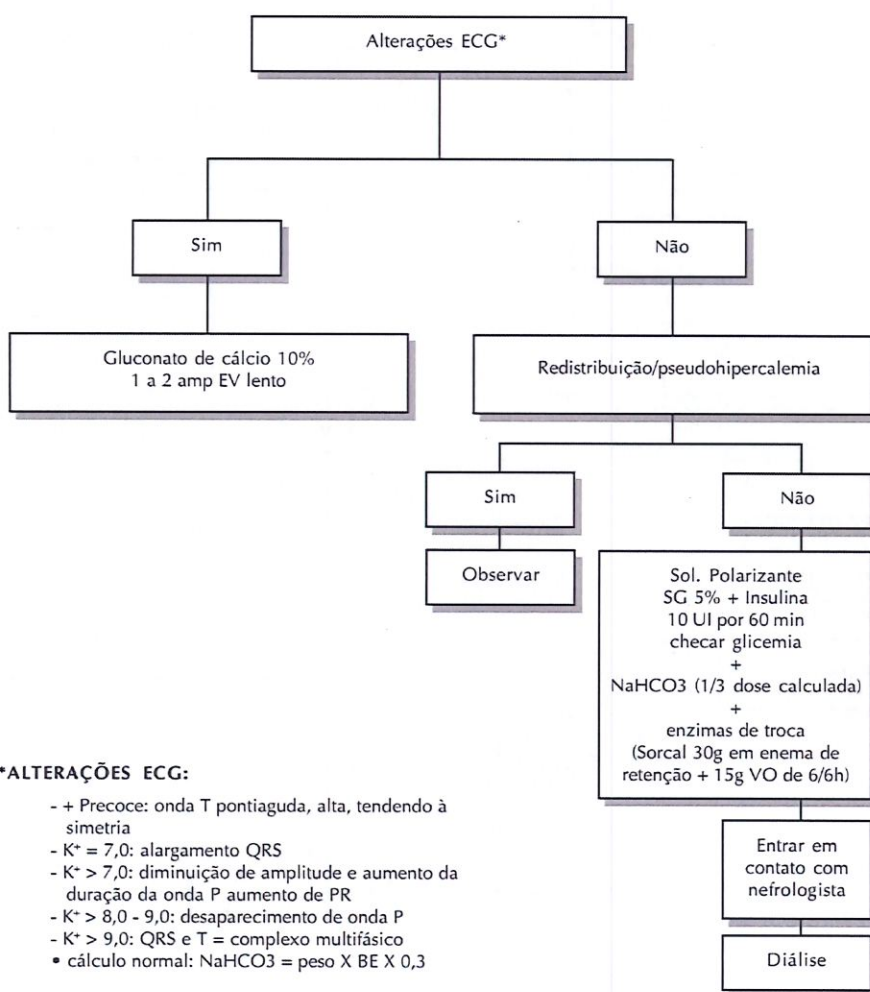
Hipercalemia - I



1256



Hipercalemia - II



***ALTERAÇÕES ECG:**

- + Precocidade: onda T pontiaguda, alta, tendendo à simetria
- $K^+ = 7,0$: alargamento QRS
- $K^+ > 7,0$: diminuição de amplitude e aumento da duração da onda P aumento de PR
- $K^+ > 8,0 - 9,0$: desaparecimento de onda P
- $K^+ > 9,0$: QRS e T = complexo multifásico
- cálculo normal: $NaHCO_3 = \text{peso} \times BE \times 0,3$



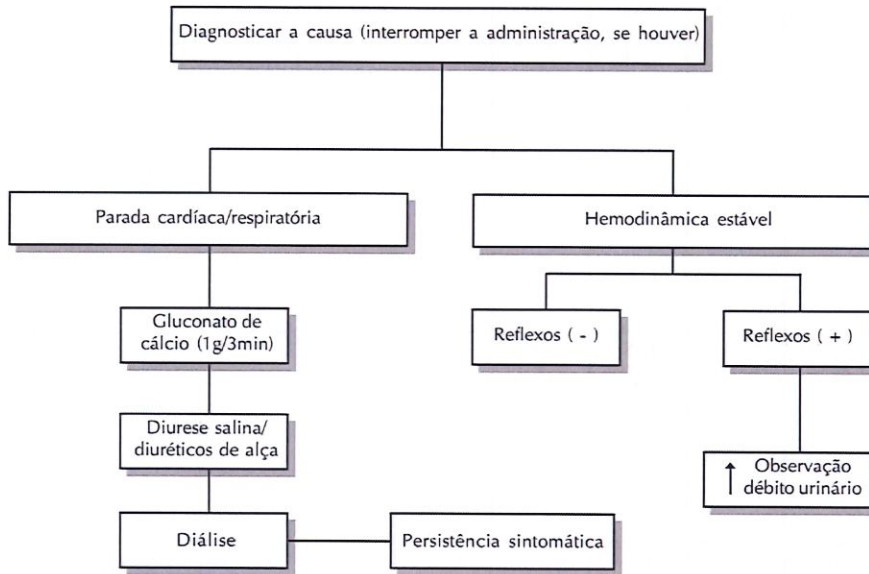
Hipercalcemia - III

Tratamento	Indicação	Dose	Início de ação	Duração	Efeito no K ⁺ plasmático	Efeito no K ⁺ corporal total	Mecanismo de ação	Observações
Gluconato de cálcio	Hipercalcemia severa com alterações no ECG	10ml da solução a 10% EV em 2 a 3 minutos	1 a 5 minutos	30 minutos	Nenhum	Nenhum	Reduz o limiar do potencial de ação e antagoniza a toxicidade neuromuscular e cardíaca da hipercalcemia	Ação rápida. Monitorizar ECG. Repetir em 5 minutos se as alterações no ECG persistirem. A associação com digital pode ser perigosa. É utilizado para o tratamento da complicação aguda.
Insulina e glicose	Hipercalcemia moderada	5 ou 10U de insulina regular em 50ml de glicose a 50% EV	15 a 45 minutos	4 a 6 horas	Reduz	Nenhum	Desloca o potássio para dentro das células	A glicose é desnecessária se houver hiperglicemia. Se necessário, repetir a insulina a cada 15 min, acompanhada de infusão de glicose.
Bicarbonato de sódio	Hipercalcemia moderada	90 mEq (-2amp) EV em 5 minutos	Imediato	Curta	Reduz	Nenhum	Desloca o potássio para dentro das células	Mais efetivo na presença de glicose. Risco de sobrecarga de sódio. Atentar para o risco de tetania hipocalcêmica.
Furosemida	Hipercalcemia moderada e creatinina < 3mg%	20 a 40mg (1 a 2amp) EV	15 minutos	4 horas	Reduz	Reduz	Caliurese	Útil em condições de baixa excreção de potássio.
Resina Sorbitol	Hipercalcemia moderada	retal: 30g de SORCAL em 200ml de sorbitol 20% enema com retenção de 45min	1 hora	4 a 6 horas	Reduz	Reduz	Remove potássio	Repetir a cada 4 horas. Usar com cautela em pacientes com ins. cardíaca congestiva.
Díálise	Hipercalcemia com insuficiência renal		Imediato	Variável	Reduz	Reduz	Remove potássio	A hemodíálise é mais efetiva e também melhora a acidose.

1258



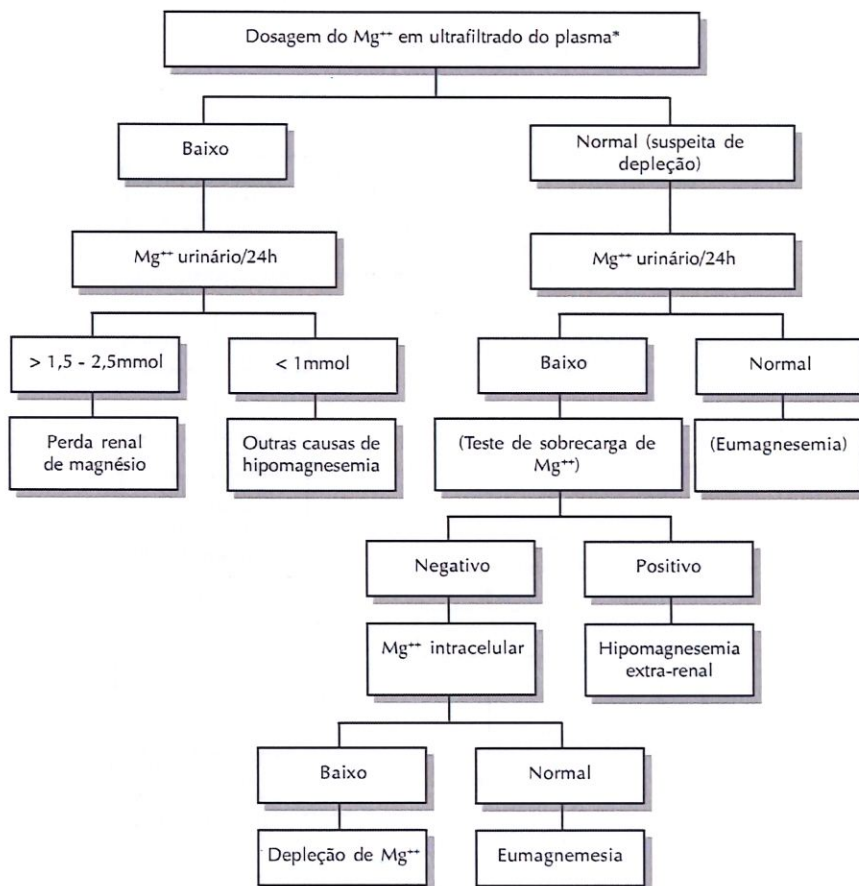
Hipermagnesemia



Administração de cálcio (15mg/kg/4 horas)



Hipomagnesemia



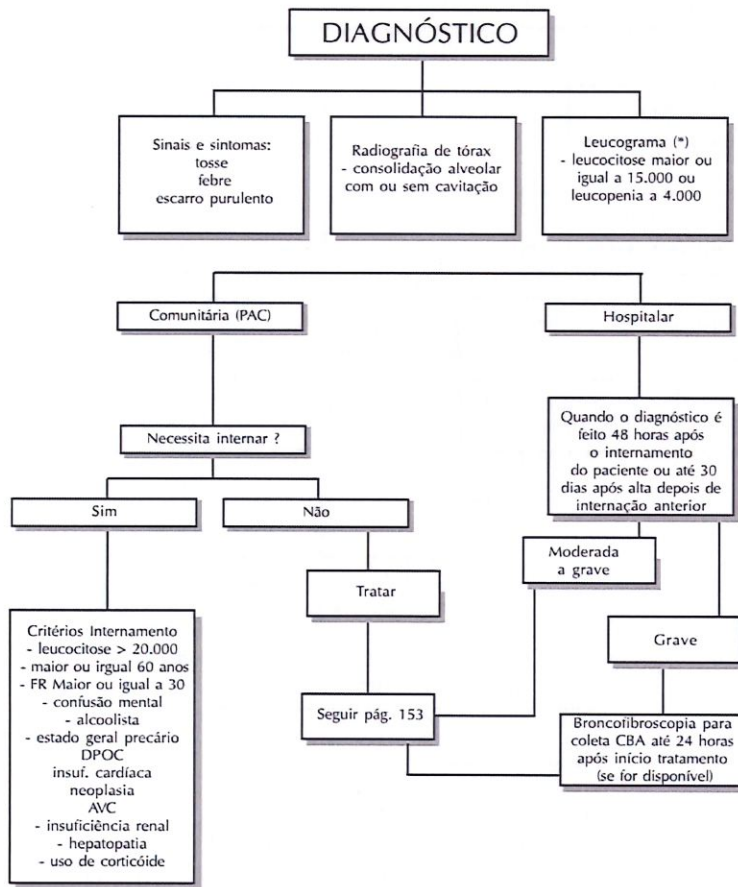
*Dosagem do Mg⁺⁺ em soro desproteinizado/ultrafiltrado (sistema de micropartição).

**O teste é considerado positivo quando a reposição reverte os sinais e os sintomas clínicos prévios.

1260



Aparelho Respiratório Pneumonias (PN)

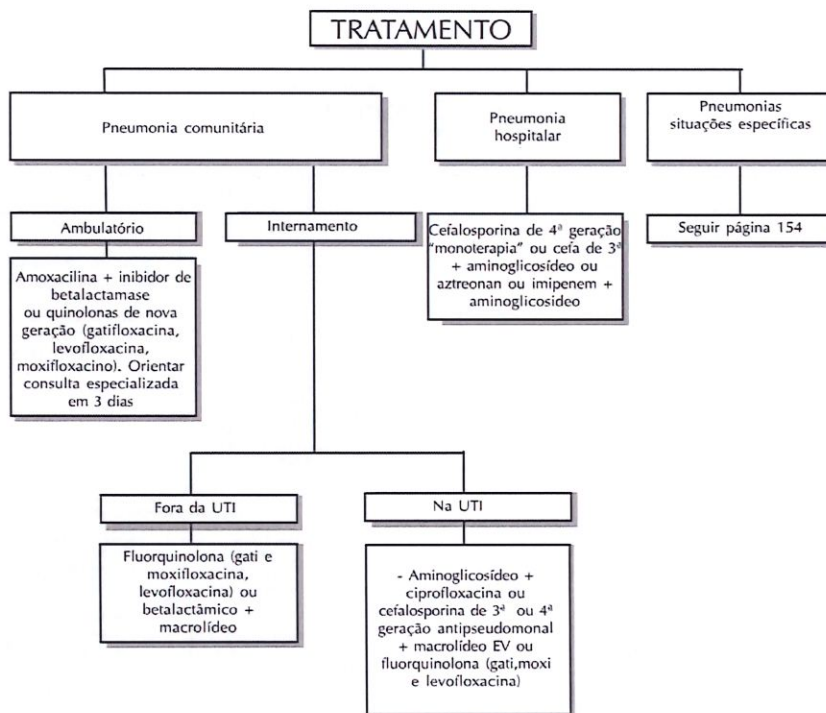


*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

A radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.



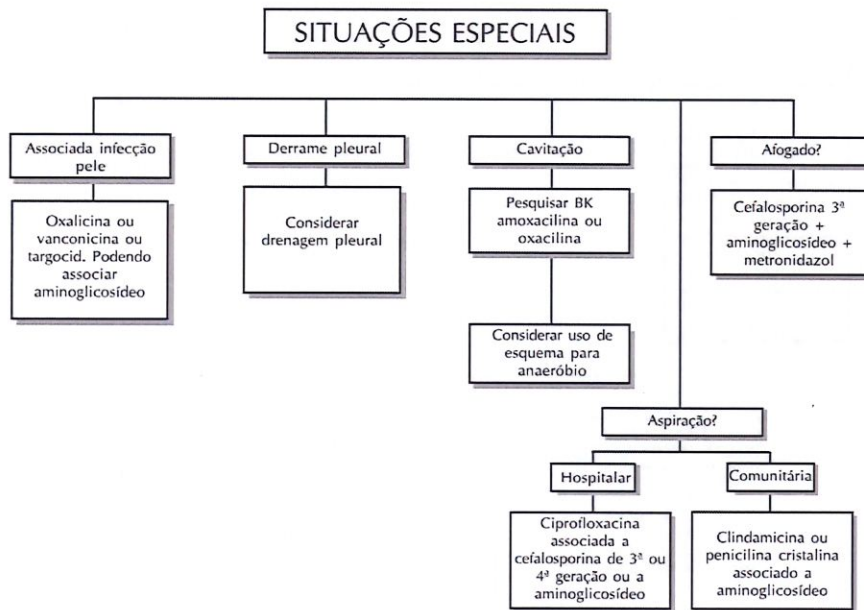
Pneumonias - I



1262

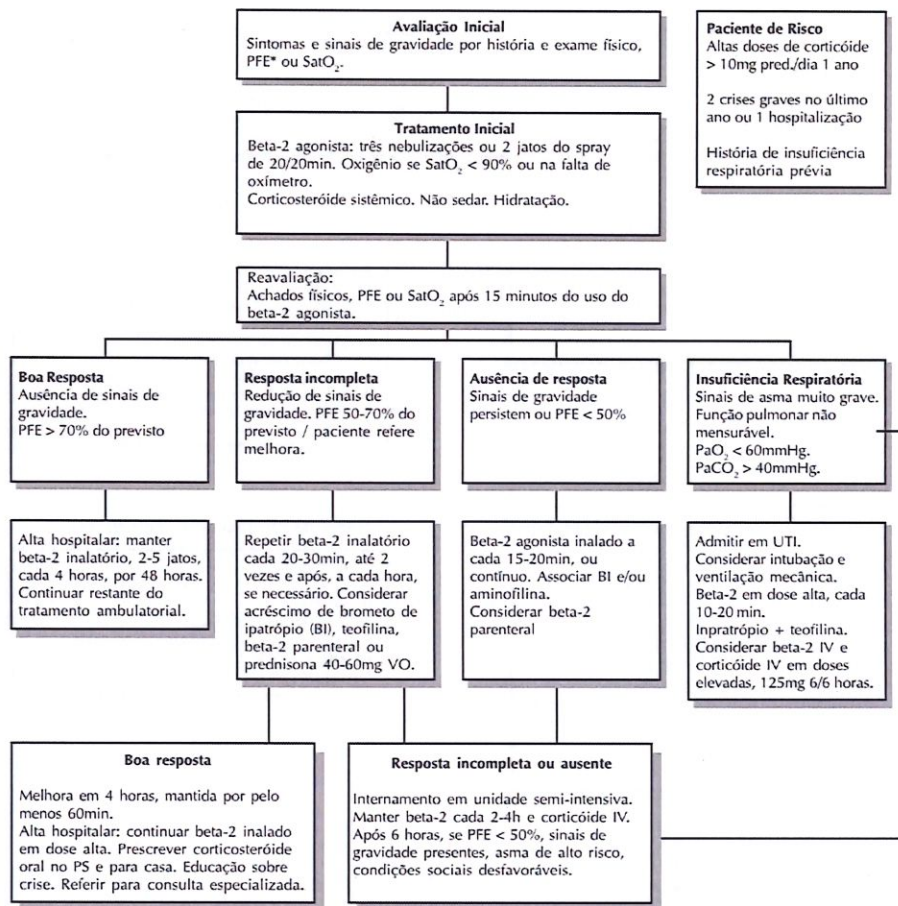


Pneumonias - II





Crise Asmática Manejo da Crise Aguda no Pronto-socorro em Adultos



Obter: hemograma, sódio e potássio séricos, rad. de tórax PA e perfil, gasometria arterial. *

Referência – Consenso de asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia.

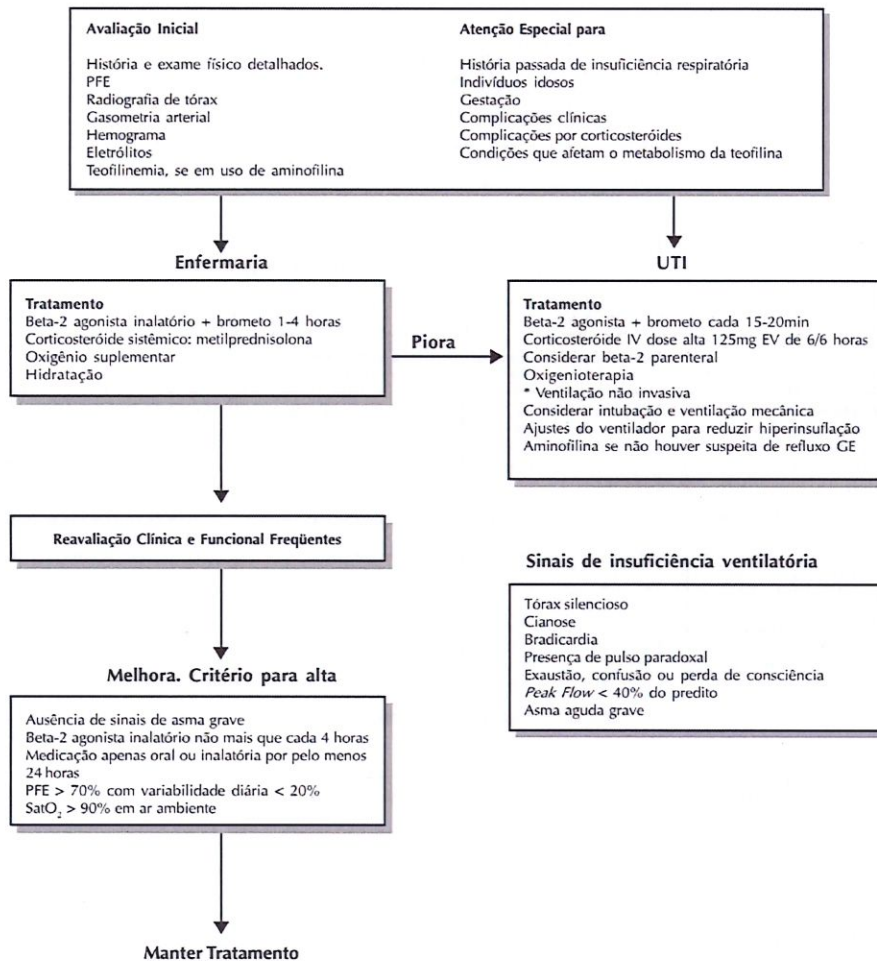
* PFE – Pico de Fluxo Expiratório.

** Critérios de intubação: tórax silencioso, cianose, bradicardia, presença de pulso paradoxal, exaustão, confusão ou perda de consciência, *Peak Flow* < 40% do predito ou < 200l/min, asma aguda grave.

1264



Crise Aguda de Asma em Adultos/Manejo Hospitalar



* Se houver necessidade de ventilação mecânica e o paciente colaborar



Erros mais Comuns na Asma Aguda

Quadro I

- Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
- Uso de aminofilina como tratamento central.
- Hiper-hidratação.
- Falta de reposição de potássio.
- Utilização de doses baixas de beta-2 adrenérgico por via inalatória.
- Uso de sedativos.
- Demora ou não indicação de corticosteróides.
- Alta precoce do pronto-socorro ou hospital.
- Falta de suplementação de oxigênio.
- Antibióticos de rotina.
- Falta de intensificação do tratamento após alta.

Drogas e Doses Recomendadas no Adulto/ Asma Aguda

Quadro II

Vias	Drogas	Doses	
		Nebulizador	Aerosol dosificador com / sem espaçador
1) Beta-2 agonistas a) Inalatórios	Fenoterol 0,5%	2,5mg (0,5ml) / 3ml salina	1,0mg (5-10 jatos)*
	Salbutamol 0,5%	2,5mg (0,5ml) / 3ml salina	1,0mg (10 jatos)
	Terbutalina 0,5%	5,0mg (0,5ml) / 3ml salina	0,5mg (3 doses)**
b) Intravenoso	+ Salbutamol	Ataque: 250mcg em 10 minutos Manutenção: 3-20mcg/min*** Ajustar de acordo com a resposta e FC	
	Terbutalina	Ataque: 250mcg em 10 minutos Manutenção: 1,5 a 5,0mcg/min Ajustar de acordo com a resposta e FC	
2) Brometo de ipatrópio (inalado)		500mcg/dose (2ml)	100mcg (5 jatos)
3) Aminofilina (IV)	(em 30min, diluído SF)	Ataque: 5-6mg/kg se não usou nas últimas 24 horas 2,5-3mg/kg se usou e sem sinal de toxicidade	
	Manutenção	Fumantes: 22mg/kg/24 horas Não-fumantes: 15mg/kg/24 horas	
4) Corticosteróides	Metilprednisolona (IV)	40-80mg cada 6-8 horas 125mg 6/6 horas em casos muito graves ou sem resposta a doses usuais	
	Hidrocortisona (IV ou IM)	3-4mg/kg/dose cada 6 horas	
	Prednisona (oral)	40-60mg/dia, 6/6 horas no hospital, ou em dose única em casa	

* 2 apresentações disponíveis, 100 e 200mcg/jato

** Turbohaler

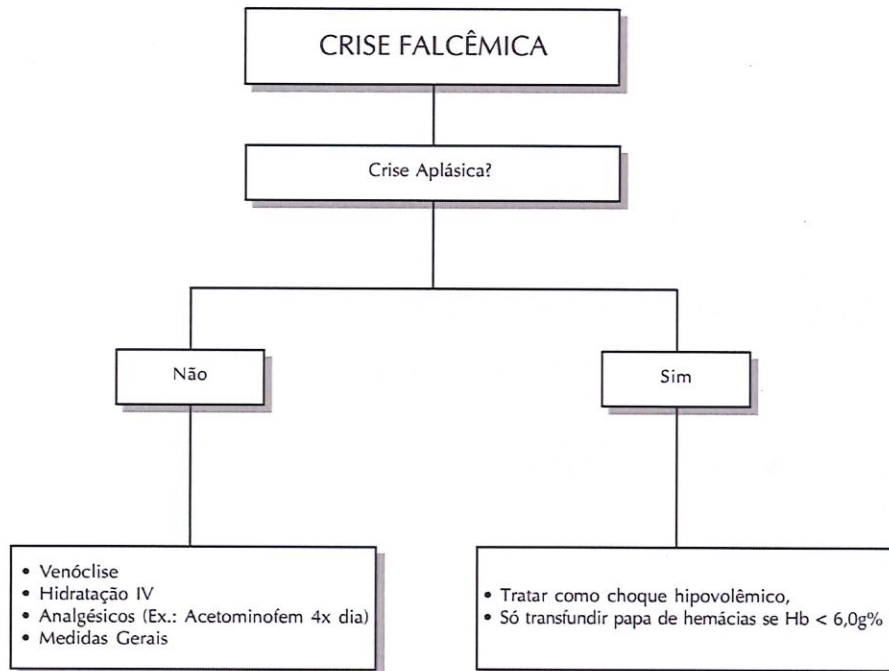
*** Solução Aerolin - 10 ampolas em 500ml SF - (10mcg/ml)

1 Ampola = 500mcg/1ml

1266



Hematologia

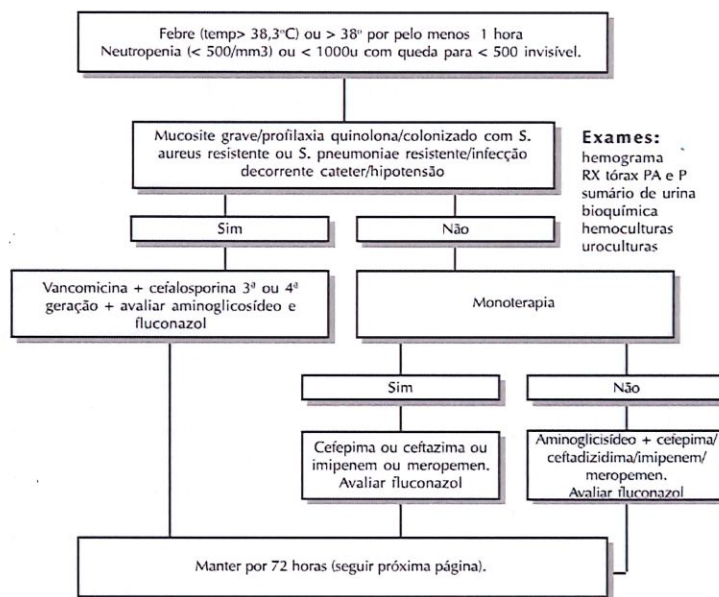


MEDIDAS GERAIS:

- venóclise
- 2 sob catéter nasal
- analgésicos
- ácido fólico, 2,5mg/dia
- pesquisar fator precipitante (frio, infecção, estresse, desidratação, esforço físico)
- pedir hemograma, eletrólitos, RX tórax, sumário de urina.



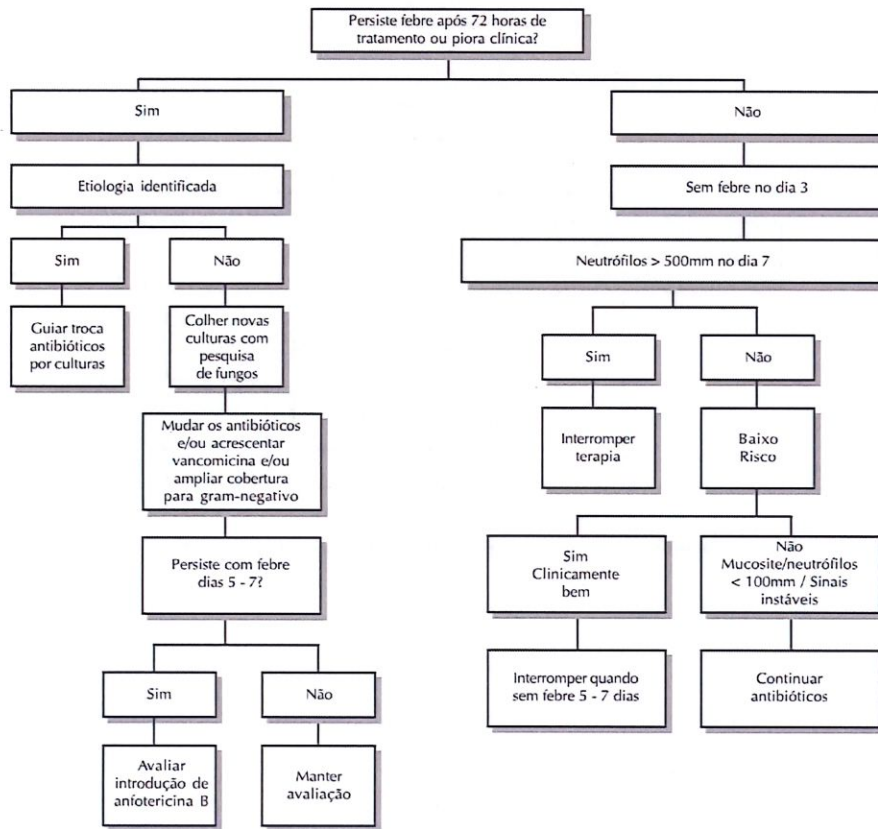
Neutropenia Febril - I



1268

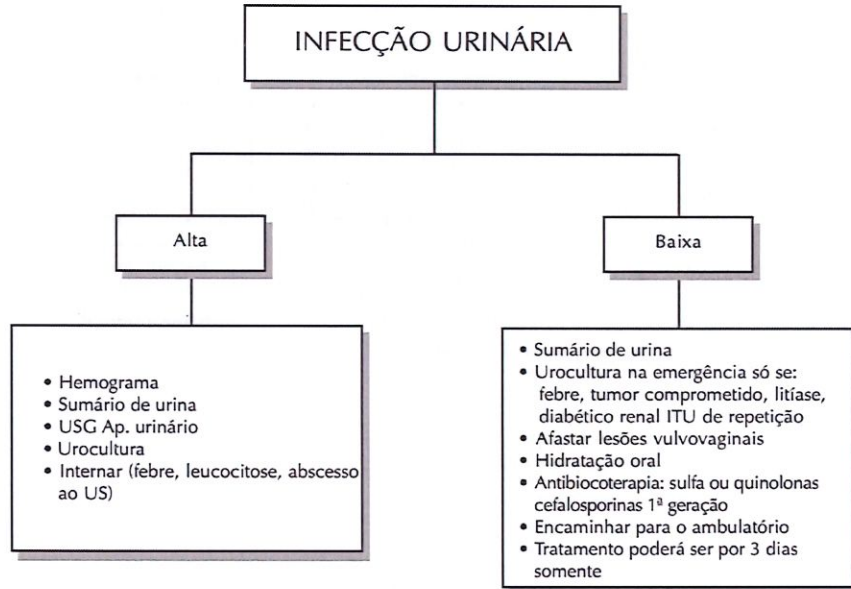


Neutropenia Febril – II

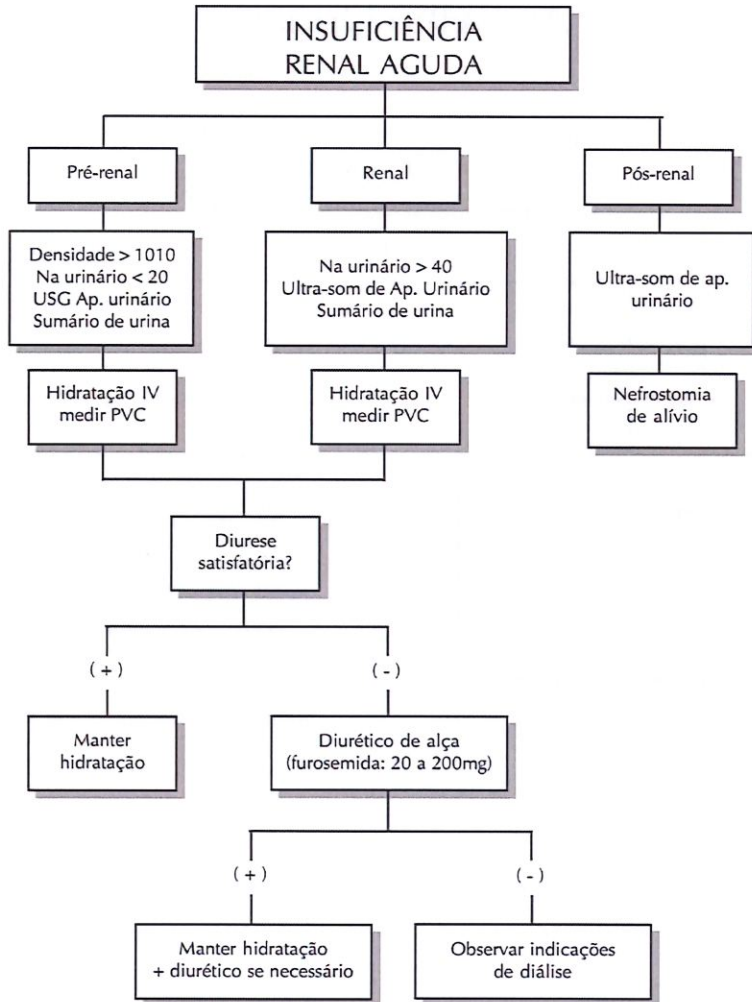




Aparelho Urinário



1270

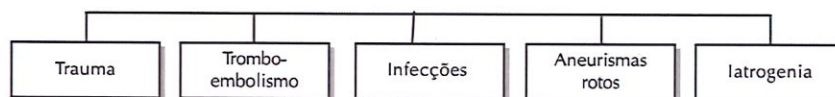


MEDIDAS GERAIS:

- Corrigir distúrbios hidroeletrólíticos
- Manter infusão de dopamina dose dopaminérgica
- Tratar causa precipitante



Urgências Vasculares



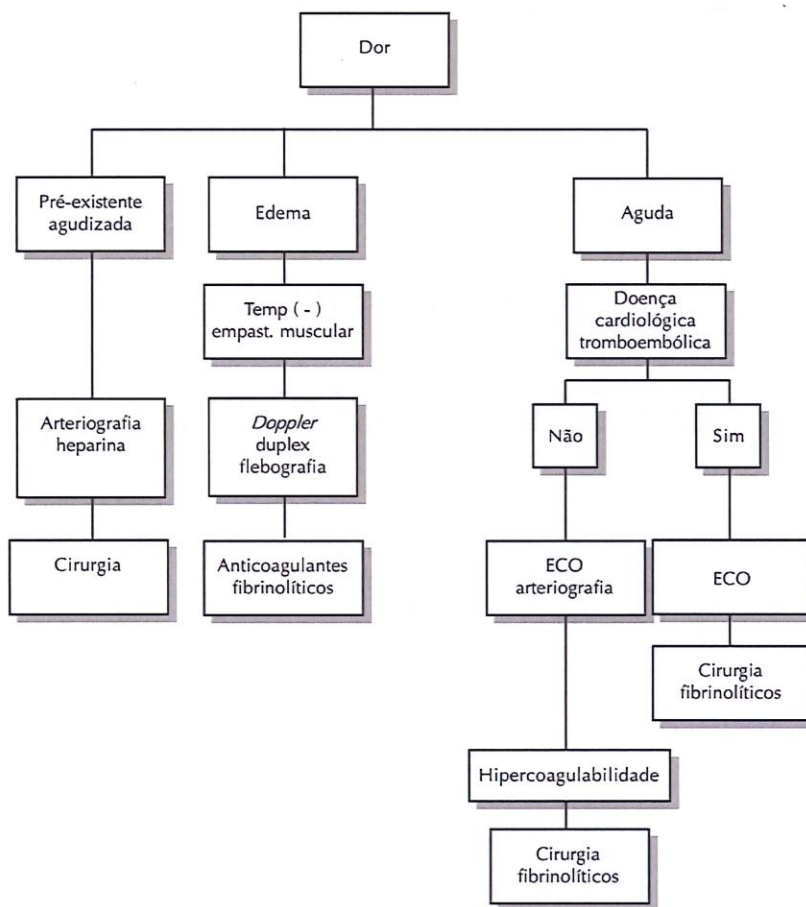
Traumas (Sinais)

Fortes	Probabilidade
- Choque	- Prox. trajeto vascular
- Pulso	- Lesão nervosa
- Frêmitos	- Choque refratário
- Tumorações pulsáteis	- Edema desprop.
- Sangue arterial	- Hematoma estável
- Cianose distal	
- Hematoma expansível	

1272



Tromboembolismo Arterial





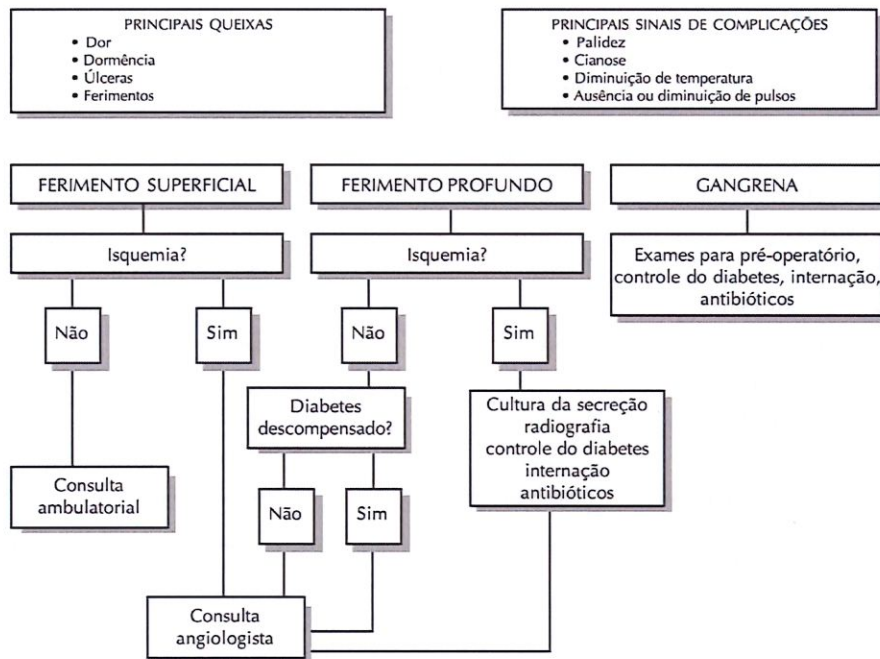
Tromboembolismo Arterial (Sinais e Sintomas)

	VENOSO	ARTERIAL
Dor	Presente	Presente
Edema	Presente	Ausente
Temperatura	Normal/aumentada	Diminuída
Perfusão	Normal	Diminuída
Imobilização	Não	Sim
Empast. muscular	Sim	Não
Cianose/palidez	Não	Sim
Sensibilidade	+	+++
Insf. funcional	Não	Sim
Início	Lento	Súbito
Antecedentes de varizes	Independente (+)	Independente

1274



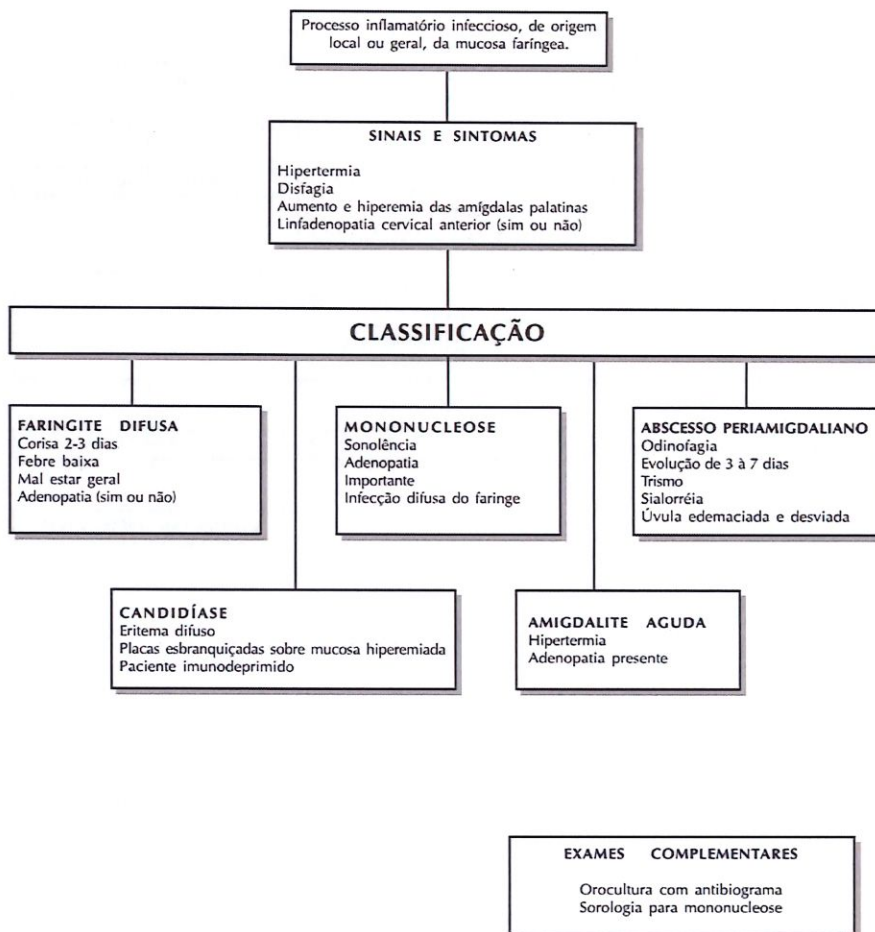
Rotina de Atendimento a Paciente com Pé Diabético



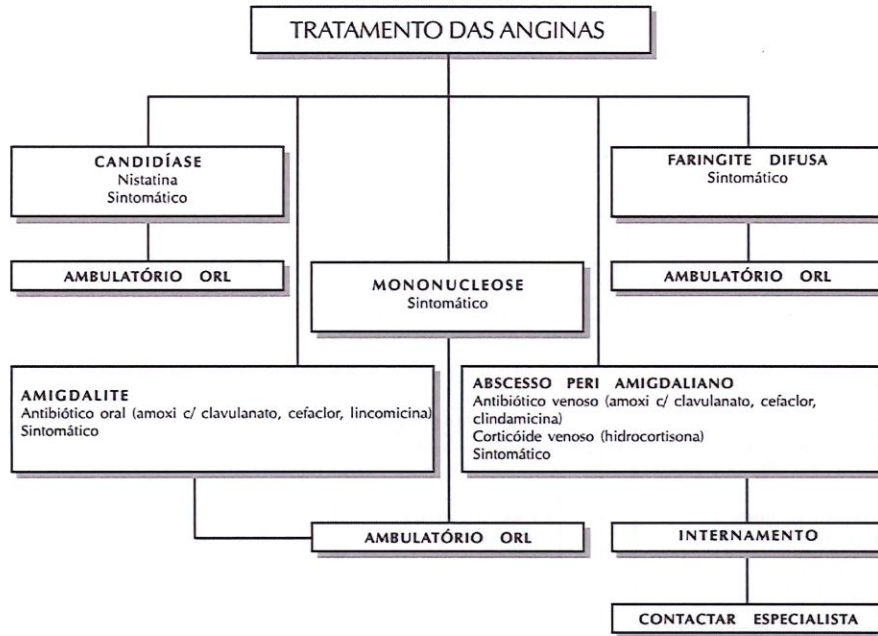
Entende-se por provável presença de isquemia a ausência de qualquer dos pulsos tibiais, em obstrução de artérias digitais.



Anginas

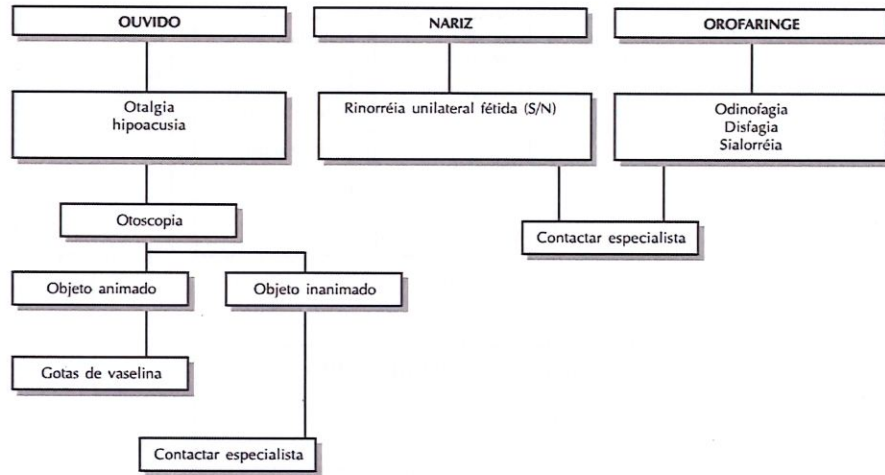


1276

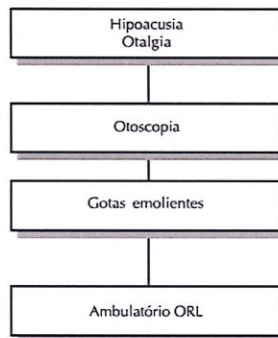




Corpo Estranho



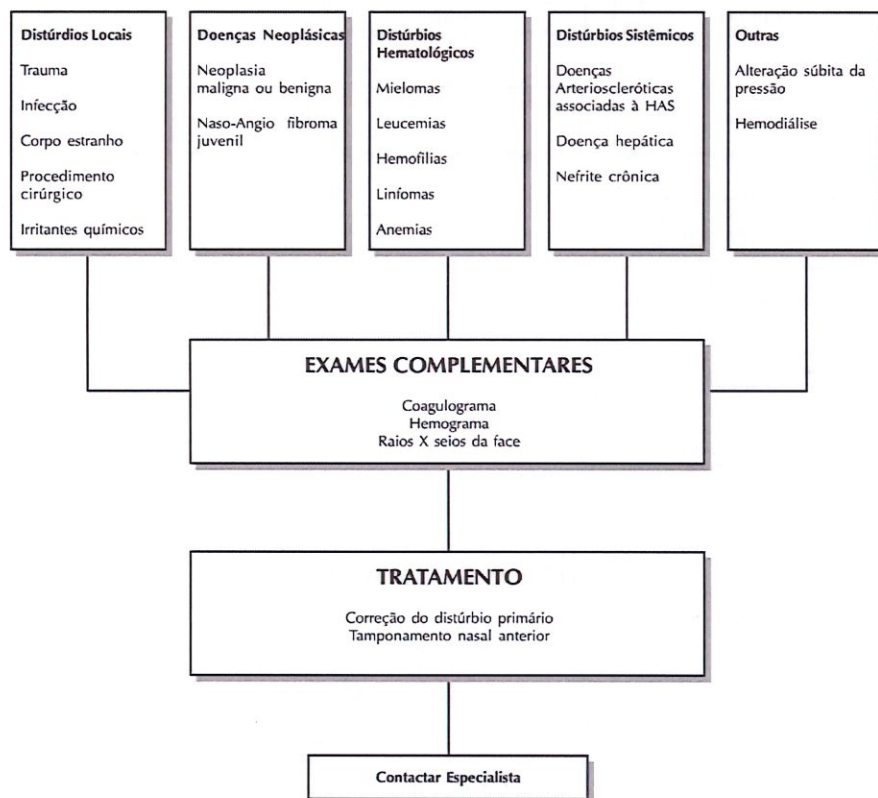
Rolha Ceruminosa



1298



Epistaxe



OBSERVAÇÕES:

TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR

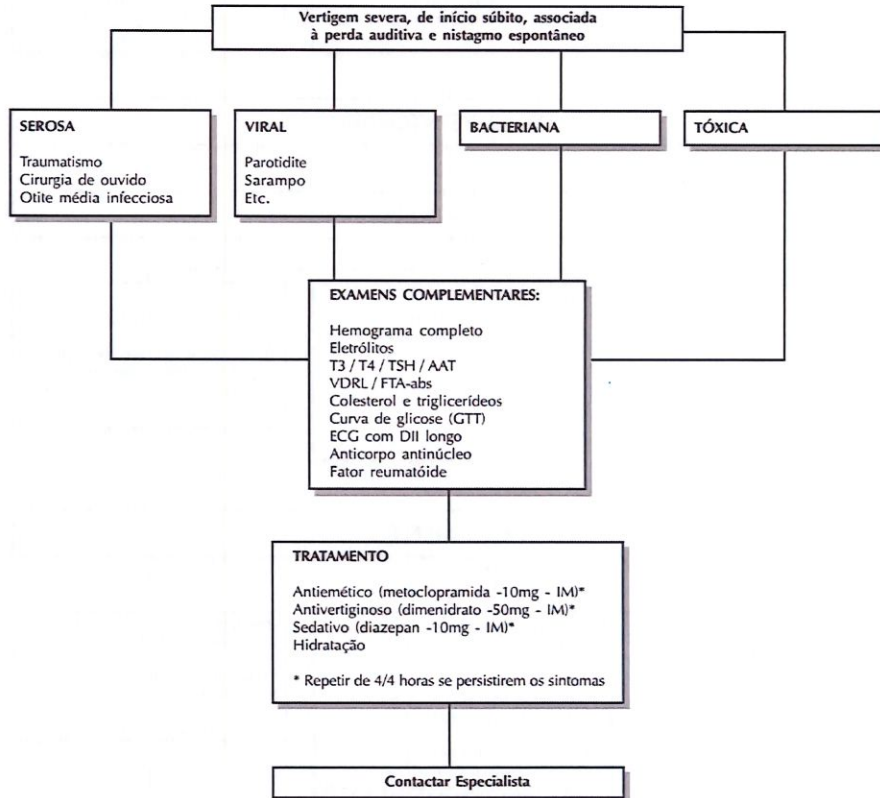
Introduzir na fossa nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona.

TAMPONAMENTO NASAL POSTERIOR (Especialista)

Material utilizado: Caixa de Otorrino (PA), Fotóforo (PA), Marocel (2 unidades - C. Cirúrgico).



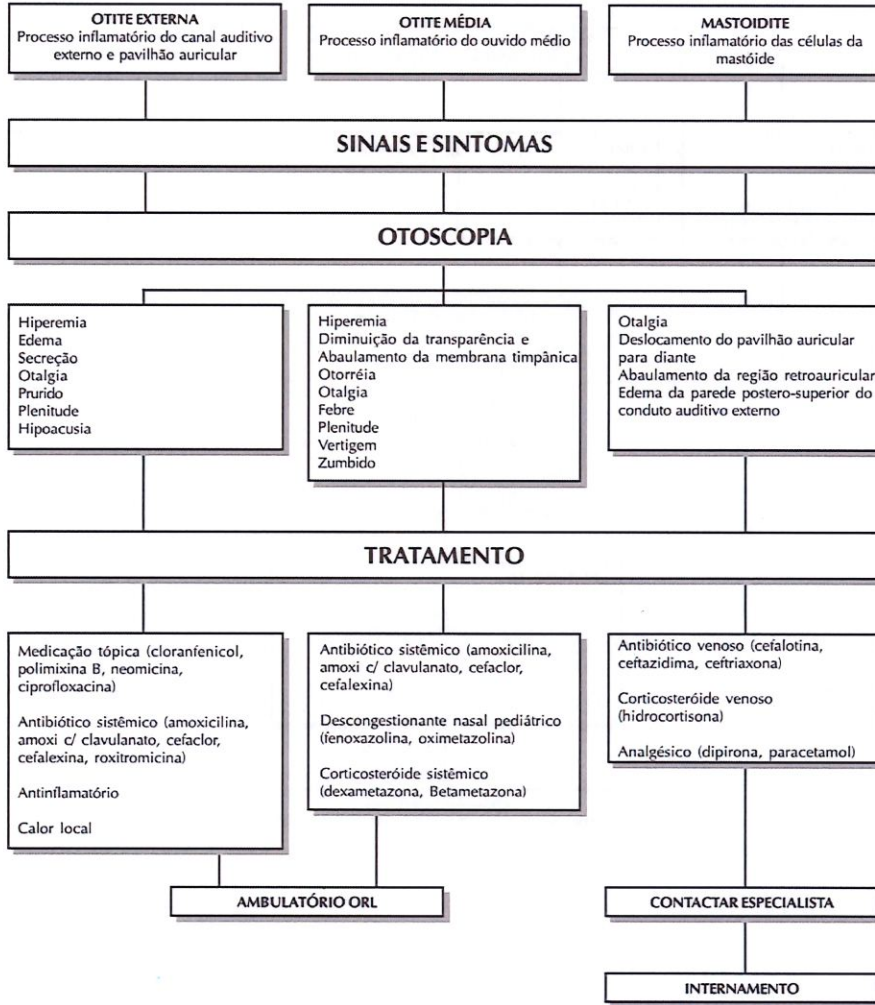
Labirintite Aguda



1280

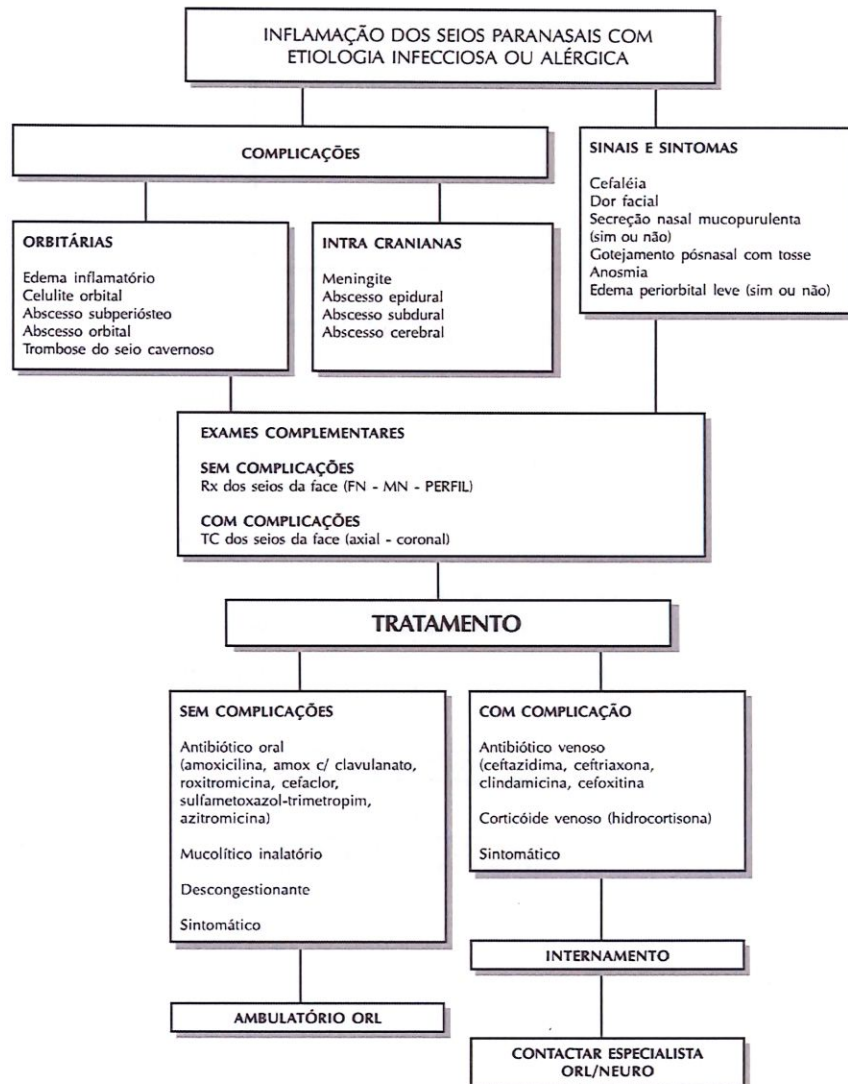


Otalgia





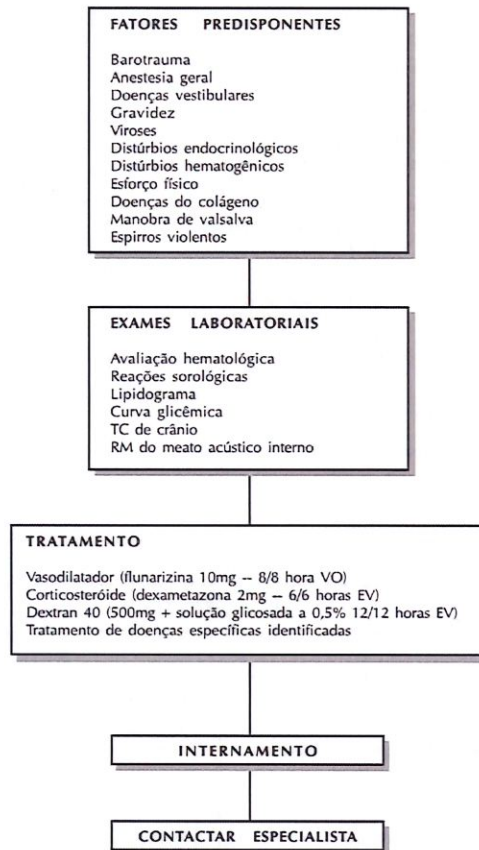
Sinusite



1282

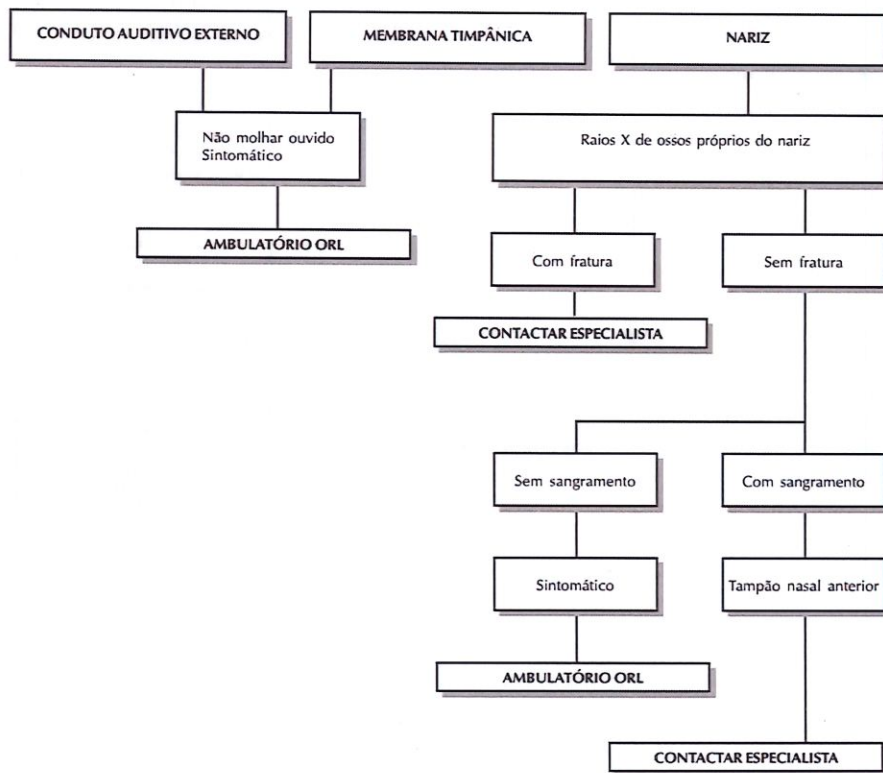


Surdez Súbita





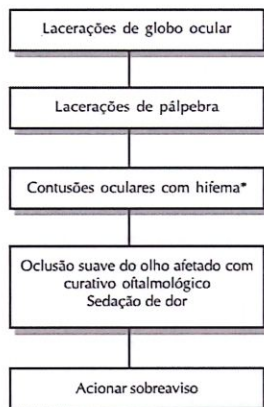
Trauma



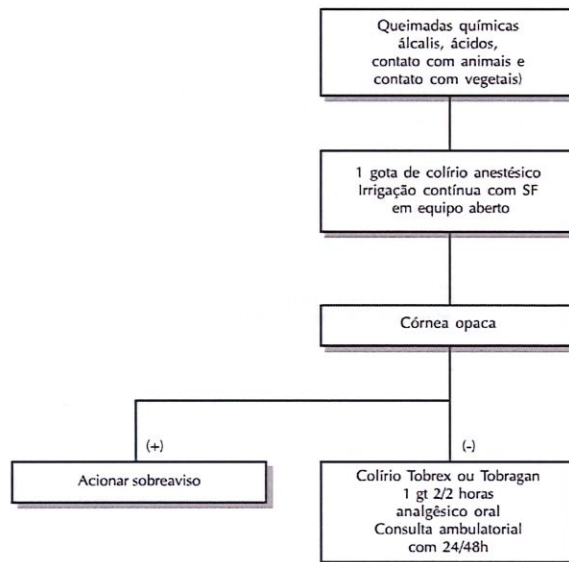
1284



LACERAÇÕES DE GLOBO OCULAR



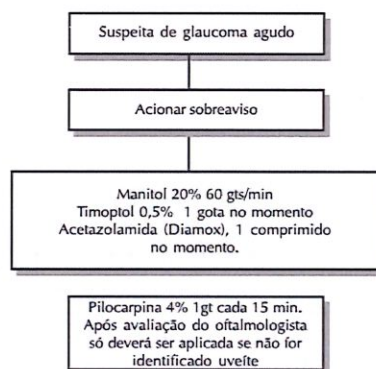
LESÕES QUÍMICAS



* Sangue em câmara anterior.



Glaucoma Agudo



Sinais e Sintomas

- Dor ocular intensa unilateral
- Turvação da visão
- Diminuição da transp. e brilho da córnea
- Midríase
- Olho "duro" à palpação
- Hiperemia pericorneana
- Câmara ant. rasa
- Náuseas e vômitos

1286

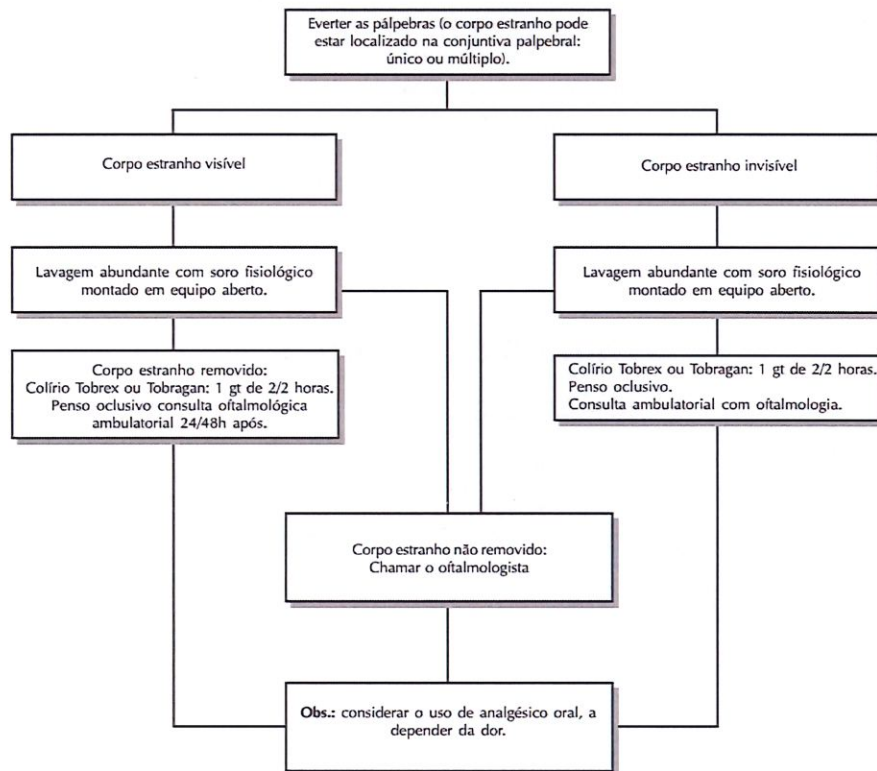


Corpos Estranhos Conjuntivais e/ou Corneanos

História de acidente com esmeril, areia, cisco, pó de serra, talco, etc.

Sintomas:

Sensação de corpo estranho.
Hiperemia conjuntival.





Dor Pós-Operatória em Cirurgias Oftalmológicas

Causas de dor:

Hipertensão ocular e/ou agressão cirúrgica.

Acetazolamida (Diamox) – 3 comp./dia
Aumentar dosagem de analgésico em uso ou considerar prescrição de analgésico mais potente
Antiinflamatório
Dor deverá melhorar em 6 horas após antiinflamatório
Caso não melhore, retornar e avaliação oftalmológica

Consulta oftalmológica ambulatorial

Perda ou Diminuição Súbita de Visão sem Outros Sinais ou Sintomas Externos

Causa:

Acidente vascular retiniano
Hemorragia vítrea
Descolamento de retina
Histeria

Informar ao paciente da necessidade de exames oftalmológicos complementares (ultra-som ocular, angiofluoresceinografia, mapeamento de retina, etc.)
Considerar o uso de tranquilizantes

Consulta oftalmológica ambulatorial

Abrasões Corneanas

Mecânica

Por lentes de contato

Prescrever analgésico V.O.
Colírio Tobrex ou Tobragan uso: 1 gota de 2/2 horas
Penso oclusivo

Remover as lentes de contato
Analgésico via oral
Colírio Tobrex ou Tobragan uso: 1 gt de 2/2 horas
Penso oclusivo

Consulta oftalmológica ambulatorial

1288



Conjuntivite Aguda

Sintomas:

Hiperemia difusa da conjuntiva
Córnea íntegra e bem transparente
Reflexo fotomotor presente
Sensação de areia nos olhos
Pode haver secreção purulenta
Edema de palpebra eventual

Prescrever colírio Tobrex ou Tobragan uso: 1 gt de 2/2 horas.
Compressas de gelo
Analgésico oral

Consulta oftalmológica ambulatorial

Úlcera de Córnea

Etiologia:

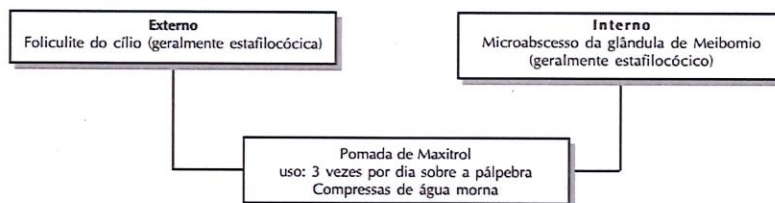
Mecânica
Bacteriana
Viral
Micótica
Acanthamoeba

Analgésico via oral
Colírio Tobrex ou Tobragan
Penso oclusivo

Consulta oftalmológica ambulatorial



Hordéolo (Terçol)



Quadro clínico:

Dor palpebral
Edema palpebral
Tumoração visível e palpável com sinal de flogose
Pode haver secreção mucopurulenta/purulenta

Consulta oftalmológica ambulatorial

Hemorragia Subconjuntival

Ocorre espontaneamente após pequenos traumas inclusive durante o sono, ou após coçar os olhos. Pode fazer parte do quadro clínico de doenças sistêmicas que causam tosse, vômitos, aumentam a permeabilidade capilar ou diminuem a coagulabilidade sanguínea.

Explicar ao paciente que a hemorragia se absorverá em uma ou duas semanas, sem deixar sequelas.

Prescrever lágrima artificial
Lacrima Plus – 1 gt 4 vezes por dia
Penso oclusivo

Consulta oftalmológica ambulatorial

1250



Ceratoconjuntivite Pós-irradiação Ultravioleta

Não é necessário chamar o oftalmologista de plantão.

Causada por exposição à solda elétrica sem óculos protetores ou exposição solar excessiva.

Sintomas:

Dor ocular geralmente bilateral intensa
Fotofobia
Lacrimajamento
Discreto edema de pálpebra

Pomada oftalmológica Epítezan
Penso oclusivo bilateral
Prescrever analgésico via oral

Consulta oftalmológica ambulatorial

Celulite (abscesso) Orbitária Celulite Periorbitária

Não é necessário chamar o oftalmologista de plantão.

Frequentemente associado com sinusites agudas preferencialmente em crianças ou adultos jovens. Pode ser consequência de trauma prévio e infecções exógenas. Nada poderá ser feito de imediato pelo oftalmologista.

Sintomas:

Febre
Tumefação orbitária, exoftalmo com flogose
Diminuição ou ausência de movimentos oculares

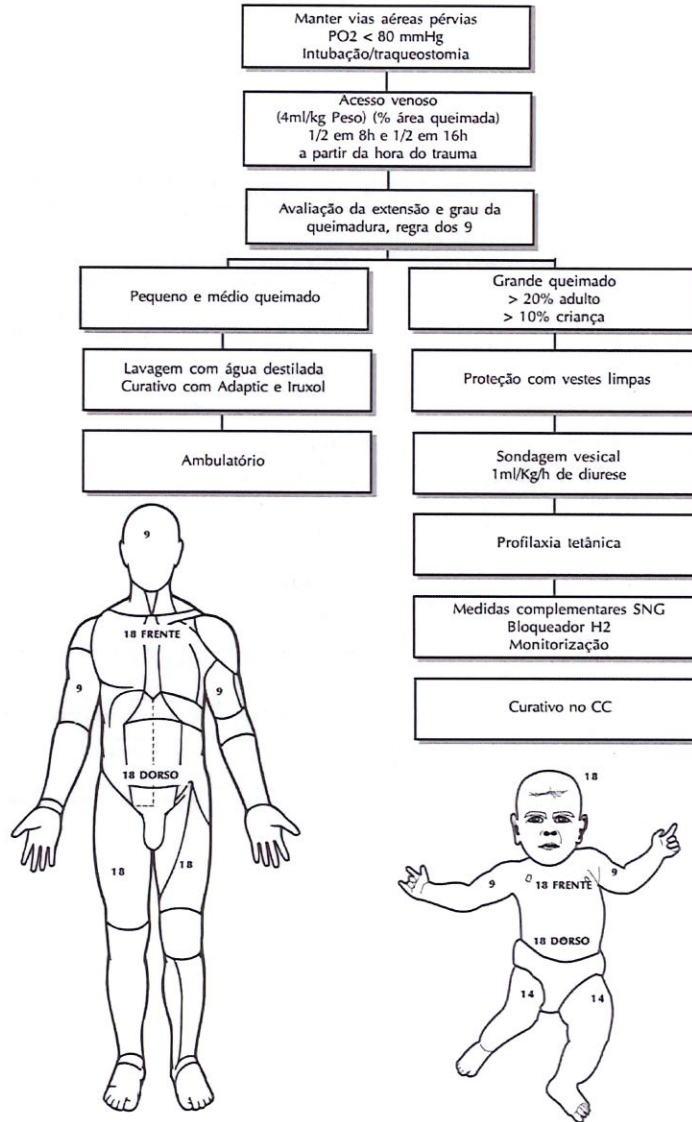
Internar o paciente
Antibioticoterapia intravenosa
Solicitar TC de crânio e órbitas

Consulta oftalmológica ambulatorial



Observe ainda os seguintes aspectos

Protocolo de Atendimento Inicial ao Queimado

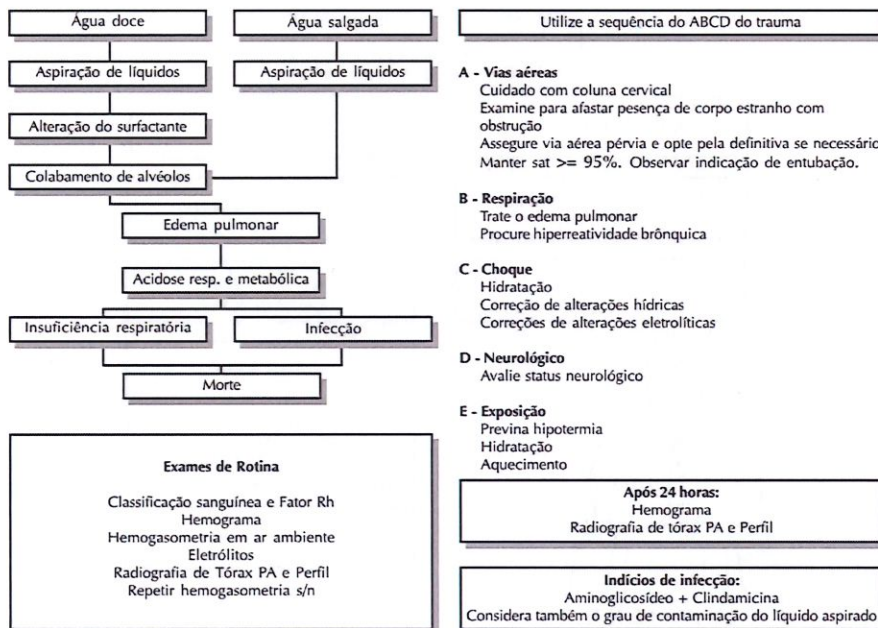


1232



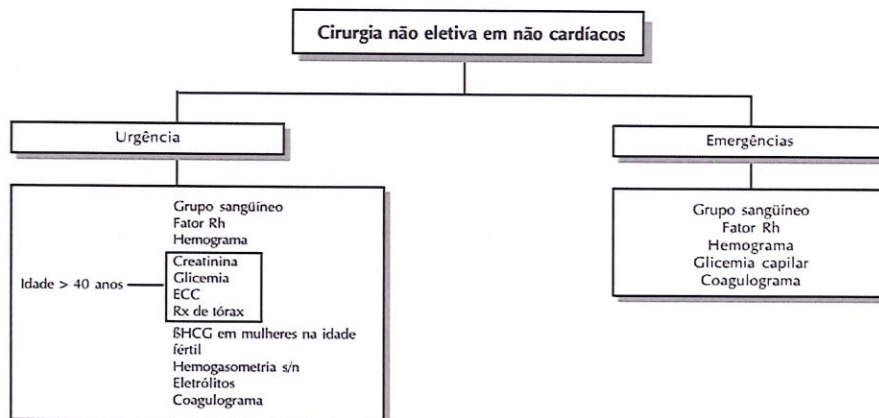
Afogamento

FISIOPATOLOGIA BÁSICA





Rotina de Exames Pré-Operatórios na Emergência





Soluções para Infusão Contínua – HSR

- A = ampola
- FA = frasco ampola
- DI = dose inicial , de ataque
- DM = dose de manutenção
- DL = diluição proposta , solução padrão
- IT = interação com outras drogas
- ICB = incompatibilidade endovenosa
- TX = toxicidade , efeitos colaterais
- SC = subcutâneo

1. AMIODARONA

A = 3ml - 150mg
DI = 5 - 10mg/kg em 5 minutos
DM = 5 microgramas/kg/min (10mg/kg/24h via oral)
DL = 4A + 240ml SG - 2,5mg/ml
IT = não significativa
ICB = não descrita
TX = cefaléia, bradicardia, arritmias, hipotensão, ICC,
micro-depósitos córneo, distúrbios visuais, hipo/hipertireoidismo, ginecomasia,
náusea, vômitos, constipação
Obs.: metabolismo hepático. Excreção renal

2. ESTREPTOQUINASE

FA = 250.000, 750.000 e 1.500.000 unidades
DI = 1.500.000 unidades em 100ml SG em 1 hora
TX = pode ocasionar fenômenos de hipersensibilidade e sangramento
em episódios recentes de úlcera péptica, AVC e outros
IT = não relatada
ICB = não relatada

3. HEPARINA

FA = 5 ml - 32.000 / 250ml
DI = 50 - 100 U/kg
DM = 10 - 20 U/kg
DL = 1 ampola + 240ml SG
Dose ajustada de acordo com TTPa (2 a 3 vezes valor basal)
ICB = ampicilina. Aminofilina. Epinefrina. Eritromicina. Hidrocortisona.
Kanamicina. Tetraciclina. Tobramicina
TX = hemorragia



- A = ampola
- FA = frasco-ampola
- DI = dose inicial, de ataque
- DM = dose de manutenção
- DL = diluição proposta, solução padrão
- IT = interação com outras drogas
- ICB = incompatibilidade endovenosa
- TX = toxicidade, efeitos colaterais
- SC = subcutâneo

4. LIDOCAÍNA

FA = 20ml a 1% ou 2%
DI = 1mg/kg
DM = 1 - 4mg/min
DL = 1 g (50ml 2%) + 200ml SG = 4mg/ml
IT = Beta-bloqueadores, cimetidina: diminuem o metabolismo da lidocaína. Observar sinais de toxicidade. Como uso associado de hidantal ocorre efeito depressor cardíaco
ICB = Aminofilina. Ampicilina. Gluconato de cálcio. Dexametasona. Dopamina. Dobutamina. Norepinefrina. Epinefrina. KCL. Penicilina. Procamida
TX = confusão, tremor, letargia, sonolência, convulsões, tremores musculares, hipotensão, bradicardia e outras arritmias, distúrbios visuais, visão dupla
Obs.: níveis terapêuticos séricos entre 2 a 5mcg/ml. Metabolismo hepático. Excreção renal

5. MIDAZOLAN

A = 3ml - 15mg e 5ml - 50mg
DL = 5 ampolas - 50mg + 210ml SG (1ml - 1mg)
DI = Adulto 0,03 - 0,3mg/kg LENTO
DM = Adulto 0,03 - 0,02mg/kg/h
IT = álcool. Não usar em miastenia *gravis*
ICB = não descrita
TX = cefaléia, variação da FC e PA, náusea, vômitos, soluços, diminuição da frequência respiratória
Obs.: metabolismo hepático. Excreção renal

6. NITROGLICERINA

A = 10ml - 50mg
DI = não
DM = 5 - 10mcg/min
DL = 1 ampola - 50mg + 240 SG (1ml - 200mcg)
IT = não significante
ICB = não descrita
TX = cefaléia latejante, tontura, fraqueza, hipotensão ortostática, taquicardia, náusea, vômitos, reações anafiláticas
Obs.: droga é absorvida em tubo de PVC. Usar *set* de infusão próprio. Metabolismo hepático. Excreção renal

1286



- A = ampola
- FA = frasco ampola
- DI = dose inicial, de ataque
- DM = dose de manutenção
- DL = diluição proposta, solução padrão
- IT = interação com outras drogas
- ICB = incompatibilidade endovenosa
- TX = toxicidade, efeitos colaterais
- SC = subcutâneo

7. RANITIDINA

A = 5ml - 50mg
DI = 50mg + SF 20ml lento 2-3min
DM = 20 - 30mg/h não excedendo 15mg/h nas 24 horas
DL = 5amp + 225 SF (1ml - 1mg)
IT = não relatada
ICB = cefamandole
TX = tontura, erupção cutânea, diarreia, dores musculares
Obs.: metabolismo hepático. Excreção renal

8. SOMATOSTATINA

A = 250mcg e 3mg
DI 250mcg
DM 3mg em 250ml a cada 12h
DL = 3mg + SF 240ml (1ml - 12,5mcg)
IT = barbitúricos: exacerba os efeitos
ICB = não relatada
TX = inibe secreção de insulina e glucagon, náusea, vertigem, sensação de calor, elevação da RAM e redução do pulso

9. AMINOFILINA

A = 10ml - 240mg
DI = 6mg/kg lento durante 20min
DM = 0,2 - 0,9 mg/kg/h
DL = 4 ampolas = 240ml SG (1ml - 4mg)
IT = beta-bloqueadores efeito agonista. Propanolol e nadolol em particular podem causar broncoespasmo. Cimetidina diminui a depuração hepática e aumenta concentração plasmática de aminofilina. Barbitúricos e fenitoína aumentam o metabolismo e diminuem a concentração plasmática
ICB = ampicilina. Gluconato de cálcio. Dobutamina. Epinefrina. Insulina. Norepinefrina. Vitamina C. Complexo B. Penicilina. Vancomicina. Cefalotina. Clindamicina
TX = tontura, cefaléia, insônia, convulsões, tremores musculares, palpitações, taquicardia sinusal, extra-sístoles, *flushing*, hipotensão, náusea, vômitos, diarreia, urticária, taquipnéia.
Obs.: metabolismo hepático. Excreção renal. Depuração plasmática ou *clearance* diminui na insuficiência cardíaca e hepática. Fumantes apresentam DP aumentada
Níveis terapêuticos 10 - 20mcg/ml



- A = ampola
- FA = frasco ampola
- DI = dose inicial, de ataque
- DM = dose de manutenção
- DL = diluição proposta, solução padrão
- IT = interação com outras drogas
- ICB = incompatibilidade endovenosa
- TX = toxicidade, efeitos colaterais
- SC = subcutâneo

10 . DOPAMINA

A = 10ml - 50mg
DL = 5 ampolas + 210ml SG (1ml - 1.000mcg)
Dose dopamenérgica: 0,5 - 2,0mcg/kg/min
Dose dopa + beta: 2,0 - 5,0mcg/kg/min
Dose beta: 5,0 - 10mcg/kg/min
Dose beta + alfa: 10 - 20mcg/kg/min
Dose alfa: > 20mcg/kg/min
IT = beta - bloqueadores ação antagonista
Inibidores da MAO – possível crise hipertensiva. Evitar fenitoína – possível redução PA nos doentes com estabilidade de PAM em uso de dopamina
ICB = ampicilina. Gentamicina. Penicilina. Bicarbonato de sódio
TX = cefaléia, extrassístoles, bradicardia, alargamento do QRS, náusea, vômitos, piloereção, dispnéia

11. DOBUTAMINA

FA = 20ml - 250mg
DL = 1 frasco ampola + 230ml SG (1ml - 1.000mcg)
Dose: 1 - 40mcg/kg/min
IT = beta-bloqueadores efeito antagonista
Anestésicos gerais: grande incidência de arritmias ventriculares
ICB = sol. alcalinas. Aminofilina. Ampicilina. Betrilium. Heparina
Insulina. KCL

12. EPINEFRINA

A = 1ml - 1.000mcg
DL = 1 ampola + 250ml SG (1ml - 4mcg)
Dose beta: 0,005 - 0,02mcg/kg/min
Dose beta + alfa: > 0,02mcg/kg/min
IT = bloqueadores alfa: hipotensão
Beta-bloqueadores: vasoconstrição e bradicardia reflexa
Anestesia e cedilanide: aumenta risco de arritmias ventriculares
Levodopa, Inibidores MAO, antid. tricíclicos: crise hipertensiva
ICB = aminofilina. Bicarbonato de sódio
TX = cefaléia, tremor, euforia, palpitação, edema pulmonar, dispnéia, palidez, hiperglicemia, hipertensão, taquicardia

1298



- A = ampola
- FA = frasco-ampola
- DI = dose inicial, de ataque
- DM = dose de manutenção
- DL = diluição proposta, solução padrão
- IT = interação com outras drogas
- ICB = incompatibilidade endovenosa
- TX = toxicidade, efeitos colaterais
- SC = subcutâneo

13. NORADRENALINA

A = 4ml - 4.000mcg
DL = 1 ampola + 250ml SG (1ml - 16mcg)
Dose beta: 0,01 - 0,03mcg/kg/min
Dose beta + alfa: 0,03 - 0,08mcg/kg/min
Dose alfa: > 0,08mcg/kg/min
IT = bloqueadores alfa-adrenérgicos: hipotensão
Glicosídeos e anest. hálógenos: aumenta risco de arritmias ventric.
Levodopa, inibidores MAO, ant. tricíclicos: aumenta risco de crise hipertensiva.
ICB = aminofilina Cefoxilina Cefalotina Bicarbonato de sódio
TX = tremor, euforia, sudorese, hemorragia cerebral, hipertensão, taquicardia, fibrilação ventricular, edema pulmonar, dispnéia

14. NITROPRUSSIATO DE SÓDIO

FA = 10ml - 50mg
DL = 1 ampola + 240ml SG (1ml - 200mcg)
Dose média: 0,5 - 10mcg/kg/min
IT = não significante
ICB = não descrita
TX = celaléia, tontura, ataxia, perda de consciência, coma, reflexos ausentes, pupilas dilatadas, palpitação, dispnéia, dor abdominal, náusea, vômitos, acidose, coloração rósea da pele
Obs.: nível plasmático de tiocianato > 100mcg/ml está associado à toxicidade

15. SALBUTAMOL

A = 1ml = 0,5mg
DL = 10 ampolas + 240ml SG (1ml - 20mcg)
Dose média: 5mcg/min até 20 vezes/mês
IT = droga taquicardizante
ICB = não descrita
TX = taquicardia, tremores



Soluções para Infusão Contínua – HSR

SOLUÇÃO	AMPOLA	DILUIÇÃO	MICROGRAMAS/ML
REVIVAN	5 AMPOLAS	SOL. GLICOSADA 5% 210ML	1ml - 1.000 microgramas
DOBUTREX	1 AMPOLA	SOL. GLICOSADA 5% 230 ML	1ml - 1.000 microgramas
NIPRIDE	1 AMPOLA	SOL. GLICOSADA 5% 230 ML	1ml - 200 microgramas
AMINOFILINA	4 AMPOLAS	SOL. GLICOSADA 5% 210 ML	1ml - 4 miligramas
DORMONID	5 AMPOLAS - 50 MGX TOTAL-250 MG	SOL. GLICOSADA 5% 210 ML	1ml - 1 miligrama
ANCORON	4 AMPOLAS	SOL. GLICOSADA 5% 240 ML	1ml - 2,5 miligramas
ESTREPTOQUINASE	1 AMPOLA 1.500.000 UNIDADES	SOL. GLICOSADA 5% 100 ML	1ml - 15.000 unidades
HEPARINA	1 AMPOLA - 05 ML TOTAL- 32.000 UI	SOL. GLICOSADA 5% 240 ML	1ml - 1.000 unidades
LIDOCAÍNA	2 AMPOLAS 2 % 50 ML	SOL. GLICOSADA 5% 200 ML	1ml - 4 miligramas
NITROGLICERINA	1 AMPOLA - 50 MG	SOL. GLICOSADA 5% 240 ML	1ml - 200 microgramas
AEROLIN	10 AMPOLAS	SOL. GLICOSADA 240 ML	20 MCG / 1 ML
SOMATOSTATINA	1 AMPOLA - 3 MG	SOL. FISIOLÓGICA 0.9% 240 ML	1ml - 12,5 microgramas
ADRENALINA	1 AMPOLA	SOL. GLICOSADA 5% 250 ML	1ml - 4 microgramas
NORADRENALINA	1 AMPOLA	SOL. GLICOSADA 5% 250 ML	1ml -16 microgramas

1300



Reposição Hídrica e Eletrolítica Basal

Pacientes com mais de 40 quilos	
Água	30 a 40ml por quilo
Sódio	1 a 1,5mEq por quilo
Potássio	0,7 a 1mEq por quilo

Pacientes com menos de 40 quilos	
Água	Quantidade
Até 10 quilos	Multiplicar peso por 100
De 10 a 20 quilos	1.000ml + 50 vezes o peso menos 10
De 20 a 40 quilos	1.500ml + 20 vezes o peso menos 20
Sódio	2,5mEq por quilo
Potássio	2,5mEq por quilo

Cálculo do gotejamento

Gotas por minuto = $\frac{\text{Quantidade de água em ml}}{\text{Número de horas} \times 3}$

Microgotas por minuto = $\frac{\text{Quantidade de água em ml}}{\text{Número de horas a ser infundida}}$

2.2.4 Apresentação da estrutura do Serviço de Assistência Social

Da Finalidade

Art. 1. O Departamento Serviço Social tem como finalidade:

Intervir no processo saúde/doença desenvolvendo as atribuições de competência do Assistente Social contribuindo na melhoria da qualidade de vida e no nível de saúde do paciente;

Atuar nas demandas sociais, através do referencial teórico metodológico do Serviço Social, visando contribuir na melhoria da saúde dos usuários do sistema de saúde;

Contribuir através de ações socioeducativas na ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos dos usuários do sistema de saúde; e

Posicionar-se em favor da equidade e justiça social junto aos pacientes, diante das demandas sociais buscando assegurar a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos Programas de Saúde e Políticas Sociais, bem como sua gestão democrática.

Capítulo II

Da Subordinação

Art. 2. O Departamento Serviço Social é subordinado hierarquicamente a Gerência Geral da Unidade.

Capítulo III

Da Estrutura Organizacional

Art. 3. O Departamento Serviço Social estará organizado em:

Chefia do Departamento de Serviço Social;

Seção Trabalho Social;

Art. 4. A Chefia do Departamento Serviço Social será exercida pelo Assistente Social, do quadro multiprofissional de saúde, Bacharel em Serviço Social.

Art. 5. As atividades técnicas e funções privativas e de competência do Assistente Social serão exercidas por Assistente Social a disposição do Departamento Serviço Social.

Capítulo IV

Da Competência

Art. 6. Compete a Chefe do Serviço Social:

1302

Supervisionar as atividades técnicas e administrativas do Departamento de Serviço Social;

Estabelecer normas e diretrizes para o Departamento de Serviço Social;

Promover a capacitação técnica e administrativa do pessoal do Departamento de Serviço Social;

Responsabilidade técnica do Departamento de Serviço Social;

Participar de reuniões com outros setores, para discussão de questões técnicas de interesse do sistema de saúde;

Planejar, organizar, coordenar e avaliar o trabalho social;

Contribuir no processo de seleção dos recursos humanos prevendo o quantitativo necessário ao Departamento de Serviço Social e fazer a distribuição destes;

Manter articulação com os demais serviços, visando melhor atendimento aos usuários;

Apresentar a produtividade mensal através de relatório quantitativo das atividades desenvolvidas;

Elaborar a escala de serviço do pessoal empregado no Departamento Serviço Social;

Elaborar e Supervisionar programas e projetos na área de competência do Departamento Serviço Social;

Dispor de autonomia na elaboração e execução das escalas de trabalho das Assistentes Sociais, desde que respeitada à jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais, com base na Lei 12.317 de 26 de agosto de 2010.

Art. 7. São atribuições das Assistentes Sociais:

Realizar o Trabalho Social de competência do Assistente Social;

Prestar orientação social aos usuários do serviço de saúde;

Realizar Atendimento Social, Acompanhamento Social, Encaminhamento Social, Triagem Social, Visita Social Hospitalar;

Assumir a responsabilidade dos procedimentos técnicos realizados; e

Apresentar a produtividade mensal através de relatório quantitativo dos procedimentos técnicos realizados a Chefe do Departamento de Serviço Social.

Elaborar, coordenar e executar programas e projetos na área de competência do Assistente Social;

Art. 8. A Secretaria compete executar o serviço administrativo, distribuído nas seguintes funções:

Secretário:

Preparar toda correspondência interna e externa;
Receber, registrar e distribuir documentos;
Ter conhecimento em informática; e
Apresentar mensalmente relatório das atividades;
Auxiliar Administrativo:
Prestar serviços de digitação;
Prestar serviços de arquivos;
Prestar serviços de assessoria administrativa;
Realizar serviço de estafeta quando necessário; e
Apresentar mensalmente relatório das atividades;

Capítulo V

Do Pessoal e Seus Requisitos

Art. 9. Os requisitos mínimos para o exercício das funções nas diferentes categorias funcionais são:

Chefe do Departamento Serviço Social:

Bacharel em Serviço Social; e

Registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

Assistentes Sociais:

Bacharel em Serviço Social; e

Registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

Art. 10. A Ficha Social é propriedade exclusiva do Departamento Serviço Social, podendo ter sua cópia fornecida somente aos representantes legalmente constituídos para este fim, via procuração autenticada em cartório e autorização do chefe do Departamento Serviço Social.

Art. 11. A todos os integrantes do Departamento Serviço Social, compete observar as leis, regulamentos, instruções vigentes.

Parágrafo Único. Todas as Assistentes Sociais do Departamento de Serviço Social deverão observar a legislação pertinente a profissão, o Código de Ética e as Resoluções do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em seus direitos e deveres.

TRABALHO ASSISTENTE SOCIAL

1304

Dentro do trabalho diário da Assistente Social junto ao paciente podemos elencar os seguintes atributos:

Acolher o usuário, identificando o mesmo, se apresentando e explicando os procedimentos a serem realizados.

Atuar em equipe multiprofissional no desenvolvimento de projetos terapêuticos em unidades de saúde.

Prestar serviços a indivíduos ou grupos em tratamento de saúde física ou mental, identificando e analisando seus problemas e necessidades materiais, psíquicas e aplicando processos básicos de serviço social, visando promover a sua recuperação e sua inclusão social.

Identificar os problemas de origem psicossocial e econômica que interferem no tratamento de saúde.

Realizar o acompanhamento social individual de pacientes, em tratamento na instituição, buscando a participação dele no processo de cura, a manutenção do seu vínculo empregatício e na preservação da unidade familiar.

Participar com a equipe multidisciplinar no processo de alta hospitalar, para facilitar o retorno do usuário ao meio familiar em condições técnicas adequadas.

Promover e organizar a atualização do cadastro dos recursos comunitários, com vistas a sua democratização e facilidade de acesso dos usuários aos mesmos.

Participar na formulação e execução dos programas de saúde física - mental, promovendo e divulgando os meios profiláticos, preventivos e assistenciais;

Prestar serviço de assistência ao trabalhador com problemas referentes readaptação profissional, acompanhando os indivíduos em reabilitação.

Contribuir na criação e desenvolvimento de espaços de controle social.

Facilitar o acesso e participação do usuário e seus familiares no processo de tratamento, incentivando o autocuidado e as práticas de educação em saúde.

Participar do planejamento, coordenação e supervisão de atividades desenvolvidas na instituição por estagiários e voluntários. Atuar a nível comunitário através de ações intersetoriais.

Realizar estudos, pesquisas, levantamentos e diagnósticos nas áreas de concursos, recrutamento, seleção, capacitação, avaliação de desempenho, cargos e salários, benefícios e rotinas trabalhistas;

Elaborar projetos, planos e programas na área de gestão de pessoas;

Coordenar o desenvolvimento de projetos, acompanhando sua operacionalização;

Emitir pareceres parciais e/ou conclusivos sobre assuntos relacionados à área de atuação;

Elaborar relatórios e manuais de normas e procedimentos, materiais didáticos e divulgação de projetos desenvolvidos.

2.2.5 Apresentação Proposta do Serviço de Nutrição

O SND prestará assistência nutricional e fornecerá refeições balanceadas voltadas as necessidades de dieta cada cliente, visando a satisfação e recuperação da saúde.

Forneceremos 6 (seis) refeições por dia. Os pacientes que tiverem que permanecer nas Unidades, receberão essas refeições, bem como os seus acompanhantes que forem contemplados na PNH, ou seja, que acompanharem pacientes até 14 anos completos ou acima de 65 anos, bem como àqueles que forem portadores de necessidades especiais.

Dentre as principais funções do SND está a de proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, e deve estar atento também aos pareceres e ou solicitações médicas, que após avaliação do paciente, ele receberá um plano alimentar específico.

O SND também fornecerá refeições preconizadas no PAT – Programa de Atendimento ao Trabalhador, para todos os colaboradores das Unidades, diretos e indiretos, terceiros e médicos.

Nosso SND será terceirizado para empresa com capacidade técnica para essa atividade, que deverá ser comprovada através da apresentação de Atestados de Capacidade Técnica, emitidos por instituições públicas e/ou privadas. Essa empresa selecionada cuidará do SND, do Refeitório, do Serviço de Copa, fornecendo ainda a Nutricionista para as Unidades.

Nosso SND estará atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, que após o avaliar o paciente ser, indicará um plano alimentar específico, que irá variar conforme sua patologia e seu estado nutricional, prestando assistência nutricional adequada e fornecendo refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada paciente, visando a satisfação e recuperação da saúde.

Também fornecerá refeições balanceadas a todos os colaboradores diretos do AHBB, médicos e não médicos aos indiretos (empresas terceirizadas), bem como para os acompanhantes dos pacientes, dentro da PNH.

Explicando o Serviço de Nutrição e Dietética – SND

O SND é um subsistema do serviço, Prestado por Empresa Terceirizada devendo estar subordinado junto à Administração da Unidade, para que haja a possibilidade de um pleno desenvolvimento do processo de assistência nutricional.

A dieta é importante para prover o aporte de nutrientes para o paciente, e assim, preservar seu estado nutricional pelo seu papel Co terapêutico em enfermidades agudas e crônicas.

Agrega-se às suas atividades o desenvolvimento de ensino e pesquisa. O SND é formado pelas seguintes áreas:

Área de administração: com um nutricionista responsável técnico (RT), gerenciando e coordenando.

1306

Área de recebimento e estocagem de gêneros perecíveis e não-perecíveis.

Área de distribuição das refeições (dietas gerais) e modificadas (dietas especiais).

Áreas de produção especializada: Lactário, Sala de Manipulação de Dietas Enterais.

Área para a distribuição das refeições dos clientes nos vários Sítios Funcionais da Unidade, contendo dois tipos de fornecimento (entrega) de refeições aos pacientes: centralizado e descentralizado. No serviço centralizado a refeição é porcionada completamente na área de distribuição, sendo entregue pelos copeiros por um sistema de transporte adequado (carrinhos térmicos).

Neste contexto verifica-se que a população atendida pelo SND será bastante diversificada, tanto com relação à faixa etária, tipo(s) de patologia(s), hábitos alimentares e culturais, quanto aos acompanhantes sadios que prestam assistência aos pacientes institucionalizados.

Importância do SND Para a Qualidade nos Serviços de Saúde

Quando falamos em qualidade na saúde, logo pensamos em um atendimento humanizado, equipamentos com tecnologia de ponta, onde os diagnósticos são cada vez mais precisos e menos invasivos, priorizando o aconchego e o conforto fornecidos pelo serviço de hotelaria da Unidade.

Um assunto não tão discutido, porém de extrema importância para a qualidade, são os serviços prestados pelo SND no ambiente de saúde, que deve ser totalmente inserido como um subsistema do sistema.

Objetivos do SND

Seu objetivo é produzir bens e serviços relacionados e assistência dietoterápica embasada em fundamentos técnico-administrativos e científicos, contribuindo para a cura e/ou restabelecimento dos pacientes.

Por se tratar de dietas com restrições, muitas vezes as refeições não são saborosas, fazendo com que os pacientes após sua alta ou até mesmo enquanto internados questionem o SND colocando-o como ponto crítico para ser melhorado, classificando a “comida de hospital”, como sinônimo de comida ruim.

Quem nunca escutou a frase: “essa comida está tão ruim, igual à comida de hospital”.

Pois bem, esta cultura que se arrasta durante anos é um grande desafio para os hospitais e demais unidades de saúde, e eliminar definitivamente essa impressão negativa dos pacientes é vencer esse desafio.

Para que esta imagem possa ser mudada, vamos investir no serviço de “gastronomia hospitalar”, onde as refeições serão elaboradas com muita criatividade e talento, mesmo havendo restrições alimentares impostas pelos médicos. A verdade, é que é possível preparar refeições diferenciadas com qualidade e muito sabor.

Individualizar o Tratamento

As refeições são elaboradas com as restrições necessárias, porém o paciente recebe um tratamento totalmente individualizado, respeitando as necessidades do seu tratamento e o satisfazendo ao mesmo tempo.

Isso se tornou possível graças à evolução na qualidade sanitária, que permitiu a implementação de novas técnicas nos processos, mais o avanço da tecnologia de informação e dos equipamentos que facilitaram os processos produtivos.

Os investimentos para criação de um SND diferenciado poderão ser altos, porém se buscarmos a qualidade e satisfação dos nossos clientes/pacientes, o seu retorno será significativo. Quem busca qualidade de serviços se torna fiel a instituição e em oportunidades certamente irá elogiar o atendimento diferenciado e humano que recebeu.

Atividades do SND

Administrativas: planejamento, organização, assessoria, comando, coordenação e controle.

Técnicas: prestação de assistência nutricional a pacientes internados e ambulatoriais, acompanhantes, funcionários e pessoal autorizado.

Comerciais: previsão, requisição, seleção, compra, conferência, recebimento, distribuição de gêneros alimentícios e materiais.

Contábeis: inventários, levantamentos estatísticos, relatórios e custos.

Financeiras: controle de material de consumo, racionalização do trabalho e aumento de produtividade.

Segurança: controle higiênico sanitário das refeições produzidas e distribuídas, trabalhadores, ambiente, equipamentos, utensílios e materiais utilizados com base em legislações específicas.

Ensino: programas de graduação e pós-graduação, educação continuada, pesquisa e educação para saúde da comunidade.

Organização do SND

A organização do SND ocorrerá através de manuais de:

Organização: missão, objetivos, organograma, descrição das unidades, descrição dos cargos, rotinas e roteiros de trabalho, fluxograma, normas e impressos utilizados.

Boas práticas: manipulação e processamento de alimentos.

Procedimentos: higienização e controle.

Dietas: relação, características e composição das dietas para as doenças mais prevalentes no hospital.

1308

Lactário: organização e administração.

Fornecedores: normas de higiene, condições físicas e de temperatura do veículo e apresentação pessoal do entregador.

Protocolos clínicos nutricionais: diagnóstico nutricional, necessidades nutricionais, prescrição dietética e condutas.

Fluxos

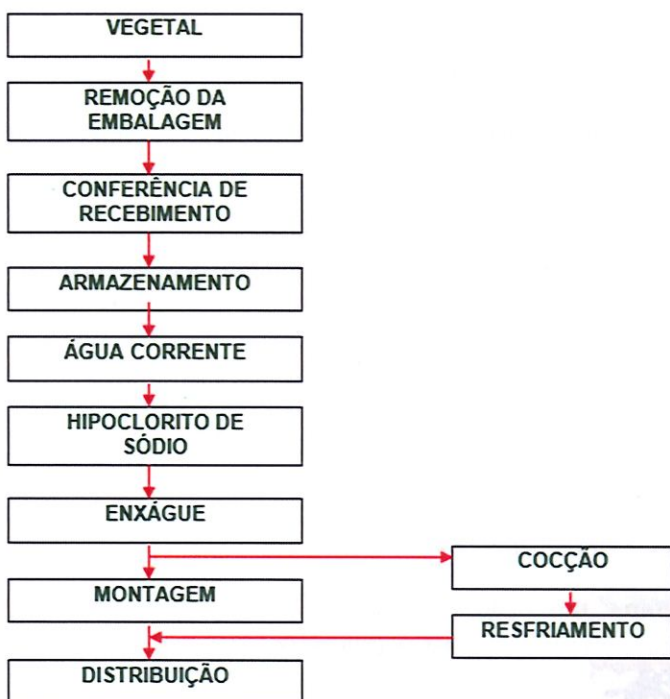
“Uma cozinha hospitalar é um encontro de fluxos”.

Matérias primas chegam, são descarregadas e seguem para serem armazenadas e, depois, processadas e distribuídas.

Há que se construir os Fluxogramas para controlar, padronizar e garantir a qualidade de cada tipo de atividade, tanto no sentido operacional do SND, quanto na realização de toda a gama de alimentos e dietas que serão preparados na cozinha e demais unidades do serviço, como o lactário e a unidade de dietas parenterais.

A seguir apresentamos uma amostra desses Fluxogramas.

FLUXOGRAMA DE HORTIFRUTI



Principais Fluxos

Mercadorias: caminhões, horários de recepção, controle e limpeza.

Produção: layout de bancadas. Ex.: contaminação cruzada.

Distribuição: direta ou em copas de distribuição. A distância e o tempo envolvidos nessa operação devem ser avaliados e desenhados como forma de garantir que o alimento chegue ao paciente com a melhor qualidade.

Resíduos: todas as etapas do processo de uma cozinha geram resíduos, que dentro do plano de gerenciamento de resíduos da Unidade, seguirá um fluxo específico até o descarte final.

Pessoas: pessoal de produção, fornecedores, administrativos, manutenção, limpeza, visitantes.

Gestão de Produção de Refeições

A Gestão de Produção de Refeições levará em conta os seguintes aspectos:

Tipo de serviço (terceirizado ou autogestão).

Tipo de paciente (adulto ou infantil).

Tipo de especialidades tratadas (clínicas ou cirúrgicas).

Nº de leitos.

Média de permanência dos pacientes.

Nº e horário de refeições.

Sistema de distribuição das refeições.

Política de compras.

Área física disponível.

Sistemas de Distribuição.

Planejamento de Cardápios.

Equipamentos de Proteção Individual.

Legislação Sanitária.

Operacionalização

A elaboração, fornecimento e transporte de refeições para os pacientes em observação ou internados a espera de leitos, seguirão o descritivo abaixo:

As refeições serão compostas por café da manhã, almoço e jantar e de lanches

intercalados, para a liberação de dietas.

A quantidade diária das refeições poderá variar de acordo com a demanda de pacientes internados e em observação a espera de leito.

1310

As refeições devem ser balanceadas e elaboradas com acompanhamento nutricional, com base numa dieta livre hipossódica, podendo variar de consistência normal/livre, branda, pastosa ou líquida e quanto a composição de nutrientes, adequadas para cada tipo de patologia.

Para pacientes diabéticos, isenta de glúten, isenta de lactose, hiper proteica, hipoproteica, hipercalórica, hipocalórica, assódica e sem resíduos (leve), a critério do pedido feito pelo Serviço, por se tratar de pacientes com patologias específicas.

As demais dietas de rotina ou terapêuticas e as necessidades especiais e clínicas de cada paciente (intolerância, alergia a determinado gênero alimentício, crenças religiosas e outras) deverão ser atendidas mediante solicitações seguindo as orientações definidas pela nossa gestão, segundo os padrões estabelecidos do Manual de Dietas da Unidade, que o nosso SND – Serviço de Nutrição e Dietética irá elaborar.

O fornecimento de refeições será efetuado de segunda a domingo, incluindo feriados, de forma ininterrupta, de acordo com o quadro a seguir:

Refeição	Horário de Distribuição
Desjejum	Das 07h:00min as 8h:30min
Colação	Das 10h:00min as 11h:00min
Almoço	Das 11h:30min as 13h:00min
Lanche da Tarde	Das 15h:00min as 16h:00min
Jantar	Das 18h:00min as 20h:00min
Lanche da Noite	Das 21h:00min as 22h:00min

As quantidades serão solicitadas de acordo com a demanda, sendo que as equipes responsáveis de cada Sítio Funcional, farão o pedido diariamente.

Os pedidos serão feitos até as 10h:00min para o almoço, até as 16h:30min para o jantar e até as 20h:00min para o café da manhã do dia seguinte.

As refeições serão identificadas com etiquetas adesivas, contendo nome do paciente, quarto, leito, o tipo de dieta e a validade para o consumo.

O sistema de distribuição será centralizado, ou seja, as refeições serão montadas na cozinha, armazenadas e distribuídas em carrinhos térmicos de transporte adequados, com monitoramento das temperaturas, a fim de garantir a temperatura das preparações em todas os Sítios Funcionais da Unidade.

Os carrinhos térmicos de transporte estarão montados de acordo com a legislação vigente e possuirão certificado de vistoria, transportando somente alimentos, utilizando materiais para proteção e fixação de alimentos que não constituam fonte de contaminação ou dano ao alimento, mantidos em ótimas condições de higiene e limpeza, sendo que a rotina de higienização e os produtos utilizados estarão sempre de acordo com a legislação vigente.

As refeições serão fornecidas em embalagens térmicas, sem deformações e com divisórias, para separar os alimentos e mantê-los aquecidos.

A manutenção do alimento aquecido respeitará a legislação vigente, incluindo controle de temperatura da cadeia quente, da preparação à distribuição, atestado através de planilhas de temperaturas.

As embalagens que contêm os alimentos, serão bem vedadas e possuirão etiquetas que identifiquem a dieta, a data de fabricação e a validade, constituindo-se de recipientes hermeticamente fechados constituídos de material adequado, impermeável e resistente ao transporte de distribuição.

Todas as embalagens e utensílios descartáveis utilizados na distribuição de refeições aos comensais, serão certificadas pelas Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT.

Os sachês com açúcar, sal, adoçante artificial, os talheres descartáveis, espátulas e guardanapos, também serão fornecidos pelo SND e estarão embalados individualmente.

As refeições são congeladas, antes do momento de servir, com variedade do tipo de proteína e guarnições, para o almoço e a janta.

As refeições serão transportadas do local de seu preparo até a Unidade, dentro das condições sanitárias determinadas pelo nosso SND.

Os alimentos não serão reaproveitados.

A guarnição será elaborada com vegetais variados, respeitando a consistência, quando solicitado.

Variaremos o arroz, substituindo-o por outro do mesmo grupo alimentar.

As carnes serão macias e elaboradas de modo a facilitar seu consumo, preferencialmente desfiada ou moída, considerando a dificuldade de corte, devido à embalagem e talheres descartáveis, não conterá gordura aparente, as aves não conterão peles e o peixe será magro.

Os cardápios elaborados apresentarão preparações variadas, equilibradas e de boa aparência, proporcionando um aporte calórico necessário e uma boa aceitação por parte dos pacientes, acompanhantes e todos os colaboradores.

Os cardápios terão planejamento diferenciado, com preparações típicas e decorações correspondentes, para pacientes, acompanhantes, e colaboradores diretos e indiretos, em datas especiais (como por exemplo: Páscoa, Natal, Ano Novo, Dia das Crianças, Dia dos Pais, Dia das Mães, Festas Juninas, Aniversário da Unidade etc.) respeitando as características específicas de cada dieta, conforme padrão determinado.

Serão atendidas as solicitações de cardápios diferenciados aos pacientes cujos padrões alimentares tenham influências de preceitos religiosos, tabus, hábitos alimentares e sócios culturais, em consonância com estado clínico e nutricional do mesmo.

Todos os gêneros alimentícios e produtos empregados na elaboração das refeições serão obrigatoriamente de primeira qualidade e estarão em perfeitas condições de conservação, higiene e apresentação.

O SND manterá um sistema de controle mensal por meio de planilhas, identificadas para cada serviço, em duas vias, sendo que, uma ficará no próprio SND e a outra ficará no Sítio Funcional,

1312

para controle, onde deverá constarão as assinaturas dos responsáveis, de forma legível, bem como a quantidade de refeições entregues na data e horários indicados.

As fórmulas lácteas constituir-se-ão de: fórmulas de termo específicas para 1º e 2º trimestre, fórmula láctea pré-termo, fórmula infantil especial (manipulada para melhor adaptação à fisiologia do lactente e suas necessidades específicas), fórmula elementar, fórmula semi-elementar, suco de frutas, papa de frutas, papa principal e outros.

O processo de preparação deverá seguir as normas e diretrizes estabelecidas no Manual de Boas Práticas do Lactário, baseado na legislação sanitária vigente; CVS 5/2013, RDC 63/00 e Portaria SMSG 2619/11, com as ações corretivas imediatas, necessárias para corrigir os pontos críticos, controlar os perigos e os pontos de controle.

Nutrição enteral constituir-se-ão de: padrão, especial, suplemento nutricional, módulos (espessante, fibras, glutamina, carboidrato, simbiótico, lactobacilos, proteínas e TCM – Triglicerídeos de Cadeia Média).

Para a operacionalização das atividades a empresa contratada para tal, deverá observar todos os critérios técnicos para Terapia de Nutrição Enteral (TNE) definidos na RDC nº 63, de 06 de julho de 2000 – Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou legislação vigente.

O SND estará disponível durante 24 horas por dia, ininterruptamente.

Apresentaremos em até 30 (trinta) dias, após o início das atividades, o Manual de Boas Práticas adaptado às necessidades da Unidade, para validação pela SMS e, após aprovado, cumprimos o mesmo na íntegra.

Critérios Para o Fornecimento das Refeições

CRITÉRIOS PARA O FORNECIMENTO DAS REFEIÇÕES
◆ Prescrição médica de acordo com o Manual de Dietas Hospitalares disponibilizado.
◆ Acompanhante de paciente pediátrico, com permanência superior a 24 horas em observação.
◆ Acompanhante de pacientes adultos, com permanência superior a 24 horas, de acordo com a PNH.
◆ Paciente com permanência superior a 24 horas em observação.
◆ Paciente na Sala de Observação Adulto (em leitos), conforme liberação de dietas.
◆ Paciente internado nas enfermarias, conforme liberação de dietas.

Observação

Para os pacientes em Terapia Nutricional Enteral, alimentação via sonda e com via oral com necessidade de suplementação alimentar, o serviço deve dispor de uma Fórmula Nutricional Padrão, conforme descritivo abaixo:

FÓRMULA NUTRICIONAL ENTERAL OU ORAL LÍQUIDA NORMOCALÓRICA COM FIBRAS

- a) polimérica;
- b) normocalórica com densidade calórica de 1,2 cal/mL;
- c) normoproteica;
- d) isenta de sacarose, lactose e glúten;
- e) enriquecida com fibras (no mínimo 1,5 g/100 mL; e,
- f) apresentação: embalagem de 1.000 mL em sistema aberto.

Quadro Descritivo das Refeições e Quantidades

Item	Descrição
1	Café da Manhã: café com leite (01 porção de 300 mL, servido em copo descartável de isopor, individual e com tampa); 01 sachê de açúcar ou adoçante; 01 pão sovado de 50 gramas, embalado individualmente; 01 sachê de margarina; 01 fruta embalada em filme de PVC (preferencialmente banana ou fruta da época); 01 faca em inox (embalada); 01 guardanapo de papel descartável; e, 01 espátula descartável.
2	Almoço: 01 porção de salada (elaborada com hortaliças); 01 porção de leguminosa (feijão, soja ou lentilha); 01 porção de arroz ou massa ou polenta ou batata; 01 porção de 120 gramas de proteína (carne, ave ou peixe); 01 porção de 100 gramas guarnição (elaborada com legumes ou tubérculos ou farináceos ou massas); servidos em embalagens de isopor descartáveis; 01 porção de 300 mL de suco concentrado diluído (servido em copo descartável com tampa); e, 01 sobremesa (frutas da época ou gelatina ou flan) servidos em potes plásticos com tampa ou embalada em filme de PVC descartáveis, com envase da comida em copo descartável de isopor, individual e com tampa); 01 sachê de sal de 1 grama; 01 sachê de azeite; 01 sachê de vinagre; 01 garfo; 01 faca; e, 01 colher de sobremesa, todos em inox, embalados em sacos plásticos selados, juntamente com 02 guardanapos de papel descartáveis.
3	Jantar: 01 porção de sopa (elaborada com legumes e 120 gramas de proteínas), servida em embalagem de isopor descartável; 01 porção de 300 mL de suco concentrado diluído (servido em copo descartável com tampa); e, 01 sobremesa (frutas da época ou gelatina ou flan) servidos em potes plásticos com tampa ou embalada em filme de PVC descartáveis, 01 colher; 01 faca; e, 01 colher de sobremesa, todos em inox, embalados em sacos plásticos selados, juntamente com 02 guardanapos de papel descartáveis.
4	Lanche para Liberação de Dieta (Café da Manhã, Lanche da Tarde e Lanche da Noite): 01 porção de 200 mL de chá (servido em copo de isopor descartável com tampa) ou 01 porção de 200 mL de suco natural de frutas (servido em copo descartável com tampa); 01 sachê de açúcar ou adoçante; 02 sachês com 02 biscoitos doces; 02 sachês com 02 biscoitos água e sal; 01 sachê de margarina; 01 sachê de geleia de frutas; 01 faca descartável; 01 espátula descartável; e, 01 guardanapo de papel descartável.

1314

2.2.6 Serviço de Transporte Interhospitalar

A estruturação do serviço de transporte inter-hospitalar é essencial para assegurar a continuidade da assistência em situações que excedem a capacidade resolutive da unidade. O transporte adequado, com equipe e recursos compatíveis com a complexidade do paciente, evita agravamentos clínicos e garante o acesso aos demais pontos da rede de atenção à saúde.

O serviço de transporte hospitalar é prestado pela **CONTRATANTE** através do serviço de remoção de urgência e emergência da cidade de Louveira, oferecendo o veículo e o condutor, sendo a equipe técnica assistencial de responsabilidade da **CONTRATADA**.

a) Tipos de Transporte e Composição da Equipe

O serviço será realizado por ambulâncias classificadas em dois níveis, adequadas no Hospital conforme classificação do tipo de suporte necessário:

Ambulância de Suporte Básico: destinada a pacientes com estabilidade clínica. A equipe mínima será composta por condutor socorrista e técnico de enfermagem, responsável por monitorar sinais vitais e prestar suporte básico durante o percurso.

Ambulância de Suporte Avançado: indicada para pacientes críticos, com risco iminente de complicações, necessidade de oxigenoterapia contínua, ventilação mecânica, suporte medicamentoso ou monitorização avançada. Nesses casos, a equipe deve ser composta por condutor socorrista, enfermeiro e médico, garantindo a manutenção da estabilidade do paciente durante o trajeto.

b) Fluxo Operacional do Serviço de Transferência

Identificação da Necessidade:

A equipe assistencial ou médica identifica a necessidade de remoção, com base na avaliação clínica e nos critérios definidos pelo protocolo institucional ou pela regulação municipal/estadual.

A solicitação é realizada pela equipe em ficha padronizada, com informações clínicas, nível de complexidade e urgência.

Classificação da Transferência:

A equipe multiprofissional classifica o tipo de suporte necessário (básico ou avançado).

Essa decisão é fundamentada na condição clínica do paciente e no risco envolvido durante o transporte.

Solicitação de Ambulância:

A equipe assistencial aciona o serviço de transporte do MUNICÍPIO.

A ambulância é mobilizada conforme a classificação da transferência e a equipe designada (técnico ou equipe completa com médico e enfermeiro).

Preparação do Paciente:

Medidas de estabilização e segurança são adotadas antes da remoção.

Documentos clínicos, exames e medicamentos em uso acompanham o paciente, conforme protocolo.

Realização da Transferência:

A equipe acompanha o paciente até o destino, garantindo a continuidade do cuidado.

Durante o trajeto, qualquer intercorrência deve ser registrada e, se necessário, comunicada à central de regulação ou unidade de destino.

Entrega e Retorno:

O paciente é entregue à unidade receptora, com passagem de caso à equipe local.

A equipe de transporte registra o encerramento do atendimento e retorna à base para novo acionamento.

A adequada alocação de recursos garante a resposta rápida às demandas assistenciais, reduz o risco de glosas por demora na remoção e fortalece a integração regional da atenção à saúde

2.2.7 Apresentação das Normas e Sistemas de Gestão do Serviço de Farmácia

O AHBB só utilizará os produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e deverá manter um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham a prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.

A padronização de medicamentos e materiais médico-ambulatoriais deverá ser apresentada previamente pelo AHBB, de forma a ser avaliada pela Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica.

O elenco de medicamentos para atendimento à população deve, no mínimo, contemplar a padronização do município.

Considerando a reorganização da assistência, a missão das unidades nesse contexto, e a política de assistência farmacêutica, o AHBB compromete-se integralmente com a regulamentação nacional e suas repercussões para as urgências e emergências no âmbito municipal.

A Farmácia da Unidade irá garantir o uso racional dos medicamentos, com assistência farmacêutica em tempo integral, abrangendo o controle de estoque, condições adequadas de armazenamento, segurança na dispensação e no uso com rastreabilidade, bem como atividades de farmácia clínica, com o monitoramento de eventos adversos (Farmacovigilância), desenvolvimento de protocolos de farmácia clínica, análise da prescrição, prestação de assistência clínica farmacêutica e implantação de comissão de validação/padronização do rol de medicamentos, materiais médico-ambulatoriais e outros insumos (Comissão de Farmácia e Terapêutica) com regimento aprovado de acordo com as legislações vigentes dos Conselhos de Farmácia e ANVISA.

1316

Para tanto, nossos profissionais e gestores seguirão a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), bem como a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) que serão os instrumentos mestres para as ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica na unidade. Juntamente com o RENAME nossas equipes, em especial os prescritores utilizarão o Formulário Terapêutico Nacional como auxílio na escolha da melhor terapêutica.

Outro instrumento que poderá ser utilizado nas rotinas terapêuticas e de prescrição serão os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT-http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25315) que padroniza o emprego do medicamento, estabelecendo claras condições de uso para os profissionais de saúde.

O AHBB estruturará espaço físico suficiente, compatível com o grau de complexidade das funções, para o pleno desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica. A distribuição dos espaços físicos será bem planejada, considerando-se todos os aspectos técnicos pertinentes. A estrutura física terá boas localização, fácil acesso com áreas bem definidas e sinalizadas, condições ambientais apropriadas, além de cumprir todos os requisitos afeitos à higienização e a limpeza.

O dimensionamento da área não seguirá, de antemão, nenhum padrão pré-estabelecido. A necessidade e o dimensionamento do espaço físico dependerão do volume das atividades, demandas, modalidade da aquisição, número de equipamentos, de mobiliários, de pessoas, entre outros aspectos. Além disso, será preciso pensar em expansão futura, para novas ações e atividades.

- Rotinas e Protocolos de medicamentos que serão implantados

Os medicamentos são produtos diferenciados de suma importância para a melhoria ou manutenção da qualidade de vida da população. A preservação da sua qualidade deve ser garantida desde sua fabricação até a dispensação ao paciente. Desta forma, as condições de estocagem, distribuição e transporte desempenham papel fundamental para a manutenção dos padrões de qualidade dos medicamentos. Assim é imprescindível que o ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação) tenha a qualidade e a racionalidade necessárias, de modo a disponibilizar medicamentos seguros e eficazes, no momento certo e nas quantidades adequadas.

Um dos componentes essenciais do sistema de fornecimento de medicamentos é a estocagem em setor bem localizado, bem construído, bem-organizado, climatizado e seguro. Este pressuposto torna imprescindível o planejamento detalhado da montagem e funcionamento da farmácia da Unidade.

A Assistência Farmacêutica conceituada como “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”, desempenha papel essencial para a saúde.

Esta estratégia visa oferecer diretrizes e procedimentos básicos que possam assegurar a qualidade e a segurança dos medicamentos estocados e distribuídos, dentro das dependências da unidade.

Atribuições da Farmácia:

- Gestão e Desenvolvimento de infraestrutura;
- Preparo, distribuição, dispensação e controle de medicamentos e produtos para saúde;
- Otimização da terapia medicamentosa;
- Informação sobre medicamentos e produtos para saúde.

Manual de Normas e Procedimentos

O conjunto de normas e procedimentos deverá ser elaborado de forma clara e objetiva, para todas as atividades e serviços: seleção, programação, aquisição, armazenamento, recepção de medicamentos, controle, distribuição, dispensação, prescrição, entre outros. As normas deverão também abordar aspectos referentes às questões administrativas, disciplinares, horários, conduta e vestuário, entre outros aspectos.

Recursos Humanos da Assistência Farmacêutica

O AHBB identificará necessidades, definirá perfis profissionais (competências e habilidades), capacitará os responsáveis e acompanhará e avaliará suas ações, cotidianamente. Implementará, também, programas de desempenho individual e de Equipe, bem como programa de educação permanente, de acordo com as necessidades pessoais e dos serviços. Além disso, utilizará estratégias fundamentais: reuniões sistemáticas semanais com a Equipe, para não acumular problemas e socializará as informações; promoverá reuniões técnicas, seminários temáticos para atualização dos técnicos e a implantação de programas de qualidade para melhoria contínua em todos os processos de trabalho, relacionados à Assistência Farmacêutica.

Um programa de qualificação profissional deve estar centrado na integralidade das ações e no trabalho em equipe, visando ao aumento da capacidade resolutiva das equipes, a fim de torná-las capazes de elaborar estratégias para o enfrentamento de problemas.

Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica

- a) Informação: será o processo que permite que uma organização se informe sobre si própria e o ambiente sobre ela. Não se limitará, apenas, a dados coletados;
- b) Sistema de informação: consistirá num conjunto de pessoas, estrutura, tecnologia da informação (hardware e software), procedimentos e métodos, que deverão permitir ao Parceiro dispor, em tempo desejado, das informações de que necessita;

O AHBB adverte que será imprescindível dispor de um Sistema de Informação eficiente, com uma base referencial de informação e comunicação integrada. O Sistema deverá superar o fornecimento de dados meramente quantitativos e se orientar no eixo da gestão da informação, produção, qualificação, aporte gerencial e comunicação eficiente das informações de interesse à gestão. Deverá possibilitar, em qualquer tempo, a sistematização de registros e controle das

1318

informações geradas, emissão de relatórios gerenciais, estudos estatísticos, análises comparativas, desempenho das ações e da equipe, gestão dos estoques, consumo e gastos efetuados, entre outras informações relevantes sobre a Assistência Farmacêutica.

c) Gestão da informação: consistirá no tratamento da informação – gestão da qualidade, do conteúdo e do uso da informação, englobando dados, equipamentos, redes e suporte tecnológico.

O AHBB ressalta que para a gestão da informação e alcance dos objetivos pretendidos, pressupõe-se uma reorganização gerencial, para uma nova ordem de prática organizacional, a fim de possibilitar normas gerenciais, procedimentos, registros das atividades, fluxos operacionais bem estabelecidos e ordenados, responsabilidades definidas, para um direcionamento de informações qualificadas. Será necessário um processo de construção coletiva, com a colaboração de todos da equipe, para o cuidado e transmissão de dados administrativos e informações, em prazos estabelecidos. Por isso, será imperativo que todo o serviço disponha de um responsável técnico para gerir as informações, sistematizar, acompanhar, avaliar, identificar problemas, demandas, entraves existentes, elaborar relatórios gerenciais, e dar os devidos encaminhamentos, para o bom andamento do serviço.

Sem informação e sem organização, não haverá gerenciamento. Conseqüentemente, será difícil desenvolver estratégias, implementar ações, intervenções ou ocorrer melhoria de serviço, com satisfação da equipe e usuários.

Documentação e Arquivo

Na Assistência Farmacêutica, o cuidado com a documentação, em especial a fiscal, deverá ser cotidianamente observado. Toda a documentação deverá ser arquivada e ficar facilmente disponível para as auditorias dos Órgãos de Controle Interno e Externo. A prestação de contas será obrigatória, em qualquer tempo, para todos os que lidam com recursos públicos.

Os demais documentos afeitos à Assistência Farmacêutica deverão ser padronizados e identificados. Todos os documentos, formulários e instrumentos gerenciais que serão utilizados no serviço deverão conter: cabeçalho com o nível de hierarquização organizacional pertinente, o nome da OS e as informações referentes ao número do telefone, fax, bem como o endereço eletrônico.

Sistema de Dose Unitária

O sistema de distribuição por dose unitária é um método farmacêutico de dispensação e controle de medicamentos em instituições de saúde. Pode diferir, na forma da execução, dependendo das condições e necessidades institucionais. Não deve ser confundido com a dose unitária industrial, que corresponde à dose standard, comercializada pelos laboratórios, fornecida em embalagem unitária, em que constam a correta identificação do fármaco, prazo de validade e outros dados.

Os elementos principais que distinguem o SDMDU dos sistemas tradicionais são medicamentos contidos em embalagens unitárias, dispostos conforme horário de administração e prontos para serem administrados, segundo a prescrição médica, individualizados e identificados para cada

paciente. Sua distribuição pode ser em embalagem plástica, com separações obtidas por solda ou em escaninhos adaptáveis a carros de medicamentos adequados ao sistema de distribuição.

Em sua operacionalização, a prescrição médica ou cópia é enviada à farmácia, onde farmacêuticos preparam a folha de dispensação e o perfil farmacoterapêutico do paciente, para a efetivação do controle de aspectos de farmacovigilância específica da prescrição. Após a separação dos medicamentos, o farmacêutico procede a conferência da dose unitária, de acordo com a prescrição médica. Caso seja necessário, no momento do registro do perfil farmacoterapêutico, as incorreções ou possíveis problemas detectados devem ser relatados à equipe médica.

Justifica-se a implantação do SDMDU em razão de : a) redução da incidência de erros de medicação; b) diminuição do tempo utilizado pelo pessoal de enfermagem para a armazenagem e preparo de medicamentos, com a conseqüente elevação da qualidade assistencial; c) economia de custo em atividades relacionadas aos medicamentos; d) redução de estoques nas unidades assistenciais e das perdas relativas à caducidade, falta de identificação de medicamentos e redução de desvios; e) melhor controle e racionalização na utilização de medicamentos, através de monitorização da terapêutica; f) otimização da higiene e organização do sistema de distribuição, prevenindo possíveis contaminações e alterações; g) grande adaptabilidade a sistemas automatizados e computadorizados; h) garantia da utilização do medicamento certo, na dose certa e para a hora correta, segundo a prescrição médica.

Nesse sistema, as vantagens são inúmeras, como: redução de estoque nas unidades assistenciais ao mínimo necessário, diminuição drástica de erros de medicação, otimização das devoluções à farmácia, redução do tempo do pessoal de enfermagem dedicado às atividades com medicamentos (rapidez na administração de medicamentos), promoção do acompanhamento de pacientes, controle mais efetivo sobre medicamentos (por exemplo: controle de estoque, caducidade, doses e outros), integração do farmacêutico com a equipe de saúde, oferta de medicamentos em doses organizadas e higiênicas, aumento da segurança do médico e otimização da qualidade assistencial.

OBJETIVOS

- distribuir medicamentos por dose individualizada para todas as unidades da unidade;
- adequar-se às normas vigentes de controle de medicamentos especiais;
- quantificar os medicamentos que são devolvidos à farmácia;
- implantar uma nova folha de prescrição médica;
- promover e incentivar o uso racional de medicamentos;

METODOLOGIA E PRAZOS PARA IMPLANTAÇÃO

O trabalho será iniciado, obedecendo aos seguintes passos:

- a) Avaliação das condições de armazenamento e estado de conservação dos medicamentos no posto de enfermagem

1320

- b) Quantificação dos medicamentos existentes no posto de enfermagem.
- c) Identificação dos hábitos de prescrição médica da Unidade com relação a horário de prescrição e enfermagem.
- d) Implantação de uma nova folha de prescrição médica.

Controle de Fármacos de Controle Especial e Alto Custo

Todos os medicamentos citados na Resolução da Portaria 344/98 que visa Normas para prescrição e dispensação de medicamentos sujeitos a regime especial de controle e são acondicionados de acordo com a tal resolução.

O Setor de Controlados de uma Farmácia Ambulatorial é de total responsabilidade do profissional farmacêutico, funcionando da seguinte maneira:

1. os medicamentos controlados são guardados em salas/armários com trancas;
2. as prescrições são retidas na farmácia, para posterior controle, sendo registradas no livro de controlados que passa pela Vigilância Sanitária (VS) mensalmente seguindo as normas da Resolução da Portaria 344/98.

O farmacêutico é responsável pelo mapa dos medicamentos controlados e alto custo que é fiscalizado pela Vigilância Sanitária. O mapa é entregue mensalmente, contendo o nome do paciente, o balanço de entrada, saída e estoque.

A Legislação de controle do uso de psicotrópicos em ambiente ambulatorial, de acordo com a Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998, publicada no Diário Oficial pelo Ministério da Saúde, determina que o sistema de distribuição de medicamentos dos psicotrópicos requer uma investigação em profundidade das atividades, para que possa garantir eficiência, eficácia e segurança. De acordo com esta portaria, desde o momento da entrada do medicamento no ambiente ambulatorial, este deverá sempre ser acompanhado por um farmacêutico responsável (Art.93).

Este profissional deve, de acordo com as normas estabelecidas registrar a entrada, a saída e as perdas dos medicamentos dos psicotrópicos em livros e registro específicos que devem conter necessariamente a unidade ambulatorial, a numeração do receituário específico, o número e a nota fiscal o equivalente registro de entrada. (Art.65, 98).

Além disso, o estoque destes medicamentos também é responsabilidade do farmacêutico. Desta forma, segundo a portaria, estas substâncias “deverão ser obrigatoriamente guardadas sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim”.

Rotinas que garantem a o controle, a distribuição, unitarização, entrada e saída de materiais e medicamentos.

As rotinas de recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e materiais do AHBB serão processos complexos que exigirão uma logística bem planejada, organizada, coordenada e sob permanente avaliação.

- 1) Recebimento e Armazenamento de Medicamento e Materiais

- Entregar nota fiscal ao responsável pelo recebimento;
- Conferir dados da nota fiscal (razão social, endereço, CNPJ, natureza da operação – venda ou saída por venda);
- Verificar e conferir o número da Ordem de Fornecimento (OF);
- Conferir na NF X OF: nome dos materiais, valor unitário, unidade, valor total (R\$). Caso haja alguma divergência avisar o comprador para a correção da OF e aguardar confirmação do comprador quanto ao recebimento;
- Inspecionar o medicamento recebido quanto à embalagem e prazo de validade (caso o prazo de validade for igual ou inferior à 6 meses não receber);
- Tirar uma cópia para anexar a 1ª via da NF para enviar ao setor de contas a pagar;
- Quando confirmado o recebimento, assinar, carimbar o canhoto da NF e entregar ao fornecedor. Carimbar na NF carimbo de recebimento;
- Lançar na planilha de controle de estoque e entrada de NF;
- Realizar a limpeza das prateleiras e armários onde os medicamentos serão colocados;
- Realizar o armazenamento obedecendo a classificação por forma farmacêutica, a ordem alfabética do princípio ativo e seguindo o sistema PEPS (primeiro que expira, primeiro que sai).

2) Distribuição de Medicamentos e Materiais

- Verificar se é necessária reposição de medicamento e material nas prateleiras;
- Dispensar o medicamento e/ou material mediante apresentação da requisição de medicamentos e materiais, verificando data, setor solicitante, assinatura do funcionário autorizado, descrição do medicamento e/ou material e quantidade solicitada;
- Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira, subtraindo a quantidade dispensada;
- Anotar a quantidade do estoque após a baixa na ficha de prateleira;
- Conferir o medicamento/ material separado de acordo com a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);
- Solicitar a orientação do farmacêutico sempre que ocorrer qualquer problema ou dúvida com relação ao medicamento e/ou material solicitado;

3) Distribuição de Medicamentos Controlados pela Portaria 344.98

- Distribuir os medicamentos sujeitos a controle especial somente mediante requisição de medicamento e material (verificando data, setor solicitante, assinatura do funcionário autorizado, descrição do medicamento e quantidade solicitada) acompanhada de receita de controle especial;
- Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira subtraindo a quantidade distribuída;
- Carimbar as receitas atendidas (carimbo padronizado) inserido as seguintes informações: data, quantidade, lote, validade, separado por: conferido por:

1322

- Conferir o medicamento separado de acordo com a receita e a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);

- Solicitar a orientação dos farmacêuticos sempre que ocorrer qualquer problema ou dúvida com relação aos medicamentos solicitados;

4) Controle de Estoque

- Preencher a planilha de controle de estoque quando identificar algum item que esteja atingindo o estoque mínimo;

- Informar o setor compras local solicitando a data programada para a entrega;

- Verificar diariamente a planilha de controle de estoque e fichas de prateleiras e informar ao farmacêutico os itens mais críticos e os itens que deverão entrar no próximo pedido;

- Informar à diretoria administrativa e supervisão de enfermagem a possível falta de algum material/ medicamento e analisar a possibilidade de substituição destes;

- Lançar o pedido baseado no consumo mensal dos materiais e medicamentos ao setor compras local.

5) Controle de Validade dos Materiais e Medicamentos

- Realizar verificação mensal do prazo de validade de todos os medicamentos e materiais armazenados na unidade de farmácia e almoxarifado e anotar em planilha específica de controle;

- Analisar a planilha e verificar a possibilidade de remanejamento com outras dos materiais e medicamentos com prazo de validade igual ou inferior a três meses;

- Segregar em local específico todos os medicamentos e materiais com prazo de validade igual ou inferior a um mês;

- Comunicar à hotelaria o caso de vencimento de qualquer medicamento ou material para que possa ser dada a correta destinação;

- Acondicionar corretamente até a coleta todos os materiais e medicamentos vencidos na unidade de Farmácia e Almoxarifado.

6) Inventário Rotativo

- Imprimir a planilha de posição de estoque no dia anterior ao Inventário;

- Realizar mensalmente a contagem de todos os itens de material e medicamento da Unidade de Farmácia e Almoxarifado;

- Verificar se o estoque físico está de acordo com o estoque indicado nas fichas de prateleira e posição de estoque;

- Comunicar ao farmacêutico qualquer divergência no processo;

- Orientar e corrigir as intercorrências que houver;

7) Inventário Trimestral

- Aplicar o treinamento de inventário uma semana anterior ao inventário;
 - Comunicar os responsáveis por cada setor a data de realização do inventário a fim de não comprometer o estoque deles;
 - Comunicar todos os colaboradores da policlínica a data de realização do inventário;
 - Fazer um checklist com todos os procedimentos necessários para o correto andamento do inventário;
 - Imprimir a planilha de contagem no dia anterior ao Inventário;
 - Retirar todas as fichas de prateleira e separá-las por grupo (medicamento, laboratório etc.) um dia anterior ao inventário trimestral;
 - Realizar trimestralmente a contagem de todos os itens de material e medicamento da Unidade de Farmácia e Almoarifado;
 - Verificar se o estoque físico indicado na planilha de contagem está de acordo com o estoque indicado nas fichas de prateleira e posição de estoque;
 - Comunicar ao farmacêutico qualquer divergência no processo;
 - Orientar e corrigir as intercorrências que houver;
 - Inventariar todas as fichas de prateleira com caneta vermelha;
 - Guardar as fichas de prateleira em seu devido local;
 - Fazer a Acurácia dos estoques de farmácia e almoarifado
 - Enviar a Acurácia de Farmácia e de Almoarifado à diretoria administrativa;
- 8) Escrituração das Receitas de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial
- Realizar todo o processo de recebimento de medicamentos dos fornecedores;
 - Dar entrada na ficha de prateleira e posição de estoque;
 - Arquivar uma cópia da Nota Fiscal na pasta de receitas de psicotrópicos para posterior entrada no livro de registro;
 - Dar as entradas de medicamentos psicotrópicos no Livro de Registro;
 - Dispensar medicamentos psicotrópicos mediante receita e requisição de material e medicamento;
 - Conferir as requisições e receitas atendidas;
 - Carimbar o verso das receitas atendidas colocando: data, quantidade separada, lote, validade, responsável pela separação, conferência;
 - Fazer o lançamento das receitas no livro de registro de medicamentos sujeitos a controle especial semanalmente e numerar as receitas de forma sequencial;

1329

- Preencher a planilha de controle de registro de psicotrópico toda segunda-feira, colocando a numeração da última receita atendida, qual portaria pertence, data da última escrituração e número da página que foi lançada com a orientação frente ou verso;
- Armazenar todas as receitas lançadas para atender as fiscalizações.

9) Conferência dos Medicamentos e Materiais dos Carros de Parada

- Informar a vistoria nos carros de parada à supervisão de enfermagem um dia antes da realização dela;
- Solicitar que uma enfermeira acompanhe a vistoria da equipe de farmácia;
- Romper o laque do carro de parada a ser vistoriado;
- Realizar a conferência de validade, quantidade, lote e aspecto físico de todos os medicamentos e materiais contidos no carro de parada todo último dia útil de cada mês;
- Realizar a troca de todos os materiais e medicamentos próximos ao vencimento (vencerão no mesmo mês) que serão retirados do carro de parada;
- Apresentar à enfermeira responsável da unidade uma listagem com todos os medicamentos e materiais retirados na conferência;
- Preencher a requisição de materiais e medicamentos com todos os itens que serão substituídos;
- Assinar o livro de rompimento do laque e informar novo número sequencial do laque;
- Atualizar a planilha de controle de materiais e medicamentos do carro de parada;
- No caso de emergência com a necessidade de rompimento do laque, a Farmácia será avisada e deverá assinar o livro do rompimento do laque;
- Conferir o carro e pedir reposição do material e medicamento que foi utilizado na emergência;
- Lacrar o carro após a conferência da enfermagem/farmácia;
- Atualizar a planilha de controle de materiais e medicamentos do carro de parada e régua de controle da conferência;

10) Ronda Farmacêutica

- Realizar quinzenalmente a ronda farmacêutica, juntamente com um profissional da enfermagem, utilizando o Checklist para conferência;
- Retirar do estoque todos os materiais e medicamentos com prazo de validade igual ou inferior a um mês, ou com etiqueta de abertura vencida, além de amostras grátis;
- Apresentar à enfermeira responsável da unidade uma listagem com todos os medicamentos e materiais retirados na ronda;
- Preencher uma requisição de material e medicamento com todos os itens retirados dos setores e encaminhar a Farmácia a fim de não comprometer o estoque mínimo do setor;

- Protocolar com a enfermagem a data da ronda e as intercorrências encontradas;
- Comunicar à equipe de Farmácia eventual medicamento ou material vencido ou próximo ao vencimento bem como qualquer irregularidade em relação aos mesmos (alteração de cor dos medicamentos ou integridade comprometida da embalagem);
- Realizar a substituição dos materiais e medicamentos retirados dos setores pela equipe de enfermagem mediante apresentação de requisição de material e medicamento corretamente preenchida;

11) Lançamentos dos Pedidos de Compra Trimestrais

- Verificar diariamente todos os itens de materiais e medicamentos que estão atingindo o estoque mínimo ou que zeraram no estoque;
- Preencher a planilha de estoque mínimo ou zerado com todos os itens identificados;
- Verificar a planilha diariamente e informar ao farmacêutico os itens mais críticos;
- Preencher o documento padrão para lançamento de pedidos com código, descrição, unidade e quantidade do item a ser pedido, em três vias baseado na planilha de estoque mínimo;
- Assinar e encaminhar o pedido para assinatura da Coordenação Administrativa;

12) Entrada de Notas Fiscais

- Receber materiais e medicamentos;
- Dar entrada da Nota Fiscal em planilha específica contendo: nome da empresa, número da nota fiscal, número da ordem de fornecimento, valor total da nota fiscal, data de entrada na unidade de farmácia e almoxarifado, data de emissão e data de vencimento;
- Dar as entradas dos materiais ou medicamentos constantes nas Notas Fiscais nas fichas de prateleira e na planilha de controle de estoque;
- Encaminhar a Nota Fiscal para pagamento com a Ordem de Fornecimento já assinada.
- Incluir a nota fiscal que não foi enviada para pagamento na planilha de relação de notas fiscais pendentes;
- Encaminhar a planilha de relação de notas fiscais pendentes, na última semana de cada mês, à diretoria administrativa e contabilidade local;
- Encaminhar até o quinto dia útil de cada mês a planilha de controle de entrada de notas fiscais à contabilidade local;

13) Entrada de Materiais e Medicamentos nas Fichas de Prateleira

- Realizar todo o processo de recebimento de material/ medicamento;
- Solicitar aos auxiliares de farmácia sempre que necessário a conferência da quantidade total (estoque já existente + quantidade recebida);

1326

- Dar entrada dos materiais ou medicamentos constantes na Nota Fiscal na ficha de prateleira com caneta esferográfica vermelha colocando: data, número da nota fiscal, nome da empresa, quantidade recebida e quantidade do estoque total;

14) Entrada de Materiais e Medicamentos na Planilha de Posição de Estoque

- Realizar todo o processo de recebimento de material/ medicamento;
- Solicitar aos auxiliares de farmácia sempre que necessário a conferência da quantidade total (estoque já existente + quantidade recebida);
- Dar entrada de todos os materiais/ medicamentos constantes na Nota Fiscal na planilha de controle de estoque, verificando se nesta já consta a especificação do item recebido, caso não conste inserir em cada centro de custo a especificação do material/ medicamento recebido;
- Verificar na planilha Estoque Atual a quantidade total e o valor total do estoque, no caso de divergência solicitar auxílio ao farmacêutico;

15) Saída de Materiais e Medicamentos na Planilha de Controle de Estoque

- Recolher todas as requisições de medicamento e material atendidas no dia anterior sempre no primeiro horário;
- Verificar se as requisições recolhidas estão corretamente preenchidas e assinadas pelos auxiliares de farmácia;
- Solicitar o correto preenchimento das requisições ao auxiliar responsável pela separação ou conferência caso estas estejam incorretas;
- Completar as requisições com todas as informações referentes ao item solicitado como dosagem, tamanho etc.;
- Dar saída dos itens das requisições recolhidas na posição de estoque para cada centro de custo solicitante;
- Verificar, a cada saída, o estoque atual a fim de confirmar se o estoque indicado na planilha de controle de estoque está igual ao estoque indicado na ficha de prateleira;
- Arquivar as requisições de medicamento e material baixadas na posição de estoque;

16) Identificação das Prateleiras e Armários

- Elaborar as etiquetas de identificação das prateleiras e armários onde deverá constar: logo da unidade, descrição do material/ medicamento e estoque mínimo (baseado no consumo mensal), sendo que, drogas de alto alerta são identificados com etiqueta na cor amarela e psicotrópicos são identificados com etiqueta na cor laranja.
- Identificar as prateleiras e armários;
- Solicitar a substituição das etiquetas sempre que identificado aumento ou diminuição do estoque mínimo ou desgaste delas;

17) Compilação dos Dados para a Elaboração dos Indicadores Mensais

- Compilar no primeiro dia de cada mês os dados abaixo relacionados ao mês anterior:
- Número de requisições de materiais e medicamentos atendidas;
- Número de requisições de materiais e medicamentos conferidas e não conferidas;
- Número total de itens inventariados (inventário mensal): farmácia (medicamentos e curativos) e almoxarifado (materiais);
- Número total dos itens com divergência no inventário mensal;
- Número total de itens obsoletos;
- Número total de notas fiscais recebidas – almoxarifado;
- Número total de notas fiscais recebidas – farmácia;
- Número total de materiais e medicamentos distribuídos de forma incorreta;
- Número total e valores das perdas de materiais e medicamentos por quebra e validade;
- Valor do estoque – Almoxarifado;
- Valor do estoque – Farmácia.

18) Controle da Temperatura do Refrigerador

- Verificar a temperatura do refrigerador três vezes ao dia às 7:00, às 14:00 e às 19:00 horas e anotar na planilha de controle de temperatura de refrigerador a temperatura do momento (TMO), a máxima (TMA) e a mínima (TMI);
- Comunicar imediatamente ao Farmacêutico qualquer irregularidade identificada nas verificações conforme orientação da escala de temperatura;
- Corrigir a temperatura regulando o botão de controle do termostato que fica no interior do refrigerador;
- Verificar a estabilidade dos medicamentos e insumos termolábeis;
- Arquivar a planilha de verificação mensal no primeiro dia útil do mês seguinte e disponibilizar aos auxiliares a nova planilha para o mês vigente;
- Validar a planilha semanalmente e corrigir qualquer intercorrência que houver.

19) Controle da Temperatura do Ambiente

- Verificar a temperatura do ambiente três vezes ao dia às 7:00, às 14:00 e às 19:00 horas e anotar na planilha de controle de temperatura de ambiente a temperatura do momento (TMO), a máxima (TMA) e a mínima (TMI);
- Comunicar imediatamente ao Farmacêutico qualquer irregularidade identificada nas verificações;
- Arquivar a planilha de verificação mensal no primeiro dia útil do mês seguinte e disponibilizar aos auxiliares a nova planilha para o mês vigente;

1328

- Validar a planilha semanalmente e corrigir qualquer intercorrência que houver.

20) Distribuição de Drogas de Alto Alerta

- Realizar o processo de recebimento das Drogas de Alto Alerta;
- Imprimir as etiquetas de identificação das Drogas de Alto Alerta onde deverão constar: nome do medicamento, dosagem, lote e validade;
- Etiquetar as drogas de alto alerta;
- Armazenar em área identificada para armazenamento de Drogas de Alto Alerta;
- Solicitar à Farmácia através de requisição de medicamentos e materiais as drogas de alto alerta levando no momento da solicitação e o casco do Medicamento solicitado quando aplicável (frasco- ampola) para que a farmácia possa dispensar;
- Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira subtraindo a quantidade dispensada;
- Solicitar a conferência do medicamento separado para o farmacêutico;
- Conferir o medicamento separado de acordo com a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);
- Repor a caixa de armazenamento da Droga de Alto Alerta e lacrar;

RELAÇÃO DE DROGAS DE ALTO ALERTA

Adrenalina 1mg/ml

Amiodarona 50mg/ml - ampola com 3mL

Atropina 0,25mg/ml ampola 1ml

Bicarbonato de Sódio 8,4%

Cloreto de Potássio 19,1% - KCl ampola com 10mL

Cloreto de Sódio 20% - NaCl ampola com 10mL

Dobutamina 12,5mg/ml - ampola com 20mL

Fenitoína 250mg/5ml

Fentanila 0,05mg/ml - ampolas com 02mL - 05mL - 10mL

Glicose de 25% e 50% - ampolas com 10mL

Gluconato de Cálcio 10%

Heparina 5.000UI/ml - Frasco com 05mL

Insulina Humana Regular 100UI/mL - Frasco com 10mL

Lidocaína 2% c/ vaso

Midazolam 3ml/5ml/10ml

Noradrenalina 2mg/ml - ampola com 4mL

Sulfato de Magnésio 10% e 50% - ampolas com 10mL

Terbutalina 0,5/1ml

Verapamil 2,5 ml /ml ampola 2ml

21) Unitarização de Medicamentos

Realizar o processo de recebimento dos medicamentos, conforme rotina;

Avaliar, de acordo com nosso estoque, a quantidade de comprimidos/ampolas que deverão ser unitarizados;

Fazer e imprimir as etiquetas de identificação, que deverão constar: nome do medicamento, lote, validade, nº de série e nome da instituição.

Imprimir sempre uma etiqueta além da quantidade a ser unitarizada e colar no controle de unitarização e preencher os campos com os dados do medicamento; (anexo)

Solicitar ao farmacêutico que confira os dados do medicamento com a etiqueta impressa e com o controle de unitarização;

Conferir os dados na etiqueta com o medicamento e o controle de unitarização. Se estiver tudo correto, carimbar e vistar o campo de conferência da emissão da etiqueta;

Higienizar devidamente as mãos e se paramentar os com os EPI's necessários no ambiente próprio para unitarização;

Realizar a unitarização prestando a atenção necessária, evitando o contato com outros profissionais;

Anotar no controle de unitarização o horário que iniciou a unitarização e o horário de término da unitarização;

Conferir na totalidade a unitarização realizada pelo auxiliar de farmácia e se estiver tudo correto, carimbar e vistar o campo de conferência final do fracionamento;

Armazenar os medicamentos nas respectivas colmeias;

Supervisionar e orientar o cumprimento desta rotina.

22) Avaliação dos Fornecedores

Preencher a Avaliação dos Fornecedores arquivada em computador no ato do recebimento;

Preencher os Indicadores de Avaliação dos Fornecedores de acordo com as informações contidas nas Avaliações preenchidas pelos auxiliares;

Compilar os dados no Indicador da Avaliação dos Fornecedores;

Validar as informações do Indicador da Avaliação dos Fornecedores e enviar ao corporativo de Almoxarifado com cópia para Coordenadora Ambulatorial todo 1º dia útil de cada mês.

23) Plano de Contingência para Medicamentos Termolábeis

1330

No caso de alteração de temperatura do termo-higrômetro, avisar com brevidade o farmacêutico.

Toda vez que existir queda de energia elétrica na Unidade de Farmácia, deve acompanhar a temperatura da geladeira, manter o refrigerador fechado e já providenciar a caixa térmica com gelox até que atinja a temperatura ideal.

Quando a queda de energia elétrica ocorrer nos fins de semana, a Gerência Administrativa deve ser avisada brevemente (15 minutos);

Caso a energia não retorne brevemente e a temperatura da geladeira esteja caindo, transferir os medicamentos para as caixas térmicas com gelox, se já estiver na temperatura adequada;

Após o armazenamento dos medicamentos nas caixas térmicas deve ser priorizada o retorno da energia ou aquisição de outro refrigerador assim como a compra de gelox.

24) Plano de Contingência para Falta de Medicamentos e Materiais

Comunicar o Farmacêutico os medicamentos e materiais com situação crítica (estoque insuficiente).

Entrar em contato com a Unidade de Compras para situar-se sobre a aquisição do item com estoque crítico.

No caso de impossibilidade de aquisição do item, o Coordenador da Clínica / Especialidade deve ser comunicado para identificar a possibilidade de substituição por equivalente terapêutico.

Comunicar a Administração sobre as intervenções realizadas na assistência.

25) Notificação de Farmacovigilância

Realizar busca ativa de farmacovigilância nas clínicas semanalmente.

Comunicar o farmacêutico no caso de surgimentos de reações adversas ou desvios de qualidade de medicamentos.

Investigar as reações adversas e desvios de qualidade e realizar registros.

Realizar notificação de farmacovigilância pelo site da CVS (Centro de Vigilância Sanitária)

Diretrizes gerais no Gerenciamento Farmacológico

O AHBB implantará o Sistema de Prescrição Eletrônica através do Modulo de Assistência Farmacêutica do Sistema de Informação que será implantado.

O AHBB só utilizará os produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e deverá manter um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham a prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.

A padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalares deverá ser apresentada previamente pelo AHBB, de forma a ser avaliada pela Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica.

Considerando a reorganização da assistência, a missão das unidades nesse contexto, e a política de assistência farmacêutica, o AHBB compromete-se integralmente com a regulamentação nacional e suas repercussões para as urgências e emergências no âmbito municipal.

A Farmácia da Unidade irá garantir o uso racional dos medicamentos, com assistência farmacêutica em tempo integral, abrangendo o controle de estoque, condições adequadas de armazenamento, segurança na dispensação e no uso com rastreabilidade, bem como atividades de farmácia clínica, com o monitoramento de eventos adversos (Farmacovigilância), desenvolvimento de protocolos de farmácia clínica, análise da prescrição, prestação de assistência clínica farmacêutica e implantação de comissão de validação/padronização do rol de medicamentos, materiais médico-hospitalares e outros insumos (Comissão de Farmácia e Terapêutica) com regimento aprovado de acordo com as legislações vigentes dos Conselhos de Farmácia e ANVISA.

Para tanto, nossos profissionais e gestores seguirão a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), bem como a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) que serão os instrumentos mestres para as ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica na unidade. Juntamente com o RENAME nossas equipes, em especial os prescritores utilizarão o Formulário Terapêutico Nacional como auxílio na escolha da melhor terapêutica.

Outro instrumento que poderá ser utilizado nas rotinas terapêuticas e de prescrição serão os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT-http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25315) que padroniza o emprego do medicamento, estabelecendo claras condições de uso para os profissionais de saúde.

O AHBB estruturará espaço físico suficiente, compatível com o grau de complexidade das funções, para o pleno desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica. A distribuição dos espaços físicos será bem planejada, considerando-se todos os aspectos técnicos pertinentes. A estrutura física terá boas localização, fácil acesso com áreas bem definidas e sinalizadas, condições ambientais apropriadas, além de cumprir todos os requisitos afeitos à higienização e a limpeza.

O dimensionamento da área não seguirá, de antemão, nenhum padrão pré-estabelecido. A necessidade e o dimensionamento do espaço físico dependerão do volume das atividades, demandas, modalidade da aquisição, número de equipamentos, de mobiliários, de pessoas, entre outros aspectos. Além disso, será preciso pensar em expansão futura, para novas ações e atividades.

Definir a padronização dos medicamentos e correlatos utilizados no AHBB é extremamente importante pois só a partir daí é possível criar as rotinas de trabalho. A elaboração da padronização deve ser criada por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, composta por multiprofissionais, que levará em consideração todas as terapias executadas nos serviços. Conhecer mais profundamente os protocolos clínicos é importante para se discutir a utilização de cada produto escolhido. Considerar os produtos com menor custo, maior qualidade e segurança para o paciente.

1332

Para organizar a logística do serviço, deve-se criar, internamente, rotinas diárias para cada cargo (Exemplo, farmacêutico plantonista diurno e/ou noturno) e, externamente, em conjunto com os outros setores, para a dispensação de medicamentos e correlatos.

Para individualizar os tratamentos é necessário estabelecer um serviço de fracionamento de medicamentos. Minimamente, deve-se fracionar sólidos e soluções orais. Idealmente, deve-se fracionar os injetáveis, porém para tal é necessário uma estrutura física mais complexa e um alto investimento financeiro inicial.

Dentro da Unidade de Saúde, cada setor tem uma especificidade diferente, com isso recomenda-se que a dispensação de medicamentos seja feita com os sistemas abaixo:

- Admissão: setor de emergência, dispensação coletiva. A reposição pode ser feita mediante cópia da prescrição dos atendimentos ou por formulário próprio com o estoque máximo de cada medicamento.
- Enfermaria: dispensação individualizada ou por dose unitária, se possível.
- Farmácia Ambulatorial: dispensação individualizada mediante receituário médico. Para todos os setores com estoque prévio de medicamento, o elenco destes deve ser selecionado considerando todas as intercorrências que podem ocorrer no setor, em comum acordo com a enfermagem e equipe médica.

Os correlatos devem ser liberados por sistema coletivo, com reposição programada, diária ou semanal ou por turnos, através de formulário próprio para cada setor. Previamente deve ser definido o elenco de materiais que serão utilizados em cada setor e suas respectivas quantidades. É importante considerar mudanças sazonais e de perfil de pacientes atendidos, como o uso de novos produtos para alterações no estoque.

Cada setor da Unidade de Saúde deve ter no mínimo um carro de urgência e emergência à sua disposição, conforme perfil de atendimento. O elenco de medicamento deve considerar se o uso será em adultos ou recém-nascido, e atender à necessidade terapêutica de cada um em situações especiais. O controle de validade e estoque de medicamentos deverá ser feito por farmacêutico, através de um checklist mensal. O controle de correlatos também pode ser feito pelo farmacêutico ou pela enfermagem. O carro deve ser mantido lacrado e sua abertura deverá ser controlada e registrada.

A forma ideal de fazer um controle de estoque fidedigno é utilizar um sistema informatizado. Atualmente existem vários modelos de programa, com diferentes possibilidades gerenciais. Uma ferramenta que ajuda, sendo de fácil aplicação, é a ficha de prateleira, utilizada para registrar as entradas e saídas dos medicamentos e correlatos no local onde são armazenados.

Para fins de desempenho pleno das atividades da unidade serão utilizadas as medicações que constam da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME – Ministério da Saúde – Brasil) e da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME – Secretaria Municipal de Saúde).

2.2.8 Apresentação das Normas e Sistemas de Gestão do Serviço de Farmácia Dispensário SUS

O dispensário de medicamentos SUS funciona com a finalidade de atender os munícipes de Louveira e receber o tratamento medicamentoso prescrito pelo médico e adota os seguintes procedimentos para dispensação de medicamentos:

- 1) Dispensar medicamentos sujeitos à prescrição somente mediante apresentação da receita.
- 2) Verificar se a prescrição foi efetuada por profissional autorizado (médico ou dentista).
- 3) Orientar o paciente quanto à:
 - a. posologia;
 - b. horário;
 - c. via de administração;
 - d. duração de tratamento;
 - e. modo de preparo;
 - f. influência dos alimentos;
 - g. interação com outros medicamentos;
 - h. reações adversas;
 - i. condições de conservação do produto.
- 4) Solicitar que o farmacêutico avalie a receita quanto a:
 - a. legibilidade e ausência de rasuras;
 - b. identificação do usuário;
 - c. identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade;
 - d. modo de usar;
 - e. duração do tratamento;
 - f. local e data de emissão;
 - g. assinatura do prescritor com o número de registro no respectivo Conselho Profissional.
- 5) Contatar o prescritor caso haja alguma dúvida.
- 6) Não dispensar medicamentos cujas receitas estejam ilegíveis.
- 7) Verificar a data de validade do medicamento na hora da entrega.
- 8) Alertar o usuário quando o produto tem prazo de validade próximo ao seu vencimento

1339

9) Orientar o cliente em linguagem clara e objetiva, se certificando que ele saiba como fazer o uso adequado do medicamento.

10. PROCEDIMENTO GERAL PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344/98

a) Conferir todos os campos da receita.

b) Verificar se todos os campos estão preenchidos corretamente, de forma legível, sem emenda ou rasura.

c) Verificar a identificação do emitente:

♣ Nome do Profissional, Nº de Inscrição no Conselho Regional com a UF e Endereço ou Nome do Estabelecimento/Instituição com endereço completo.

♣ Verificar se a receita tem a assinatura do prescritor (obrigatória).

Preencher o campo Identificação do Comprador com os dados necessários. Caso não haja este campo disponível na Receita (como no caso de notificação de receita especial) deve-se preencher os dados do comprador no verso da receita.

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO PARA ATENDIMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "A"

3.4. PROCEDIMENTO ESPECÍFICO PARA ATENDIMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B1" a) Notificação de Receita "B" é utilizada para prescrição de substâncias da Lista B1. (Port.344/98). Sua cor é azul. b) Válida somente no estado em que foi emitida. c) Tem validade de 30 dias após a emissão. d) Pode ser prescrito somente uma substância ou medicamento por receita. e) A quantidade a ser dispensada deve atender o suficiente para até 60 dias de tratamento, conforme posologia.

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO PARA ATENDIMENTO DE MEDICAMENTOS ANTIMICRIBOANOS

a) Dispensar medicamentos antimicrobianos somente mediante apresentação e retenção da receita.

b) A dispensação de medicamentos à base de antimicrobianos sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita de controle especial, sendo a 1ª via retida no estabelecimento farmacêutico e a 2ª via devolvida ao paciente, atestada, como comprovante do atendimento.

c) Verificar se a prescrição foi efetuada por profissional autorizado (médico e dentista). (As prescrições somente poderão ser dispensadas quando efetuadas por profissionais legalmente habilitados em receituário privativo do prescritor ou do estabelecimento de saúde, não havendo modelo de receita específico).

d) Orientar o paciente quanto à:

- a. posologia; b. horário; c. via de administração; d. duração de tratamento; e. modo de preparo; f. influência dos alimentos; g. interação com outros medicamentos; h. reações adversas; i. condições de conservação do produto. e) Solicitar que o farmacêutico avalie a receita quanto a: a. legibilidade e ausência de rasuras; b. identificação do usuário; c. identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade; d. modo de usar; e. duração do tratamento; f. local e data de emissão; g. assinatura do prescritor com o número de registro no respectivo Conselho Profissional. f) Data de emissão.

As receitas de antimicrobianos tem validade de 10 (dez) dias em todo território nacional a contar da data de sua emissão. Exceção: situações de tratamento prolongado. Nesse caso, a receita deverá conter a indicação de TRATAMENTO CONTÍNUO, com a quantidade utilizada para cada 30 dias e será válida para aquisições dentro de um prazo de 90 dias a partir da emissão.

A mesma receita poderá conter a prescrição de outros medicamentos desde que não sujeitos a controle especial.

Não dispensar medicamentos cujas receitas estejam ilegíveis, rasuradas ou posteriores ao prazo de validade de 10 dias.

Verificar a data de validade do medicamento na hora da venda. j) Alertar o usuário quando o produto tem prazo de validade próximo ao seu vencimento. k) Não dispensar medicamentos cuja posologia para o tratamento não possa ser concluída no prazo de validade. l) Preencher o campo Identificação do Comprador com os dados necessários. Caso não haja este campo disponível na Receita (como no caso de notificação de receita especial) deve-se preencher os dados do comprador no verso da receita.

Farmácia de Dispensação de Medicamentos Sistema SUS

Por solicitação da Secretaria da Saúde do município, se fez necessário estruturarmos este serviço para apoio a rede básica de saúde local.

1. OBJETIVO

Dispensar medicamentos padronizados de forma a manter o controle e o consumo racional dos mesmos pela população.

2. EXECUTANTES

Farmacêuticos e auxiliares de farmácia.

3. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Receita devidamente carimbada e preenchida pelo profissional de saúde;
- Cartão cidadão ou documento com foto;
- Sistema Maestro IDS Saúde;
- Carimbo de identificação da Prefeitura Municipal de Louveira de Fornecido;
- Caneta esferográfica;
- Calculadora.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- a) O farmacêutico(a) ou auxiliar de farmácia orienta o paciente a retirar a senha e aguardar ser chamado;
- b) Ao chamar a senha, solicitar a receita, e o documento de identificação ou cartão

1336

cidadão;

- c) Verificar se o paciente possui cadastro ativo no sistema cartão cidadão;
- d) Verificar na receita, se todos os dados estão corretos e se a receita está em duas vias, quando necessários;
- e) Verificar no sistema a liberação do medicamento, caso esteja, contabilizar o medicamento necessário para o tratamento e separar;
- f) Conferir quantidade, lote e validade no sistema e baixa a quantidade exata entregue ao paciente;
- g) Identificar a receita com carimbo preenchendo com data e nome legível de quem entregou o medicamento
- h) Orientar o paciente quanto ao uso correto do medicamento, forma de preparo, posologia e armazenamento;
- i) Devolver a receita carimbada, documento do paciente, medicamentos conferidos e finalizar o atendimento;

5. OBSERVAÇÃO

- Avaliar a situação de cada paciente, exemplo, quando se tratar de recém-nascido (até 90 dias de vida) poderá ser utilizado o cartão cidadão do responsável;
- No caso de pessoas sem documentação, dispensar e orientar quanto a necessidade de portar algum documento com foto;
- Identificar medicamentos da portaria nº 344/98 (psicotrópicos) para a dispensação, cor preta, comunicar o farmacêutico de plantão;
- Receitas uso contínuo: Validade de seis meses após a data de emissão, avisar o paciente para realizar a troca da mesma (medicação para doenças crônicas), dispensar a quantidade para tratamento de 60 dias e ao final do prazo, o paciente retorna para retirar o restante da medicação na farmácia mais próxima da sua residência.
Dispensação de termolábeis: Avisar o paciente para trazer bolsa termica ou isopor.
- Antimicrobiano/Antibióticos: Realizar a retenção de uma via da receita de controle especial de antimicrobiano/antibióticos levando em consideração 10 dias corridos após a data de emissão, ou seja, paciente tem até 10 dias para retirar esse tipo de medicação.
- Medicamento psicotrópico: a primeira via da receita deve ficar com o paciente, e a segunda via com a farmácia

2.2.9 Apresentação da Proposta de Unidade de Arquivo de Prontuários

O Serviço de Arquivo de Prontuários é um serviço imprescindível a Unidade de Saúde e sua existência decorre da necessidade de sua organização através da confecção, manutenção, conservação e guarda de prontuário de pacientes que necessitam de assistência médica e é uma fonte de pesquisa científica, reunindo as atividades de Arquivo, Registro e Estatística.

Seção de Arquivo - Controla, confere, ordena e arquiva o prontuário de pacientes do pronto atendimento e internação. O Prontuário do Paciente é o documento legítimo e individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social - tratamento clínico, resultados de exames, situação de internação, descrição cirúrgica, resultados e conclusões. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que a paciente recorrer à instituição.

Objetivo do Serviço - Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações, elaborando estatísticas e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

O Serviço de Prontuário de Paciente tem como função básica ter todos os cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos dados para realização de estatísticas.

Um dos pontos de maior criticidade para o SAME está em manter a rastreabilidade do prontuário. Para isso deve registrar toda a movimentação do paciente e controle de prontuários, zelando por estes documentos. A unidade manterá o arquivo físico dos prontuários conforme normatização específica.

Solicitação de Prontuários - A solicitação de cópia de prontuários médicos deve ser feita unicamente na recepção, em qualquer horário e dia da semana. A retirada dos documentos impressos é realizada posteriormente em até 10 dias úteis, também na recepção nos seguintes horários: de segundas às sextas feiras, das 08h00min às 17h00min.

Prontuários de pacientes de alta, óbito e transferência. - Diariamente a equipe do SAME encaminha prontuários de pacientes que saíram de alta, óbito ou transferência. Esses prontuários são conferidos mediante protocolo e encaminhados para análise e codificação de procedimentos. Depois de codificadas, as contas são encaminhadas para emissão de AIH. As contas autorizadas são digitadas em sistema próprio do SUS e posteriormente é emitido um resumo gerado pelo próprio sistema. Esse resumo é anexado ao prontuário juntamente com a conta rascunhada e digitada. Os prontuários são devolvidos ao SAME após a finalização de todo processo de digitação e conferência de dados.

Prontuários de pacientes internados - Mensalmente a equipe de Faturamento analisa todos os prontuários dos pacientes que ainda estão internados, pois o sistema permite que o faturamento das contas de alta complexidade a cada procedimento cirúrgico realizado não importando o tempo e o intervalo de cada cirurgia. Essas contas são codificadas pelos médicos auditores e na finalização é informada alta administrativa. O processo de digitação e conferência segue o mesmo fluxo de pacientes de alta.

1338

Atendimentos ambulatoriais e emergenciais - Diariamente a equipe da Unidade encaminha todas as fichas e consultas realizadas no dia anterior. O Faturamento codifica e lança os dados em planilha elaborada pela Unidade de Faturamento. No final de cada mês essa informação é digitada em sistema de BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial – Consolidado) e BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial – Individualizado).

Guarda de Prontuários - A responsabilidade pelo prontuário cabe ao médico e aos outros profissionais assistentes que o utilizam, à hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias de clínica, diretor da divisão médica, diretor técnico (Resolução CFM n.º 1.638/02). A guarda do prontuário é da responsabilidade da Unidade ou da clínica que lhe presta atendimento. De acordo com a Resolução do CFM n.º 1.639/02, é norma legal os documentos médicos em suporte de papel serem arquivados por tempo não inferior a vinte anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente. Os prontuários de parto serão arquivados por dezoito anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 10). Findo o prazo, o original poderá ser substituído por outros métodos de registro que possam restaurar as informações nele contidas (Lei n.º 5.433/68; Resolução do CFM n.º 1.639/02; Parecer do CFM n.º 23/89), isto é, arquivados eletronicamente em meio óptico, magnético ou microfilmado para manutenção permanente. Não é concedido aos médicos de estabelecimento com arquivo coletivo manter prontuários em sua guarda. Em casos de perda ou extravio de prontuário, a direção da instituição aplicará medidas existentes para essas situações e do ponto de vista legal há que se recorrer aos dispositivos referentes aos direitos do cidadão, e a direção da instituição deve elaborar um documento à parte interessada com a informação de que o prontuário não foi localizado apesar dos esforços empenhados com esse objetivo.

Destruição do Prontuário - É infração à ética médica. A eliminação do suporte de papel só será autorizada após consulta e análise obrigatória da comissão permanente de avaliação de documentos da unidade médico-hospitalar à qual pertence o arquivo de revisão de prontuário e garantida a preservação permanente em meio eletrônico, isto é, informatização, microfilmagem ou outros meios (Resolução CFM n.º 1.639/02). A microfilmagem dificulta pesquisas, mas dura cerca de cem anos e pode ser refilmada (Carvalho, 1977).

Arquivo Paralelo ou “Morto” - Tendo em vista o valor dos prontuários para o ensino e a pesquisa, sua extinção configura perda patrimonial irrecuperável. Para solucionar essa questão, a microfilmagem e a informatização têm sido utilizadas para conservação permanente dos documentos e economia de espaço para arquivamento. “Arquivo morto” é denominação criticável, tem configuração de gíria. Em rigor, morto é o estado em decorrência de óbito do ser que viveu. Nesse arquivo, em geral, guardam-se prontuários de casos inativos ou que completaram cinco ou mais anos desde a última consulta. Há muitos prontuários de pacientes falecidos. Diz-se tecnicamente arquivo passivo ou paralelo. A preocupação do responsável técnico da instituição e da comissão de prontuário de promover ações adequadas para o desenvolvimento desse importante setor pode evitar perdas documentais irremediáveis.

Possibilidade de Gerenciamento Eletrônico de Documentos - Serviços integrados, ágeis, seguros e eficientes poderão ser viabilizados para guarda, digitalização e organização de documentos, modernizando os processos. A Digitalização e Indexação de Documentos permitem armazenamento nos servidores, acessíveis sete dias por semana, 24 horas por dia. Vantagens: consulta via web com segurança, agilidade e facilidade; possibilidade de acesso por mais de um usuário; possibilidade de envio dos documentos via e-mail; redução do desgaste físico do

documento; redução no tempo de recuperação da informação; redução de cópias impressas; cópias de segurança; redução de áreas de arquivamento; alta disponibilidade e segurança garantida para os seus dados.

Aspectos Legais e Éticos

O AHBB adverte e tem consciência que o prontuário poderá ser instrumento de defesa e de acusação. É muito comum, no meio médico a seguinte frase: “o que não está escrito no prontuário não aconteceu”! Por conseguinte, será pertinente anotar, com detalhes, todas as dificuldades no atendimento do usuário, de qualquer natureza. A falta de certas condições materiais (equipamentos e medicamentos) para o atendimento adequado dos usuários, a ausência de infraestrutura e o conseqüente uso de substitutos inadequados e outras anormalidades, deverão ser anotadas. Tal iniciativa não desobrigará o profissional de comunicar essas irregularidades à Chefia imediata. Para se evitar aborrecimentos e questionamentos no ambiente judicial, os profissionais deverão descrever com detalhe, clareza e precisão de localização anatômica, as lesões subseqüentes à violência, em usuários dos serviços atendidos nessa condição.

O prontuário será o principal documento constituinte das provas judiciais. Nos processos contra médicos, dentistas e enfermeiros, o acusador – geralmente o usuário –, deverá comprovar que o profissional agiu com imprudência, negligência ou imperícia, isto é, ele (o usuário) ou seu representante legal deverá apresentar provas de que houve erro de conduta, pelo qual foi prejudicado. Nesse ponto, vale insistir: o que terá valor decisivo será o prontuário, no qual se poderão colher as provas que negarão, ou não, a responsabilidade do profissional sobre o fato.

Graças ao prontuário, poderá se provar, ou não, que os cuidados profissionais aplicados ao reclamante usuário foram adequados. Assim, em casos de registros omitidos ou irregulares, o profissional poderá perder a possibilidade de comprovação de seus atos. Nesse caso, as alegações do usuário passarão a ter mais validade judicial que a memória do profissional. A falta ou a insuficiência dos registros poderão ser substituídas por prova testemunhal ou pericial.

A “medicina de defesa” reforça a importância do prontuário e de seu preenchimento completo. Conhecimentos e informações que proliferam aceleradamente, exigência de superespecializações, ânsia do profissional pela impossibilidade de permanente atualização, recursos médicos de alta tecnologia, revolução farmacológica, procedimentos mais invasivos, solicitações de exames destinados a prever danos às vezes improváveis, atendimentos onerosos e outras circunstâncias, exigirão da atividade médica, extremos cuidados para se evitar iatropatogenias e ações judiciais. A medicina defensiva reforçada com a contínua incorporação de tecnologias modernas, não substitui o preciso preenchimento do prontuário.

O documento, para ser admitido em juízo como elemento de prova, necessitará ter sua autenticidade reconhecida, estar datado e assinado. A ausência destes elementos demonstrará má qualidade da assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde. Rasuras comprometerão o valor legal do prontuário. Em casos de retificações, aconselhar-se-á escrever entre parênteses indicações como sem efeito, digo, ou expressões análogas e, a seguir, escrever a correção.

Segundo o Código Penal, a anotação incorreta, incompleta, falseada ou inexistente no prontuário, quanto aos fatos relacionados ao usuário, poderá caracterizar falsidade ideológica: “Omitir, em documento público ou particular declaração que dele devia constar, ou nele inserir,

1340

ou fazer inserir declaração falsa, ou diversa da que devia ser escrita, com o objetivo de prejudicar o Direito ou criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, acarretará pena de reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) ano a 3 (três) anos e multa, se o documento é particular". Se o agente for funcionário público e cometer o crime, prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena da sexta parte. Falsidade ideológica refere-se à formação de documento, cuja materialidade é perfeita, mas, o conteúdo é falso.

2.2.10 Apresentação da Proposta do Serviço de Lavanderia Hospitalar

A Lavanderia é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, qualidade e conservação a todos os setores da Unidade de Saúde, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência. As roupas utilizadas incluirão lençóis, cobertores, toalhas, roupas de pacientes, roupas de centro cirúrgico, campos cirúrgicos, dentre outros. O processamento de roupas é de fundamental importância, pois envolve os seguintes aspectos:

controle das infecções;

recuperação, conforto e segurança do paciente; e,

eficiência na assistência prestada por parte dos profissionais de saúde.

O processamento da roupa consistirá em todos os passos requeridos para a coleta, transporte, separação e armazenamento da roupa suja, para envio ao serviço de limpeza e esterilização delas, que é externo a Unidade de Saúde.

Acondicionamento e Remoção da Roupa Suja da Unidade Geradora:

O acondicionamento da roupa suja na unidade geradora terá como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para o serviço externo terceirizado, visando a proteção da equipe de saúde e dos pacientes.

Os sacos plásticos dos hampers serão transparentes e de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos.

A retirada da roupa suja da unidade geradora (onde foram utilizadas), ocorrerá com o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão independentemente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

Coleta e Transporte da Roupa Suja:

A coleta da roupa suja será realizada em horários preestabelecidos e permanecerão o menor tempo possível na unidade geradora.

O colaborador que realizar a coleta e o transporte da roupa suja estará devidamente paramentado com todos os EPIs indicados para tal atividade (capote, bota, gorro, máscara, óculos e luvas).

A roupa suja será transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Será coletada no próprio saco plástico do hamper, fechando-o adequadamente para impedir abertura durante o transporte e um saco novo será repostos no lugar do retirado.

O carro de transporte será exclusivo para esse fim, identificado e com tampa.

Não será excedida a capacidade dele, permitindo-se o fechamento total da tampa.

Providenciaremos tantos quantos carros forem necessários para o perfeito desenvolvimento do trabalho.

Transporte e Distribuição da Roupa Limpa:

Após o retorno da roupa da lavanderia, lavada e esterilizada, sua distribuição será feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada setor; e,

O transporte será realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando-se o risco de recontaminação antes de chegar aos locais de destino.

Manual Técnico de Processamento de Roupa Hospitalar

Unidade de Processamento de Roupa Hospitalar: é uma área hospitalar destinada ao processamento da limpeza e desinfecção das roupas hospitalares.

Classificação das Áreas Físicas da Lavanderia:

Área Suja ou Contaminada: destinada à coleta, separação, pesagem e processo de lavagem da roupa hospitalar.

Área Limpa: destinada ao acabamento, armazenagem e distribuição das roupas.

Roupa Hospitalar

São todos os artigos têxteis enviados à lavanderia.

Classificação das Roupas Hospitalares:

Roupa Suja: inclui toda roupa que foi retirada do paciente, independente do grau de sujidade. São consideradas de risco potencial de contaminação.

Roupa Contaminada: é aquela proveniente de pacientes com doenças transmissíveis, que apresentam alguma importância na cadeia epidemiológica.

Roupa Instável ao Calor: são aquelas feitas de fibras têxteis que são danificadas pelo processo habitual de lavagem e desinfecção da roupa hospitalar (ex.: cobertores).

Dessa maneira, a lavanderia hospitalar será responsável pela provisão de roupas limpas a todos os setores das Unidades, abrangendo os serviços próprios e contratados, localizados ou não dentro da área física da Unidade de Saúde.

1342

Objetivos da Lavanderia Hospitalar:

processar as roupas hospitalares com qualidade, segurança e eficiência;
favorecer um ambiente de trabalho seguro aos profissionais que atuam no setor;
preservar a qualidade de roupas em todas as fases do processamento; e,
utilizar as técnicas adequadas para o processamento da roupa.

Recursos Humanos:

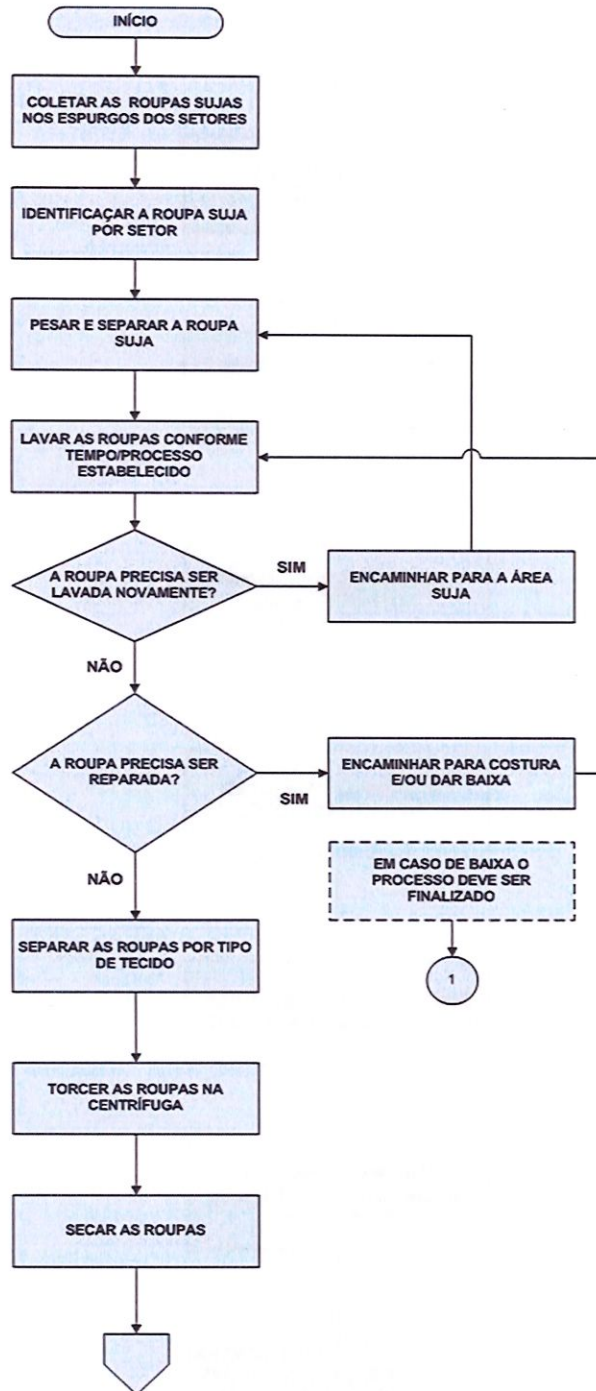
o Serviço de Lavanderia será terceirizado, contando com colaboradores: assistentes de lavanderia, auxiliares de lavanderia, costureiras e motoristas.

Equipamentos e Recursos Tecnológicos:

máquinas de lavar; centrífugas; secadoras; e calandras.

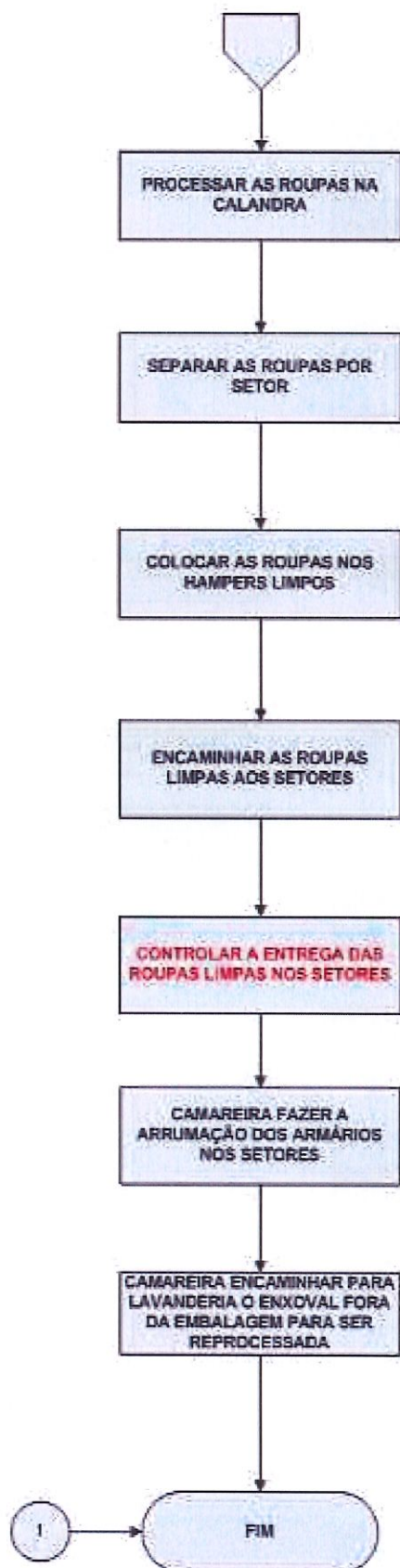
Fluxograma

LAVANDERIA



1343

LAVANDERIA



Coleta da Roupa Hospitalar:

o colaborador deverá estar devidamente paramentado com uso dos EPIs preconizados e fazer a coleta nos horários pré-estabelecidos;

deverá comunicar ao superior direto quaisquer tipos de acidente de trabalho que porventura ocorrerem; e,

deverá manter o carrinho de transporte sempre higienizado/ desinfetado após cada coleta.

Horários de Recolhimento e Distribuição:

das 7:00h às 9:30h ou das 12:00h às 14:30h, três vezes por semana (segundas, quartas e sextas).

Separação e Pesagem da Roupa Para o Processamento:

o colaborador deverá estar devidamente paramentado com uso dos EPIs recomendados;

deverá tarar a balança antes do início do processo de pesagem; e realizar anotações precisas e claras quanto ao peso da roupa suja/contaminada;

as roupas sujas deverão estar devidamente identificadas por setor e de acordo com o grau de sujidade (vide tabela abaixo); e,

o auxiliar deverá emitir um relatório diário de pesagem das roupas e a carga da máquina em cada processamento.

Tabela de Separação de Roupas Hospitalares por Sujidades

Classificação	Tipo de Sujidade	Tipo de Roupa
Contaminada	grande quantidade de sangue, fluídos corpóreos, medicamentos etc.	compressas, roupas contaminadas.
Pesadas	com presença de sangue, fluídos corpóreos, medicamentos etc.	roupa cirúrgica, campo cirúrgico, lençóis, fronhas, toalha de banho, camisolas etc.
Leve	suor, poeira etc.	lençóis, fronhas, toalha de banho, camisolas, cobertores etc.

1346

Lavagem da Roupa:

lavagem é o processo que consiste na eliminação da sujeira fixada na roupa, deixando-a com aspecto e cheiro agradável, com nível bacteriológico reduzido ao mínimo e confortável para o uso; e,

são uma sequência de operações ordenadas, levando em consideração a dosagem dos produtos químicos, a ação mecânica, a temperatura e o tempo de contato entre essas duas variáveis.

Conceitos Básicos:

Umectação: operação que tem como propriedade dilatar a fibra dos tecidos, facilitando o desprendimento da sujeira.

Pré-Lavagem: etapa que possibilita que a sujeira seja dissolvida, suspensa ou emulsionada na água.

Lavagem: operação, cuja presença da espuma, caracteriza o grau de sujeira que ainda permanece na roupa.

Alvejamento: etapa que, pela ação do cloro, tem como principal objetivo a desinfecção da roupa.

Acidulação: fase destinada à utilização de um acidulante com o objetivo de eliminar a alcalinidade deixada pelos sabões.

Amaciante: etapa que tem o propósito de quebrar a rigidez das fibras, tornando os tecidos mais macios e agradáveis aos clientes.

Após a separação e pesagem, as roupas são colocadas nas máquinas de acordo com a classificação de sujidade, obedecendo processos descritos abaixo:

Processos de Lavagem: Operação, Tempo, Temperatura e Nível de Água

Número	Operação	Produto	Tempo (min.)	Nível de Água
1	Umectação	Detergente Neutro	5	Alto
2	Enxágue	Água	3	Alto
3	Pré-lavagem	Específico – remoção de sangue	5	Baixo
4	Lavagem	Detergente Completo	10	Baixo

5	Alvejamento	Auxiliar – Alvejante	10	Baixo
6	Enxágue	Água	3	Alto
7	Neutralização e Amaciamento	Neutralizante e Amaciante	3	Alto

após a lavagem as roupas são retiradas na área limpa para seguir o processo;
nesta fase são separadas as roupas que ainda estiverem manchadas; e,
essas roupas devem ser pesadas e retornar para o processo de lavagem;

Centrifugação:

é a remoção do excesso de água das roupas; e,

Tempo estabelecido: 10 minutos para roupas de algodão e 05 minutos para roupas mistas de poliéster / algodão.

Secagem e Calandragem:

são o processo final após a centrifugação, obedecendo as recomendações da tabela para o acabamento das roupas hospitalares.

Tipo de Roupa	Equipamento	Finalidade	Tempo de Operação
Felpuda: toalhas de banho, de rosto uniformes e aventais	Secadora	Secar	30 Minutos
Compressas	Secadora	Secar	30 Minutos
Campos Cirúrgicos	Secadora	Secar	30 Minutos
Lençóis e Fronhas	Secadora e Calandra	Secar e Passar	30 Minutos, 01 passada
Uso Pessoal	Secadora e Calandra ou Ferro de Passar	Secar e Passar	20 Minutos (se necessário)
Cobertores	Secadora	Secar	Se necessário (baixa temperatura)

Observação: a roupa, após acabamento, deverá ser embalada em saco plástico tipo PVC, para armazenamento.

1348

Armazenagem e Distribuição:

é uma das etapas finais do processo da lavagem;

finalidade de armazenar as roupas que sofreram todo o processo e posteriormente distribuição nos devidos setores;

armazenar as roupas em locais apropriados (armários ou prateleiras), fechados e em locais limpos e livres do contato com poeira e umidade;

controlar e ordenar a distribuição da roupa suprindo as necessidades das unidades;

a distribuição das roupas deverá ocorrer de forma ordenada, em carros exclusivos para este fim; e,

registrar diariamente o estoque existente no setor e a rotatividade das roupas e realizar relatório mensal.

Confecção, Conserto e Reposição de Roupas:

o setor destina-se à confecção e conserto de roupas;

as peças de roupas são enviadas pela lavanderia e são avaliadas pela costureira que procede o conserto ou o descarte; e,

quando necessário fazer o descarte, a colaboradora faz a reposição e anotar na planilha diária.

Relatórios Mensais:

O Setor de Lavanderia fornecerá 2 relatórios mensais:

estatística mensal de roupa lavada onde consta os quilos de roupa lavada por setor/dia e a quantidade de cada produto utilizada mensalmente; e,

estatística mensal de reposição e conserto de roupa, onde consta a produção de peças novas, o total de peças consertadas, total de peças retiradas e repostas e o estoque de roupa.

Manutenção dos Equipamentos:

a manutenção preventiva e corretiva fica sob responsabilidade do Setor de Manutenção; e, segue uma planilha pré-estabelecida e de conhecimento dos colaboradores.

Sustentabilidade Ambiental Quanto ao Descarte de Resíduos

A preocupação com a questão ambiental torna o gerenciamento de resíduos um processo de extrema importância na preservação da qualidade da saúde e do meio ambiente. A gestão integrada de resíduos deve priorizar a não geração, a minimização da geração e o reaproveitamento dos resíduos, a fim de evitar os efeitos negativos sobre o meio ambiente e a saúde pública. A prevenção da geração de resíduos deve ser considerada tanto no âmbito das

indústrias como também no âmbito de projetos e processos produtivos, baseada na análise do ciclo de vida dos produtos e na produção limpa para buscar o desenvolvimento sustentável.

Além disso, as políticas públicas de desenvolvimento nacional e regional devem incorporar uma visão mais proativa com a adoção da avaliação ambiental estratégica e o desenvolvimento de novos indicadores ambientais que permitam monitorar a evolução da ecoeficiência da sociedade.

É importante ainda, identificar ferramentas ou tecnologias de base socioambiental, relacionadas ao desenvolvimento sustentável e responsabilidade total, bem como às tendências de

códigos voluntários setoriais e políticas públicas emergentes nos países desenvolvidos, relacionados à visão sistêmica de produção e gestão integrada de resíduos sólidos.

Portanto, a implantação de processos de segregação dos diferentes tipos de resíduos em sua fonte e no momento de sua geração conduz certamente à minimização de resíduos, em especial àqueles que requerem um tratamento prévio à disposição final. Nos resíduos onde predominam os riscos biológicos, deve-se considerar o conceito de cadeia de transmissibilidade de doenças, que envolve características do agente agressor, tais como capacidade de sobrevivência, virulência, concentração e resistência, da porta de entrada do agente às condições de defesas naturais do receptor.

Considerando esses conceitos, foram publicadas diversas normativas, das quais vigoram as Resoluções RDC ANVISA nº 306/04 e CONAMA nº 358/05 que dispõem, respectivamente, sobre o gerenciamento interno e externo dos RSS.

Dentre os vários pontos importantes das resoluções destacam-se a importância dada à segregação na fonte, à orientação para os resíduos que necessitam de tratamento e à possibilidade de solução diferenciada para disposição final, desde que aprovada pelos Órgãos de Meio Ambiente, Limpeza Urbana e de Saúde.

Segundo a RDC ANVISA nº 306/04, o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde – RSS consiste em um conjunto de procedimentos planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais. Tem o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar aos mesmos um manejo seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Embora essas resoluções sejam de responsabilidades dos Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente, ambos hegemônicos em seus conceitos, refletem a integração e a transversalidade no desenvolvimento de trabalhos complexos e urgentes.

Então, em nossa gestão, compreenderemos as ações referentes às tomadas de decisões nos aspectos administrativo, operacional, financeiro, social e ambiental e teremos no planejamento integrado, um importante instrumento no gerenciamento de resíduos em todas as suas etapas, como geração, segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externo até a disposição final, possibilitando que se estabeleça de forma sistemática e integrada, em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias, compatíveis com a

1350

realidade local. Assim, o gerenciamento abrangerá todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos mate-

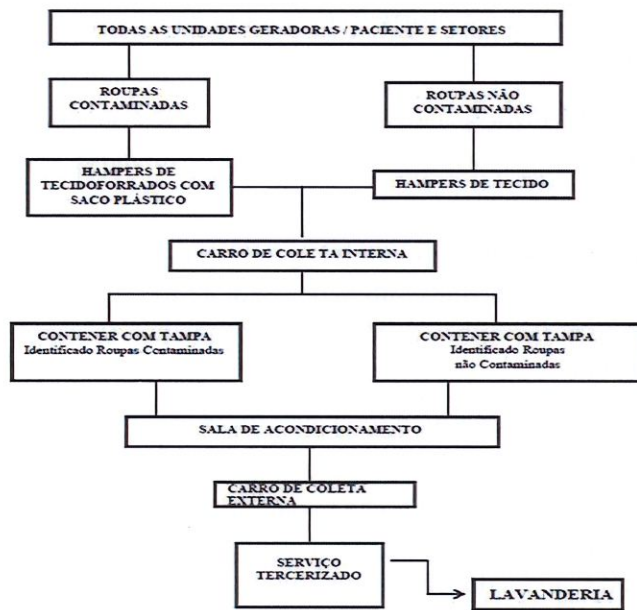
riais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS.

A rouparia prestará serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, sendo responsável pela sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidades adequadas a todos os setores da Unidade.

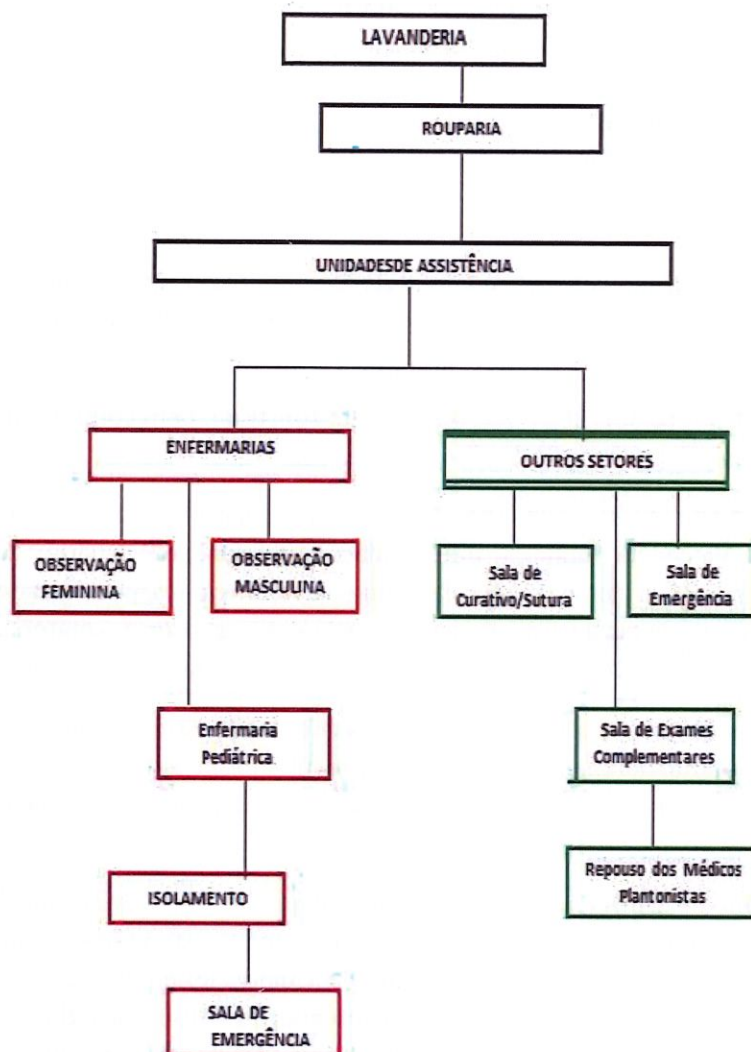
É de fundamental importância um estudo cuidadoso do fluxo da roupa, não devendo ocorrer cruzamento entre a roupa suja e a roupa limpa, visando evitar contaminação.

Um fluxo bem estudado racionaliza tempo, equipamento, pessoal e área de circulação, propiciando à rouparia uma melhor funcionalidade. A operacionalização da rouparia abrange todo o circuito da roupa, desde a sua utilização nos diversos setores da Unidade, passando pela coleta da roupa suja nessas unidades, até sua redistribuição após o devido processamento.

FLUXO DE ROUPAS SUJAS



FLUXO DAS ROUPAS LIMPAS / ESTERILIZADAS



2.2.11 Apresentação das Normas e Sistema de Gestão do Serviço de Laboratório

O AHBB poderá subcontratar os serviços Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), conforme o art. 72 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 ou a que vier a substituir.

Se houver a subcontratação, a empresa contratada deverá possuir a licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária e ter toda documentação necessária, conforme legislações vigentes.

A subcontratação será de integral responsabilidade do AHBB, sem ônus nenhum para a Contratante.

1352

Serviços de Apoio Diagnóstico em Análises Clínicas de Urgência e Emergência

Prestar serviço de Análises Clínicas nas Unidades, realizando procedimentos e exames.

Os Serviços de Apoio Diagnóstico em Análises Clínicas deverão ocorrer durante todo o funcionamento das Unidades, ininterruptamente.

Emitir os laudos dos exames de apoio diagnóstico em análises clínicas (impressos ou em sistema informatizado), em até 2 horas da coleta do material, exceto para exames de gasometria, enzimas cardíacas e troponina, que deverá ter seu laudo em até 1h.

Atender a Portaria CVS 13/2005 e a RDC 302/2005 e as que vierem substituir, bem como todas as legislações pertinentes vigentes.

A empresa responsável pela prestação de serviços laboratoriais deverá possuir Laboratório de Análises Clínicas licenciada pela Vigilância Sanitária, em instalações de sua propriedade (ou imóvel locado), no território Nacional, com toda estrutura adequada ao número e especificidade de exames previstos, alocado numa distância viável à efetivação do transporte do material biológico, processamento dos exames e devolutiva dos resultados dentro do prazo preconizado.

Instituir o Programa de Garantia de Qualidade (PGQs), objetivando avaliar a qualidade das coletas e do processamento de material humano, assim como dos resultados de exames e testes laboratoriais obtidos e, ainda, garantir processos contínuos de busca da qualidade dos serviços prestados.

Prover o dimensionamento mínimo de profissionais em quantidade e qualificação compatíveis à perfeita execução das ações, considerando que o serviço deverá ser prestado de forma ininterrupta, 24 horas por dia, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, sendo estes de sua responsabilidade exclusiva e integral do AHBB, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício. O dimensionamento deverá ser revisto/adequado, sempre que a demanda do serviço for superior a força de trabalho e/ou notificação da Secretaria da Saúde.

Deverá manter responsável de nível superior, devidamente habilitado para assinatura dos laudos e demais questões relativas ao serviço, "in loco", 24 horas por dia, ininterruptamente.

O AHBB ou serviço contratado por ela, deverá dispor de todos os equipamentos necessário para a realização do serviço especificado neste Projeto Básico e seus respectivos anexos, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva e corretiva dos seus bens utilizados na execução dos serviços.

Atender integralmente a RDC 509/2021 e a RDC 20/12 ou a que vier substituir, elaborando o Plano de Gerenciamento da Tecnologia, garantindo que todos os equipamentos médico-hospitalares possuam registro na Anvisa.

Deverá manter equipamento de backup para garantir a continuidade dos atendimentos no caso de problemas técnicos no equipamento, obedecendo ao tempo previsto para realização dos exames.

Deverá possuir Plano de Contingência para atuação durante um evento que afete as atividades normais da organização, evitando assim a descontinuidade do serviço.

Para ensaios que permitam determinação em equipamentos totalmente automatizados, este deverá ser a metodologia de escolha.

Os equipamentos utilizados devem estar regularizados junto a ANVISA/MS, de acordo com a Legislação vigente, com os devidos registros de aquisição.

Os produtos, reagentes e insumos utilizados para realizar o processamento dos exames para diagnóstico devem estar regularizados junto a ANVISA/MS, de acordo com a Legislação vigente, com os devidos registros de aquisição.

Fica a cargo do AHBB a coleta de materiais, logística completa e fornecimento de todo e qualquer insumo necessários para coleta de materiais, identificação, processamento, resultados dos exames e testes laboratoriais.

O AHBB ou serviço contratado por ela deverá promover toda a logística necessária à perfeita execução dos serviços de transporte para entrega de insumos e, se necessário, a retirada do material biológico em veículo apropriado conforme legislação, com motoristas devidamente treinados/habilitados, em conformidade com a RDC 20/2014.

Deverá possuir total rastreabilidade das amostras, desde a entrada do material no laboratório, até a entrega final do resultado na unidade.

Disponibilizar com a guia de encaminhamento os resultados dos exames impressos na transferência do paciente para outros serviços.

A Hemocultura¹ deverá ser realizada conforme Protocolo Municipal de Sepse Adulto e de Sepse em Pediatria e suas atualizações. o AHBB deverá seguir fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde para disponibilização do resultado do exame ao hospital após a internação.

Os exames de relevância epidemiológica deverão ser coletados de acordo com os Protocolos Municipais vigentes e armazenados corretamente até o transporte que será realizado pela Divisão de Vigilância Epidemiológica

A disponibilização dos Testes Rápidos (HIV, Sífilis, Hepatites Virais B e C) para a PEP-Profilaxia Pós-Exposição de Risco, ficará a cargo da contratante, mediante o repasse do Estado. Na eventual falta, ficará o AHBB responsável pelo fornecimento deles.

Todos os resultados de exames de HIV reagente, deverão ser notificados via e-mail, impreterivelmente para o responsável do Programa IST/AIDS do município.

Quando o resultado reagente para HIV se tratar de paciente gestante, proceder com a comunicação imediata via e-mail, para início de tratamento, de acordo com protocolo instituído pela Secretaria de Saúde.

Exames não constantes nas Tabelas SUS e CBHPM poderão ser solicitados, eventualmente, mediante autorização prévia da Central de Regulação do Município, aceite do AHBB, com comprovação de economicidade ao município.

1354

Exames não constantes na Tabela 1 poderão ser realizados mediante autorização pela Secretaria de Saúde.

A Secretaria de Saúde poderá a qualquer momento de a vigência do Contrato incluir novos exames conforme protocolos ou pandemias, epidemias e surtos.

Procedimentos e Exames de Apoio Diagnóstico por Métodos Gráficos – Eletrocardiograma

Realizar procedimentos e exames de apoio diagnóstico por métodos gráficos – Eletrocardiograma durante todo o período de funcionamento da unidade, ininterruptamente, de forma a atender integralmente toda a demanda apresentada.

Os procedimentos e exames de apoio diagnóstico por métodos gráficos – Eletrocardiograma poderão ter a emissão do laudo facultado ao prestador.

Disponibilizar os resultados/laudos do exame de eletrocardiograma realizado na Unidade, em até 15 minutos da realização do exame.

Disponibilizar, com a guia de encaminhamento, os exames impressos na transferência para outros serviços ou quando solicitado pelo paciente.

O profissional deverá informar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado.

Caberá ao AHBB fornecer todos os insumos, materiais diversos, com qualidade e em quantidade adequada, necessários à perfeita execução do exame, de acordo com o estabelecido pelas normativas vigentes.

Atender integralmente a RDC 509/2021 ou a que vier substituir, elaborando o Plano de Gerenciamento da Tecnologia, garantindo que todos os equipamentos médico-hospitalares possuam registro na ANVISA, se indicado.

Garantir a implementação imediata do plano de ação na ocorrência de imprevistos, como, por exemplo, quebra de equipamentos, falta de insumos, falta de recursos humanos, entre outros.

Termos Gerais

Dispõe de equipamentos e procedimentos para auxílio ao diagnóstico, com avançada tecnologia, tais como:

Eletrocardiograma (ECG).

Laboratório Clínico.

Radiologia Digitalizada.

Eletrocardiograma (ECG)

Também chamado de ECG ou eletro, o exame mede a atividade elétrica do coração. É feito com um aparelho ligado a eletrodos, que avalia o ritmo dos batimentos cardíacos em repouso. Exame bem simples, usados rotineiramente, tanto na triagem, quanto em checkups preventivos.

O objetivo é ver se há alguma falha pela condução elétrica do coração, ou seja, se existem bloqueios ou parte do músculo que não estão se movendo como deveriam, o que pode sinalizar problemas cardíacos. É muito utilizado para flagrar arritmias, taquicardias e bradicardias, quando o peito bate rápido ou devagar demais, respectivamente. Contudo, é um exame inicial, que deverá ser confirmado com outros exames.

Nos protocolos clínicos em que o ECG é preconizado, será executado pela nossa equipe de enfermagem.

Laboratório Clínico

Tal setor respeitará as normas preconizadas pelos órgãos de controle e fiscalização dessas atividades, que recomendam as Boas Práticas em Laboratório Clínico – BPLC.

A empresa terceirizada atualmente, possui vasta experiência comprovada em tais atividades, que foi provado através da apresentação de atestados de capacidade técnica de prestação de serviço para esta atividade.

Além do mais, é um setor que desde o começo de suas atividades conosco, nunca trouxe nenhum tipo de problema para nossa gestão, tendo inclusive servido de apoio, em determinadas ocasiões, para outras unidades de saúde da rede municipal de saúde do município.

Este setor possuirá:

Equipamentos com registro na ANVISA.

Aparelhos interfaceados, agilizando resultados e evitando erros de digitação.

Software laboratorial, interfaceado com o SIG, que permite disponibilizar o resultado diretamente, e em tempo real, aos setores solicitantes.

Resultados em tela nos setores, com possibilidade de rastreabilidade, inclusive para exames anteriores de pacientes, permitindo assim, verificar a evolução do quadro e a real necessidade de nova amostra (até 24 horas).

1356

Soroteca informatizada, que proporciona localizar em poucos segundos uma determinada amostra, para repetição ou inclusão de novas análises, sem a necessidade de outra coleta (até 24 horas).

- Todos os aparelhos possuirão back-up, para que eventuais panes não atrasem resultados.
- Realização de exames Point of Care, que permite realização de marcadores cardíacos, em tempo inferior a 1 (uma) hora.
- Troponina Quantitativa, D-Dímero e Pró-BNP.
- Disponibilidade de testes rápidos para casos urgentes de HIV e Dengue.
- Controle Externo de Qualidade, o PNCQ – Programa Nacional de Controle de Qualidade, promovido pela SBAC – Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.
- Equipamentos automatizados, incluindo líquido, bioquímica, hematologia e íon seletivo.

Procedimentos e exames de apoio diagnóstico por imagem de Raio X médico e odontológico.

Caberá ao AHBB executar procedimentos e exames de apoio diagnóstico por imagem – Raio X, inclusive odontológico, através de equipamento de radiografia móvel e fixa, simultaneamente, fornecendo equipamentos, materiais, insumos, software (com registro na ANVISA) e mão de obra qualificada, com observação das normas legais e infralegais aplicáveis ao serviço.

Realizar procedimentos e exames de apoio diagnóstico por imagem, durante todo o período de funcionamento da unidade, de forma ininterrupta, 24 horas por dia, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos.

Os procedimentos e exames de apoio diagnóstico por imagem – Raio X odontológico deverá ocorrer diariamente, durante todo o horário de atendimento odontológico da unidade, a critério do cirurgião dentista, para elucidação diagnóstica, através de equipamento de radiografia móvel.

As radiografias deverão ser realizadas em até 15 (quinze) minutos após sua solicitação, exceto as odontológicas.

Disponibilizar os resultados/laudos do exame Raio X realizado na Unidade, em até 15 minutos

da realização do exame, exceto as odontológicas.

Os procedimentos e exames de apoio diagnóstico por imagem – Raio X realizados na Unidade, poderão ter a emissão do laudo facultado ao prestador.

Realizar procedimentos e exames de apoio diagnóstico por imagem, contemplando minimamente os descritos na **Tabela 2**.

Disponibilizar, com a guia de encaminhamento, os exames impressos na transferência para outros serviços ou quando solicitado pelo paciente.

Prover o dimensionamento mínimo de profissionais em quantidade e qualificação compatíveis à perfeita execução das ações, sendo estes de responsabilidade exclusiva e integral do AHBB, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício. O dimensionamento deverá ser revisto/adequado, sempre que a demanda do serviço for superior a força de trabalho e/ou notificação da Secretaria da Saúde.

Garantir que os procedimentos de radiologia diagnóstica sejam realizados por profissionais legalmente habilitados.

Disponer de Responsável Técnico legalmente habilitado e com título de especialista reconhecido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, que assume perante a Vigilância Sanitária a responsabilidade técnica pelos procedimentos radiológicos, conforme legislação vigente.

Garantir o uso de dosímetro individual e equipamentos de proteção individual, conforme os requisitos da RDC 330/2019 e demais normativas aplicáveis.

Quando não estiver em uso, o dosímetro individual deve ser mantido junto ao dosímetro padrão em local seguro da área livre, em conformidade com as instruções de uso do fabricante, sob a responsabilidade do responsável técnico.

Implantar, implementar e documentar um sistema de proteção radiológica, em consonância com a natureza e extensão dos riscos associados com as práticas e intervenções sob sua responsabilidade, em conformidade com as normas aplicáveis.

1368

Promover a capacitação dos profissionais antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas. As capacitações devem ser registradas contendo, data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.

Implementar o Programa de Garantia da Qualidade, contemplando, no mínimo, o plano de gerenciamento da tecnologia (RDC 509/2021, Portaria CVS nº 18 de 07/10/2009 ou a que vier a substituir), gerenciamento dos processos e dos riscos inerentes ao serviço de radiologia diagnóstica.

Garantir implementação imediata do plano de ação na ocorrência de imprevistos, como, por exemplo, avaria de equipamentos, falta de insumos, falta de recursos humanos, entre outros.

O profissional deverá informar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado.

Os exames de Raio-X deverão ser distribuídos nos terminais da unidade, através de software disponibilizado pelo AHBB, e quando solicitados pelo médico, cirurgião-dentista ou pelo paciente serão impressos em papel adequado, em impressora fornecida pelo AHBB, atendendo aos critérios mínimos de resolução de qualidade.

Os exames realizados sem a qualidade esperada ou que estejam sem condições adequadas para avaliação, por ordem técnica ou legal, deverão ser realizados novamente, sem ônus para a Contratante.

O serviço de radiologia médica contratado ou próprio, deverá possuir a licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária e ter toda documentação necessária, conforme legislações vigentes.

Utilizar equipamentos registrados pela ANVISA com no máximo 10 anos de uso, devendo providenciar a instalação, bem como a execução dos exames de Raio-X, associada a digitalização de imagens com tecnologia mínima CR.

Para o aparelho de Raio-X odontológico, deverá fornecer equipamento registrado na ANVISA, com no máximo 10 anos de uso, que possuam tensão maior ou igual a 60 KV, localizador que garanta a distância do foco-pele com no mínimo 20 cm, cabo disparador com no mínimo 2m, possuir sinal sonoro durante a emissão de Raio X. Atender a Instrução Normativa IN Nº 95, de 27 de maio de 2021 E RDC 330/2019.

Fornecer todos os insumos, materiais diversos, descartáveis e pessoais, com qualidade e em quantidade adequada, necessários à perfeita execução do exame, de acordo com o estabelecido pelas normas vigentes.

Prover todas as vestimentas plumbíferas de proteção individual para a equipe de profissionais, pacientes e eventuais acompanhantes, incluindo avental, protetor de tireoide adulto e infantil, luva etc., e seguir corretamente os prazos de troca.

Os insumos fornecidos, aqueles que se enquadrarem, devem ser registrados na ANVISA/MS, de acordo com a legislação vigente e com os devidos registros de aquisição.

Elaborar e implementar normas, rotinas, protocolos e procedimentos operacionais para todas as atividades, e os mesmos deverão ser submetidos à aprovação da Secretaria da Saúde.

Disponibilizar resultados dos exames impressos na transferência do paciente para outros serviços ou a pedido do paciente.

O serviço de radiologia médica contratado ou próprio, deverá atender a RDC 330 de 20/12/2019, Resolução SS 625 de 14/12/1994, RDC 25 de 15/02/2001, Nota Técnica Conjunta nº 02/2014 - GTES/GGTPS/ANVISA ou a que vier substituir, Instrução Normativa- IN Nº 95, de 27 de maio de 2021 e demais normas pertinentes vigentes.

➤ **Radiologia Digitalizada**

Os exames de Raio X fazem parte da rotina das organizações de saúde, facilitando o diagnóstico e acompanhamento de inúmeras doenças.

O avanço da radiografia digital, por meio do Sistema PACS (Picture Archiving and Communication System, ou Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens) que iremos implantar, mudou a forma como os profissionais de Saúde têm acesso às imagens, que são

1360

disponibilizadas na mesma hora em que o procedimento é realizado, agilizando a elaboração do laudo e a rotina da assistência como um todo. Com a computação em nuvem aliada ao modelo, os resultados são disponibilizados aonde forem necessários - no computador do consultório, no tablet da sala de cirurgia ou no smartphone do médico.

A radiografia digital se baseia nos mesmos princípios de emissão de Raio-x e de sua interação com o organismo humano que a convencional. A principal diferença entre elas está em como os raios que atravessam a matéria serão capturados e processados de modo a gerar a imagem dos exames. Na convencional, usam-se placas de filme que passam por revelação. Já na radiografia digital direta, os Raio-x são capturados por uma placa de circuitos sensíveis à radiação, que gera uma imagem digital e a envia ao computador na forma de sinais elétricos. O exame é acessado, processado e armazenado pelo PACS, que pode ser conectado diretamente ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Na digital indireta, os raios são capturados por uma placa de fósforo que precisa ser escaneada a fim de que a imagem seja transmitida ao computador. A partir daí, ela pode ser processada e destinada para os mais diversos locais, da mesma forma que a radiografia direta.

Com isso, uma das principais desvantagens da radiologia convencional é eliminada: o processo de revelação do filme. Essa etapa gera substâncias tóxicas que poluem o meio ambiente. O próprio filme que é descartado ao longo dos anos contribui para a geração de lixo. Embora o processo de revelação seja feito em menos de uma hora, no sistema digital a imagem é gerada em segundos, otimizando todo o processo de produção do laudo. Além disso, não há necessidade de grandes arquivos de papel para guardar os exames convencionais impressos. Tudo ficará armazenado no PACS, que pode, inclusive, operar em nuvem.

Outra diferença entre as duas modalidades de exame está na qualidade das imagens. Na radiografia convencional, é necessária a emissão da quantidade exata de radiação. Um erro na dose pode gerar uma imagem muito ou pouco penetrada, que não permitirá a identificação de lesões com segurança. Mesmo com a técnica perfeita, considerando que a nitidez e o contraste da radiografia convencional são naturalmente mais baixos, o paciente acaba exposto a uma quantidade maior de radiação do que no caso da radiografia digital para que uma imagem da mesma qualidade seja produzida.

Já, a imagem processada via PACS tem mais nitidez, contraste, detalhes e diferenciação de densidades que a da radiografia convencional, o que otimiza o diagnóstico e acompanhamento das doenças. Como é imediatamente gerada no computador, pode ser rapidamente encaminhada para o médico radiologista. Esse profissional logo emite o laudo para um

especialista remoto ou para o médico responsável pelo paciente, que já pode então diagnosticar e iniciar o tratamento adequado, trazendo assim maior agilidade e eficiência a todo o processo de cuidado.

O sistema otimiza o processamento da imagem no computador, o que permite o ajuste do contraste, a equalização por histograma e até mesmo a subtração de imagens de forma a favorecer a identificação de lesões. E ainda possibilita o uso de ferramentas de medicina diagnóstica, como Reconstrução Multiplanar (MPR), Projeção de Intensidade Máxima, Mínima e Média (MIP/mIP/Média) e o uso do 3D (visão tridimensional). Todas têm como objetivo melhorar a visualização das lesões e, assim, trazer mais assertividade, como já demonstramos anteriormente.

Nos protocolos clínicos em que o exame de Raio X for necessário, eles serão executados pela nossa equipe de Técnicos em Radiologia.

2.2.12 Apresentação das Normas dos Serviços de Recepção, Faturamento e Arquivamento

Recepção

Atendimento

Profissional da recepção: recepciona o paciente, cumprimentando-o, solicitando documento de identidade, cartão SUS ou outro meio de identificação eficaz para qualificação do paciente em Sistema Informatizado, inserindo os dados e queixa primária, anotando no sistema o relato obtido junto ao paciente ou seu acompanhante. Após devido preenchimento, indicará ao paciente que deve se dirigir aos locais de Acolhimento com Classificação de Risco, tão logo seu nome (ou identificação equivalente) seja chamado no painel localizado na recepção. Os profissionais da recepção devem realizar vigilância constante, observando os usuários na recepção, relatando eventuais ocorrências aos enfermeiros localizados no Acolhimento com Classificação de Risco. Em caso de recepção de usuários desacordados, o profissional da recepção deve direcionar, imediatamente, o acompanhante e o usuário aos enfermeiros localizados no Acolhimento com Classificação de Risco, colhendo as informações de identificação do usuário junto ao acompanhante, assim que o usuário seja acolhido. Os profissionais da recepção serão treinados e orientados a respeito do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, informando sempre aos usuários sobre o protocolo adotado e direcionando ou redirecionando conforme demanda.

1300

Proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os Acompanhantes

- Informação Ao Usuário:

Normas e Rotinas para Visitantes e Acompanhantes

Prezado Usuário

Nossa instituição tem a missão de promover assistência integral à saúde. Nosso atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais das áreas médica, enfermagem, serviço social, psicologia, farmácia e outros.

Medidas de Controle de Infecção hospitalar

- Evitar sentar-se na maca do paciente;
- Lavar as mãos ao chegar e ao sair da unidade;
- Evitar o uso de joias e adornos enquanto permanecer na unidade;
- Evitar acompanhar o paciente, caso você esteja resfriado ou com outras doenças;
- Manter sempre limpos e presos cabelos longos de paciente e/ou acompanhante;
- Trazer o mínimo necessário de roupas e objetos pessoais do paciente.

Orientações Gerais

- Manter silêncio;
- Evitar circulação nos corredores, clínicas e postos de enfermagem;
- Não manipular equipamentos ambulatoriais reservados para o uso do paciente, sem autorização da enfermagem;
- Os visitantes e os acompanhantes devem manter bolsas, carteiras e valores sob sua guarda;
- Não é permitida a entrada de cadeiras, colchonetes, televisores e outros aparelhos para as enfermarias;
- Caso o paciente trabalhe de carteira assinada, procurar o Serviço Social para orientações sobre licença e benefício.

Dirigido aos profissionais:

Normas para visitante e acompanhante (no aspecto do controle de infecção hospitalar)

As visitas de familiares e amigos representam um momento muito importante para a recuperação do paciente e para a troca de informações entre a família e a equipe de saúde.

Para a visita ocorrer sem transtorno e não comprometer as medidas de controle de infecção hospitalar, além das normas específicas da Unidade, observar adicionalmente:

- A entrada de visitantes e de acompanhantes com quadro infeccioso deve ser evitada.
- A visita de crianças deve ser restrita, conforme a conveniência e a necessidade de cada caso, e quando autorizada por escrito, deve ser acompanhada de responsável legal ou pessoa indicada por ele.

A equipe de saúde da Unidade deve:

- a. Orientar e supervisionar os visitantes quanto à higienização das mãos na chegada à unidade, antes e após contato com o paciente, superfícies e objetos da área do paciente, e imediatamente antes de deixarem a Unidade;
- b. Orientar e supervisionar os visitantes a ficarem sempre junto ao paciente que está acompanhando;
- c. Esclarecer as dúvidas.

O acompanhante deve:

- a. Contribuir para manter a higiene e a ordem do local;
- b. Contribuir para manter a harmonia e silêncio;
- c. Evitar tocar ou manipular equipamentos, sondas, soros, drenos, que são atividades exclusivas da equipe de saúde;
- d. Evitar sentar-se ou apoiar-se no leito do paciente, tampouco nos leitos desocupados;
- e. Evitar usar os sanitários, até os banheiros reservados aos pacientes;
- f. Obedecer ao tempo estipulado para visita.

O planejamento e a implantação de um serviço sistematizado de orientação aos pacientes, visitantes e acompanhantes com a disponibilidade de folhetos e cartazes informativos e ilustrados facilita o dia a dia das equipes de saúde e a comunicação com os usuários.

Informação aos Familiares

A família costuma ser a principal origem do cuidador. O adoecimento gera crises e momentos de desestruturação para o paciente e seus familiares. Muitas mudanças ocorrem na vida do doente,

1369

levando-o a se deparar com limitações, frustrações e perdas. Essas mudanças serão definidas pelo tipo de doença, maneira que a doença se manifesta e como segue o seu curso, além do significado que o paciente e a família atribuem ao evento. A família necessita se reorganizar e se adaptar, pois o paciente pode precisar de cuidados. Os papéis e as funções devem ser repensados e distribuídos de forma que auxilie o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos ocasionados pelo processo de adoecer.

O bem-estar e o preparo do cuidador tornam-se essenciais para a recuperação desejável do doente. Assim, o acolhimento dos cuidadores pode desempenhar um papel fundamental para:

- Aproximar os familiares da equipe de saúde da instituição;
- Reaproximação dos cuidadores com o paciente;
- Prevenir o burnout em cuidadores (o burnout pode levar a práticas paternalistas e abusos e agressões ao paciente);
- Amenizar as angústias dos familiares diante o adoecimento;
- Facilitar a aceitação do estado mórbido do seu ente querido, assim como das possíveis sequelas.

Sob estes pontos de vista, a implantação de grupos de suporte aos cuidadores informais dos pacientes possibilita a Humanização do atendimento e impacto positivo na gestão.

Uma equipe multidisciplinar pode realizar um encontro semanal com os familiares com o objetivo de:

- Acolher os familiares e cuidadores dos pacientes acamados, com a incapacidade funcional significativa (ou com risco de desenvolver incapacidade funcional).
- Oferecer orientação técnica dos cuidadores quanto aos cuidados básicos do paciente no ambiente domiciliar, em paralelo às orientações individuais no leito se necessário;
- Esclarecer e discutir com os familiares sobre o conceito de cuidador e discutir sobre o sentido de cuidar;
- Promover a melhor aceitação de alta ambulatorial pelos familiares, diminuindo suas angústias de receber o paciente no seu domicílio;
- Diminuir a possibilidade de reinternações por intercorrências clínicas geradas pela conduta inapropriada no domicílio;
- Favorecer o processo de reabilitação após a alta ambulatorial.

Entendemos que essa abordagem do cuidador/familiar gera um excelente canal de comunicação que liga os usuários à instituição, possibilitando melhor acolhimento dos familiares e consequente melhoria do relacionamento e do vínculo destes com a instituição.

Essa proposta também atingir algumas diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009), tais como:

- Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- Criar mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
- Implantar a equipe multiprofissional de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social.

– Instrução De Formas De Acomodação E Conduta Para Os Acompanhantes De Crianças, Adolescentes, Idosos E Portadores De Necessidades Especiais Conforme Previsão Da Legislação Vigente.

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Pensando nisso, os usuários que procurarão os serviços, serão acolhidos conforme estabelecido no nosso Programa de Acolhimento e Classificação de Risco, respeitando seus direitos e deveres, conforme definidos abaixo:

DIREITOS:

- 01.) Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.
- 02.) Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, e não por códigos, números, nome de sua doença ou de forma genérica, desrespeitosa ou preconceituosa.
- 03.) Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.

1366

- 04.) Obter informações claras, objetivas, respeitosas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas, o que pode ocorrer delas, duração prevista dos tratamentos propostos, bem como os riscos de não os realizar, se existe a necessidade ou não de utilização de anestesia, o tipo a ser aplicada e o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os riscos e consequências indesejáveis e duração esperada do procedimento.
- 05.) Ser prévia e expressamente informado, bem como consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, quando o tratamento proposto for, total ou parcialmente, experimental, ou fizer parte de protocolos de pesquisa.
- 06.) Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio para melhoria do seu conforto e bem-estar.
- 07.) Exigir que o hospital cumpra todas as normas de prevenção e controle de infecção hospitalar – conforme o regulamentado pelos órgãos competentes.
- 08.) Ter seu prontuário elaborado de forma legível e de acesso ao conteúdo de acordo com a legislação vigente e as normas estabelecidas pelo Hospital. O prontuário deverá conter sua identificação pessoal, anamnese, exame físico, exames complementares com os respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, procedimentos ou tratamentos realizados, evolução e prescrição médica diária, bem como identificação clara de cada profissional prestador do cuidado, de acordo com os documentos padronizados pelo Hospital.
- 09.) Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, asseguradas em qualquer momento do atendimento, e na satisfação de suas necessidades fisiológicas, respeitando os seus valores éticos e culturais e a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e segurança do procedimento;
- 10.) Ter a gestante a presença do marido, companheiro ou outro acompanhante, por ela escolhido nos exames pré-natais e no parto;
- 11.) Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados.
- 12.) Receber informação, quando solicitar, sobre a procedência do sangue e hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestam sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade. Todas essas informações deverão constar no prontuário do paciente.
- 13.) Ser devidamente orientado e treinado, se necessário, sobre como conduzir seu tratamento após a alta, recebendo instruções e esclarecimentos médicos claros, escritos de forma legível, visando buscar sua cura, reabilitação além da prevenção de complicações.

- 14.) Revogar a qualquer tempo, ou recusar livremente, uma vez devidamente esclarecido os riscos inerentes, os procedimentos médicos sejam eles diagnósticos, terapêuticos ou mesmo avaliações clínicas, desde que não haja risco de morte.
- 15.) Gestantes, idosos, crianças e adolescentes tem legalmente garantida prioridade de atendimento nos serviços de saúde, respeitadas as situações de urgência e emergência;
- 16.) Em caso de menor, incapacidade ou impossibilidade de manifestação de consentimento, o mesmo poderá ser realizado por representante legalmente autorizado.
- 17.) Ter livre acesso a qualquer procedimento diagnóstico e terapêutico disponível na Instituição, desde que indicado por médicos responsáveis.
- 18.) Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.
- 19.) Ser o adolescente atendido, se desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, será necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.
- 20.) Ser informado sobre todos os direitos acima, sobre as normas e regulamentos do Hospital e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações, esclarecimento de dúvidas, podendo expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição através do Serviço de Atendimento ao Cliente.

DEVERES:

- 01) O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas nas consultas e internações sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.
- 02) Durante a internação deve utilizar somente as medicações prescritas pelo Hospital, salvo as autorizadas pelo médico responsável pelo seu atendimento e acompanhamento.
- 03) Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.

1368

- 04) Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde.
- 05.) Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.
- 06.) Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.
- 07.) Ter em mãos seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;
- 08.) Zelar e solicitar que os seus visitantes, acompanhante e amigos contribuam para o bem-estar de todos nas dependências do Hospital, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.
- 09.) Agir com urbanidade, cortesia e discrição nas dependências do Hospital, respeitando e fazendo ser respeitado por seu acompanhante e visitantes os direitos dos demais pacientes, empregados e prestadores de serviços, bem como as Normas e Regimento Interno da Unidade.

Proposta para implantação de serviços de atendimento ao usuário com realização periódica de pesquisa de satisfação do usuário, com definição de uso das informações

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários, tem por objetivo avaliar a percepção de satisfação dos usuários com vistas ao aprimoramento da qualidade do atendimento, buscando estabelecer um canal direto de comunicação com o usuário SUS, por meio do qual é possível obter informações úteis para conhecimento da qualidade dos serviços de saúde do sistema, auxiliar no aperfeiçoamento da gestão pública da saúde, na capacidade de tomada de decisões dos gerentes e gestores públicos e, assim, melhorar as características do atendimento prestado pelo setor público de saúde aos cidadãos.

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários terá um caráter qualitativo, em que será realizada por meio entrevista pessoal de uma amostragem aleatória de pacientes, como também, disponibilizada para ser preenchida pelo usuário.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), satisfação do usuário é a “condição que se percebe nos pacientes, no âmbito da saúde, consubstanciada em um contentamento advindo da realização de suas expectativas em relação à atenção sanitária recebida.” De um modo geral, embora não haja um referencial teórico estável e consensual sobre esse conceito (ESPERIDIÃO

& TRAD, 2006), a satisfação dos usuários é considerada um aspecto central para a avaliação de serviços e sistemas de saúde.

Problematização

Mas será que uma avaliação subjetiva dos serviços de saúde prestados fornece informações relevantes para auxiliar no aperfeiçoamento da gestão pública da saúde? E como se pode utilizar esta avaliação como ferramenta de gestão?

Com o relato desta experiência pretende-se divulgar e discutir junto aos Gestores quais as problemáticas mais encontradas na pesquisa, as quais servirão para o subsidiar a melhoria contínua da gestão em saúde.

Estratégias de elaboração

Os questionários possuem um conteúdo com poucas questões simples, pontuais e padronizadas, contemplando avaliação das instalações físicas, qualidade do atendimento recebido pelos diversos profissionais envolvidos e avaliação do tempo de espera.

Alguns critérios serão adotados na elaboração das questões e categorias de resposta:

O questionário será resumido, porém substancial.

As perguntas são claras para os entrevistados e relevantes para a gestão.

Cada questão é aplicável a todos os grupos de usuários, de forma que todas as perguntas sejam respondidas por qualquer entrevistado.

As perguntas têm conteúdo semânticos diferentes, de forma a evitar ambiguidades e duplicidades.

O questionário avalia aspectos relacionados à estrutura, atendimento e avaliação geral da Unidade de Saúde, que apontam questões relacionadas a cinco dimensões da prestação de serviços passíveis de avaliação por parte dos públicos-alvo (BRASIL, 2013).

Os aspectos utilizados e dimensões relacionadas no questionário dizem respeito à avaliação das instalações e materiais usados durante a provisão do serviço: aparência física das instalações, limpeza e conservação dos equipamentos, aparência do pessoal, materiais usados, conforto dos móveis, das salas de espera, dos escritórios etc.

Os Aspectos tangíveis dizem respeito à avaliação das instalações e materiais usados durante a provisão do serviço: aparência física das instalações, limpeza e conservação dos equipamentos, aparência do pessoal, materiais usados, conforto dos móveis, das salas de espera, dos escritórios etc.

1340

A Confiabilidade refere-se à capacidade da instituição executar seus serviços de forma confiável e precisa, de acordo com o que foi estabelecido ou prometido.

A Receptividade corresponde ao interesse e vontade do atendente em auxiliar e atender os públicos-alvo.

A Garantia conhecimento e cortesia dos funcionários de uma organização e sua capacidade de inspirar confiança nos públicos-alvo. Essa dimensão agregou quatro das características iniciais da prestação de serviços: competência, cortesia, credibilidade e segurança.

A Empatia corresponde ao cuidado e atenção individualizados dados pelos funcionários aos públicos-alvo. A empatia inclui três das características iniciais da prestação de serviços: acesso, comunicação e entendimento.



Aspectos utilizados e dimensões relacionadas no questionário da pesquisa.

Estratégias de execução

Instrumento de pesquisa: questionário estruturado

A opção por um questionário estruturado se deve às vantagens que apresenta tanto sob o ponto de vista de aplicação, por sua simplicidade e baixo custo, quanto na análise, pela possibilidade de padronizar as informações, facilitando o processo.

Todos os colaboradores que participarão na aplicação da pesquisa serão treinados em relação à abordagem e orientação ao usuário, garantindo aos entrevistados a cordialidade necessária, a clareza sobre o motivo da pesquisa/orientação/informação, e a transparência de todo processo.

A aplicação do questionário com relação à realização das entrevistas e a execução da Pesquisa será de responsabilidade da área técnica pelo caráter pedagógico, instrumental e estratégico; Serão entrevistados usuários nas áreas de Urgência e Emergência, Internação e Ambulatório.

Com relação ao tipo de amostra, optou-se pela amostragem por proporções, utilizada para a determinação do tamanho da amostra para populações finitas. Com relação à periodicidade, a pesquisa será aplicada em dois ciclos no ano vigente, conforme cronograma estabelecido.

As questões sobre a abordagem dos usuários, destacam-se alguns aspectos sobre a estratégia de comunicação com o usuário durante a coleta de dados (BRASIL, 2013), sendo uma etapa fundamental para a Pesquisa de Satisfação:

Na abordagem inicial dos usuários, é importante explicar o que se quer fazer com a pesquisa, o seu objetivo. Além disso, ressaltar a importância da participação de cada um e das informações prestadas para a melhoria do serviço.

Garantir o caráter confidencial das informações prestadas. É necessário explicar que as informações não serão usadas individualmente, mas apenas em seu conjunto, para estabelecer padrões gerais.

É importante informar o tempo de entrevista (no máximo 5 minutos), inclusive como elemento de convencimento dos usuários.

Evitar a solicitude de ajudar os entrevistados a responderem o questionário. Esse tipo de comportamento pode induzir, mesmo que não intencionalmente, as respostas de seu entrevistado.

O entrevistador não deve dar “dicas” para o entrevistado, opinar ou discutir as opiniões dos seus respondentes. Quando um entrevistado demonstra dúvida ou má compreensão, o entrevistador deve simplesmente repetir a pergunta integralmente.

Na medida do possível, devem-se padronizar os procedimentos da entrevista, desde a seleção do entrevistado até a forma de abordar o usuário e a forma de fazer as perguntas.

Resumidamente

1. A pesquisa deverá ser realizada de forma amostral e aleatória; incluindo pacientes dos dois sexos e Independentemente da patologia apresentada;
2. Serão excluídos menores de 18 anos;
3. E todos os pacientes entrevistados, devem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;

1370

4. Para avaliar o nível de satisfação dos pacientes será utilizado o “Questionário sobre a satisfação dos usuários”;
5. Para a coleta de dados, teremos duas maneiras de aplicação da pesquisa:
 - a) A primeira, os pacientes serão abordados por um dos pesquisadores durante o horário em que os pacientes não estiverem sendo atendidos, ou seja, antes ou após o atendimento. A aplicação será realizada nos períodos do ano, ou seja, semestralmente.
 - b) e a segunda maneira, a pesquisa estará à disposição dos usuários para serem preenchidas e depositadas nas Urnas, durante a sua permanência na Unidade. Não haverá limitação de prazo para esta modalidade, ou seja, será contínua e permanente.
6. Os pacientes deverão ser orientados a fazer perguntas ao pesquisador caso necessitem de alguma orientação ou não tenham entendido alguma informação do questionário, e os pesquisadores ficaram à disposição para eventuais esclarecimentos;
7. Os pacientes devem, ainda, ser orientados a não levar o questionário para outro local, respondendo na própria Unidade de Saúde;
8. Para os trabalhadores, a pesquisa segue a mesma metodologia aplicada aos usuários.
9. Os dados serão analisados de forma qualitativa e será feita análise estatística descritiva.

Metodologia de análise

Com relação à amostra, seguem algumas ponderações: Amostragem é o estudo de um pequeno grupo de elementos retirado de uma população que se pretende conhecer. Trata-se de uma técnica de pesquisa na qual um sistema preestabelecido de amostras é considerado idôneo para representar o universo pesquisado, com margem de erro aceitável, trabalhando-se com 95% de confiança, isto é, se fizermos a pesquisa 100 vezes, em 95 encontraríamos o mesmo resultado. O erro aceitável foi de 5%.

Para assegurar um menor erro amostral, é muito importante que a amostra seja aleatória. Os entrevistadores deverão ser treinados para minimizar esse erro. Amostragem aleatória é uma técnica que visa a assegurar que a probabilidade de escolha de cada um seja igual à probabilidade de seleção de qualquer outro na mesma população, de modo que todos – e

qualquer um dos componentes da população – tenham a mesma probabilidade de participar da pesquisa.

Cronograma – Pesquisa de Satisfação

Modalidade: Entrevistados

ETAPAS	PERÍODOS	
	1º semestre	2º semestre
Publicação do material da Pesquisa	1º mês	7º mês
Treinamento dos participantes/entrevistadores	1º/2º mês	7º/8º mês
Início da Aplicação do Questionário	3º/4º mês	9º/10º mês
Término da Aplicação do Questionário	4º mês	10º mês
Geração de Resultados/Elaboração do Relatório	4º/5º mês	10º/11º mês
Apresentação dos Resultados aos Gestores	5º mês	11º mês
Reunião de Análise Crítica da Pesquisa	5º mês	11º mês

Cronograma – Pesquisa de Satisfação

Modalidade: O usuário solicita e preenche espontaneamente a pesquisa.

ETAPAS	PERÍODO ANUAL
Disponibilização do Material da Pesquisa	1º mês ao 12º mês do ano

Modelo de Pesquisa de Satisfação dos Usuários

Serviço de Atendimento ao Usuário

Processo de implantação com forma de coleta, documentos utilizados, processo de apuração, proposta das formas e meios de resolução, pós-atendimento.

É um serviço que atua na defesa dos direitos e interesses dos usuários, contra atos e omissões cometidos tanto pela Instituição, Estado ou pelos Municípios. Visa garantir eficiência e crescente

1364

compromisso com a assistência prestada, além de ampliar o espaço participativo do usuário nos processos de organização do trabalho institucional.

O SAU é também responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário que, por meio de questionários aplicados nas Unidades de Prontos Atendimentos, buscando avaliar a qualidade dos serviços prestados através da opinião dos usuários.

Atuação do SAU

O SAU contará com sala própria localizada na Unidade juntamente com o Serviço Social, o que garantirá a efetividade dos encaminhamentos à diretoria e equipe envolvida.

Todas as manifestações serão documentadas e analisadas, contribuindo diretamente para avanços nos processos de trabalho, sendo o manifestante informado sobre as providências efetivadas.

Como fazer elogios, sugestões ou reclamações: É possível se manifestar das seguintes formas: pessoalmente; por e-mail; por telefone; por escrito, através dos impressos disponíveis nas caixas de sugestões colocadas em diversos setores da Unidade.

Ainda, o serviço é responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, que por meio de questionário estruturado aplicado para toda a Unidade, avaliará a qualidade do serviço prestado sob a ótica dos usuários do SUS.

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos

O trabalho implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;

As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Assim, dialogar com o paciente é uma premissa básica para um atendimento eficiente. Infelizmente, alguns profissionais não têm isso como prioridade e acabam padronizando seus contatos.

Sabemos que é impossível lembrar de cada indivíduo, cada problema que ele teve, entre outras coisas. Entretanto, não custa, talvez, anotar essas informações para estreitar as relações com os pacientes.

É interessante para quem é atendido saber que alguém está dando atenção a ele num momento difícil. Muitas vezes, só de ser ouvida, a pessoa já se sente mais aliviada e o tratamento flui de forma mais tranquila e confiante.

É preciso lembrar que o paciente é o protagonista do mercado da saúde. Deve-se, portanto, considerar seus pontos de vista, suas necessidades e seus anseios para promover um melhor atendimento.

Ele quer ter a certeza de que será atendido de forma satisfatória, e que todos os seus problemas serão resolvidos ou o mais rápido possível. Lembre-se: o tom de voz, os gestos e o olhar da equipe dizem muito nesse momento. O fácil acesso à informação também é um ponto que merece muito destaque!

Cada etapa pela qual o paciente passa deve ser devidamente informada a ele ou seus familiares, para que ele tenha conhecimento de cada novidade em seu tratamento.

Neste contexto, um atendimento humanizado é aquele que considera a integralidade da “unidade de cuidado”, ou seja, ele pressupõe a união entre a qualidade do tratamento técnico e a qualidade do relacionamento que se desenvolve entre paciente, familiares e equipe.

Por que queremos ouvir o usuário

Porque sua participação é muito importante, e é através dela que atuamos na defesa dos direitos buscando, a melhoria do serviço ofertado.

O que acontece com os elogios, sugestões ou reclamações? Todas as manifestações são analisadas e documentadas diariamente. Quanto pertinentes, são discutidas com a equipe (Diretoria Geral, Gerentes, Coordenadores e colaboradores das áreas envolvidas) para propor ações e mudanças gerenciais, buscando a solução do problema.

Avaliação da Satisfação do Usuário

A avaliação da satisfação dos usuários é um assunto que vem despertando interesse de pesquisadores e gestores da saúde. Conhecer como os serviços de saúde oferecidos à população são avaliados por seus usuários pode contribuir para manter formas de atuação e/ou formular novas propostas de trabalho. Ouvir a comunidade a esse respeito ajuda os gestores no planejamento e implementação das ações e programas de saúde, justificando seus investimentos em determinadas áreas, além de aproximar os serviços de saúde dos usuários, fortalecendo a participação popular nos processos de planejamento e controle social. Acredita-se que a avaliação de usuários é um importante instrumento para qualificação e aprimoramento

1366

dos serviços de saúde, sobretudo para cogestão junto ao terceiro setor, como estratégia fundamental de mensurar efetividade.

Silva e Formigli (1994, p. 88) afirmam que a satisfação do usuário se pauta na “percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe”. Assim, o grau de satisfação ou insatisfação do usuário com o serviço de saúde pode referir-se à relação que o usuário estabelece com o profissional do cuidado, assim como sua relação com os aspectos da infraestrutura material dos serviços (equipamentos e medicamentos), das amenidades (ventilação e conforto) e suas representações sobre o processo saúde-doença.

Ao avaliar a qualidade dos serviços, Donabedian (1990) leva em conta sete pilares: **eficácia** (o melhor que se pode fazer, em condições mais favoráveis possíveis, dado o estado do usuário e circunstâncias inalteráveis); **efetividade** (melhora da saúde que queremos alcançar, porém sem as condições ideais); **eficiência** (medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada, ou seja, obter o efeito máximo de melhora na saúde, com o menor custo); **otimização** (emprego da relação custo-benefício em saúde); **aceitabilidade** (adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores do paciente e de sua família); **legitimidade** (aceitação do cuidado e aprovação dos serviços de saúde pela comunidade) e **equidade** (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população). Refere, ainda, **três dimensões** para a qualidade dos serviços de saúde. A primeira delas, a dimensão do **desempenho técnico**, consiste na aplicação do saber, do conhecimento e tecnologia médica, a fim de maximizar benefícios e reduzir riscos.

A **dimensão das relações interpessoais** leva em conta o relacionamento com o paciente. A **terceira dimensão, a das amenidades**, diz respeito ao conforto e estética das instalações e equipamentos onde ocorre a prestação do serviço, ou seja, a estrutura física do local de atendimento.

Ações que fortalecem o atendimento humanizado a partir de educação continuada, aprimoramento e avaliação da assistência prestada, por meio de implantação de protocolos desenvolvidos de acordo com as particularidades observadas no município.

Todas as atividades são realizadas respeitando os padrões profissionais, a legislação e a regulamentação das políticas internas, com base na ética.

Os profissionais que atuam para a AHBB em seus projetos, e os que porventura venham a atuar, recebem instrução quanto à hospitalidade, excelência de atendimento e humanização, a fim de que sua prática profissional seja aplicada na íntegra, com vistas a alcançar não tão somente todas

as metas propostas pelo gestor público, mas também a satisfação de sua clientela alvo – os pacientes.

Outro canal de opinião do usuário é a Pesquisa de Satisfação sobre o atendimento prestado através de formulário próprio a ser entregue pela Recepção, preenchido pelo usuário e depositado na Urna.

Também, outra forma será a Pesquisa de Satisfação aplicada por entrevistadores em períodos estabelecidos e divulgados aos usuários.

Todos os dados levantados são mensurados e utilizados como norteadores das ações subsequentes para melhoria da qualidade dos serviços.

IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE APOIO AO USUÁRIO

O SAU (Serviço de Apoio ao Usuário) tem como objetivo registrar queixas, sugestões ou elogios, orientar os pacientes e familiares em questão mais específicas, verificar o índice de satisfação dos usuários, atendendo as necessidades e expectativas dos clientes.

O trabalho desenvolvido no SAU envolve todos os setores das unidades de saúde no sentido de garantir um atendimento digno, com resolutividade e eficácia na assistência aos usuários.

Na estruturação do SAU dentro da concepção do projeto, esse será desenvolvido sob a responsabilização de um profissional do Serviço Social, que estará vinculado ao núcleo coordenador da Unidade, a fim de fomentar as ações citadas em relação a mensuração da satisfação do usuário, deve contar com no mínimo 1 profissional qualificado para realizar tal função, esse profissional se responsabilizara por colher as informações, tabular os dados e participar dos processos de gestão e planejamento da oferta de serviços.

A percepção dos usuários sobre como é prestado os serviços é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade, através de sua avaliação o sujeito é capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além de favorecer uma humanização do serviço, e constitui uma oportunidade de saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido, como também permiti a adequação do mesmo em relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2005).

Segue abaixo os Instrumentos propostos para ampliar a percepção de satisfação do usuário:

INSTRUMENTO 1 - PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Objetivo Geral

1368

Identificar a satisfação dos usuários, com os serviços prestados.

Objetivos Específicos

- Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento do hospital;
- Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários;
- Identificar meios de manter esses pontos positivos;
- Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários;
- Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários.

Instrumentos

O SAU será o responsável pela aplicação da **Pesquisa de Opinião dos Usuários**, que tem por objetivo registrar a opinião do usuário ou familiar e pontuar as questões referentes a atuação dos diversos profissionais, com foco na qualidade da assistência prestada, tempo de espera, qualidade e higiene das instalações e equipamentos.

Esta pesquisa justifica-se por se propor a percepção dos usuários e a satisfação dos mesmos sobre a atuação da equipe de saúde da família e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

A pesquisa ficará à disposição dos usuários e familiares em postos estratégicos da unidade, para que seja respondido de forma espontânea ou através de incentivo dos colaboradores. No entanto haverá uma pactuação de uma amostra representativa de atendimentos realizados durante o mês nas respectivas unidades de saúde, a fim de atender os requisitos mínimos.

O formulário de pesquisa de satisfação a ser utilizado deve atender ao padrão estabelecido pelo Instituto, sendo que este deve conter no mínimo a unidade de atendimento, a identificação opcional do usuário, espaço para manifestar sugestões, elogios e/ou críticas, dados para contato com o SAU e a avaliação do grau de satisfação do usuário dividido em grupos estabelecidos abaixo:

- Recepção
- Espera
- Atendimento Médico
- Enfermagem
- Limpeza
- Exames

Rotina de aplicação das pesquisas de satisfação

- Deixar os impressos das pesquisas nos locais estabelecidos.
- Verificar diariamente se não está faltando o impresso de pesquisas de satisfação em suas respectivas caixas.
- Retirar diariamente, as pesquisas das caixas.
- Manter as pesquisas em envelopes identificados, para o futuro arquivo.

Estruturação de Informação aos Usuários (pacientes e familiares).

Processo de Atenção, tanto em aspectos prévios (em quantos serviços irá implantar o consentimento informado) e, especialmente, a informação durante o processo de atenção (lugares onde se efetuará a informação sobre a classificação de risco, tempo médio de espera, contatos para reclamações e/ou sugestões, entre outros).

Política De Comunicação Em Saúde

A comunicação em saúde é uma das estratégias mais utilizada para orientar, divulgar e, sobretudo contribuir para que pessoas, comunidades possam reconhecer efetivamente a necessidade da promoção e educação em saúde e da participação coletiva nas decisões de matérias relacionadas à saúde.

A comunicação em saúde deve ser entendida de forma integralizada, considerando o sujeito na sua totalidade, suas dificuldades, seus anseios, e não meramente como o repasse de informações rebuscadas com o uso de termos técnico. Os sujeitos precisam ser os protagonistas, capazes de compreender a dinâmica do sistema de saúde, e que ele possa usufruir destas informações de forma a viabilizar o acesso e a efetivação dos seus direitos.

Esse processo de dificuldade de interlocução entre emissor e receptor de informações referentes aos serviços de saúde, é realizado em nossa entidade o projeto “Comunicação, educação, e mobilização social na área de saúde”, que tem dentre as suas estratégias identificar e descrever programas, projetos, recursos e serviços de saúde disponíveis aos cidadãos na Unidade Hospitalar; desvelar os critérios para acessibilidade aos serviços de saúde e para a efetivação da política de saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado; analisar as perspectivas de comunicação, educação popular e mobilização social junto à sociedade com ênfase na participação social e autonomia dos sujeitos.

1370

O projeto apresenta também com estratégia a elaboração de programas de rádio e elaboração de vídeos enfocando os direitos dos cidadãos, os recursos existentes na comunidade, dentre outros, com vista a disseminar a população, informações que sejam significativas ao usuário. O rádio é um instrumento de comunicação do povo, sendo assim este é mais acessível e tem a possibilidade de alcançar um número mais expressivo de pessoas.

No contexto da saúde, a comunicação eficiente depende de sua qualidade, e pode interferir na busca de uma vida saudável. (PEREIRA & AZEVEDO, 2005 apud MÜLLER, 2013, on line).

Quando há uma comunicação de qualidade entre profissional de saúde e usuário de um serviço, este se sente mais motivado e encorajado a questionar, esclarecer dúvidas, reduzindo seu sofrimento e ansiedade gerados pelo mesmo, além de se sentir mais satisfeito (SAVARD, et. al 2004 MÜLLER, 2013, on line)

Também trabalhamos com a política de acolhimento institucional e ouvidoria, sendo que encaminhamos todas as situações problemas para a resolutividade possível.

Políticas de Humanização

1.1. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PIH)

Na Política Institucional de Humanização (PIH) a temática é tratada sob o prisma de um caráter transversal da humanização e promove sua inserção nas diferentes ações e instâncias articuladoras da Unidade. A PIH traduz a humanização como modo de operação dos diferentes setores e sujeitos da instituição, favorecendo trocas solidárias entre os componentes da organização – usuários, trabalhadores e gestores, enfatizando a indissociabilidade entre assistência e gestão humanizada.

Alinhada às Políticas Nacional e Estadual de Humanização a PIH visa enfrentar os desafios de promover melhorias contínuas nas práticas de produção de saúde e nos modelos de atenção e de gestão por meio de um esforço conjunto na construção e implantação de novos métodos e dispositivos de atendimento aos usuários e de apoio à gestão dos serviços de saúde, assim como pela integração e fortalecimento de ações que já contribuem para melhoria da qualidade das relações entre usuários, profissionais e comunidade.

1.2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Eficácia/eficiência (resolubilidade): A resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde. A eficácia fala da produção da saúde como valor de uso,

da qualidade da atenção e da gestão da saúde. A eficiência refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores elencados.

Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional: Estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.

Atuação em rede com alta conectividade: De modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

1.3. MARCAS DA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO

- Redução de filas e do tempo de espera com análise crítica e acompanhamento sistemático do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e a Unidade de Saúde se responsabilizará por suas ações dentro do processo de cuidados.
- A unidade vai assegurar as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
- A unidade vai assegurar gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.
- Serão desenvolvidas ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional.
- A unidade vai assegurar o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da Humanização.

1372

1.4. ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO

Acolhimento com classificação de risco: Acolhimento da demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência. A Avaliação de Risco permite que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providência de forma ágil o atendimento adequado a cada caso (prestando atendimento integral ao indivíduo e a seus familiares).

Projetos de construção coletiva da ambiência: Investimentos no ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Marcada tanto pelas tecnologias médicas quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidas pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente e devem ser considerados.

Comitê de Humanização - Colegiado de gestão: Composição e Organização de um Comitê de Humanização de no mínimo dez membros efetivos com limite máximo de participantes a critério do próprio grupo. Ligado a Gerência da Unidade que indica anualmente ou semestralmente (a critério de apreciação) um presidente, um vice-presidente e um secretário. Presidente e vice-presidente são responsáveis pela formalização do Plano Anual de Humanização com Ações de Humanização e articulação entre os componentes do grupo; secretário tem a responsabilidade documental do grupo e demais membros operacionalizar as ações definidas. O principal objetivo deste Comitê é o de fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida.

Comprometimento com a Referência e a Contrarreferência: Aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura,

conforme a necessidade dos usuários. Articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Definição e utilização de protocolos clínicos: Garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Sistemas de Escuta Qualificados: para usuários e trabalhadores da saúde: por meio de pesquisas de satisfação e serviço de atendimento ao cliente/usuário;

Direito de Acompanhante: Envolvimento no Plano Terapêutico em todas as etapas de atendimento;

Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Resultados: A implantação de um sistema permanente de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde favorece o aprimoramento contínuo da atenção, melhorando a qualidade dos vínculos na assistência e no trabalho em saúde. O sistema de monitoramento e avaliação da PIH tem caráter eminentemente educativo e de estímulo à unidade de saúde para o desenvolvimento e sustentabilidade de programas e ações de humanização, além de permitir o reconhecimento, incentivo e disseminação de práticas de sucesso. Podem ser utilizados indicadores do setor de Atendimento, como tempo de espera, por exemplo, ou mesmo de remoção para serviços de referência, na busca de melhorias e implementação de mudanças. O Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Resultados devem ser realizados semestralmente pelo Comitê de Humanização.

2. Referencial Teórico

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

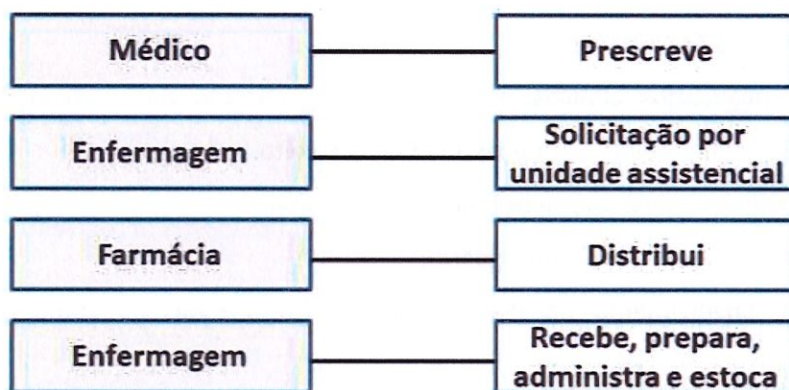
BRASIL. **Política Nacional de Humanização: Plano Nacional de Humanização.** 1º Ed. Brasília. DF, 2013. 16p.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Política Estadual de Humanização.** São Paulo, 2012. 51p.

Organização do serviço de Arquivo de Prontuários dos Pacientes

Fluxo Atribuições de Responsabilidades de Prescrições

1374



Fluxo para Registro e Documentos

Registro dos usuários:

- O registro dos usuários deve ser feito de forma completa, visando garantir sua identificação rapidamente.
- Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados registrados no sistema informatizado utilizado na instituição.
- O usuário será registrado em seu primeiro atendimento e receberá um número de prontuário gerado pelo sistema, que será único para todo e qualquer atendimento subsequente.
- Em toda internação, além dos dados do paciente, é obrigatório o registro de seu responsável.
- O paciente sem identificação deverá ser cadastrado como “DESCONHECIDO” e o caso deverá ser passado para o Serviço Social para que ele busque a identificação do paciente. Assim que o Serviço Social conseguir a identificação do paciente, fazer as alterações no Cadastro.
- O serviço funcionará de segunda a sexta, das 08:00hs às 17:00hs por meio de arquivistas e faturistas, e em regime de 24hs por meio dos recepcionistas, sempre como apoio dos auxiliares administrativos e supervisão da Gerência Administrativa.

Arquivo de Prontuários dos Pacientes:

- Os arquivistas farão conferência na documentação e providenciará a guarda deles. Tendo mais de um prontuário do mesmo usuário estes deverão ser anexado um ao outro.
- Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela lei de arquivamento. Só serão recebidos

no SPP, os prontuários já faturados e listados com nomes e número de prontuário para conferência no ato do recebimento.

- Só sairá prontuário do SPP, mediante solicitação escrita e previamente autorizada pela Direção Técnica, administrativa ou Geral.

Normas para Arquivo de Documento de Usuários

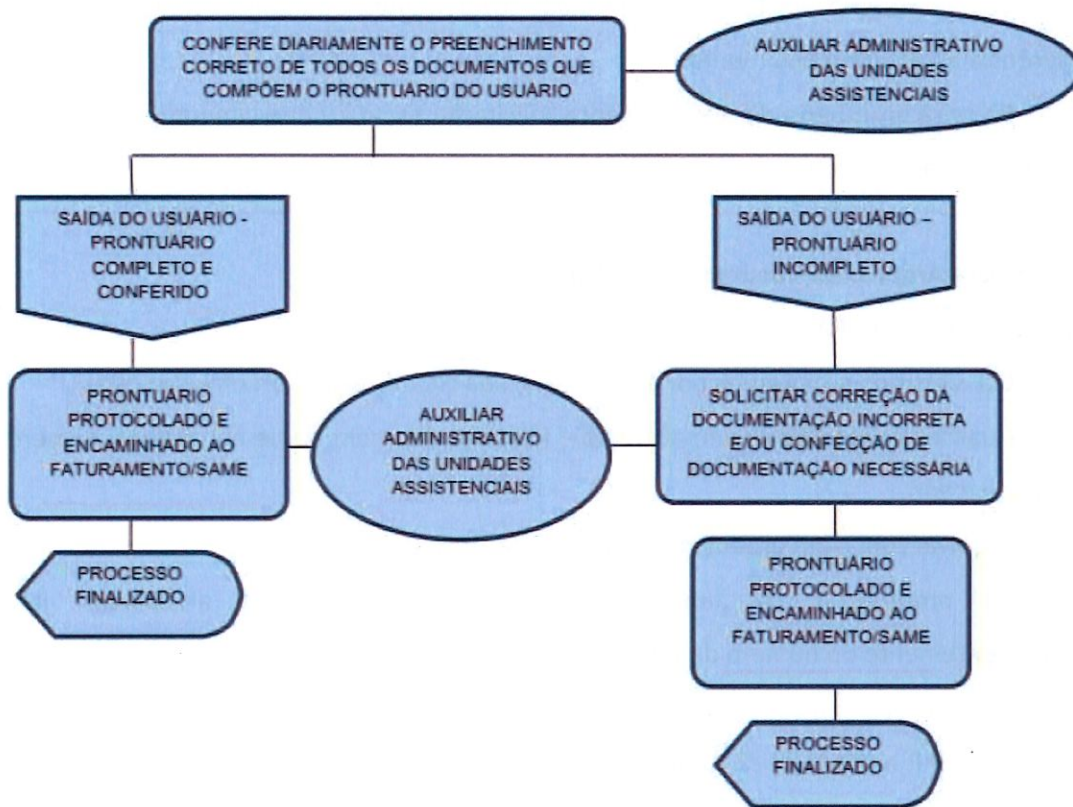
Arquivo dos Prontuários:

- Classificar os prontuários por ano, em seguida classificar por ordem alfabética;
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano.
- Arquivar todos em ordem alfabética;
- Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de internações;
- Os prontuários que foram gerados no Sistema informatizado deverão ser lançados no sistema (tela SPP, entrada de documentos).

Arquivo dos prontuários de óbitos:

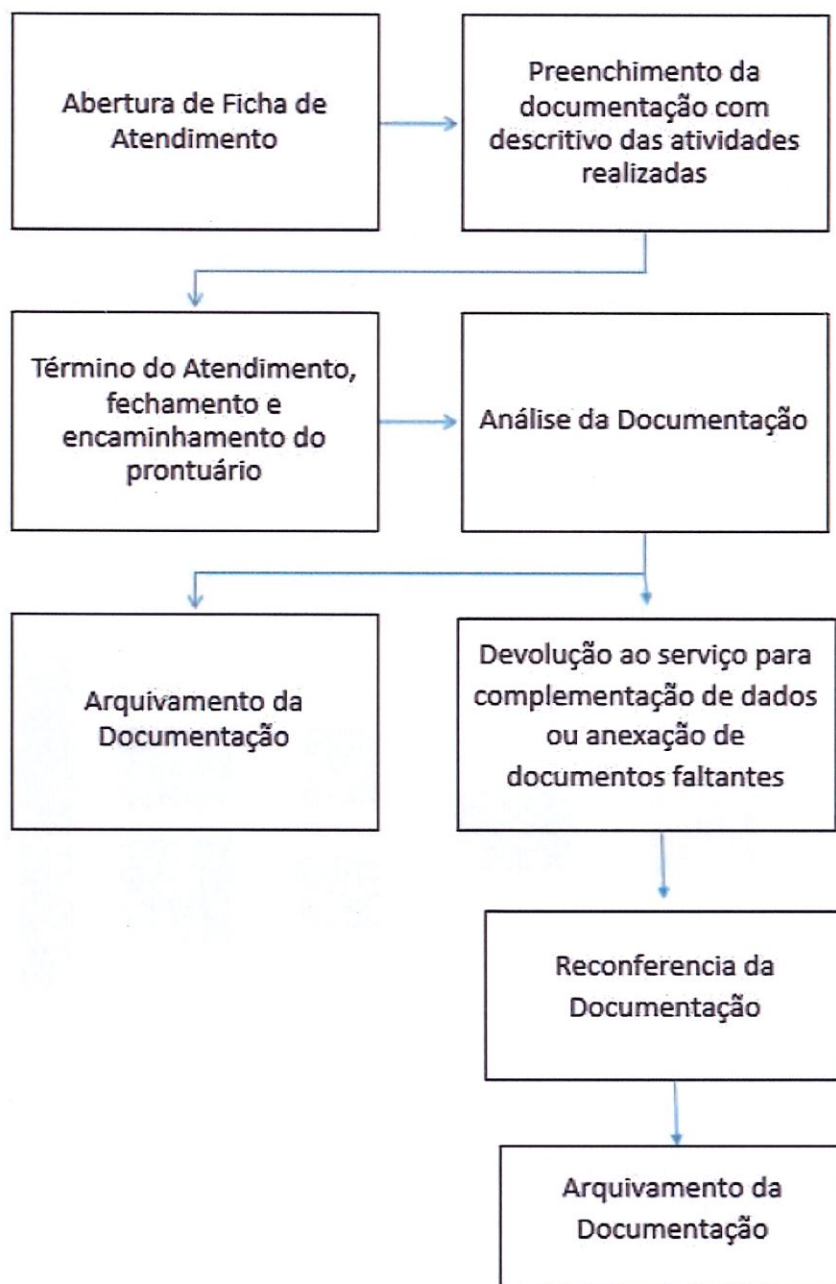
- Verificar se existe prontuário arquivado em anos anteriores, se houver deve-se anexar ao prontuário de óbito;
- Separar os prontuários por ano e mês e classificá-los em ordem alfabética
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano;
- Quando o prontuário for grande usa-se mais de um envelope e posteriormente uma liga para mantê-los unidos;
- Utilizar uma caixa arquivo que poderá ser de poli onda, pois assim o poder de proteção e a resistência a danos são maiores;
- A caixa de arquivo deverá ser identificada através de etiqueta numerada, contendo número de prontuário, nome dos pacientes, mês e ano;
- Na caixa arquivo poderá ser colocados até 10(dez) prontuários ou conforme couber.

1376



Localização de Prontuários

- Ao receber a solicitação, deverá consultar no sistema a data em que o usuário foi atendido, abrir o arquivo e digita-se o número de prontuário ou nome do paciente para localizar, ao encontrar verificar em qual prateleira, coluna ou posição o prontuário está arquivado. Em se tratando de óbito verificar o número da caixa, mês/ano em que o prontuário está armazenado.
- Toda solicitação deverá ser atendida mediante pesquisa no computador, cujo arquivo deverá estar na área de trabalho do computador. A pesquisa no programa de arquivo do computador deverá ser sempre pelo nome do paciente, mas em caso de nomes Homônimos deverá ser pesquisado o nome da mãe e depois o número de prontuário.
- Arquivo de documentos administrativos
- Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.



Fluxo para arquivo de Documentos Administrativos

Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.

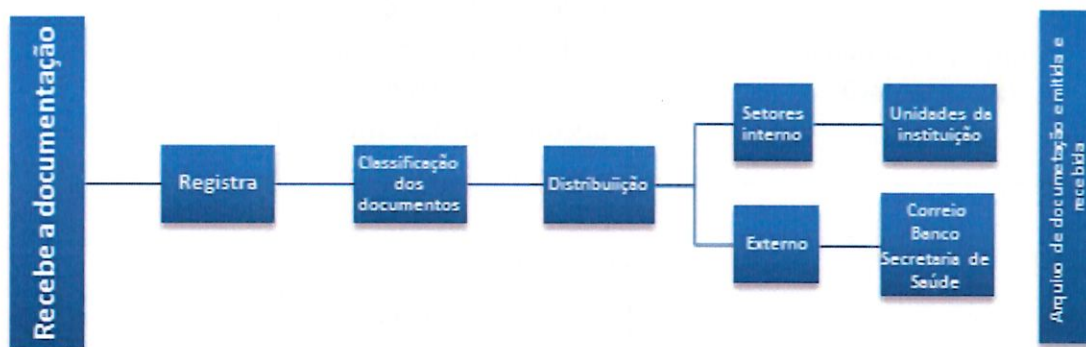
Protocolo: recebimento, registro, distribuição, tramitação e expedição de documentos: Protocolo é o setor responsável pelo recebimento, registro, distribuição, controle da tramitação e expedição de documentos, com vistas ao favorecimento de informações aos usuários internos e externos.

1378

O controle da documentação é feito pelo setor de protocolo/recepção.

Competências:

- Receber, registrar, classificar, distribuir e expedir documentos em geral.
- Controla os documentos administrativos.
- Manter arquivo da documentação administrativa emitida e recebida pelas unidades.
- Executar as atividades relacionadas à recepção, expedição e protocolos de documentos, a manutenção do arquivo administrativa e dados estatísticos, observando normas, rotinas e diretrizes técnicas-administrativas.
- Enviar as correspondências para seus destinatários via correio.
- Receber as correspondências destinadas a Unidade de Saúde e enviá-las aos seus respectivos setores.
- Orientação das normas necessárias para abertura de processos.



Unidade de Estatísticas

A seção / setor de Estatística é responsável pela coleta e apuração dos dados para posterior avaliação do padrão de atendimento e da eficiência dos serviços prestados, possibilitando o controle sobre as atividades administrativas, produtividade e custos.

Os dados estatísticos são colhidos, comumente, dos prontuários dos pacientes, do Censo Diário sobre o movimento dos pacientes (internações, altas, óbitos, evasões e transferências), relatórios de serviços administrativos, relatórios de serviços assistenciais e relatórios dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento.

Serviço com a finalidade organizar dados para a pesquisa clínica, avaliar a instituição e observar a eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo. Sob esse aspecto é responsável pela coleta, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos a partir dos prontuários e outras fontes de informação. Realiza o controle das admissões, transferências, altas, óbitos e cirurgias.

Além disso, analisam taxas, índices, coeficientes e elabora o relatório das atividades estatísticas. Fornece informações epidemiológicas (nosologia, incidência de doenças), realiza estimativas e ajuste de modelos de tempo de vida, entre outros. Os dados e os resultados obtidos servem de base ao corpo clínico para atividades de pesquisa e extensão, bem como ao corpo administrativo para o controle de gastos e custos, bem como para o acompanhamento das metas pactuadas.

A Estatística é composta do movimento geral da unidade, médias, taxas, e da estatística dos setores, como os SADTs, Manutenção, com vários Indicadores utilizados na avaliação, permitindo saber se os programas implantados estão surtindo o efeito desejado.

A Unidade é composta por Enfermeiro da Qualidade e Assistente Administrativo, com apoio do serviço de tecnologia e informação, de segunda a sexta, das 08hs às 17hs.

Todos os dados, combinados entre si, fornecerão os chamados Indicadores, os quais possibilitarão uma análise mais profunda das atividades e intercorrências institucionais.

O controle administrativo e gerencial depende da elaboração de um PLANO ESTATÍSTICO baseado em dados reais e confiáveis, suficientes à tomada segura de decisões.

- PLANO ESTATÍSTICO - A estatística é composta do movimento geral da unidade e da estatística de produção dos setores como os Serviços de Diagnóstico, Rouparia, Manutenção e de outros tantos. A gestão é feita com o auxílio dos números que são fornecidos pela unidade de estatística.

- RELATÓRIO DE ATIVIDADES - Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho da unidade sob vários aspectos, análise crítica dos resultados previstos e alcançados, entre outros.

Lista de Relatórios:

- Relatórios administrativos de desempenho e produção, com dados suficientes para o acompanhamento e avaliação, com ênfase na comparação dos resultados alcançados com as metas previstas, acompanhados de demonstrações documentadas do uso adequado dos recursos públicos, análises gerenciais referentes ao desempenho;
- Relatório final referente à execução do PLANO DE TRABALHO;
- Planilha de prestação de contas, relacionando todos os pagamentos efetuados no período;

1380

- Notas fiscais de serviços, recibos e outros comprovantes legais de pagamentos efetuados com as despesas realizadas;
- Planilha com dados quanto à aquisição de bens permanentes no período;
- Planilha com dados do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados;
- Extrato bancário da conta específica do CONTRATO DE GESTÃO (conta corrente e aplicação);
- Relatório completo da folha de pagamento;
- Relatório quantitativo e dos custos relativos à ocupação dos leitos, internações e atendimentos de urgências e emergência prestados e números de atendimento do serviço de apoio à diagnose e terapia;
- Relatório mensal, contendo a relação dos atendimentos realizados, devidamente segmentados pela sua natureza;
- Demonstrativo Consolidado de receitas e despesas referente ao mês;
- Demonstrativos de aplicações financeiras;
- Relações de despesas compromissadas para o mês subsequente;
- Demonstrativo de despesas por setor;
- Atestado de execução do plano de trabalho;
- Quadro de pessoal por setor;
- Demonstrativos de despesas por setor;
- Demonstrativos de vencimentos, encargos, benefícios e provisionamentos;
- Demonstrativo de provisão de férias e décimo terceiro;
- Relação dos valores repassados, com indicação da fonte do recurso;
- Comprovantes de despesas;
- Balancete Financeiro;
- Extrato bancário de conta corrente e aplicações financeiras dos recursos recebidos;
- Relatório consolidado da produção contratada x produção realizada;
- Relatório consolidado do alcance das metas de qualidade

Unidade de faturamento

Horário de Funcionamento:

O serviço de faturamento tem o seu horário de funcionamento de Segunda à Sexta-feira das 8:00 às 18:00 horas, horário administrativo, com intervalo para o almoço.

Composição da Equipe

A equipe será composta por 1 Faturista e 1 auxiliar administrativo, conforme especificado na planilha de dimensionamento de RH

Descrição

Serviço responsável pelo processamento das contas dos clientes assistidos nos diversos serviços de forma a garantir o correspondente afluxo de recursos financeiros. É de responsabilidade deste departamento o credenciamento de todos os serviços assistenciais e atualização constante no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. O faturamento desenvolverá suas atividades em conjunto com o SAME e equipe multidisciplinar.

Finalidades do Faturamento:

- Confecção das contas de todos os pacientes.
- Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como; materiais de consumo, medicamentos e exames complementares.
- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição.
- Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS.
- Encaminhar, ao setor de documentação da instituição a documentação pertinente após o atendimento ou óbito.

Atribuições Orgânicas:

- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes.
- Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança dele respeitando os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde.

1382

Atribuições Funcionais:

Compete ao Faturista

- Certificar-se quanto ao preenchimento correto de todos os campos cabíveis, nos documentos exigidos pelo órgão competente;
- Preparar e conferir as contas de pacientes internos;
- Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados pelo órgão competente;
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.
- A execução das contas de todos os pacientes internos que usufruírem dos serviços prestados;
- A verificação da procedência de glosas, recorrendo às mesmas quando necessário;
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela direção do serviço ou outrem autorizado por ela;
- A atualização quanto a novos procedimentos, oriundos da direção e órgãos competentes;
- Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários;
- Programar e desenvolver métodos de trabalho;
- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável;
- Realizar reuniões, sempre que necessário, com outras áreas ligadas às atividades do faturamento;
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Zelar pelo material de trabalho;

Normas e Rotinas:

- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços prestados a clientes;
- Recolher os prontuários dos clientes que tiverem alta e comparar as prescrições com as Notas de Débito emitidas;
- Preencher as Autorizações de Internações dos beneficiários do Sistema Público de Saúde encaminhando-as, dentro do prazo fixado e da forma que este exige;
- Elaborar mapas demonstrativos, mensais, do faturamento, observando roteiro implantado pela Administração para o preenchimento de um Relatório Mensal de prestação de Contas;
- Manter controle rigoroso dos valores faturados, glosados e recebidos;

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

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

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

1384

Ao final de cada mês realizará a consolidação das informações, digitação no Sistema BPA/BPAI e a transferência para a Secretaria Estadual de Saúde.

NOTA:

O faturamento será realizado de maneira informatizada, em conformidade com as Portarias em vigência editadas pelo Ministério da Saúde. Todos os procedimentos realizados em cada atendimento serão registrados simultaneamente no sistema. A partir dessa base de dados, gera-se o faturamento.

2.2.13 Apresentação das normas e rotinas para contratação de serviços de terceiros



REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CAPÍTULO I – DOS PRINCÍPIOS

Art. 1º As contratações de serviços e compras da ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB|Rede Santa Casa serão necessariamente precedidas de procedimentos para seleção de fornecedores obedecidas as disposições deste Regulamento.

Art. 2º Os procedimentos para seleção de fornecedores destinam-se a obter proposta mais vantajosa para a AHBB|Rede Santa Casa e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo.

Art. 3º A seleção de fornecedores não será sigilosa, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento, salvo quanto ao conteúdo das propostas até a respectiva abertura.

CAPÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES

Art. 4º Para fins deste Regulamento, considera-se:

I – OBRA E SERVIÇO DE ENGENHARIA – toda construção, reforma, instalação, montagem, operação, manutenção, transporte, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam atribuições privativas dos profissionais de engenharia e arquitetura;

II – DEMAIS SERVIÇOS – aqueles não compreendidos no inciso I deste artigo;

III – COMPRA – toda aquisição onerosa de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou prestacionalmente, com a finalidade de suprir quaisquer das unidades com os insumos necessários ao seu pleno funcionamento.

IV – COMISSÃO DE SELEÇÃO DE FORNECEDORES – colegiado, permanente ou especial, composto de pelo menos 3 (três) integrantes, ou mais, sempre em número ímpar, formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

1386

AHBB | REDE
SANTA CASA

procedimentos relativos às seleções;

V – HOMOLOGAÇÃO – ato pelo qual a autoridade competente, após verificar a regularidade dos atos praticados pela comissão, ratifica o resultado da licitação;

VI – REGISTRO DE PREÇO – procedimento, precedido de concorrência ou de pregão, adotado para cadastrar o menor preço obtido para determinado bem ou serviço definido no inciso II deste artigo, no prazo e condições estabelecidos no respectivo instrumento convocatório, viabilizando a possibilidade de sua aquisição direta na medida das necessidades, sem que esse registro importe em direito subjetivo à contratação de quem ofertou o preço registrado.

CAPÍTULO III – DAS MODALIDADES, LIMITES E TIPOS

Art. 5º São modalidades de seleção de fornecedores:

I – ATO CONVOCATÓRIO – modalidade de seleção na qual será admitida a participação de qualquer interessado que comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no instrumento convocatório para execução de seu objeto;

II – TOMADA DE PREÇOS – modalidade de seleção entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhidos e convidados em número mínimo de 5 (cinco), com antecedência mínima de 2 (dois) dias úteis, cujo instrumento convocatório será afixado em local apropriado, com a finalidade de possibilitar a participação de outros interessados;

III – CONTRATAÇÃO ou CONCURSO – modalidade de seleção entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, feito ou não conforme previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) a depender do cargo;

IV – LEILÃO – modalidade de seleção entre quais interessados, para venda de bens, a quem oferecer maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação;

V – PREGÃO – modalidade de seleção entre quaisquer interessados para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, realizada em sessão pública, podendo ser presencial, com propostas impressas e lances verbais ou no ambiente da Internet, com propostas e lances eletrônicos, vedada a sua utilização para contratação de obras e serviços de engenharia.

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

§ 1º As modalidades que tratam os incisos I, III, IV e V, sem prejuízo de poderem ser divulgadas pela internet, terão os avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios e indicação do local onde os interessados poderão ler e obter os textos íntegrais, publicados nos termos do § 6º desse artigo.

§ 2º A validade da seleção de fornecedores não ficará comprometida nos seguintes casos:

I – Na modalidade tomada de preços:

- a) Pela não apresentação de no mínimo 5 (cinco) propostas;
- b) Pela impossibilidade de convidar o número mínimo previsto para a modalidade em face da existência de possíveis interessados na praça.

II – Na modalidade de pregão, se inviabilizada a fase de lances, em razão da apresentação e/ou classificação de apenas uma proposta.

§ 3º As hipóteses dos incisos I e II do parágrafo anterior, deverão, para ter validade, ser justificadas pela comissão de seleção, inclusive quanto ao preço, e ser ratificadas pela autoridade competente.

§ 4º As aquisições e contratações de bens e serviços comuns serão realizadas, preferencialmente, utilizando a modalidade Tomada de Preços ou Pregão, Presencial ou Eletrônico, neste caso, podendo ser utilizado sistema próprio ou de terceiros para realização do pregão eletrônico.

§ 5º As publicações referidas no §1º deverão ser realizadas alternativamente em jornal diário de grande circulação local e/ou estadual, ou na imprensa oficial do Estado de São Paulo ou em outras modalidades de mídias nacional e/ou internacional havendo declarada necessidade nos autos, de modo a ampliar a área de competição, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias corridos, para as modalidades previstas nos incisos I, III e IV e de 8 (oito) dias corridos para a modalidade prevista no inciso V, ficando a critério da AHBB|Rede Santa Casa estender estes prazos quando a complexidade do objeto assim o exigir.

Art. 6º São limites para as dispensas e para as modalidades de seleção:

I - para as obras e serviços de engenharia:

- a) DISPENSA – até R\$100.000,00 (cem mil reais);
- b) ATO CONVOCATÓRIO – acima de R\$ 100.000,00 (cem mil reais);

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

II – para compras e demais serviços:

- a) DISPENSA- até R\$ 100.000,00 (cem mil reais);
- b) TOMADA DE PREÇOS – até R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais);
- c) ATO CONVOCATÓRIO – acima de R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais);

III – para alienações de bens, sempre precedidas de avaliação:

- a) DISPENSA – até R\$ 100.000,00 (cem mil reais);
- b) LEILÃO OU ATO CONVOCATÓRIO, dispensável nesta, a fase de habilitação – acima de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

§ 1º - As dispensas de licitação previstas nas alíneas “a” dos incisos I, II e III serão executadas, mediante a apresentação de três orçamentos, pelo Setor de Compras, salvo decisão contrária da Diretoria Executiva.

§ 2º - Para aquisição de bens importados, poderá ser utilizada para seleção de fornecedores a modalidade prevista no art. 5º, II.

Art. 7º O parcelamento de obras, serviços e compras não ensejará a dispensa de seleção por valor, exceto quando o somatório das parcelas não ultrapassar o limite estabelecido nos incisos I, “a” e II, “a” do artigo anterior, nem descaracterizará a modalidade de seleção pertinente.

Art. 8º Constituem tipos de seleção, exceto na modalidade contratação CLT:

- I- Menor preço;
- II- Técnica e preço;
- III- Melhor técnica;
- IV- Maior lance ou oferta, nas hipóteses do inciso II, alínea “b” do art. 6º.

§ 1º O tipo de seleção “técnica e preço” será utilizado preferencialmente para contratações de natureza intelectual ou nas quais o fator preço não seja exclusivamente relevante, e, neste caso, desde que justificado tecnicamente.

§ 2º Nas seleções de “técnica e preço” a classificação dos proponentes será feita de acordo com a média ponderada das valorizações das propostas técnicas e de preço, de acordo com os pesos estabelecidos no instrumento convocatório, que serão objetivos.

§ 3º Nas seleções que adotem a modalidade de pregão só poderá ser admitido o tipo menor preço.

CAPÍTULO IV – DOS CASOS DE DISPENSA E INEXIBILIDADE

Art. 9º A seleção de fornecedores poderá ser dispensada:

- I- nas contratações até os valores previstos nos incisos I, alínea "a" e II, alínea "a" do art. 6º;
- II- nas alienações de bens até o valor previsto no inciso III, alínea "a" do art. 6º.
- III- quando não acudirem interessados à seleção, e esta não puder ser repetida sem prejuízo a AHBB|Rede Santa Casa, mantidas, neste caso, as condições preestabelecidas;
- IV- nos casos de calamidade pública ou grave perturbação da ordem pública;
- V- nos casos de emergência, quando caracterizada a necessidade de atendimento a situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens;
- VI- na aquisição, locação ou arrendamento de imóveis, sempre precedida de avaliação;
- VII- na aquisição de gêneros alimentícios perecíveis, com base no preço do dia;
- VIII- na contratação de entidade incumbida regimental ou estatutariamente da pesquisa, do ensino ou do desenvolvimento institucional, científico ou tecnológico, desde que sem fins lucrativos;
- IX- na contratação, com serviços sociais autônomos e com órgãos e entidades integrantes da Administração Pública, quando o objeto do contrato for compatível com as atividades finalísticas do contratado;
- X- na aquisição de componentes ou peças necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto a fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição for indispensável para a vigência da garantia;
- XI- nos casos de urgência para o atendimento de situações comprovadamente imprevistas ou imprevisíveis em tempo hábil para se realizar a seleção;
- XII- na contratação de pessoas físicas ou jurídicas para ministrar cursos prestar serviços de instrução vinculados às atividades finalísticas da AHBB|Rede Santa Casa.
- XIII- na contratação de serviços de manutenção em que seja pré-condição indispensável para a realização da proposta a desmontagem do equipamento;
- XIV- na contratação de cursos abertos, destinados a treinamento e aperfeiçoamento dos empregados da AHBB|Rede Santa Casa;
- XV- na venda de ações, que poderão ser negociadas em bolsas;
- XVI- para a aquisição ou restauração de obras de arte e objetos históricos, de autenticidade certificada, desde que compatíveis ou inerente às finalidades da Entidade;

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

XVII- na contratação de remanescente de obra, serviço ou fornecimento em consequência de rescisão contratual, desde que atendida a ordem de classificação da seleção anterior e aceitas as mesmas condições oferecidas pelo participante vencedor, inclusive quanto ao preço, devidamente corrigido;

XVIII- para a participação da AHBB|Rede Santa Casa em feiras, exposições, congressos, seminários e eventos em geral, relacionados com sua atividade-fim;

XIX- na contratação de serviços no exterior.

Art. 10. A Seleção de fornecedores será inexigível quando houver inviabilidade de competição, em especial:

I – na aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros diretamente de produtor ou fornecedor exclusivo;

II – na contratação de serviços com empresa ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado;

III – na contratação de profissional de qualquer setor artístico;

IV – na permuta ou doação em pagamento de bens, observada a avaliação atualizada;

V – na doação de bens.

Art. 11. As dispensas, salvo os casos previstos nos incisos I e II do Art. 9º, ou as situações de inexigibilidade, serão circunstancialmente justificadas pela área requisitante, inclusive quanto ao preço e ratificadas pela Diretoria Executiva.

Parágrafo único. Nas hipóteses de dispensa e inexigibilidade poderá ser exigida a comprovação de regularidade fiscal, que será obrigatória quando o valor da contratação for igual ou superior àqueles previstos nos incisos I “c” e II “c” do art. 6º deste Regulamento, e carta de exclusividade emitida por entidade competente, devendo abranger especificamente o(s) item(ns) de exclusividade.

CAPÍTULO V – DA HABILITAÇÃO

Art. 12. Para a habilitação nas seleções de fornecedores poderá, observando o disposto no parágrafo único, ser exigida dos interessados, no todo ou em parte, conforme se estabelecer no instrumento convocatório, documentação relativa a:

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

I – Habilitação jurídica:

- a) cédula de identidade;
- b) prova do registro, no órgão competente, no caso de empresário individual;
- c) ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado no órgão competente;
- d) ato de nomeação ou de eleição dos administradores, devidamente registrado no órgão competente, na hipótese de terem sido nomeados ou eleitos em separado, sem prejuízo da apresentação dos demais documentos exigidos na alínea "c" do inciso I deste art. 12.

II – qualificação técnica:

- a) registro ou inscrição na entidade profissional competente;
- b) documentos comprobatórios de aptidão para desempenho de atividade pertinente em características, quantidades e prazos com o objeto da seleção;
- c) comprovação de que recebeu os documentos e de que tomou conhecimento de todas as condições do instrumento convocatório;
- d) prova de atendimento de requisitos previstos em lei especial, quando for o caso.

III – qualificação econômico-financeira:

- a) balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, ou balanço de abertura no caso de empresa recém-constituída, que comprovem a situação financeira da empresa, através do cálculo de índices contábeis previstos no instrumento convocatório;
- b) certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física;
- c) garantia de posposta, nas mesmas modalidades e critérios previstos no art. 26 deste Regulamento, que para o participante vencedor será devolvida quando da assinatura do contrato;
- d) capital mínimo ou patrimônio líquido mínimo.

IV – regularidade fiscal e trabalhista:

- a) prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do participante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) Prova de regularidade fiscal nas três esferas administrativas;
- d) prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

1392



Garantia por Tempo de Serviço - CRF, no cumprimento dos encargos instituídos por lei.

e) Prova de regularidade trabalhista – CNDT.

Parágrafo Único. A documentação a que se refere o inciso IV deverá ser exigida, exceto nos casos de contratação CLT, leilão e ato convocatório para alienação de bens, sendo consideradas válidas as expedidas em até 180 (cento e oitenta) dias imediatamente anteriores à apresentação.

CAPÍTULO VI – DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 13. O regime jurídico de contratação da AHBB|Rede Santa Casa é o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e respectiva legislação complementar, ressalvada as contratações de prestadores de serviços por meio das pessoas jurídicas.

§1º Para vagas de nível superior:

I – Será realizada convocação pública através de publicação no sítio eletrônico da AHBB|Rede Santa Casa ou concomitantemente em jornal de grande circulação, devendo os interessados enviarem currículo de forma simplificada.

II – O interessado poderá ser submetido a testes de conhecimento, que terá caráter eliminatório.

III – Os interessados não eliminados serão submetidos à análise curricular e caso necessário, à entrevista presencial.

§ 2º Para demais vagas os testes de conhecimento poderão ser dispensados.

CAPÍTULO VII – DOS PROCEDIMENTOS, DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS E DOS RECURSOS

Art. 14. O procedimento da seleção de fornecedores será iniciado com a solicitação formal da contratação, na qual serão definidos o objeto, a estimativa de seu valor e os recursos para atender à despesa, com a consequente autorização e à qual serão juntados oportunamente todos os documentos pertinentes, a partir do instrumento convocatório, até o ato final de adjudicação.

§ 1º Na definição do objeto não será admitida a indicação de características e especificações exclusivas ou marcas, salvo se justificada

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

e ratificada pela Diretoria Executiva.

§ 2º Na contratação de obras e serviços de engenharia, o objeto deverá ser especificado com base em projeto que contenha o conjunto de elementos necessários, suficientes e adequados para caracterizar a obra ou serviço ou com complexo desses.

Art. 15. O procedimento para seleção de fornecedores será conduzido por uma comissão, observando-se na modalidade pregão o disposto nos arts. 17 a 20, e nas modalidades previstas no art. 5º, I, III e IV, as seguintes fases:

I – abertura, em dia e hora previamente designados, dos envelopes contendo as propostas, verificando-se sua conformidade com os requisitos do edital, desclassificando-se aquelas que não os tenham atendido;

II – abertura, na sequência ou em dia e hora previamente designados, dos envelopes que contenham a documentação relativa à habilitação dos participantes, na ordem de classificação das propostas, com devolução aos inabilitados ou das não analisadas, de suas propostas fechadas de maneira inviolável, desde que não tenha havido recurso ou após a sua denegação;

III – julgamento das propostas classificadas, com a escolha daquela mais vantajosa para a AHBB|Rede Santa Casa, segundo os critérios estabelecidos no instrumento convocatório;

IV – encaminhamento das conclusões da comissão de seleção à autoridade que competir a homologação do resultado do julgamento e adjudicação do objeto ao participante vencedor;

V – comunicação do resultado conforme estabelecido no instrumento convocatório.

§ 1º. Se o participante classificado em primeiro lugar for inabilitado e após julgados eventuais recursos interpostos, proceder-se-á a abertura dos envelopes de habilitação dos participantes remanescentes, na ordem de classificação, obedecido o procedimento previsto neste artigo, para que o seguinte classificado que preencha as condições de habilitação seja declarado vencedor, nas condições de sua proposta.

§ 2º. Previamente à adjudicação de uma proposta, a comissão poderá exercer o direito de negociar as condições das ofertas, com a finalidade de maximizar resultados em termos de qualidade e preço.

Art. 16. As decisões referentes à habilitação, aos julgamentos e aos

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

1384



recursos serão comunicadas diretamente aos participantes e lavradas em ata, se presentes seus prepostos no ato em que for adotada a decisão, ou por publicação numa das formas previstas § 1º do art. 5º, ou ainda por outro meio formal.

Parágrafo único. No pregão eletrônico os participantes serão considerados comunicados das decisões a partir do momento em que vierem a ser disponibilizadas no sistema eletrônico.

Art. 17. Será facultado à comissão de seleção, desde que previsto no instrumento convocatório, inclusive na modalidade pregão presencial, abrir primeiramente o envelope de habilitação e após as propostas dos licitantes habilitados ou inverter a ordem do procedimento para quaisquer modalidades da seleção.

Art. 18. O pregoeiro será formalmente designado e integrará a comissão de seleção, se já não for um de seus membros.

Art. 19. No julgamento do pregão será adotado, exclusivamente, o critério de menor preço, observadas as demais condições definidas no instrumento convocatório.

Seção I – Do Pregão Presencial

Art. 20. O julgamento do pregão presencial observará o seguinte procedimento:

I - abertura dos envelopes contendo as propostas de preço dos participantes, dentro dos quais deverá constar a prova de sua representação ou instrumento de procuração que autorize seu preposto a participar do pregão, desclassificando-se aquelas que não atendam as demais condições definidas no instrumento convocatório;

II – classificação para a fase de lances verbais da proposta de menor preço e daquelas que não excedam 15% (quinze por cento) de seu valor; ou outro percentual definido em casos específicos pela Diretoria Executiva, quando se observar a necessidade de utilização de outro percentual;

III – quando não forem classificadas, no mínimo, três propostas na forma definida no inciso anterior, serão classificadas, sempre que atendam as demais condições definidas no instrumento convocatório, a de menor preço e as duas melhores propostas de preço subsequentes;

IV – a classificação de apenas duas propostas escritas de preço não inviabilizará a realização da fase de lances verbais;

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

V – as propostas que, em razão dos critérios definidos nos incisos II e III deste artigo, não integrarem a lista de classificados para a fase de lances verbais, também serão consideradas desclassificadas do certame;

VI – da desclassificação das propostas de preços somente caberá pedido de reconsideração à própria comissão de seleção, com a justificativa de suas razões, a ser apresentado, de imediato, oralmente ou por escrito, na mesma sessão em que se vier a ser proferida;

VII – a comissão de seleção analisará e decidirá de imediato o pedido de reconsideração, sendo-lhe facultado, para tanto, suspender a sessão pública;

VIII – da decisão da comissão de seleção relativa ao pedido de reconsideração não caberá recurso;

IX – realizada a classificação das propostas escritas pela comissão de seleção, terá início a fase de apresentação de lances verbais, observando-se:

- a) o pregoeiro fará uma rodada de lances, convidando o autor da proposta escrita de maior preço classificada a fazer o seu lance e, em seguida, os demais classificados na ordem decrescente de preço;
- b) havendo lance, o pregoeiro realizará uma nova rodada, começando pelo autor que, no momento, estiver com a proposta de maior preço, e, assim sucessivamente, até que, numa rodada completa, não haja mais lance e se obtenha, em definitivo, o menor preço;
- c) somente serão considerados os lances inferiores ao último menor preço obtido;
- d) o participante que não apresentar lance numa rodada não ficará impedido de participar de uma nova rodada, caso ocorra;
- e) não havendo lances verbais na primeira rodada, serão consideradas as propostas escritas de preço classificadas para esta fase.

X – o pregoeiro, após encerrada a fase de lances verbais, ordenará os lances em ordem crescente de preço;

XI – a comissão de seleção, antes de declarar o vencedor, promoverá a abertura e a verificação da documentação relativa à habilitação do participante que, na ordenação feita pelo pregoeiro, apresentou o menor preço;

XII – sendo a hipótese de inabilitação ou de descumprimento de qualquer outra exigência estabelecida no instrumento convocatório caberá à comissão de seleção autorizar o pregoeiro a convocar o autor do segundo

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

menor lance e, se necessário, observada a ordem de preço, os autores dos demais lances, desde que atendam ao critério de aceitabilidade estabelecido pelo instrumento convocatório;

XIII – declarado o participante vencedor, a comissão de seleção de fornecedores encaminhará o processo à autoridade competente para a homologação e adjudicação.

Seção II – Do Pregão Eletrônico

Art. 21. O julgamento do pregão eletrônico observará o seguinte procedimento:

I – credenciamento prévio dos participantes junto ao provedor do sistema eletrônico indicado no instrumento convocatório;

II – acesso dos participantes ao sistema eletrônico, mediante a utilização de chaves de identidade e de senhas individuais a serem fornecidas pelo provedor quando do credenciamento;

III – encaminhamento das propostas de preços, exclusivamente por meio do sistema eletrônico observando os prazos, condições e especificações estabelecidos pelo instrumento convocatório;

IV – o instrumento convocatório poderá estabelecer que somente serão classificadas para a fase de lances a proposta de menor preço e as propostas que não excedam a 15% (quinze por cento) do seu valor, aplicando-se os critérios previstos nos incisos II, III e V do art. 19;

V – a comissão de seleção analisará as propostas de preços encaminhadas, desclassificando aquelas que não estiverem em consonância com o estabelecido pelo instrumento convocatório, cabendo ao pregoeiro registrar e disponibilizar a decisão no sistema eletrônico para acompanhamento em tempo real pelos participantes;

VI – da decisão que desclassificar as propostas de preços somente caberá pedido de reconsideração à própria comissão de seleção, a ser apresentado exclusivamente por meio de sistema eletrônico, acompanhado da justificativa de suas razões, no prazo máximo de 1 (uma) hora a contar do momento em que vier a ser disponibilizada no sistema eletrônico;

VII – a comissão de seleção decidirá no mesmo prazo, salvo motivos que justifiquem a sua prorrogação, cabendo ao pregoeiro registrar e disponibilizar a decisão no sistema eletrônico para acompanhamento em

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

tempo real pelos participantes;

VIII – da decisão da comissão de seleção relativa ao pedido de reconsideração não caberá recurso;

IX – iniciada a fase de lances, os autores das propostas classificadas poderão oferecer lances sem restrições de quantidade ou de qualquer ordem classificatória ou cronológica específica, mas sempre inferior ao seu último lance ofertado;

X – todos os lances oferecidos serão registrados pelo sistema eletrônico, que estará sempre indicando o lance de menor valor para acompanhamento em tempo real pelos participantes;

XI – na hipótese de haver lances iguais prevalecerá, como de menor valor, o lance que tiver sido primeiramente registrado;

XII – por iniciativa do pregoeiro, o sistema eletrônico emitirá aviso de que terá início prazo aleatório de até 30 (trinta) minutos para o encerramento da fase de lances, findo o qual estará automaticamente encerrada a recepção de lances;

XIII – ordenados os lances em forma crescente de preço, o pregoeiro determinará ao autor do lance classificado em primeiro lugar, que encaminhe os documentos necessários à comprovação de sua habilitação, nos termos do art. 12 e nos prazos, condições e especificações estabelecidos pelo instrumento convocatório;

XIV – sendo a hipótese de inabilitação ou de descumprimento de exigências estabelecidas pelo instrumento convocatório, caberá à comissão de seleção autorizar o pregoeiro a convocar o autor do segundo menor lance e, se necessário, observada a ordem crescente de preço, os autores dos demais lances, desde que atendam ao critério de aceitabilidade estabelecido pelo instrumento convocatório;

XV – declarado o participante vencedor pela comissão de seleção, o pregoeiro consignará esta decisão e os eventos ocorridos em ata própria, que será disponibilizada pelo sistema eletrônico, encaminhando-se o processo à autoridade competente para homologação e adjudicação.

Seção III – dos recursos

Art. 22. Dos resultados da fase de habilitação e do julgamento das propostas caberão recursos fundamentados, dirigidos à autoridade competente indicada no instrumento convocatório, por intermédio da

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

1398

AHBB | REDE
SANTA CASA

comissão de seleção, por escrito, no prazo de 5 (cinco) dias úteis e, na modalidade convite, 2 (dois) dias úteis, pelo participante que se julgar prejudicado.

§ 1º Na modalidade pregão só caberá recurso, no prazo de 2 (dois) dias úteis, da decisão que declarar o participante vencedor, salvo na hipótese de a inversão prevista no art. 16 vir a ser adotada, quando também caberá recurso da decisão que inabilitar o participante.

§ 2º O participante que puder vir a ter a sua situação efetivamente prejudicada em razão de recurso interposto poderá sobre ele se manifestar no mesmo prazo recursal, que ocorrerá da comunicação da interposição do recurso, salvo no caso de pregão eletrônico, que começará a fluir, automaticamente, do final do prazo recursal.

Art. 23. Os recursos serão julgados pela autoridade competente ou por quem esta delegar competência no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contado da data final para sua interposição ou, quando for o caso, daquela prevista para a manifestação do § 2º do art. 21.

Parágrafo único. O provimento de recursos pela autoridade competente somente invalidará os atos insuscetíveis de aproveitamento.

Art. 24. Os recursos terão efeito suspensivo.

Capítulo VII – dos contratos

Art. 25. O instrumento de contrato é obrigatório no caso de ato convocatório, salvo quando se tratar de bens para entrega imediata, e facultativo nas demais modalidades de seleção, caso em que poderá ser substituído por outro documento, como proposta com aceite, carta-contrato, autorização de fornecimento ou documento equivalente.

Parágrafo único. Nos casos de dispensas e inexigibilidade o documento que substitui o contrato a que se refere o caput deste artigo deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes, bem como as penalidades.

Art. 26. Os contratos serão escritos, suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação da obra, serviço ou fornecimento, conforme o caso, o preço ajustado, o prazo de execução, as garantias e penalidades, além de outras previamente estabelecidas no instrumento convocatório.

Parágrafo único. Os contratos terão prazo determinado, não podendo

www.ahbb.org.br
contato@ahbb.org.br
14 3532 5198
Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

ultrapassar, inclusive com suas eventuais prorrogações, o limite máximo de 60 (sessenta) meses.

Art. 27. A prestação de garantia, quando prevista no instrumento convocatório, limitada a 10% (dez por cento) do valor do contrato, e à escolha do prestador, constará de:

- I – caução em dinheiro;
- II – fiança bancária;
- III – seguro garantia.

Parágrafo único. Nos casos de obras e serviços de engenharia, o instrumento convocatório poderá fixar o tipo de garantia.

Art. 28. O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório e no respectivo contrato e desde que mantida sua responsabilidade perante o contratante, sendo vedada a subcontratação com licitante que tenha participado do procedimento licitatório.

Art. 29. As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, constarão de termos aditivos.

Art. 30. Os contratos poderão ser aditados nas hipóteses de complementação ou acréscimo que se fizerem, sendo nas obras e serviços de engenharias, até 50% (cinquenta por cento), e demais serviços ou compras, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado.

Parágrafo único. Os contratos celebrados poderão ser revisados ou ajustados a qualquer momento, com a finalidade de maximizar resultados em termos de qualidade e preço, em compatibilidade com a realidade de mercado, desde que vantajoso para a AHBB|Rede Santa Casa.

Art. 31. A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao participante as seguintes penalidades, previstas no instrumento convocatório:

- I – perda do direito à contratação;
- II – perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantias de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

1400



instrumento convocatório;

III – suspensão do direito de licitar ou contratar com a AHBB|Rede Santa Casa, por prazo de até 2 (dois) anos.

Art. 32.. O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas, dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório ou no contrato, inclusive a suspensão do direito de licitar ou contratar com a AHBB|Rede Santa Casa por prazo de até 2 (dois) anos.

Capítulo VIII – Do registro de preço

Art. 33. O registro de preço, sempre precedido de ato convocatório ou de pregão, poderá ser utilizado nas seguintes hipóteses:

I – quando for mais conveniente que a aquisição demande entrega ou fornecimento parcelado;

II – quando, pelas características do bem ou do serviço, houver necessidade de aquisições frequentes;

III – quando não for possível estabelecer, previamente, o quantitativo exato para atendimento das necessidades;

Art. 34. A vigência do registro de preço, limitada a 12 (doze) meses, deverá estar previsto no instrumento convocatório, podendo ser prorrogada no máximo por igual período, desde que pesquisa de mercado demonstre que o preço se mantém vantajoso.

Art. 35. Homologado o procedimento para a seleção de fornecedores, o participante que ofertou o preço a ser registrado será convocado para assinar o respectivo instrumento, no qual deverá constar, dentre outras condições, o seu compromisso de entregar os bens ou fornecer os serviços na medida das necessidades que lhe forem apresentadas, observando o disposto no art. 24.

Parágrafo único. Previamente à homologação de um processo de seleção para o registro de preços, a comissão poderá exercer o direito de negociar as condições das ofertas, com a finalidade de maximizar resultados em termos de qualidade e preço.

Art. 36. O registro de preço não importa em direito subjetivo à contratação de quem ofertou o preço registrado, sendo facultada a realização de contratações de terceiros que houver preços mais vantajosos.

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400



Art. 37. É permitido que outros licitantes também venham a praticar o preço registrado, desde que essa permissão e suas respectivas condições constem no instrumento convocatório e que assinem o respectivo instrumento previsto no art. 34.

Art. 38. É facultada a seleção de fornecedores que tenham preços registrados em outros Serviços Sociais Autônomos, órgãos ou entidades públicas, desde que o objeto seja de interesse da AHBB|Rede Santa Casa e o preço manifestamente vantajoso, mediante justificativa da Gerência de Administração e Finanças e aprovação da Diretoria Executiva.

Parágrafo único. As aquisições ou contratações a que se refere o caput deste artigo não poderão exceder a 100% (cem por cento) dos quantitativos registrados na ata de registro de preços, objeto de adesão.

Art. 39. O participante deixará de ter seu preço registrado quando:

I – descumprir as condições assumidas no instrumento por ele assinado;

II – não aceitar reduzir o preço registrado, quando se tornar superior ao praticado pelo mercado;

III – quando, justificadamente, não for mais do interesse da AHBB|Rede Santa Casa.

Capítulo IX – Da qualificação e certificação de fornecedores

Art. 40. Quando houver pluralidade de fornecedores de bens e serviços e, em sendo necessárias para a finalidade da aquisição ou do serviço a ser executado, a AHBB|Rede Santa Casa poderá proceder à qualificação e certificação de empresas ou instituições, observados os princípios da publicidade, igualdade, eficiência e efetividade e, atendida a adequação e a satisfatoriedade dos potenciais fornecedores.

§ 1º O procedimento a que se refere este artigo deverá ser precedido de Edital de pré-qualificação, publicado resumidamente por uma só vez no sítio eletrônico (site) da entidade ou, se possível, em jornal de grande circulação;

§ 2º O edital de pré-qualificação deverá ser afixado na sede da AHBB|Rede Santa Casa em lugar acessível aos interessados, com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência em relação à data prevista para recebimento da documentação exigida no respectivo edital, e deverá conter as condições para qualificação e certificação;

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

1402



§ 3º A presidência e a Diretoria Executiva da AHBB|Rede Santa Casa far-se-ão representar por uma comissão, de no mínimo 3 (três) membros da instituição, com objeto de realizar o procedimento de certificação e qualificação;

§ 4º O certificado de qualificação emitido pela AHBB|Rede Santa Casa, terá validade de um ano, podendo ser renovado por iguais períodos, desde que a empresa ou instituição qualificada venha a cumprir as disposições contidas no Instrumento de Certificação, para sua reavaliação;

§ 5º Para empresas ou instituições qualificadas nos termos deste artigo, não há limites estabelecidos quanto ao valor das contratações, em se tratando de fornecedor exclusivo.

Capítulo x – Do parecer jurídico, da homologação e publicações

Art. 41. Nos procedimentos de seleção de fornecedores a elaboração de parecer jurídico será obrigatório a partir de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais);

Art. 42. As homologações e publicações serão obrigatórias para contratações acima de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais);

§ 1º Para as contratações acima de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) as publicações deverão ser feitas na Imprensa Oficial e no site da AHBB|Rede Santa Casa.

§ 2º Para as contratações entre R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) e R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), as publicações poderão ser feitas apenas no site da AHBB|Rede Santa Casa.

Capítulo XI – Das disposições finais

Art. 43. Para a implantação de serviços próprios de suas finalidades institucionais, quando houver pluralidade de prestadores interessados, a AHBB|Rede Santa Casa, poderá proceder às contratações mediante a utilização do procedimento de cadastramento e credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas, observados os princípios da publicidade e da igualdade, bem como o que prescrever este regulamento.

Art. 44. Este Regulamento Interno deverá ser revisto anualmente, para ser atualizado as práticas mais recentes da melhor técnica jurídica e às necessidades da AHBB|Rede Santa Casa.

Art. 45. Não poderão participar da seleção de fornecedores nem contratar

www.ahbb.org.br
contato@ahbb.org.br
14 3532 5198
Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400



com a AHBB|Rede Santa Casa dirigente ou empregado da entidade.

Art. 46. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Regulamento, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento.

Parágrafo único. Só se iniciam e vencem os prazos referidos neste Regulamento em dia de funcionamento da AHBB|Rede Santa Casa.

Art. 47. As disposições deste Regulamento, inclusive o que se refere a assuntos financeiros, poderão ser modificadas pelo Conselho Administrativo da AHBB|Rede Santa Casa, nos termos de seu estatuto.

Art. 48. As disposições deste Regulamento se aplicam diretamente às atividades finalísticas da entidade, sendo que em relação às atividades meio deverão ser observadas as orientações decorrentes de decisão do Tribunal de Contas do Estado ou da União, o que se aplicar no caso concreto.

Lins, 26 de agosto de 2022.

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

É de responsabilidade exclusiva da AHBB os compromissos assumidos com terceiros vinculados à execução do Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato do AHBB, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

Na prestação de contas financeira, o AHBB deverá encaminhar mensalmente a relação de empregados que estiverem envolvidos na prestação dos serviços contratados e cópia do comprovante de pagamento para a comprovação de cumprimento das obrigações trabalhistas.

Todos os documentos referentes ao serviço prestado, deverão ser mantidos na Unidade, para disponibilização aos órgãos de controle interno e externo do município e de outros entes federados.

2.2.14 Apresentação do Gerenciamento de Resíduos

Apresentação

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos da Saúde (PGRSS) está baseado nos princípios da não geração e da minimização da geração de resíduos, que aponta e descreve as ações relativas ao seu manejo, propondo medidas de adequação para que o empreendimento esteja em conformidade com a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº. 12.305/2010) e demais legislações vigentes.

Os resíduos de serviços de saúde (RSS) gerados e manipulados de forma inadequada no ambiente podem contribuir para as poluições biológicas, físicas e químicas do solo, da água e do ar, submetendo as pessoas às variadas formas de exposição ambiental. O gerenciamento inadequado dos RSS dos estabelecimentos de saúde tem gerado um aumento do número de colaboradores acometidos por acidentes de trabalho, além de contribuir para o aumento das incidências de doenças infecciosas.

O PGRSS será revisado em sua elaboração quando na observação do gerenciamento existente dos resíduos e nas possíveis inadequações relacionadas aos procedimentos. As informações obtidas serão relacionadas às todas as etapas do manejo dos resíduos: geração, acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte, destinação e disposição final. E para facilitar o entendimento será apresentado no decorrer do processo de implantação/implementação, esquemas na forma de fluxogramas, tabelas e fotos, informações que serão diagnosticadas setorialmente, bem como também as medidas de adequação.

Objetivos

O PGRSS será planejado e implementado a partir de bases científicas e técnicas, em conformidade com os requisitos legais aplicáveis e vigentes, objetivando minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores e à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. E por fim, considerando os princípios de biossegurança que se propõe ao correto gerenciamento de todos os RSS gerados, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final.

Sobretudo, estabelecer os procedimentos de gestão para o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) gerados pelas atividades oriundas das atividades da Unidade.

Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Este documento normativo tem por objetivo regulamentar o funcionamento, as atribuições e competências da Comissão de Gerenciamento de Resíduos da Unidade, bem como as suas finalidades e organização.

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos, vinculada ao contrato com a gestão da **OSS AHBB**, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º. Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para o Colegiado Executivo para aprovação, através da Direção;

Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

1406

Desenvolver juntamente com a Superintendência a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;

Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;

Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

Auxiliar os diversos setores, em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;

Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS), o Regimento e demais normas.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

Dois representantes da Direção;

Um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;

Dois representantes da Gerência Administrativa;

Quatro representantes da Gerência de Atenção e Saúde;

§ 1º - Não será obrigatório o preenchimento de todas as vagas da comissão, desde que, esta seja composta por, no mínimo, 50% dos representantes de cada Gerência.

§ 2º - Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 3º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 4º - O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 5º - A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao Presidente da Comissão;

§ 6º - Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 7º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º. Compreendem a Estrutura da CGRSS:

Presidente;

Vice-Presidente;

Secretário;

Integrantes.

Art. 5º. Compete ao Presidente da CGRSS:

Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar;

II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;

Representar a CGRSS ou indicar representantes

Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;

Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

Cumprir e fazer cumprir este Regimento;

Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º. Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º. Compete ao Secretário:

1408

Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;
Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;
Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único. A presidência da CGRSS será exercida por um dos Integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pelo Diretor da Unidade, na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá. Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 8º. Compete aos Integrantes da CGRSS:

Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;
Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;
Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais Integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
Justificar ausência com antecedência;
Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.
Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

§ 2º - O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores da Unidade.

Art. 10. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (Quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) Horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no Início da reunião convocada.

§ 2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quórum" mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum" em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º - O "quórum" será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes Na pauta.

§ 3º - No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

SEÇÃO I

DA ATA

Art. 12. De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere. Art. 13. Se houver quórum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada. Art. 14. Da Ata das sessões da CGRSS, constar:

1410

- I - A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;
- II - Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;
- III - o expediente;
- IV - O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;
- V - Todas as propostas por extenso.

SEÇÃO II

DAS VOTAÇÕES

Art. 15. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

1º - O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2º - Por questão de foro ético, qualquer Integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Art. 16. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Superintendência.

Art. 18. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação no Colegiado Executivo.

Art. 19 - Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pelo Colegiado Executivo do município.

Art. 20. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

2.3 Gestão de Pessoas

2.3.1 Apresentação das Normas e Rotinas da Seleção, Avaliação e Acompanhamento de Pessoal

A área de Recursos Humanos / Gestão de Pessoas terá como missão cuidar das suas políticas, atender com eficiência e rapidez, contribuindo para o bem-estar dos nossos colaboradores, através dos processos relacionados a recrutamento e seleção, capacitação e desenvolvimento, cargos e salários, administração de pessoal, segurança e medicina ocupacional.

A política de Recursos Humanos / Gestão de Pessoas é composta por uma série de diretrizes que servirão como guia para que se faça a gestão dos funcionários de forma estratégica, com o objetivo de alcançar as metas traçadas para o negócio.

É a partir dela que se estabelece condutas para o dia a dia organizacional. Dessa forma, fica mais fácil cumprir os objetivos e aprimorar o desenvolvimento.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO:

Estabelece as regras relacionadas ao ingresso de novos colaboradores, desde a abertura das vagas até a efetivação. Em algumas situações, traz especificidades como o recrutamento interno, que prioriza os atuais funcionários para as oportunidades em aberto.

Trata dos documentos necessários, etapas, pessoas envolvidas, prazos etc.

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO:

Estabelece a maneira como a instituição investe para desenvolver seus colaboradores, desde os programas de treinamento introdutório até os de formação continuada.

Nessa política, a instituição estabelece regras relacionadas a elegibilidade, disponibilidade orçamentária, formas de treinamento (presencial, à distância), quantidade de horas etc.

1412

BENEFÍCIOS:

Especifica tudo o que for relacionado a oferta de benefícios. Deixa claros os direitos dos colaboradores, bem como seus deveres. Trata de aspectos relacionados a convênio médico, auxílio refeição, vale transporte, reconhecimento etc.

Específicas prazos, condições e características dos benefícios, que compõem a remuneração total do colaborador.

CARGOS E SALÁRIOS:

Define quais as faixas de remuneração para cada cargo na instituição, estabelece o desenho de sua hierarquia interna e de que maneira o colaborador pode ter crescimento vertical ou horizontal ao longo de seu tempo de trabalho.

Pode tratar também de aspectos relacionados ao reajuste salarial, acompanhando indicadores de mercado.

DESLIGAMENTO:

Deixa clara quais são as regras para que um colaborador possa ser desligado, de acordo com os princípios legais e corporativos.

Muitos gestores não têm clareza sobre como conduzir esse processo, que é um dos mais desafiantes dentro de qualquer organização. As regras ajudam a manter as decisões em casos similares e reduzem os riscos de conflitos posteriores.

NORMAS E ROTINAS DA GESTÃO DE PESSOAS

- Efetuar a apuração da frequência diária dos funcionários, por meio adotado pela sede ou pelo Equipamento sob contrato de gestão;
- Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatório apontando as ocorrências de frequência de seus funcionários, para análise e justificativas;

- Receber, dos responsáveis pelas unidades, os relatórios de frequência, com as devidas justificativas e comprovantes de ausência ou falta ao trabalho, e proceder aos acertos apontados;
- Receber, dos responsáveis pelas unidades, as Autorizações/Acordo para Realização de Horas Extras, devidamente aprovadas pelo Dirigente Geral do Serviço de Saúde, e apurar as horas trabalhadas;
- Efetuar o fechamento dos dados de frequência no final de cada mês e encaminhar para processamento da folha de pagamento;
- Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatórios com a quantidade de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle;
- Organizar a documentação recebida e manter em pastas apropriadas, para futura fiscalização do Ministério do Trabalho.

OBRIGAÇÕES GERAIS DOS FUNCIONÁRIOS/COLABORADORES

- Os colaboradores irão registrar a frequência, diariamente, conforme mecanismos definidos pela Instituição de Saúde, observando os critérios e os requisitos aqui estabelecidos:
- Comunicar, de imediato, ao respectivo chefe imediato, toda ocorrência de frequência, se possível com antecedência. Caso não seja possível comunicar a ausência ou a falta, solicitar a um parente ou pessoa de sua confiança que o faça;
- Nos casos de ausências ou faltas, apresentar, no retorno ao trabalho, o respectivo comprovante, quando houver;
- A chefia imediata irá gerenciar a assiduidade dos funcionários com registro efetivo da frequência;
- A chefia imediata irá receber dos funcionários e analisar os comprovantes de ausência ou falta no trabalho, encaminhando-os conforme os conceitos das ocorrências no registro da frequência;
- A chefia imediata mensalmente enviará ao Núcleo de Gestão de Pessoas, relatório contendo as ocorrências de frequências de seus funcionários, emitir parecer, anexar os comprovantes, assinar e devolver, no máximo, no primeiro dia útil seguinte;
- A chefia imediata irá colher assinatura do funcionário, no caso de ausências injustificadas, registrando sua ciência do fato;

1414

- A chefia imediata irá emitir o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras em uma via, colher a assinatura do funcionário, obter a aprovação do Gestor da Área;
- A chefia imediata irá encaminhar o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras ao Núcleo de Gestão de Pessoas, até o primeiro dia útil subsequente ao da realização;
- A chefia imediata irá enviar, mensalmente, ao Núcleo de Gestão de Pessoas o relatório com a quantidade de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle.

Método de Recrutamento e Seleção

CLÁUSULA 1ª - As seguintes diretrizes, editadas nos termos do art. 37 da Constituição Federal de 1988 e demais normas correlatas, especialmente a Lei nº. 9.637/98 modulada pelo Supremo Tribunal Federal (na ADI nº.1.923) e da Lei Complementar Estadual nº 489/09 tem por finalidade estabelecer as diretrizes que nortearão os procedimentos de contratação de pessoal pelas Entidades do Terceiro Setor (Organizações Sociais de Saúde).

§1º. As Organizações Sociais de Saúde estabelecerão procedimentos de contratações de pessoal nos termos previstos nas leis de incidência e nos seus atos constitutivos alinhando-se às diretrizes e aos princípios constantes deste normativo.

CLÁUSULA 2ª - Todos os procedimentos de contratação de pessoal subordinam-se aos seguintes princípios e diretrizes, de observância obrigatória e ponderada, e destinam-se a promover os objetivos sociais da Organizações Sociais de Saúde, a valorizar a governança administrativa e os princípios constitucionais aplicáveis à Administração Pública, em especial:

I- A impessoalidade;

II- A isonomia;

III- ao julgamento objetivo.

IV- A transparência;

V- A probidade;

VI- a moralidade e a boa-fé;

VII- a publicidade;

VIII- a legalidade;

CLÁUSULA 3ª - A contratação de pessoal será precedida de procedimentos que observem os princípios e as diretrizes estabelecidas na CLÁUSULA 2ª, conforme dispuser o regulamento da Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA 4ª - Nenhuma contratação de pessoal será feita sem a definição das características, qualificação técnica e demais elementos indispensáveis ao perfeito entendimento pelos interessados do posto vago a ser preenchido.

CLÁUSULA 5ª - Em todos os seus procedimentos a Organização Social de Saúde privilegiará, observado o disposto na CLÁUSULA 2ª, a instrumentalidade das formas e as finalidades processuais, bem assim os seus interesses e objetivos.

CLÁUSULA 6ª - Os procedimentos de contratação evidenciarão, inclusive para efeito de controle interno e externo, as seguintes etapas, quando o caso:

I – Procedimentos preparatórios;

II – Divulgação de instrumento convocatório;

III – aplicação de métodos de seleção simplificados, impessoais e objetivos;

IV – Análise técnica por meio de títulos para adequação à função designada, de acordo com o previsto no instrumento convocatório;

VI – Declaração do(s) participante(s), por meio público e transparente e estabelecimento de lista de aprovados que não foram classificados dentro do número previsto de vagas;

VII – contratação do(s) participante(s) aprovado(s) e classificado(s);

CLÁUSULA 7ª - O processo de contratação de pessoal será precedido de prévia divulgação de convocação que garanta iguais condições de disputa aos interessados, com definição e publicidade de critérios objetivos de classificação.

CLÁUSULA 8ª - O instrumento de convocação deverá ser divulgado em veículo de grande circulação, a critério da Organização Social, segundo os limites da amplitude da delimitação territorial de onde deverá ser feita a contratação.

CLÁUSULA 9ª - O instrumento de convocação é o meio formal que estipula os critérios utilizados para a contratação de pessoal, bem como a sua vigência, os prazos de recurso, em havendo, e

1416

das decisões, os prazos de contratação e demais regras adotadas para o procedimento de seleção em específico.

CLÁUSULA 10 - O instrumento de convocação deverá prever a forma como as inscrições e o recrutamento serão feitos, se presencialmente e/ou online.

CLÁUSULA 11 - O instrumento de convocação deverá estipular, claramente, datas e prazos para as inscrições juntamente com toda a documentação necessária à apresentação.

CLÁUSULA 12 - O instrumento de convocação deverá esclarecer o prazo de vigência do processo de seleção a que se refere.

CLÁUSULA 13 - O procedimento de seleção deverá ser impessoal, estabelecendo critérios objetivos de seleção, como tempo de formação ou de experiência específica na área de interesse, títulos ou prova.

CLÁUSULA 14 - A estrutura da seleção, bem como o estabelecimento dos critérios objetivos, caberá à Organização Social, devendo ser divulgado com antecedência no instrumento convocatório.

CLÁUSULA 15 - Os requisitos de qualificação para exercício da atividade deverão ser especificados no instrumento convocatório.

CLÁUSULA 16 - O instrumento convocatório deverá prever as condições especiais e os tratamentos que lhes serão dispêndidos, como as lactantes, os deficientes físicos e demais condições especiais que mantenham a compatibilidade com o cargo pleiteado.

CLÁUSULA 17 - O instrumento convocatório deverá esclarecer as condições para a aprovação e para a classificação.

CLÁUSULA 18 - A lista dos candidatos aprovados e a lista dos candidatos classificados deverá ser disponibilizada, atendendo aos princípios da publicidade e da transparência.

CLÁUSULA 19 - O instrumento convocatório deverá trazer os requisitos obrigatórios para a contratação, de forma clara e que conserve a impessoalidade sem restringir a concorrência de indivíduos devidamente capacitados.

CLÁUSULA 20 - O instrumento convocatório deverá trazer o seu prazo estimado de validade.

CLÁUSULA 21 - O instrumento convocatório deverá trazer a previsão e o procedimento do recurso.

CLÁUSULA 22 - A Organização Social de Saúde, sem prejuízo dos seus mecanismos de controle interno para acompanhamento e fiscalização dos procedimentos de contratação, manterá disponíveis os processos respectivos para consulta ampla e fiscalização.

Parágrafo Único: As medidas previstas no caput não excluem as providências relacionadas à prestação de contas a que se sujeita a Entidade;

Métodos de Avaliação

O setor de Recrutamento e Seleção é responsável por controlar os contratos / períodos de experiência, devendo enviar para o gestor da área a avaliação de desempenho do colaborador antes do término de cada período experimental e cobrar o retorno do documento no prazo determinado.

Avaliação de Desempenho do Período de Experiência

- O gestor da área é responsável pela avaliação do novo colaborador, utilizando as ferramentas “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 45 (quarenta e cinco) dias” e “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 90 (noventa) dias”.
- Avaliação no Período de Experiência de 45 (Quarenta E Cinco) Dias.
- O gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: prorrogação do período de experiência por mais 45 (quarenta e cinco) dias;
- Reprovação: desligamento.

Avaliação no Período de Experiência de 90 (Noventa) Dias.

- O gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: efetivação sem restrições, mas com a possibilidade de iniciar um plano de desenvolvimento individual, considerando as competências técnicas e comportamentais;

1418

- Reprovação: desligamento.

Avaliação de Desempenho Anual

• Avaliação de desempenho será elaborada e coordenada anualmente pelo setor de Capacitação e Desenvolvimento, e deverá ser aplicada em todos os colaboradores pelos seus gestores, considerando as competências específicas conforme descrição de cargo e os seguintes aspectos:

- Capacidade de aprender e assimilar novas ideias;
- Qualidade de trabalho, grau de perfeição e atenção com que executa seu trabalho;
- Quantidade de trabalho e produtividade;
- Relacionamento, maneira de agir;
- Assiduidade e pontualidade, responsabilidade com horários e comprometimento;
- Espírito de equipe, interesse em conhecer e participar dos assuntos relativos ao seu trabalho e aos do seu setor.
- Avaliação do colaborador a respeito do seu setor de trabalho, considerando os seguintes aspectos:
 - Quanto às informações recebidas para o desenvolvimento de seu trabalho;
 - Quanto a materiais e equipamentos por ele utilizados;
 - Quanto à comunicação com os gestores;
 - Quanto à integração na equipe de trabalho;
 - Quanto à satisfação na realização das tarefas e atividades.

Etapas para aplicação da avaliação de desempenho:

- Preparação dos gestores para serem agentes multiplicadores do processo;
- Apresentação da ferramenta para os colaboradores;
- Aplicação das Avaliações.
- Análise crítica dos resultados e definição de planos de ação.

Análise dos resultados

- Finalidade: identificação dos fatores desmotivantes e talentos adormecidos;
- Quando tratar-se de colaboradores de níveis de comando, as ações deverão ser alinhadas com a Superintendência e Diretoria da área;

- Para situações que afetam diretamente os setores, as ações deverão ser definidas com o Superior Imediato para que tenha mais clareza sobre os aspectos que requerem sua atenção, tanto no que se refere às suas atitudes, quanto em relação às atitudes dos colaboradores sob sua responsabilidade.
- Feedback para o colaborador para que ele tenha uma percepção mais segura quanto à visão que seus avaliadores têm em relação às suas atitudes, desenvolvimento profissional e a própria atuação na equipe.
- Alinhar as ações ao cronograma de treinamento e a programas que estimulem o desenvolvimento dos profissionais.

2.3.2 Apresentação do Programa de Educação Continuada

Serviço responsável por atuar no desenvolvimento dos Recursos Humanos (Médicos, Enfermagem e demais trabalhadores da unidade) através da educação contínua com vistas à qualidade da intervenção, em todas as áreas e profissionais das unidades. É responsável por desenvolver o agir técnico da força dos Recursos Humanos, proporcionando aprofundamento de conhecimentos dos profissionais de saúde por meio da capacitação pedagógica em várias áreas e níveis de complexidade, visando a qualificação do processo assistencial à população. Este serviço poderá desenvolver atividades em parceria com o Hospital, visando ações voltadas à comunidade.

Treinamento e Desenvolvimento

Os programas de Treinamento e Desenvolvimento serão implementados de acordo com a seguinte sistemática:

- Integração dos colaboradores a nova estrutura e serviços da Unidade ao qual serão lotados;
- Apresentação da Parceria Pública/O.S., Missão, Visão e Valores da Organização Social em consonância com a Secretaria de Saúde;
- Apresentação do Perfil Assistencial específico da Unidade;
- Apresentação das Normas Administrativas e trabalhistas;
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho de Biossegurança, Infecção Hospitalar e outras;

1420

- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho específicas por categoria profissional;
- Visita de reconhecimento da Unidade.
- De acordo com as necessidades específicas de implantação de rotinas, atualização de procedimentos, manuseio de aparelhos e materiais, implantação de novos equipamentos e materiais médicos hospitalares, temas sugeridos e dados evidenciados pela avaliação de desempenho dos profissionais.

Cronograma

O cronograma das ações será baseado em problemas aferidos nas práticas do dia a dia, mensurados através de indicadores de produção, metas, taxas e outros apontados na Proposta de Técnica.

Tais ações ocorrerão através de intervenções diagnósticas das Comissões constituídas, chefias imediatas, colaboradores e usuários. O setor de Educação Continuada da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil apoiará os programas realizados na unidade, buscando construir novas práticas de trabalho, pautadas no trabalho em equipe, supervisões, planejamento participativo e alcance das metas pactuadas.

Todos os Treinamentos e capacitações serão avaliados pelos participantes e a performance e desempenho dos profissionais após realização dos treinamentos e capacitações serão realizadas através de:

- Avaliação escrita: aplicada logo após a realização do curso ou capacitação.
- Avaliação de Eficácia e resultados: aplicada após 90 dias do término do treinamento, pelo superior, não podendo ultrapassar 15 dias e preenchido por ele.
- Avaliação de Comportamento no Trabalho: Visa identificar mudanças de comportamento que geram desempenho no trabalho, mostra o impacto dos programas de treinamento em relação à aderência ao que foi ensinado, se está sendo aplicado na prática do serviço desenvolvido. Esse método de avaliação identifica através da busca em prontuários e auditoria.

Desenvolvimento com foco em Competência

Na sequência da avaliação de desempenho com foco na competência, o PDI é uma importante ferramenta que apresenta as condições atuais de cada colaborador e ao mesmo tempo, mostra o que pode (ou deve) ser realizado no seu desenvolvimento.

O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) será realizado com a finalidade de suprir eventuais gaps, entre o que se entende ser necessário para cada colaborador e o que efetivamente se apresenta dentro do conceito de competências essenciais e específicas para o exercício da função.

A partir da correta identificação das competências essenciais e específicas o NEP avaliará a melhor forma de encaminhar os planos de desenvolvimento e criar estratégias de aprimoramento do conhecimento.

Treinamentos

Após definição de cronograma, as convocações serão realizadas pelo NEP através de e-mail as linhas de comando e convites individuais entregues pessoalmente a cada colaborador convocado.

Como medida preventiva os PDIs serão abertos a todos os colaboradores interessados em aprimora-se independente do apontamento na avaliação de desempenho anual. Nesta, poderão participar ainda funcionários que tiveram apontamentos em avaliações de experiência. Estas informações serão pontuadas pelo RH ou chefia imediata.

Proposta de Treinamentos por Módulos para Educação Permanente

PRÁTICAS INTEGRADAS

Acompanhamento dos eventos sentinela e eventos adversos.
Biossegurança.
Dispositivos intravasculares centrais e periféricos.
Isolamentos/ Precauções.
Linhas de cuidado.
Plano terapêutico.
Prevenção de infecção Hospitalar.

1422

Prevenção de pneumonia.
Prevenção de Quedas.
Prevenção de Úlceras por pressão.
Protocolos assistenciais.
Sustentabilidade.
Técnicas de comunicação.
Transferência de pacientes interna e externa.

GESTÃO EM SAÚDE

Organização em saúde e suas implicações para a gestão.
Organização do trabalho em saúde e do trabalho gerencial.
Planejamento estratégico situacional, tático e operacional.
Qualidade em saúde: conceitos e ferramentas.
Acesso e continuidade do cuidado.
Melhoria da qualidade e segurança do paciente.
Construção e definição de indicadores de qualidade.

CUIDADO SEGURO

Identificação do paciente.
Transferências de informações.
Treinamentos em segurança do paciente.
Higiene das mãos.
Prática segura na utilização de medicamentos.

Segurança em narcóticos.
Papeis e responsabilidades da equipe.
Transferência interna.

ÁREA ESPECÍFICA CORPO CLÍNICO

Conhecimento do Aporte Tecnológico Institucional.
Atualização sobre normas e rotinas.
Atuação no plano terapêutico.
Atuação nas linhas de cuidado.
Cultura de qualidade.
Cultura de segurança.
Capacitação de liderança para gestores.

ÁREA ESPECÍFICA ENFERMAGEM

SAE- Sistematização da assistência de enfermagem.
Taxionomias diagnósticas, de intervenção e de resultados de Enfermagem.
Classificação de complexidade dos cuidados em enfermagem – FUGULIN.
Condutas de enfermagem a pacientes com: Trauma Cranioencefálico (TCE) Trauma Raquimedular (TRM); Doenças cerebrovasculares; Acidente Vascular Cerebral - Isquêmico (AVCI); Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH);

1424

Malformação Arteriovenosa (MAV);
Aneurisma Cerebral;
Patologias neurológicas;
Epilepsia;
Tumores Cerebrais;
Síndrome de Guillain-Barré;
Miastenia Grave;
Hidrocefalia;
Morte Encefálica.
Farmacoterapia e condutas de enfermagem em QT.
Cuidados na administração de trombolíticos.
Cuidados na administração de medicamentos.
Cuidados com drogas de alto alerta.
Cuidados na passagem de Sondas Nasogástrica e Nasoenteral.
Cuidados na manutenção de Cateteres Venosos Centrais.
Conduta de enfermagem para a criança e ao adolescente com dor.
Curativos e coberturas padronizadas.
Ventilação mecânica e gasometria arterial no paciente crítico adulto e pediátrico.
Assistência em parada cardiorrespiratória em adultos e infantil
Coleta de exames e preparo e acompanhamento do cliente para exames.
Condutas de enfermagem para termo terapia e crio terapia.
Preparo do corpo pós-morte.
Gestão de qualidade e gestão de processos.

Liderança, criatividade e comunicação na Enfermagem.
Enfermeiro como Gestor da Unidade e do Cuidado.
Enfermagem clínica.

ÁREA ESPECÍFICA PARA FARMÁCIA

Guia Terapêutico.
Formas Farmacêuticas.
Classes terapêuticas.
Vias de administração.
Dose Unitária.
Drogas de Alto Alertas.
Farmacovigilância.
Interações Fármaco X Fármaco / Interações Fármaco X Nutrientes/
Garantia e controle de qualidade- CTQF.
Dispensação de psicotrópicos.
Descarte de resíduos/ Conferência do carro de emergência/ Dispensação de antimicrobianos.
Preparo de medicamentos.
Farmácia clínica e segurança do paciente.
Logística em farmácia hospitalar.
Gestão em Farmácia Hospitalar.
Análise Farmacoterapêutica.

1426

ÁREA ESPECÍFICA PARA SERVIÇO SOCIAL

Interfaces entre questão social, adoecimento e tratamento.
Pressupostos para a sistematização das práticas dos assistentes sociais em clínicas cirúrgicas.
Pressupostos para a sistematização das práticas dos assistentes sociais em especialidades clínicas.
Intervenção em cuidados paliativos.
Atividades do Serviço Social com grupos, na perspectiva de garantia de direitos sociais da população usuária do SUS.
Apoio psicossocial e acolhimento de paciente e/ou famílias em situação de urgência/emergência.
Localizar familiares de pacientes, dar suporte, acolher, mediar informações e providenciar onde familiares vão permanecer durante o período de internamento. Disponibilizar Casa de Apoio.
Orientações quanto aos direitos sociais e encaminhamentos as redes de referência do município e região.
Atendimento psicossocial aos familiares de pacientes da Emergência.

ÁREA ESPECÍFICA PARA SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

Estrutura e organização do trabalho do auxiliar administrativo na Diretoria de Enfermagem
Habilidades Interpessoais no trabalho
Noções de Direito Administrativo e Processo Administrativo Disciplinar
Sistema informatizado e relatórios estatísticos
Atendimento e cadastro de usuários
Faturamento
Gestão de Suprimentos

Proposta de Regimento Interno da Unidade de Saúde

A UNIDADE é uma das unidades de saúde de natureza pública do Município. Suas ações são vinculadas e subordinadas à Gestão da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil que é uma

Organização Social (OS), entidade do Terceiro Setor de nível nacional, sem fins lucrativos, de direito privado, com princípio vestibular voltado à inclusão social, visando normatizar suas atividades de assistência à saúde exercida em seu âmbito, foi elaborado o presente Regimento Interno.

CAPÍTULO I: FINALIDADES

Artigo 1º: O Corpo Clínico constitui-se da equipe médica, da equipe de enfermagem, farmácia, odontologia, Assistente Social e demais especialidades da saúde, que juntos prestam assistência aos munícipes que procuram espontaneamente ou são referenciados para atendimento.

Artigo 2º: Os servidores gozam de autonomia profissional, técnica, científica, política, religiosa e cultural, dentro da estrutura e diretrizes do departamento da Unidade.

Artigo 3º: A UNIDADE desenvolve atividades cumprindo com as normas administrativas e legais da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, objetivando prestar assistência à saúde da população, agindo com o máximo zelo e capacidade profissional, em concordância com os Códigos de Ética de cada Conselho Profissional.

Artigo 4º: A prestação de saúde realizada na instituição é exclusiva aos usuários de SUS de acordo com a lei Nº 8080.

Parágrafo Único – Os atendimentos respeitam as normas deste Regimento e as Regras da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil com subordinação direta à mesma.

1428

4. Conclusão

Conforme Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 002/2024, Processo Administrativo nº 000071/2024, Contrato de Gestão no 001/2024, apresentamos o Plano de Trabalho do 1º Termo Aditivo, no período inicial do contrato, somando os nossos esforços com os da Secretaria de Saúde de Louveira/SP continuaremos ofertando os melhores serviços de saúde a população, no que tange aos objetivos específicos do Plano de Trabalho, além daqueles, por necessidade da população e comum acordo com a Secretaria Municipal de saúde, inclusos neste plano, quais sejam, Serviço de Urgência e Emergência em Odontologia, Farmácia de Dispensação SUS e Serviço de Transporte Interhospitalar, conseguimos estabelecer com clareza e objetividade aspectos das características gerais da unidade, como missão, visão, valores, em consonância com os objetivos que norteiam **AHBBIRede Santa Casa**. Dessa maneira também foi elaborado a estrutura organizacional e legal e o plano operacional, sempre analisando as melhores práticas do segmento saúde. Através da execução do Plano de Trabalho executado ao logo do 1º ano de contrato, e na revisão deste Plano foi possível perceber a importância de analisar e conhecer o ambiente de saúde em que está inserido o HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA – ADULTO E PEDIATRICO, sob o contexto demográfico, social e epidemiológico. No atual momento histórico as mudanças ocorrem a todo o momento, nosso paciente está cada vez mais ciente dos seus direitos, e atento as tomadas de decisão do Poder Público, para tanto foi necessário pensarmos em criar estratégias como parte do Planos Operacional, de Marketing e, financeiro e Orçamentário, englobando a Saúde como centro de alavancagem. Pretendemos, portanto, continuar trabalhando engajados no planejamento, o que exige muitas competências empreendedoras, dedicação, e conhecimento de todo o ambiente de saúde. Em geral, pode-se dizer que dificuldades foram enfrentadas no primeiro período de atividades, consolidando a Cultura da AHBBIRede Santa Casa no HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA – ADULTO E PEDIATRICO, permeando novos cenários e, conseqüentemente, impactando em resultados positivos para a **AHBBIRede Santa Casa** e para a SMS - Louveira/SP.

São Paulo, 30 de maio de 2025.



João Pedro Monteiro Pinotti Affonso

CPF: 362.328.398-38 RG: 42.818.243-4 SSP/SP

Diretor Presidente AHBB | Rede Santa Casa

CNPJ nº 45.349.461/0020-75

1930